

Psychiatrie a pedopsychiatrie

Ladislav Hosák

Michal Hrdlička

Jan Libiger

a kolektiv

Psychiatrie a pedopsychiatrie

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.
prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.
prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.
a kolektiv

Recenzovali:

prof. MUDr. Eva Češková, CSc.
doc. MUDr. Tomáš Kašpárek, Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum
Redaktorka publikace Jana Jindrová
Grafická úprava Zdeněk Ziegler
Sazba a zlom DTP Nakladatelství Karolinum
Vydání první

© Univerzita Karlova v Praze, 2015

© Ladislav Hosák, Michal Hrdlička, Jan Libiger a kolektiv, 2015

ISBN 978-80-246-2998-8

ISBN 978-80-246-3011-3 (pdf)



Univerzita Karlova v Praze
Nakladatelství Karolinum 2015

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

Vedoucí kolektivu spoluautorů:

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc.

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.

Kolektiv autorů:

Mgr. Jan Bažant, Pardubická nemocnice

MUDr. Věra Bažantová, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Jitka Bušková, Ph.D., Institut spánkové medicíny, Národní ústav duševního zdraví, Klecany; Neurologická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Iva Dudová, Ph.D., Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole

MUDr. Anna Hanušová, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Martin Hollý, MBA, Psychiatrická nemocnice Bohnice

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. lékařské fakulty UK; IKEM Praha; Psychiatrická nemocnice Bohnice

prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Jiřina Hosáková, Ústav ošetrovatelství, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě

prof. MUDr. Michal Hrdlička, CSc., Dětská psychiatrická klinika 2. lékařské fakulty UK a Fakultní nemocnice v Motole

MUDr. Jela Hrnčiarová, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové; Léčebna návykových nemocí, Nechanice

PhDr. Lukáš Humpl, Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity; Zdravotnická záchranná služba Moravskoslezského kraje

MUDr. Martin Hýža, Oddělení psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava a Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity

MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie, Liberec

MUDr. Jiří Konrád, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod

MUDr. Richard Köhler, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

prof. MUDr. Jan Libiger, CSc., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

doc. MUDr. Jiří Masopust, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Jiří Michalec, Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity; Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Petr Mílek, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., Psychiatrická klinika 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze

MUDr. Ondřej Pěč, Ph.D., 1. lékařská fakulta UK v Praze; Klinika ESET Praha

MUDr. Birgita Slováčková, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Mgr. Zuzana Svobodová, Oddělení psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava

MUDr. Tereza Szymanská, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Petr Šilhán, Oddělení psychiatrické Fakultní nemocnice Ostrava a Katedra interních oborů Lékařské fakulty Ostravské univerzity

MUDr. Jiří Švarc, Ph.D., Psychiatrická nemocnice Bohnice

MUDr. Ivan Tůma, CSc., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

MUDr. Bc. Libor Ustohal, Ph.D., Psychiatrická klinika Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a Fakultní nemocnice Brno; Středoevropský technologický institut, Masarykova univerzita

doc. MUDr. Martin Vališ, Ph.D., Neurologická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty UK v Praze

MUDr. Irena Žirková, Psychiatrická klinika Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a Fakultní nemocnice Hradec Králové

