

Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

Diagnostika a terapie duševních poruch

2., přepracované vydání



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 Čేశkové, prof. MUDr. Jaroslavu Boučkovi, doc. MUDr. Jiřímu Beranovi, MUDr. Radkinu Honzákovi, MUDr. Jánoši Sikorovi a zvlášt' MUDr. Zdence Vyhnančkové a PhDr. Nadě Kubíčkové.

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

Karel Dušek, Alena Večeřová-Procházková

Diagnostika a terapie duševních poruch

2., přepracované vydání



Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

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

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

**DIAGNOSTIKA A TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH
2., přepracované vydání**

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 5924. publikaci

Recenzovali:

prof. MUDr. Jaroslav Bouček, CSc.

Odpovědný redaktor Zdeněk Kubín
Sazba a zlom Milan Vokál
Návrh a zpracování obálky Jan Dvořák
Počet stran 648
Vydání 2., 2015

Vytiskla tiskárna PBtisk s.r.o., Příbram

© Grada Publishing, a.s., 2015
Cover Photo © fotobanka Allphoto

**ISBN 978-80-247-9855-4 (ePub)
ISBN 978-80-247-9854-7 (pdf)
ISBN 978-80-247-4826-9 (print)**

Obsah

Úvod	15
Z historie české a světové psychiatrie	16
ČÁST I DIAGNOSTIKA DUŠEVNÍCH PORUCH	21
1. Diagnostický proces	22
1.1 Obecné zásady diagnostiky v psychiatrii	22
1.2 Duševní zdraví a duševní porucha (nemoc)	23
1.3 Modely duševních (a behaviorálních) poruch	25
1.4 Rozpoznání duševně nemocného	27
1.5 Klasifikační soustavy a diagnostika	29
1.6 Diagnostika – dynamický proces	31
1.7 Subjektivní činitele v diagnostice	32
1.8 Objektivní faktory v diagnostice	34
1.9 Získávání a zpracování informací	35
1.9.1 Rozmluva s nemocným a jeho pozorování	35
1.9.2 Anamnestické údaje	37
1.9.3 Nynější onemocnění	38
1.9.4 Zaměřené psychiatrické vyšetření	39
1.9.5 Tělesné vyšetření	40
1.9.6 Popis chování	40
1.9.7 Psychiatrické zhodnocení (psychopatologický rozbor)	41
1.9.8 Diagnostický závěr	41
2. Symptomy duševních poruch	43
2.1 Symptom	43
2.2 Vnímání a jeho poruchy	43
2.2.1 Zvláštní projevy vnímání	44
2.2.2 Poruchy vnímání	45
2.3 Emotivita a její poruchy	53
2.3.1 Charakteristické rysy emocí	54
2.3.2 Rozdělení emocí	54
2.3.3 Somatické projevy emocí	56
2.3.4 Poruchy emotivity	56
2.3.5 Poruchy afektů	56

2.3.6	Poruchy nálad	58
2.3.7	Poruchy vyšších citů	60
2.3.8	Fobie	61
2.4	Paměť a její poruchy	64
2.4.1	Vlastnosti paměti	66
2.4.2	Poruchy paměti	66
2.5	Intelekt a jeho poruchy	71
2.5.1	Strukturální elementy	71
2.5.2	Vyšetřování intelektu	72
2.5.3	Poruchy intelektu	73
2.6	Myšlení a jeho poruchy	74
2.6.1	Poruchy myšlení	76
2.7	Vědomí a jeho poruchy	87
2.7.1	Změny vědomí	88
2.7.2	Poruchy vědomí	92
2.8	Pozornost a její poruchy	99
2.8.1	Poruchy pozornosti	100
2.9	Orientace a její poruchy	102
2.9.1	Poruchy orientace	103
2.10	Pudy, instinkty a jejich poruchy	105
2.10.1	Poruchy instinktů	106
2.10.2	Poruchy pudů	107
2.11	Jednání, vůle a jejich poruchy	111
2.11.1	Poruchy volního jednání	112
2.11.2	Poruchy vůle	112
2.11.3	Poruchy jednání	113
2.12	Osobnost a její poruchy	118
2.12.1	Snahy po třídění osobnosti	121
2.12.2	Vyšetřování osobnosti	123
2.12.3	Poruchy osobnosti	125
2.13	Somatické projevy u duševních poruch	132
2.13.1	Neklid	135
2.14	Agrese	139
2.15	Autoagrese a sebevražedná aktivita	141
3.	Syndromy duševních poruch	148
3.1	Syndrom	148
3.2	Abstinenční syndrom	149
3.3	Akinetický syndrom	150
3.4	Amentní syndrom	151
3.5	Anxiózní syndrom	152

