

# ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE

## ...od nemoci ke zdraví...

Dnešní psychofarmaka jsou mnohem šetrnější, říká primář Psychiatrického oddělení ÚVN

## pplk. MUDr. Vlastimil Tichý



Oddělení, které se věnovalo péči o psychiatrické pacienty, vzniklo v dnešní Ústřední vojenské nemocnici už v minulém století. Tehdy bylo pod názvem *oddělení neuropsychiatrie* součástí pražské posádkové nemocnice, jež byla po vzniku samostatného československého státu v říjnu 1918 přejmenována nejprve na divizi a později na sborovou nemocnici. Když byla potom v prostoru mezi Břevnovem a Střešovicemi v Praze 6 v červenci roku 1938 otevřena nová vojenská nemocnice, setrvalo oddělení v původní lokalitě na Karlově náměstí; do dnešního areálu ÚVN bylo přemístěno až v roce 1945. Neurologické oddělení mělo padesát neurologických a sedmdesát psychiatrických lůžek. Dvě autonomní oddělení vznikla z tohoto celku v roce 1948. Činnost psychiatrického oddělení ÚVN je spjata s působením významných osobností české medicíny: prvním jeho přednostou se po vzniku ČSR stal v roce 1918 legendární český psychiatr prof. MUDr. Jan Janský (1873-1921), který v roce 1907 popsal v práci *Hematologické studie u psychotiků* aglutinační reakce krevních sér na erythrocyty a nezávisle na Karlu Landsteinerovi (1868-1943, rakouský patolog, imunolog a sérolog, zakladatel hematologie, nositel Nobelovy ceny) určil čtyři základní krevní skupiny. Po něm převzali vedení oddělení Karel Šlechta, H. Pokorný a K. Kříž, po roce 1945 stáli v čele oddělení po MUDr. Pokorném J. Kurzbach, A. Rára, O Svoboda, P. Krekule a J. Janatka. Působil tu rovněž legendární guru české psychiatrie prof. Vladimír Vondráček (1895-1978, zakladatel české psychofarmakologie).

Od roku 2000 stojí v čele oddělení absolvent lékařské fakulty v Hradci Králové pplk. MUDr. Vlastimil Tichý (nar. 1959, 1984 absolvoval Lékařskou fakultu UK a současně Vojenskou lékařskou akademii v Hradci Králové). Po postgraduálním školení v ÚVN v Praze v letech 1984-86 působil MUDr. Tichý v letech 1986-88 jako plukovní lékař u Letectva a protivzdušné obrany Čs. armády a v letech 1988-92 jako psychiatr v Ústavu leteckého zdravotnictví; od roku 1992 pracuje na psychiatrickém oddělení ÚVN. 1993-2001 pracoval zároveň v Centru krizové intervence v Praze. 1991 a 1993 získal atestaci I. a II. stupně z oboru a 1996 funkční atestaci z psychoterapie. Pplk. MUDr. Tichý má za sebou obsáhlou praktickou zkušenost v krizové intervenci z účasti v misích Armády České republiky v Chorvatsku (1994-95), v Albánii (1999), v Turecku (1999) a v Afganistanu. Od roku 2000 je členem pracovní skupiny pro vojenskou psychiatrii COMEDS NATO, o rok později se stal členem cílové skupiny NATO pro výzkum stresu, je členem Mezinárodní společnosti pro traumatický stres, koordinátorem výzkumu výskytu PTSD a je rovněž spoluautorem knihy o krizové intervenci a telefonní krizové intervenci.

*Pane primáři, mohl byste souhrnně charakterizovat služby, které Vaše oddělení nabízí a poskytuje pacientům s duševními poruchami a chorobami?*

Máme část lůžkovou a část ambulantní. Naše péče o pacienty zahrnuje celé spektrum psychiatrických chorob od neuróz, psychosomatických poruch, reakcí na závažná psychická traumata přes dekompenzace osobnosti

a deprese až k psychózám, organickým poruchám centrální nervové soustavy a závislostem na alkoholu a návykovým látkám. Zabezpečujeme ve spádu občany Prahy 6 a dále pacienty z Ústřední vojenské nemocnice a ze všech ozbrojených složek v České republice, tj. vojáků, policistů, hasičů a celníků.