Obsah

Úvod /15

1. **Krátká historie psychiatrie** (*Jan Libiger*) /16
2. **Organizace psychiatrické péče v ČR a připravovaná reforma**
(*Martin Holý*) /28
3. **Klasifikace v psychiatrii** (*Jan Libiger*) /35
4. **Vyšetření pacienta v psychiatrii** (*Věra Bažantová*) /42
5. **Základy psychopatologie** (*Ladislav Hosák*) /56
6. **Laboratorní a pomocné vyšetřovací metody v psychiatrii**
(*Richard Köhler, Jan Bažant*) /76
7. **Organické duševní poruchy** (*Jiří Konrád*) /117
 - 7.1 Primární neurodegenerativní demence /119
 - 7.1.1 Alzheimerova nemoc a demence u Alzheimerovy nemoci /119
 - 7.1.2 Demence s Lewyho tělísky /126
 - 7.1.3 Skupina frontotemporálních lobárních degenerací /129
 - 7.1.4 Demence u Parkinsonovy nemoci /130
 - 7.1.5 Demence u Huntingtonovy nemoci /131
 - 7.1.6 Creutzfeldtova-Jakobova nemoc /132
 - 7.2 Sekundární demence /133
 - 7.2.1 Vaskulární demence /133
 - 7.2.2 Ostatní sekundární a symptomatické demence /135
 - 7.3 Delirium, které není vyvoláno návykovými látkami
(tzv. organické delirium) /135
 - 7.4 Další organické duševní poruchy /138

- 8. **Závislost na návykových látkách** (*Ľeta Hrnčiarová*) /142
 - 8.1 Epidemiologie /142
 - 8.2 Etiopatogeneze /143
 - 8.3 Klinické príznaky /148
 - 8.3.1 Alkohol /150
 - 8.3.2 Opioidy /160
 - 8.3.3 Kanabinoidy /163
 - 8.3.4 Léky s návykovými vlastnosťmi /165
 - 8.3.5 Stimulancia /167
 - 8.3.6 Kofein /171
 - 8.3.7 Nikotin /172
 - 8.3.8 Halucinogeny /173
 - 8.3.9 Těkavé látky /174
 - 8.3.10 Anabolické steroidy /174
 - 8.4 Vyšetřovací metody /175
 - 8.5 Průběh a prognóza /175
 - 8.6 Léčba /175
 - 8.6.1 Standardní odvykací léčba závislosti /176
 - 8.6.2 Nezdravotnické možnosti léčby závislosti /179

- 9. **Schizofrenie a jiné psychotické poruchy** (*Ľan Libiger*) /181
 - 9.1 Schizofrenie /182
 - 9.2 Schizotypní porucha /197
 - 9.3 Porucha s bludy /200
 - 9.4 Akutní a přechodná psychotická porucha /204
 - 9.5 Schizoafektívni porucha /207

- 10. **Afektívni poruchy - poruchy nálady** (*Ivan Tůma*) /212
 - 10.1 Bipolární afektívni porucha /212
 - 10.2 Depresivní epizoda, rekurentní depresivní porucha /224
 - 10.3 Trvalé poruchy nálady /236

- 11. **Úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy** (*Těreza Szymanská*) /241
 - 11.1 Fobické úzkostné poruchy /251
 - 11.1.1 Agorafobie /251
 - 11.1.2 Sociální fobie /252
 - 11.1.3 Specifická (izolovaná) fobie /255
 - 11.2 Jiné anxiózní poruchy /255
 - 11.2.1 Panická porucha /255
 - 11.2.2 Generalizovaná úzkostná porucha /257
 - 11.2.3 Smíšená úzkostná a depresivní porucha /258

- 11.3 Obsedantně-kompulzivní porucha /259
- 11.4 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení /261
 - 11.4.1 Akutní stresová reakce /261
 - 11.4.2 Posttraumatická stresová porucha /262
 - 11.4.3 Porucha přizpůsobení /263
- 11.5 Disociativní poruchy /266
- 11.6 Somatoformní poruchy /270
 - 11.6.1 Somatizační porucha /270
 - 11.6.2 Hypochondrická porucha /271
 - 11.6.3 Somatoformní vegetativní dysfunkce /272
 - 11.6.4 Přetrvávající somatoformní bolestivá porucha /273
- 11.7 Neurastenie /275

- 12. **Poruchy příjmu potravy** (*Hana Papežová*) /278

- 13. **Neorganické poruchy spánku** (*Jitka Bušková*) /292
 - 13.1 Neorganická nespavost /292
 - 13.2 Neorganická hypersomie /294
 - 13.3 Neorganická porucha rytmu spánků–bdění /295
 - 13.4 Náměšičnictví (somnambulismus) /297
 - 13.5 Spánkové děsy (noční děsy – pavor nocturnus) /298
 - 13.6 Noční můry /298