3.6	Apatický a apaticko-abulický syndrom	153
3.7	Autistický syndrom	154
3.8	Deliriózní (delirantní) syndrom	155
3.9	Depersonalizační syndrom	156
3.10	Depresivní syndrom	158
3.11	Fobický syndrom	160
3.12	Halucinatorní syndrom	161
3.13	Halucinatorně paranoidní syndrom	163
3.14	Hyperkinetický syndrom	164
3.15	Hypochondrický syndrom	165
3.16	Hysterický syndrom (konverzní, disociační)	167
3.17	Katatonní syndrom	168
3.18	Manický syndrom	170
3.19	Neurastenický syndrom	171
3.20	Obnubilatorní syndrom	173
3.21	Obsedantní syndrom	174
3.22	Oneiroidní syndrom	175
3.23	Organický psychosyndrom (dementní syndrom)	176
3.24	Paranoidní syndrom	178
3.25	Paranoidně halucinatorní syndrom	179
3.26	Neurologické syndromy	180
3.26.1	Korové a podkorové syndromy	180
4.	Duševní poruchy	182
4.1	F00–09 – Organické duševní poruchy včetně symptomatických	183
4.1.1	F00 – Demence u Alzheimerovy choroby	184
4.1.2	Psychické poruchy při cévních onemocněních mozku	186
4.1.3	F02 – Demence u chorob klasifikovaných jinde	190
4.1.4	Psychické poruchy při zánětlivých onemocněních mozku	193
4.1.5	Psychické poruchy při expanzivních procesech nitrolebních	195
4.1.6	Psychické projevy při epilepsii	197
4.1.7	Psychické poruchy při lues	199
4.1.8	F04 – Organický amnestický syndrom jiný než vyvolaný alkoholem a jinými drogami	202
4.1.9	F05 – Delirium jiné než vyvolané alkoholem a jinými drogami	202
4.1.10	F06 – Jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku nebo následkem somatického onemocnění	203
4.1.11	F06.0 – Organická halucinóza	206
4.1.12	F06.1 – Organická katatonní porucha	206
4.1.13	F06.2 – Organický syndrom s bludy (schiziformní)	207
4.1.14	F06.3 – Organické afektivní poruchy	207

4.1.15	F06.4–06.6 – Organická úzkostná porucha, organická disociační porucha, organická emoční labilita – astenická porucha	208
4.1.16	F06.7 – Mírná kognitivní porucha	208
4.1.17	F07 – Poruchy osobnosti a poruchy chování vyvolané onemocněním, poškozením nebo dysfunkcí mozku	208
4.2	Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek	209
4.2.1	F10 – Poruchy vyvolané požíváním alkoholu	211
4.2.2	Drogové závislosti jiné než na alkoholu	218
4.3	F20–29 – Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	224
4.3.1	F20 – Schizofrenie	224
4.3.2	F21 – Schizotypní porucha	234
4.3.3	F22 Trvalé duševní poruchy s bludy	235
4.3.4	F23 – Akutní a přechodné psychotické poruchy	236
4.3.5	F24 – Indukovaná porucha s bludy	237
4.3.6	F25 – Schizoafektivní poruchy	237
4.4	F30–39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	238
4.4.1	F30 – Manická epizoda	239
4.4.2	F31 – Bipolární afektivní porucha	242
4.4.3	F33 – Rekurentní depresivní porucha	243
4.4.4	F34 – Trvalé poruchy nálady	244
4.4.5	Výpovědi nemocných o depresi	246
4.5	F40–49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	248
4.5.1	F40 – Fobické úzkostné poruchy	248
4.5.2	F43 – Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení	254
4.5.3	F44 – Disociační (konverzní) poruchy	257
4.5.4	F45 – Somatoformní poruchy	261
4.5.5	F48 – Jiné neurotické poruchy	265
4.6	F50 – Poruchy příjmu potravy	266
4.6.1	F50.0 – Mentální anorexie	266
4.6.2	F50.2 – Mentální bulimie	267
4.7	F51 Neorganické poruchy spánku	268
4.7.1	F51.0 – Neorganická nespavost	269
4.7.2	F51.1 – Neorganická hypersomnie	269
4.7.3	F51.2 – Neorganické poruchy rytmu spánek-bdění	270
4.7.4	F51.3 – Somnambulismus (náměsíčnost)	270
4.7.5	F51.4 – Noční děsy (pavor nocturnus)	271
4.7.6	F51.5 – Noční můry (úzkostné sny)	272
4.8	F52 – Sexuální dysfunkce nevyvolaná organickou poruchou nebo nemocí	272
4.9	F53 – Duševní poruchy a poruchy chování spojené s šestineděním (neklasifikované jinde)	276