*Podle obecné informace z Internetu ale některé služby – například péči o osoby sociálně selhávající – Vaše oddělení neposkytuje. Proč – a které jsou to služby?*

To se týká pacientů, kteří jsou agresivní. Nemáme prostředky k tomu, aby-chom je mohli bezpečně zklidnit. Dále jde o pacienty nad určitou věkovou hranicí (tuto specializovanou léčbu zajišťuje Psychiatrická léčebna v Praze-Bohnicích), a neprovádíme dlouhodobou odvykací léčbu pacientů závislých na alkoholu nebo na psychotropních látkách; u nich provádíme pouze úvodní detoxifikaci a pak zajišťujeme dlouhodobou specializovanou léčbu v odborných zařízeních. U nás platí maximální možná doba hospitalizace do 60 dnů pobytu.

*Přenecháváte následnou léčbu specializovaným zařízením. Neznamená to ale někdy jakési „zastavení v polovině cesty k vyléčení“?*

Určitě ne. Ve specializovaných zařízeních jsou realizovány zvláštní programy. V ÚVN se dříve podobné programy rovněž uskutečňovaly, ale v rámci výrazné redukce armády se radikálně snížil počet pacientů v této oblasti. V profesionální armádě není alkoholiků a závislých osob tolik, jako dříve, při velkém počtu vojáků v základní službě a vojáků z povolání; tento druh péče u nás by se tedy ekonomicky nerentoval. Samotná detoxifikace, kterou u nás pro-

vádíme, spočívá totiž pouze v šetrném vysazení škodlivé látky, kdy pacientovi dáme léky na překlenutí tzv. abstinčního období a motivujeme ho k další abstinenci a následné specializované léčbě. Tato detoxifikace trvá dva až tři týdny, než je pacient přeložen na specializované oddělení. Léčba tam pak trvá cca tři měsíce; tu při naší omezené lůžkové kapacitě zajišťovat nemůžeme.

*V průběhu těchto dvou až tří týdnů tedy postihujete ty nejhorší následky závislosti na škodlivé látce. Jak to děláte?*

Jiné je to u alkoholu, jiné u drog. Pacientovi závislému na alkoholu nasadíme určité léky, které postupně vysazujeme, takže organismus si zvyká na absenci látky, na níž byl závislý. U drog je to trochu složitější, protože v takových případech léčíme i příznaky syndromu závislosti a terapie u nás trvá poněkud déle. Jestliže jde o závislost na lécích (psychofarmakách), pak pacient nejdříve dostává lék, na němž je závislý. Ten rovněž postupně vysazujeme a nahrazujeme ho jinými léky, aby si organismus zvykl na život bez této látky.

*Dočetl jsem se, že dnes se například k léčbě depresí používá léků, které nevyvolávají závislost, tj. nejsou návykové, jako dříve např. diazepam. Je to tak?*

Ano, dnešní antidepresiva jsou značně šetrnější nežli benzodiazepiny.

*Jaké je – pokud to lze vyjádřit – procento úspěšnosti při léčení depresí?*

To závisí na typu deprese. Jsou vrozené deprese, po jejichž propuknutí musí pacient brát antidepresiva do konce života; tam může docházet třeba v důsledku sezónních vlivů k dekompenzacím (nejhoršími ročními obdobími jsou pro takto postižené pacienty jaro a podzim). Jiné je to u tzv. neurotických depresí: přeléčíme pacienta pomocí kombinace psychoterapie a léků – a často se už deprese takto léčenému pacientovi nemusí vrátit. Ale zcela jistě se procento úspěšnosti díky moderním antidepresivům zvýšilo.

*Jaká je tendence četnosti depresí v poslední době?*

Počet případů se zvyšuje. Nepřibývá endogenních, tj. vrozených depresí, ale zvyšuje počet tzv. neurotických depresí. Pacient třeba podniká a zkrachuje; okrade ho nějaký obchodní partner; rozpadne se mu manželství – prostě nastane situace všeobecného stresu. To všechno samozřejmě přispívá ke vzniku neurotických depresí. Možnos-

ti léčby jsou dnes mnohem lepší nežli v minulosti. Používáme antidepresiva vyšší generace, která už přesně dovedou působit na ten který konkrétní neuropřenašeč. Tím vymizí vedlejší nežádoucí účinky léku. Antidepresiva kombinujeme s psychoterapií a event. nějakou sociální pomocí, což je velmi důležitý prvek léčby těchto stavů.

