

JERUZALÉMSKÝ SYNDROM

souborný článek

Jan Lužný^{1,2}
Olubunmi Arogunmati³

¹Psychiatrická léčebna v Kroměříži

²Ústav sociálního lékařství
a zdravotní politiky LF UP
v Olomouci

³Brunel University, Graduate School,
West London, Velká Británie

Kontaktní adresa:

MUDr. Mgr. Jan Lužný, Ph.D.
Psychiatrická léčebna v Kroměříži
Havlíčkova 1265
767 40 Kroměříž
e-mail: luznyj@plkm.cz

SOUHRN

Lužný J, Arogunmati O. Jeruzalémský syndrom

Jeruzalémský syndrom je druh akutní psychotické poruchy vznikající u některých turistů cestujících na svatá místa v Jeruzalémě. Jeruzalémský syndrom se rozvíjí u osob s dřívější anamnézou psychotického onemocnění či poruchy osobnosti, může ovšem vzniknout i u osob bez jakékoliv předchozí psychiatrické anamnézy. Součástí klinického obrazu jeruzalémského syndromu je náboženská, reformátorská či originární bludná produkce, spolu s magickým myšlením či zrakovými a sluchovými iluzemi nebo halucinacemi. Tento psychotický stav trvá zpravidla několik dní a odeznívá většinou spontánně za přispění krizové intervence.

Klíčová slova: akutní psychotická porucha, jeruzalémský syndrom, terapie, krizová intervence.

SUMMARY

Lužný J, Arogunmati O. The Jerusalem Syndrome

The Jerusalem syndrome is an acute psychotic disorder which is developing in some tourists visiting holy places in Jerusalem. The Jerusalem syndrome develops in persons with prior anamnesis of psychotic disorder or personality disorder, but it may also develop in persons with no former psychiatric history. Clinicle picture of Jerusalem syndrome is including religious, reformator or originar dillusions, together with magic thinking and visual or auditory illusions or hallucinations. This condition usually is lasting up for several days and usually recovers spontaneously with contribution of crisis intervention approach.

Key words: acute psychotic disorder, Jerusalem syndrome, treatment, crisis intervention.

ÚVOD

Jeruzalémský syndrom je akutní psychotický stav, který se vyvíjí u některých turistů a poutníků cestujících do Jeruzaléma.^{1,2} Tito jedinci jsou často hluboce věřící, mají základní znalosti v duchovní oblasti (znalost Bible, životopisů svatých) a často putují do Izraele s hlubokou osobní motivací poznat svatá místa, kde se odehrály klíčové biblické události. Nejčastěji jsou to křesťané, avšak jeruzalémský syndrom byl popsán i u židů a muslimů.^{3,4} Jeruzalémský syndrom byl popisován již dříve – nejčastěji na přelomu tisíciletí, kdy věřící z celého světa davově navštěvovali svatá místa v očekávání nových historických

změn či událostí. V roce 1033 u příležitosti 1000. výročí ukřižování Ježíše Krista byl popsán dav katolických cestovatelů, kteří se natolik identifikovali se svatým poutním místem, že odmítali opustit Golgotu a přespávali tam.⁴ Kazuistické popisy jeruzalémského syndromu jsou známy zejména izraelským psychiatrům po staletí – jedná se nejčastěji o psychotické dekompenzace psychopaticky strukturovaných osobností, které během návštěvy Jeruzaléma produkují nejčastěji religiózní, originární či reformátorské bludy spolu s dopadem na chování jedince (bizarní, nepřiléhavé či agresivní chování),

přítomny mohou být i zrakové či sluchové iluze nebo halucinace.² Tito psychoticky alterovaní jedinci bývají v případě rušivého či pro okolí nebezpečného jednání dopraveni ke krátkodobé hospitalizaci do Psychiatrického centra Kfaur Shaul v Jeruzalémě, kde akutně vzniklý psychotický stav zpravidla rychle a spontánně odeznívá.³

TYPOLOGIE A KLINICKÝ OBRAZ JERUZALÉMSKÉHO SYNDROMU

Etiopatogeneticky se předpokládají tři základní formy jeruzalémského syndromu:³

Typ 1 – jeruzalémský syndrom jako akutní psychotický stav vzniklý u jedince s psychotickou poruchou v anamnéze. Tito jedinci přijíždějí do Jeruzaléma s již jasnou psychotickou představou navštívit svatá místa a dosáhnout intenzifikace svého paticky religiózního stavu.