4.9.1	Psychické poruchy v období puberty a při menses	276
4.10	F55 – Abúzus látek nevyvolávajících závislost	278
4.11	F60–69 – Poruchy osobnosti a chování u dospělých	278
4.11.1	Definice, terminologie	279
4.11.2	Klasifikace	280
4.11.3	Epidemiologie	282
4.11.4	Etiologie a patogeneze	282
4.11.5	Rizikové faktory a prevence	283
4.11.6	Klinický obraz	285
4.11.7	Diagnostická kritéria a klinický obraz jednotlivých poruch osobnosti	286
4.11.8	Terapie poruch osobnosti	301
4.12	F63 – Návykové a impulzivní poruchy	313
4.12.1	F63.0 – Patologické hráčství (gambling)	313
4.12.2	F63.1 – Patologické zakládání požárů (pyromanie)	314
4.12.3	F63.2 – Patologické kradení (kleptomanie)	314
4.12.4	F63.3 – Trichotillomanie	314
4.13	F64 – Poruchy pohlavní identity	315
4.13.1	F64.0 – Transsexualismus	316
4.13.2	F64.1 – Transvestitismus	316
4.13.3	F64.2 – Porucha pohlavní identity v dětství	316
4.14	F65 – Poruchy sexuální preference	317
4.14.1	F65.0 – Fetišismus	317
4.14.2	F65.2 – Exhícionismus	318
4.14.3	F65.4 – Pedofilie	318
4.14.4	F65.5 – Sadomasochismus	319
4.15	F70–79 – Mentální retardace	320
4.15.1	Mentální retardace na podkladě chromozomálních odchylek	322
4.15.2	Mentální retardace na podkladě metabolických poruch	323
4.15.3	Mentální retardace na bázi heredodegenerativních poruch	324
4.15.4	Sociální faktory v etiologii mentální retardace	324
4.15.5	Diagnostika mentální retardace (podle SZO)	324
ČÁST II TERAPIE DUŠEVNÍCH PORUCH		329
5.	Psychologický přístup	330
5.1	Úvod a definice	330
5.2	Rozhovor	333
5.2.1	Rozhovor, jeho struktura a funkce	333
5.2.2	Některé specifické problémy	336
5.2.3	Sdělování diagnózy duševního onemocnění	337
5.2.4	Vedení rozhovoru s pozůstalými	338

5.3	Psychologický přístup k sobě jako zdravotníkovi	341
5.3.1	Burn-out syndrom	341
5.3.2	Prevence burn-out syndromu	343
6.	Psychoterapie	345
6.1	Výzkum účinnosti psychoterapie	346
6.2	Psychoterapie v zobrazovacích metodách CNS	347
6.3	Kvalita života a duševní porucha	349
6.4	Hlavní směry a metody psychoterapie	350
6.4.1	Hlubinná a psychoanalytická psychoterapie	350
6.4.2	Dynamická a interpersonální psychoterapie	353
6.4.3	Rogersovská psychoterapie	355
6.4.4	Behaviorální psychoterapie	355
6.4.5	Kognitivní psychoterapie	356
6.4.6	Kognitivně behaviorální psychoterapie	357
6.4.7	Racionální psychoterapie	358
6.4.8	Sugestivní a hypnotická psychoterapie	358
6.4.9	Nácviková psychoterapie	359
6.4.10	Logoterapie a existenciální analýza	361
6.4.11	Gestalt psychoterapie (GPT)	362
6.4.12	Psychoterapeutické přístupy zaměřené na práci s tělem	364
6.4.13	Rodinná psychoterapie (RT)	367
6.4.14	Integrativní psychoterapie	368
6.4.15	Terapeutická komunita (TK) (léčebné společenství)	371
6.4.16	Některé další psychoterapeutické metody	372
6.5	Krizová intervence	375
6.5.1	Definice, spouštěče, průběh	375
6.5.2	Suicidiální krize	380
6.5.3	Organizace a limity krizové intervence	383
6.5.4	Zásady psychoterapie a farmakoterapie	385
7.	Psychofarmakoterapie	392
7.1	Úvod	392
7.2	Psychostimulancia	395
7.3	Hypnotika	397
7.3.1	Klasická hypnosedativa	399
7.3.2	Benzodiazepiny	400
7.3.3	Z-hypnotika, pyrazinové deriváty	402
7.3.4	Terapie poruch spánku úpravou cirkadiálního rytmu – melatonin	404
7.3.5	Agonisté melatoninových receptorů	405
7.3.6	Další léčiva využívaná v léčbě poruch spánku	406