- 14. **Sexuální dysfunkce** (*Jaroslav Žvěřina*) /300
 - 14.1 Sexuální dysfunkce u žen /301
 - 14.1.1 Nízký zájem o sex /301
 - 14.1.2 Nízká sexuální vzrušivost /302
 - 14.1.3 Poruchy orgasmu /303
 - 14.1.4 Dyspareunie a algopareunie /303
 - 14.1.5 Vaginismus /304
 - 14.1.6 Poruchy sexuální satisfakce /304
 - 14.1.7 Premenstruální tenze /305
 - 14.2 Sexuální dysfunkce u mužů /305
 - 14.2.1 Nízká sexuální apetence /305
 - 14.2.2 Poruchy erekce /306
 - 14.2.3 Překotná (předčasná) ejakulace /308
 - 14.2.4 Anorgasmie /309
 - 14.2.5 Orgasmus retardatus /309
 - 14.2.6 Anejakulace při orgasmu („suchý orgasmus“) /310
 - 14.2.7 Priapismus /311

15. **Poruchy osobnosti a chování u dospělých**
(*Ladislav Hosák, Jaroslav Žvěřina*) /312
- 15.1 Specifické poruchy osobnosti (*Ladislav Hosák*) /312
- 15.2 Návykové a impulzivní poruchy (*Ladislav Hosák*) /318
- 15.3 Homosexualita (*Jaroslav Žvěřina*) /321
- 15.4 Poruchy pohlavní identity (*Jaroslav Žvěřina*) /322
- 15.4.1 Transsexualita /322
- 15.5 Poruchy sexuální preference (parafílie) (*Jaroslav Žvěřina*) /323
- 15.5.1 Pedofilie /324
- 15.5.2 Fetišismus /325
- 15.5.3 Exhibicionismus /326
- 15.5.4 Slídičství /327
- 15.5.5 Patologická sexuální agresivita /327
- 15.5.6 Sadismus (algolagnie) /328
- 15.5.7 Masochismus /330
- 15.5.8 Sexuální deviace kombinované /330
- 15.6 Münchhausenův syndrom (faktitivní porucha, předstíraná porucha)
(*Ladislav Hosák*) /331
16. **Mentální retardace** (*Ladislav Hosák*) /332
17. **Poruchy psychického vývoje** (*Michal Hrdlička, Iva Dudová*) /337
- 17.1 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka /337
- 17.2 Specifické vývojové poruchy školních dovedností /339
- 17.3 Specifická vývojová porucha motorické funkce /340
- 17.4 Pervazivní vývojové poruchy /341
18. **Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci**
(*Michal Hrdlička, Iva Dudová*) /357
- 18.1 Hyperkinetické poruchy /357
- 18.2 Poruchy chování /367
- 18.3 Smíšené poruchy chování a emocí /375
- 18.3.1 Depresivní porucha chování /375
- 18.4 Emoční poruchy se začátkem specifickým pro dětství /376
- 18.4.1 Separáčnická úzkostná porucha v dětství /376
- 18.4.2 Fobická úzkostná porucha v dětství /377
- 18.4.3 Sociální úzkostná porucha v dětství /379
- 18.4.4 Porucha sourozenecké rivality /380
- 18.4.5 Generalizovaná úzkostná porucha v dětství /380
- 18.5 Poruchy sociálních vztahů se vznikem specificky v dětství
a v adolescenci /382
- 18.5.1 Elektivní mutismus /382