*Vaší osobní specializací je tzv. krizová intervence u vojáků z povolání, kteří se zúčastnili bojových misí. V y sám jste se takových misí zúčastnil. Má v takových případech psychiatr hodně práce?*

Byl jsem v bývalé Jugoslávii, v Albánii, v Turecku a v Afghanistanu. Všechny mise nejsou stejné; jednotlivé mise se od sebe liší nejen např. mírou nebezpečí, jež hrozí účastníkům mise, ale i mírou působení stresujícího prostředí. Vojáci v misi se dozvídají, co všechno se stalo „domorodým“ obětem, jsou vzdáleni od domova, jsou vystaveni náročným podmínkám klimatu atd. Zažil jsem i mise, kde probíhaly bezprostřední boje, takže se člověk při poskytování pomoci ocitl přímo v centru bojů – například v Jugoslávii; v Turecku jsem zažil bezprostředně i zemětřesení. V každém případě Vás ovšem taková zkušenost odborně i lidsky obohatí.

Pokud jde o množství práce, má jí psychiatr v takovém prostředí relativně dost – jak s místními obyvateli, tak s vojáky, kteří se mise zúčastňují.

*Hraje tu roli i stesk vojáků v misi po*

*domově?*

Ano, ale patří k tomu i rodinné problémy, i třeba to, že vojáci se na místě setkávají s rodinnými traumaty místních lidí, která se na ně přenášejí. V relativně malém prostoru vzniká pochopitelně i tzv. ponorková nemoc.

*Je pobyt v misi nějak časově omezen?*

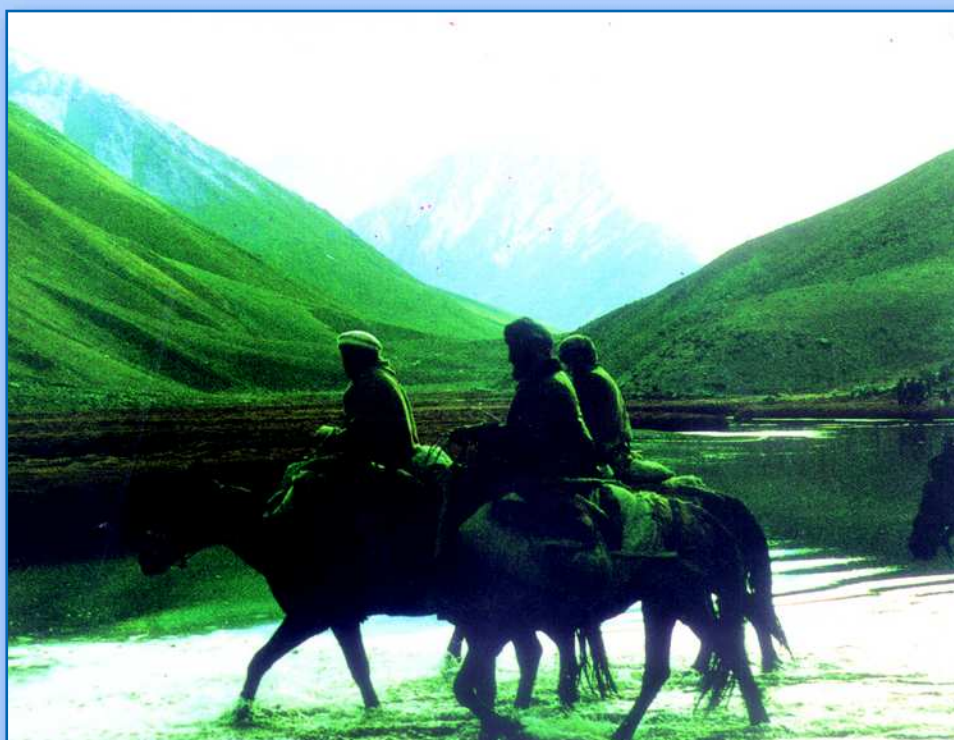
Obligatorem jsou členové misí vysíláni na šest měsíců. Já sám jsem ale byl na misi v jednom případě celý rok, a znám několik lidí, kteří v misi pobývali s krátkými přestávkami i několik let. Máte-li tu rodinu a jste tu tak říkajíc zakotven, pak by optimální čas pobytu v misi neměl překročit čtyři až šest měsíců. U některých lidí vznikne i to, čemu říkám *misionářský syndrom*: voják se vrátí z mise, a najednou touží se zúčastnit další mise.

*Příčinou jsou peníze nebo pracovní náplň?*

Řekl bych, že je tam obsaženo obojí. Ostatně i příjmové rozdíly se už pomalu stírají. Další příčinou může být poznání cizí země, pocit smysluplnosti vlastní práce v misi, při níž je postaven do role hrdiny, plus nějaký adrenalinový zážitek. Někdy to ovšem vede k rozpadu rodiny i k dalším nepříznivým důsledkům.

(ed)

**Druhou část rozhovoru s MUDr. Tichým najdete v příštím čísle.**



Vzpomínka na Afghánistán