Typ 2 – jeruzalémský syndrom jako psychotická dekompenzace psychopaticky strukturované osobnosti (nejčastěji emočně nestabilní, histrionské či obsedantně-kompulzivní). Tito osobnostně predisponovaní jedinci jsou pro okolí často nápadní svými netradičními oděvy, hávy, náboženskými nápisy na těle, tichými protesty v ulicích Jeruzaléma. Pokud není jejich chování autoagresivní či heteroagresivní, bývají ponecháni okolím bez nutnosti hospitalizace.

Typ 3 – je považován za „čistou formu“ jeruzalémského syndromu, který se vyvíjí u turistů bez jakékoli předchozí psychiatrické anamnézy či osobnostní dispozice.

Ve všech typech jeruzalémského syndromu bývá klinický obraz podobný – dochází ke ztotožnění turistů v Jeruzalémě s biblickou či náboženskou postavou, dále pak s náboženskou, extrapotenční či reformátorskou myšlenkou, popřípadě s myšlenkou vyjadřující touhu po záračném uzdravení nemoci postiženého jedince během jeho návštěvy Jeruzaléma. Mohou být přítomny i sluchové či zrakové iluze, halucinace, rovněž může být přítomno bizarní, nápadné chování takového jedince. V ojedinělých případech bylo pozorováno i autoagresivní či heteroagresivní chování (ničení maleb a soch v chrámech, útoky na místní kněze).^{2,5,6,7,8}

DIAGNOSTICKÁ KRITÉRIA ČISTÉ FORMY JERUZALÉMSKÉHO SYNDROMU

Diagnostická kritéria u čisté formy jeruzalémského syndromu (tedy u jedinců bez předchozí psychiatrické anamnézy či bez anamnézy poruchy osobnosti) jsou představeny týmem profesora Bar-Ela takto:³

- jedinec nemá předchozí anamnézu duševní poruchy (je třeba vyloučit zejména psychotické poruchy a závislosti na návykových látkách);

- jedinec přijíždí do Jeruzaléma jako běžný turista, nemá zde žádné speciální poslání;
- záhy po příjezdu do Jeruzaléma, zpravidla do několika dní, se u jedince vyvíjí charakteristická posloupnost těchto příznaků:
- úzkost, agitovanost či nervozita a tenze;
- odhodlání odtrhnout se od skupiny turistů, se kterými jedinec přijel, a putovat již dále po Jeruzalémě sám;
- touha po čistotě či očištění;
- zaujetí místními náboženskými oděvy (dlouhá bílá tóga po kotníky) a snaha obstarat si tento oděv;
- potřeba se modlit, zpívat či citovat náboženské žalmy, písně, nahlas předčítat ostatním úryvky z Bible;
- putování výhradně po svatých místech Jeruzaléma;
- snaha kázat na některém ze svatých míst, s jasným morálním či náboženským poselstvím pro okolní turisty.

DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

V rámci diferenciální diagnostiky je třeba vyloučit akutní intoxikaci návykovými látkami, psychotickou poruchu ze schizofrenního okruhu, dále pak organickou duševní poruchu.⁹

LÉČBA

V případě závažného, heteroagresivního chování je doporučována krátkodobá hospitalizace. Dle klinického stavu pacienta může být akutně a zpravidla jednorázově aplikována malá dávka antipsychotika či benzodiazepinů (u aktuálně nebezpečného chování), většinou pak plně postačuje intenzivní krátká krizová intervence. V případě nutnosti trvá hospitalizace kolem 5 až 7 dní v místním psychiatrickém zařízení, poté bývá pacient propuštěn do domácího ošetření. Méně závažné stavy jsou léčeny ambulantní formou krátké krizové intervence, či jsou ponechány bez povšimnutí, a tedy i léčebného zásahu psychiatry.³

KAZUISTIKA

37letý muž britské národnosti, svobodný, bezdětný, zaměstnaný v bance v úřednické profesi, praktikující protestant, bez předchozí psychiatrické anamnézy, se rozhodl pro týdenní návštěvu Jeruzaléma u příležitosti milénia a vkročení do nového tisíciletí. Zakoupil si letenku s půlročním předstihem, navštívil několik knihkupectví v Londýně, kde si zakoupil mapu Jeruzaléma a dva turistické průvodce po Izraeli. Asi měsíc před vlastní cestou si naplánoval místa, která chce během svého pobytu v Izraeli navštívit. Po přeletu do Tel Avivu sedá na taxi a přijíždí do Jeruzaléma, ubytovává se v hostelu blízko Olivové hory v Jeruzalémě. Druhý den podniká křížovou cestu, je fascinován spiritualitou svatých míst, na Golgotě rozjímá o Kristově utrpení, není schopen z tohoto místa odejít, do hostelu se vrací v pozdních nočních hodinách, nedokáže usnout, o všem znovu přemítá, připomíná si svůj vlastní život, přemýšlí nad svými hříchy,

nad odpuštěním a spásou. Druhý den se ptá personálu hostelu po tržišti s tradičními oděvy, chce se znovu vydat na Golgotu, ovšem již bez civilního oblečení, ale v čistém, bílém roucho. Znovu prochází křížovou cestou, intenzivněji se zamýšlí nad posvátným významem jednotlivých zastavení. Před každým zastavením klečí, hlasitě volá po odpuštění svých hříchů. Zůstává rozjímat až do rána, nepřichází do hostelu k přespaní. Třetí den je nalezen ostatními turisty, jak pobíhá mezi jednotlivými zastaveními křížové cesty, rve ze sebe bílé roucho, křičí, že je hříšník a že na něj přišla spása, přemlouvá ostatní turisty k nápravě a k obrácení se na víru. Jednoho z turistů během potyčky fyzicky napadá, je přivolána policie a Brit je převezzen do psychiatrické nemocnice v Jeruzalémě k vyšetření duševního stavu. Zde byla konstatována Jiná akutní psychotická porucha (F23.2), pro agresivitu byl aplikován haloperidol v dávce 5 mg intramuskulárně a po zklidnění pacienta byla poskytnuta abreaktivní psychoterapie. Třetí den hospitalizace dochází zcela k odeznění psychotické produkce a získání plného náhledu, pacient nadále přiléhavý, byl propuštěn do domácího ošetřování s doporučením časného návratu do Velké Británie. Pacient si zajistil letenku zpět na další den, po příletu do Londýna je zcela kompenzován, bez psychotické produkce, na jeruzalémskou historiku vzpomíná jako na zvláštní sen, o kterém nechce příliš hovořit.