- 18.5.2 Reaktivní porucha přichylnosti v dětství /383
- 18.5.3 Dezinhibovaná přichylnost v dětství /383
- 18.6 Tikové poruchy /384
- 18.7 Jiné poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a dospívání /388
 - 18.7.1 Neorganická enuréza /388
 - 18.7.2 Neorganická enkopréza /389
 - 18.7.3 Porucha příjmu potravy v útlém a dětském věku /390
 - 18.7.4 Pika v útlém a dětském věku /390
 - 18.7.5 Kórtavost /391
- 19. **Pedopsychiatrické poznámky k některým diagnózám dospělého věku a dalším faktorům** (*Michal Hrdlička, Iva Dudová*) /393
 - 19.1 Schizofrenie s časným začátkem /393
 - 19.2 Pediatrická bipolární porucha /395
 - 19.3 Deprese v dětství a adolescenci /397
 - 19.4 Panická porucha /398
 - 19.5 Posttraumatická stresová porucha /399
 - 19.6 Týrané a zneužívané dítě /400
- 20. **Psychiatrická problematika u somaticky nemocných** (*Birgita Slováčková*) /403
 - 20.1 Deprese u somaticky nemocných /403
 - 20.2 Úzkost a úzkostné poruchy u somaticky nemocných /406
 - 20.3 Delirium /407
 - 20.4 Suicidium u somaticky nemocných /409
 - 20.5 Psychická onemocnění u neurologických nemocných /409
 - 20.6 Psychické poruchy u kardiovaskulárně nemocných /415
 - 20.7 Psychické poruchy u onkologicky a hematologicky nemocných /418
 - 20.8 Psychické poruchy v endokrinologii /420
 - 20.9 Psychiatrické komplikace léčby kortikosteroidy /423
 - 20.10 Konziliární psychiatrie /424
- 21. **Biologická léčba duševních poruch – psychofarmaka** (*Jiří Masopust*) /428
 - 21.1 Antidepresiva /428
 - 21.2 Antipsychotika /436
 - 21.3 Anxiolytika /444
 - 21.4 Hypnotika /447
 - 21.5 Thymoprotylaktika /450
 - 21.6 Kognitiva (spoluautor *Martin Vališ*) /457
 - 21.7 Psychostimulancia /461
 - 21.8 Antialkoholika /462
 - 21.9 Terapeutické monitorování léků /463
 - 21.10 Psychofarmaka v těhotenství a laktaci /463

22. **Biologická léčba duševních poruch** (*Michal Hrdlička, Libor Ustohal*) /466
- 22.1 Elektrokonvulzivní terapie /466
- 22.2 Další metody biologické léčby duševních poruch /474
- 22.2.1 Neurostimulační (neuromodulační) metody /475
- 22.2.2 Ostatní metody /482
23. **Psychoterapie duševních poruch** (*Petr Šilhán, Zuzana Svobodová, Jiří Michalec, Lukáš Humpl, Martin Hýža*) /487
24. **Resocializace a komunitní péče u duševních poruch** (*Ondřej Pěč*) /514
25. **Urgentní stavy a první pomoc v psychiatrii** (*Martin Hýža*) /526
26. **Sebevražda** (*Irena Žirková*) /538
27. **Psychosomatická medicína** (*Radkin Honzák, Vladislav Chvála*) /551
28. **Rozhovor s psychiatrickým pacientem** (*Petr Mílek*) /562
29. **Ošetrovatelská péče v psychiatrii** (*Jiřina Hosáková*) /572
30. **Etika v psychiatrii** (*Jan Libiger*) /581
31. **Právní problematika v psychiatrii** (*Jiří Švarc*) /588
32. **Stigmatizace v psychiatrii** (*Anna Hanušová*) /611
33. **Transkulturální psychiatrie** (*Petr Mílek*) /615
34. **Výzkum v psychiatrii** (*Ladislav Hosák, Michal Hrdlička, Jan Libiger*) /623
35. **Budoucnost oboru psychiatrie** (*Ladislav Hosák, Michal Hrdlička, Jan Libiger*) /627
- Seznam zkratk /629
- Rejstřík /632