7.4	Antidepresiva	407
7.4.1	Antidepresiva I. generace	413
7.4.2	Antidepresiva II. generace	415
7.4.3	Antidepresiva III. generace – SSRI, ASRI, SARI, NARI, DARI	415
7.4.4	Antidepresiva IV. generace: SNRI, NaSSA, DNRI	421
7.4.5	Inhibitory zpětného vychytávání – RUI, Hypericum perforatum	425
7.4.6	SRE – stimulanty zpětného vychytávání serotoninu	426
7.4.7	MASSA – agonisté melatoninových receptorů a antagonisté serotoninových receptorů	426
7.4.8	Inhibitory monoaminoxidázy (IMAO)	427
7.4.9	Závěr	428
7.5	Anxiolytika	428
7.5.1	Propandiolová anxiolytika	429
7.5.2	Benzodiazepinová anxiolytika	430
7.5.3	Nebenzodiazepinová anxiolytika	434
7.6	Thymoprofylaktika	438
7.6.1	Lithium	439
7.6.2	Antiepileptika II. generace – valproáty a karbamazepin	440
7.6.3	Novější thymoprofylaktika – antiepileptika III. generace, lamotrigin, gabapentin, pregabalín, topiramát	442
7.7	Antipsychotika	445
7.7.1	Kontraindikace podání antipsychotik	447
7.7.2	Akutní podání	447
7.7.3	Antipsychotika první generace (AP I. generace)	448
7.7.4	Antipsychotika II. generace	453
7.7.5	Depotní antipsychotika – prevence relapsu	467
7.7.6	Interakce antipsychotik	468
7.8	Neuroprotektiva a kognitiva	468
7.8.1	Kognitiva	470
7.8.2	Další látky využívané k léčbě demence	479
7.9	Léčiva používaná v léčbě závislosti na opioidech, alkoholu a tabáku	484
7.9.1	Detoxikace a detoxifikace	485
7.9.2	Substituční terapie	489
7.9.3	„Anti-cravingová léčba“	492
7.9.4	Senzibilizační léčba	494
7.9.5	Terapie závislosti na tabáku	496
7.10	Léčba erektilní dysfunkce	498
7.10.1	Stanovení diagnózy	499
7.10.2	Perorální léčba s centrálním účinkem, tzv. sexuální tonika, centrální alfa-2 adrenergní antagonisté	500
7.10.3	Perorální léčba s periferním účinkem	501