DISKUSE A ZÁVĚR

Jeruzalémský syndrom je v českém prostředí prozatím spíše teoretickým fenoménem, který (pokud je autorům tohoto referátu známo) nebyl v Čechách blíže popsán. V souvislosti se zlepšující se ekonomickou situací českých turistů a početné nabídce poutních i pobytových zájezdů do Izraele našimi cestovními kancelářemi nelze vyloučit případy jeruzalémského syndromu ani u nás. Jeruzalémský syndrom by byl českými psychiatry diagnosticky nejspíše zařazen mezi akutní psychotické poruchy (F23) vzhledem k přítomné psychotické symptomatologii, délce trvání klinických příznaků a závazným diagnostickým kritériím pro duševní poruchy Mezinárodní klasifikace nemocí, podobně jako byl zařazen izraelskými psychiatry v případě připojeného kazuistického sdělení. Diferenciálně diagnosticky je třeba vyloučit akutní intoxikaci návykovou látkou, anamnesticky je třeba pátrat po psychotické poruše schizofrenního okruhu či organické duševní poruše, která byla pacientovi již diagnostikována. Anamnesticky je třeba rovněž zhodnotit premorbidní osobnost pacienta. Léčba bývá dle izraelských odborníků zpravidla krátkodobá, s preferencí psychotherapeutického přístupu (krizová intervence). Připojená kazuistika demonstruje případ britského turistu v Jeruzalémě, jak byl zaznamenán spoluautorem tohoto článku.

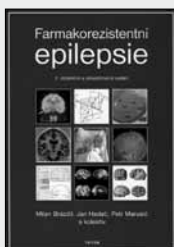
LITERATURA

1. Prochwicz K, Sobczyk A. Jerusalem syndrome. Symptoms, course and cultural context. (článek v polštině). Psychiatr Pol 2011; Mar-Apr; 45 (2): 289–296.
2. Witzum E, Kalian M. The „Jerusalem syndrome“ – fantasy and reality, a survey of accounts from the 19th century to the end of the second millennium. Isr J Psychiatry Relat Sci 1999; 36 (4): 260–271.
3. Bar-El Y et al. Jerusalem syndrome. Br J Psychiatry 2000; 176: 86–90.
4. Siegel-Itzkovich J. Israel prepares for „Jerusalem syndrome“. BMJ 1999; 318: 484.
5. Faustovsky N. et al. The Jerusalem syndrome. Psych Serv 2000; 51 (8): 1052.
6. Hellewell JSE, Haddad PM. Further comments on Jerusalem syndrome. BJP 2000; 176: 594.
7. Kalian M, Witzum E. Comments on Jerusalem syndrome. Br J Psychiatry 2000; 176: 492.
8. Kalian M., Witzum E. Jerusalem syndrome or Paranoid Schizophrenia? Psych Serv 2000; 51 (11): 1453.

Petr Marusič, Milan Brázdil, Jan Hadač a kolektiv

FARMAKOREZISTENTNÍ EPILEPSIE

Druhé, doplněné a aktualizované vydání



Monografie je obsahově komplexním textem věnovaným jednomu z nejzávažnějších problémů současné epileptologie – praktické péči o pacienty s epilepsií, u nichž navzdory správně zvolené medikamentózní léčbě přetrvávají záchvaty. Vlastní text je rozdělen do 16 instruktivních a prakticky zaměřených kapitol, které jsou doplněny bohatou obrazovou přílohou. Hlavní pozornost je věnována specifickým oblastem péče o pacienty s farmakorezistentní epilepsií – mj. příčinám intraktability, interdisciplinárnímu předoperačnímu vyšetření včetně semiinvasivních a invazivních postupů, problematice pseudofarmakore-

zistence, indikaci operační léčby, vlastním epileptochirurgickým zákrokům, psychiatrickým a sociálně-právním aspektům farmakorezistentní epilepsie atd. Druhé vydání monografie je kromě doplnění původních kapitol o aktuální poznatky rozšířeno o kapitolu věnovanou epileptickému statu. Jednotlivé kapitoly nejenže odrážejí bohaté zkušenosti autorů, ale zároveň poskytují i přehled současných vědomostí na dané téma. Vzhledem k pečlivému kolektivnímu zpracování této složité problematiky a vlastní struktuře jednotlivých kapitol lze předkládanou monografii současně využít jako přehledný edukační materiál pro specializované epileptologické vzdělávání.

1199 Kč, Triton, druhé vydání, 304 s., barevné, 205 × 290 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel.: 257 326 178, fax: 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz
Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel.: 224 923 115