Úvod

Cílem tohoto výukového textu je podat studentům medicíny aktuální informace o problematice duševních poruch, jejich příčinách, klinických příznacích a léčbě. Autoři usilovali o to, aby obor psychiatrie byl zachycen v celé své pestrosti. Kromě ryze biologicko-medicínských aspektů jsou tedy v učebnici zmíněna i další témata: historie oboru, organizace psychiatrické péče v naší zemi, vyšetřování duševně nemocných a zásady komunikace s nimi, psychologické metody léčby, začleňování postižených osob zpět do společnosti, souvislosti tělesných příznaků s duševními stavy, ošetřovatelství v psychiatrii, etika, právní problémy, stigmatizace duševně nemocných, transkulturální psychiatrie a další. Učebnici mohou využít také mladí lékaři, kteří se rozhodli profesně zabývat psychiatrií, případně specialisté jiných oborů medicíny.

Příjemné studium za autorský kolektiv přeje

Ladislav Hosák

1. Krátká historie psychiatrie

Jan Libiger

Pojem „psychiatrie“ pro název medicínského oboru použil poprvé německý lékař Johan Christian Reil v roce 1808. Duševní nemoci, jak je známe dnes, znali lidé nejspíše od úsvitu dějin. Jejich pojmenování, výklad a léčba procházely změnami spojenými s chápáním nemoci a postavením člověka ve společnosti.

Péče o duševně nemocné a jejich léčba je součástí lékařského řemesla od jeho zrodu ve starověkých civilizacích. V Bibli je ve Starém zákoně zmínka o skleslosti krále Izraele Saula („znepokojení zlým duchem od Hospodina“) a o léčení poslechem harfy, na kterou pro něj hrál hrdina David (1 Samuel, 16:14–23). V raných dobách medicíny byl lékař prostředníkem mezi nemocným a přírodními i nadpřirozenými silami, o kterých se věřilo, že mohou nemoc zapříčinit, a také léčit. Medicína vyrůstala na tradici, v níž se v různé míře mísila kněžská role s rolí terapeuta a ranhojiče. Lékaři starověkých kultur nemocné ošetřovali a také zaříkávali. Přinášeli oběti bohům a pěstovali magické rituály k ovlivnění sil, které pokládali za původce nemoci. Používali také rostlinné laktvary, různé masti, rehabilitační cvičení, životosprávu a hudbu. Jejich praxe byla založena zčásti na síle terapeutického vztahu a na pacientově očekávání (dnes bychom mluvili o placebo účinku) a zčásti na zkušenosti s osvědčenými postupy. Tak to pokračovalo až do příchodu experimentální vědy a na důkazech založené medicíny.

Péče o duševně nemocné v antice

V civilizaci starověkého Řecka byla léčba nemocí pravomocí boha Asklepie (latinsky Aeskulapa). Byl synem boha Apollona a na svět ho císařským řezem přivedl bůh Hermes, posel mezi světem olympských bohů a lidmi. Mezi Asklepiovy dcery patřila patronka zdravého života Hygeia. Ta byla spolu s ním také patronkou svatyní nazývaných asklepiony. Tato chrámová a zároveň lékařská zařízení lázeňského typu sloužila péči o tělesné a duševní zdraví. Pacient byl vystaven obecně posilujícím procedurám a směsi psychoterapeutické a duchovní péče. V asklepionech se zřejmě zrodily základy přírodovědné medicíny, ze kterých evropské lékařství čerpalo po následující staletí. Hippokrates (cca 460–370 př. n. l.) založil a pěstoval na ostrově Kos přírodovědně orientovanou lékařskou školu, která vycházela z předpokladu o tělesném původu nemocí. Hippokratovo učení bylo základem antické a později arabské i evropské