7.10.4	Další možnosti léčby	504
7.11	Fytoterapie v psychiatrii	507
7.11.1	Hypnotika a sedativa	507
7.11.2	Antidepresiva	511
7.11.3	Nootropika a prokognitiva	512
7.11.4	Ženšen	512
7.11.5	Bachovy květy nejsou byliny, ale homeopatika	512
7.12	Interakce psychofarmak, výhodné a nevýhodné kombinace psychofarmak	514
7.12.1	Farmaceutické interakce	516
7.12.2	Farmakokinetické interakce	517
7.12.3	Interakce na úrovni farmakodynamické	524
7.12.4	Některé vhodné a nevhodné kombinace antidepresiv a antipsychotik	527
7.12.5	Závěr	528
7.13	Intoxikace psychofarmaky	529
7.14	Psychofarmaka v nepsychiatrických indikacích	532
7.15	Volba psychofarmaka u definovaných skupin pacientů	535
7.15.1	Volba psychofarmaka v dětském věku	535
7.15.2	Volba psychofarmaka ve stáří	538
7.15.3	Volba psychofarmaka v graviditě a laktaci	540
7.15.4	Volba psychofarmaka při současné hyperplazii prostaty	548
7.15.5	Volba psychofarmaka při současné kardiopatii	549
7.15.6	Volba psychofarmaka při současné nefro- a hepatopatii	551
7.15.7	Volba psychofarmaka při současné nadváze	552
7.15.8	Volba psychofarmaka při současné sexuální dysfunkci	553
7.15.9	Volba psychofarmaka při současné Parkinsonově nemoci	557
7.15.10	Volba psychofarmaka při současné zvýšené záchvatové pohotovosti	561
8.	Fyzické omezení a omezovací prostředky	564
8.1	Omezovací prostředky v psychiatrii	564
8.2	Přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení bez souhlasu nemocného	568
8.3	Aplikace psychofarmak bez souhlasu pacienta a umělá výživa sondou	571
9.	Biologické terapie	573
9.1	Elektrokonvulzivní terapie (EKT)	574
9.1.1	Metodika postupu při EKT	575
9.1.2	Frekvence EKT	579
9.1.3	Nežádoucí účinky po EKT	579
9.1.4	EKT u speciálních populací	580
9.1.5	Souběžná farmakoterapie	580
9.1.6	EEG	581
9.1.7	Mechanismus účinku	581

9.1.8	Závěr	582
9.2	Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS)	582
9.2.1	Mechanismus stimulace	583
9.2.2	Mechanismus účinku	583
9.3	Vagová stimulace (VNS)	584
9.4	Fototerapie	586
9.5	Experimentální metody	587
9.5.1	Magnetická konvulzivní terapie (magnetic seizure therapy, MST)	587
9.5.2	Hluboká mozková stimulace (DBS)	588
10.	Psychiatrická rehabilitace a socioterapie	590
10.1	Cíle	590
10.2	Historie	591
10.3	Rehabilitace pracovní	592
10.4	Rehabilitace léčebná	593
10.5	Rehabilitace sociálně-psychologická a pedagogická	595
10.6	Rehabilitace sociálně-psychologická	595
10.7	Lázeňská léčba v psychiatrii	597
11.	Terapeutické postupy v léčbě duševních poruch	600
	Literatura	601
	Rejstřík	625

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 k co nejhodnějšímu 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 uplynulo mnoho času, 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 teorií 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 přiřuzují nesplnitelné 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 v 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 vymýtit z těla nahromaděné tělesné šťavy.

Platon (427–347 př. Kr.), stejně jako jeho pokračovatel Aristoteles (384–322 př. Kr.), vycházel z předpokladu, že člověk jako „tvor společenský“ (*zoon politicon*) se při poruše vztahu člověka a společnosti 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 představitelem 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 vlidné zacházení s duševně nemocnými a pravidelný pracovní režim.

K výrazným změnám v péči o duševně nemocné dochází ve 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 představitelem 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, hledal korelaci základních příznaků s průběhem onemocnění, vyčleňoval určité jednotky onemocnění, zdůrazňoval 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 v roce 1863, léčebna v Dobřanech roku 1881). V roce 1886 byla zřízena česká lékařská fakulta v Praze. V té době došlo i k rozdělení psychiatrické kliniky v Praze na část českou a 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 (v letech 1869–1885). Prvním přednostou české psychiatrické kliniky v Praze se stal profesor Benjamin Čumpelík v letech 1886–1891, který mimo jiné zřídil i chemickou a histologickou laboratoř. Tím se prohlubovalo somatické pojetí duševních chorob na tomto pracovišti. Pokračoval v tom i jeho nástupce Bohuslav Hellich v letech 1891–1895, jehož speciálním oborem byla histopatologie. Dalším pokračovatelem „somatických“ tradic se stal 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 byla vydána 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 psychiatři vychovali 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 Mečíř, 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 Eva Česková.

Po druhé 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 Vladimír Novotný.

Psychiatrická péče se ve značné míře odehrávala v psychiatrických léčebnách. Začátkem 20. století byla zřízena psychiatrická léčebna v Bohnicích u Prahy, později byla nově vybudovaná psychiatrická léčebna v Havlíčkově Brodě, jiné léčebny vznikly z klášterů. I v současné době je hlavní tíha psychiatrické péče na psychiatrických léčebnách, nyní nemocnicích. 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 léčeben 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 třicátých letech minulého století začal používat kardiazolové šoky. V roce 1937 zavedli italští 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).