středověké medicíny. Její etické principy formulované v Hippokratově přísaze přetrvávají dodnes. Vnitřní nemoci Hippokrates vykládal jako důsledek poruch v rovnováze a rozmístění základních tělesných šťáv: krve, hlenu, žluči a černé žluči. Později měl na medicínskou praxi velký vliv římský učenec a lékař z maloasijského Pergamonu Claudius Galenos (126–200/216 n. l.), který zformuloval dodnes tradovanou typologii temperamentů (dělení lidí na sangviniky, choleryky, flegmatiky a melancholiky), která byla na hippokratovské humorální teorii založená. Antická medicína uměla pojmenovat a léčit celou řadu duševních nemocí a neodlišovala jejich povahu od tělesných chorob. Diagnostická označení melancholie, hysterie, manie nebo paranoia přežila do dnešní doby, ačkoli na cestě staletími označovala mnohdy různé stavy. Z odborných pojmů se v průběhu času často staly výrazy hovorového jazyka. Příkladem dosvědčujícím, že antická medicína propojila zkušenost a snahu vytvořit racionální teorii onemocnění, je dodnes užívaný pojem melancholie. Příznaky ochablosti těla i duše, smutek, ztrátu zájmu, nedostatek elánu a radosti ze života se zadumaností a také s úpornou zácpou chápalo antické lékařství jako zaplavení organismu i mozku „černou žlučí“. Antičtí bylinkáři používali na odstranění těchto příznaků vývar z rostliny čemeřice černá (*Helleborus niger* L.), která volně roste v jihovýchodní Evropě. Požití lektvaru dráždí střevní a žaludeční sliznici. Vede k průjmu s melénou v důsledku toxického účinku čemeřice na epitel trávicího traktu. Se stolicí tak viditelně odcházela „černá žluč“. Tělesné příznaky u melancholie odplývaly, zmizela s celkovou ochablostí spojená zácpa. Toxický stres aktivoval prožívání a chování pacienta. Takto z léčby odvozený původ a povaha duševního onemocnění kontrastuje se středověkým chápáním melancholie jako stavu hříšné lhostejnosti ke spáse nabízené vírou. Melancholie se později stala obrazem zralé, zdrženlivé moudrosti v protikladu k překotnosti lidí ovládaných krví nebo žlučí. Zaplavení mozku žlučí bylo chápáno jako patogenetický podklad zuřivosti, nazývané podle mytických bytostí Mania nebo Lyssa. Dnes se pojem melancholie užívá k označení závažného depresivního stavu spojeného s útlumem hybnosti, bludnými depresivními myšlenkami a nebezpečím suicidia. Melancholie je příkladem vlivu historické medicínské teorie na běžný slovník. Antika považovala za orgán černé žluči slezinu. Slovo splín (z anglického spleen – slezina) se dodnes používá pro stavy špatně vysvětlitelného smutku. Podobným příkladem je hysterie, v antice chápaná jako stav vzniklý putováním volně pohyblivé dělohy po ženském těle s následnou poruchou funkce takto postižených orgánů. Pojmům melancholie i hysterie se překročení hranic medicíny stalo osudným. Jejich odborný význam byl překryt obecným užíváním a z odborného psychiatrického slovníku téměř vymizely.

Ve starověké medicíně lze nalézt souběh dvou pohledů na duševní nemoc, jejichž protikladnost bude v budoucnu psychiatrii dlouho provázet. Na jedné straně stojí chápání nemoci jako postižení lidského ducha a výsledek narušených vztahů mezi lidmi, bohy nebo nadpřirozenými silami a na straně druhé racionální vysvětlování příznaků tělesnými příčinami, jako jsou trauma mozku nebo porucha rovnováhy tělesných šťáv.

Péče o duševně nemocné ve středověku a v období renesance

Ve středověku byl přírodovědný přístup k duševním chorobám do velké míry nahrazen náboženským výkladem. Vzdělanost i medicínu po rozpadu římské říše ovládla a spravovala církev. Výše zmíněná melancholie byla v době vrcholného středověku chápána jako hříšná „acedia“ či nechuť k životu (*taedium vitae*). Léčbou byla tvrdá tělesná práce. Medicína tradovaná řeckými a římskými lékaři byla dále pěstována a rozvíjena v rozpínajícím se arabském světě u učenci všech vyznání. Ti se opírali o empirické základy diagnostiky a léčby. V Bagdádu vzniklo psychiatrické oddělení v roce 705, kolem roku 800 zde byla nemocnice (*bimaristan*) pro duševně nemocné, stejně jako v Damašku a Káhiře. V nemocnicích pracovali arabští, židovští i křesťanští lékaři. V arabském světě a v nemocnicích na muslimy ovládané části iberského poloostrova se pěstovala medicína i věda. Velcí arabští lékaři jako Avicenna (*Ibn Síná*, cca 980–1037) nebo Averroes (*Ibn Rušd*, 1126–1198) vycházeli z antické medicíny a navazovali na Hippokrata, Celsa a Galena. Během staletí specializované péče vznikala podrobnější klasifikace duševních nemocí, poznatky se hromadily. Arabští učenci zkoumali mozek, mozkové nervy i cévní zásobení mozku. Věděli například, že mozkové komory se rozšiřují při úpadku osobnosti.

Medicína se v Evropě vyučovala od jedenáctého století na prvních školách univerzitního typu s mezinárodním profesorským sborem. Takové školy byly například v Salernu na jihu Itálie, později ve francouzském Montpellier a na prvních univerzitách v Bologni, Paříži i jinde. V křesťanském světě vznikaly charitativní útulky pro nemocné poblíž klášterů, které byly v péči pověřeného mnicha – „*infirmaria*“. Péče o nemoci mysli byla pod vlivem církve doplňována a mnohdy nahrazována démonologickými a morálními výklady chorobných jevů. V křesťanské Evropě byla péče o duševně nemocné mnohdy kombinací předsudku a pověry s pozůstatky římského lékařství. U duševně nemocných hrozilo nebezpečí, že nemoc bude vykládána jako hřích nebo posedlost, byla ale hledána i souvislost s životními událostmi a stylem. U neklidu a podivného chování převažovalo v péči fyzické omezení, v léčbě se uplatnily také tresty nebo rituály exorcismu. Posedlost a obcování s ďáblem byla snadno zobecnitelná vysvětlení pro poruchy chování a konflikt s normami okolí. Duševně nemocní měli různý osud. V době vrcholného středověku byly položeny základy diagnostiky čarodějnictví. Kniha *Malleus maleficarum*, učené dílo dominikánských mnichů H. Institorise a J. Sprengera z roku 1487, se stala příslovečnou příručkou diagnostiky a léčby spolků s ďáblem. Identifikace lidí posedlých a ovládaných ďáblem byla posláním církevní inkvizice a podporovala ji řada uznávaných právníků. Po církevním procesu následovalo odsouzení a upálení již jako akt světské spravedlnosti. „Hon na čarodějnice“ v Evropě vrcholil v 16. století. Někteří význační lékaři té doby, například nizozemský učenec Johannes Weyer nebo autor klinicky věrných popisů duševních poruch, bazilejský profesor Felix Platter, podporovali medicínský přístup k duševní patologii a budili pochybnost o moci démonů nad lidmi. Humanističtí myslitelé jako např. profesor Lovanšské univerzity Juan Louis Vives hájili individuální přístup k duševně nemocným a argumentovali prospěšností domluvy a dobrého vztahu s pacientem.

Ne všichni duševně nemocní se stali obětmi inkvizice nebo démonologického modelu duševní abnormality. Zájem a peníze pacientových blízkých významně ovlivňovaly jeho osud. Duševně nemocní bez peněz, štěstí nebo podpory rodiny, potřebných k ochraně a zajištění péče, se potulovali po zemích středověké Evropy odkázáni na náhodu. Církev, především kláštery, ale také chrámy a kostely, nabízela pro duševně nemocné charitativní útulky. Známý je model péče v belgickém Gheelu, kde od 13. století byla pod patronací kanovníků od sv. Dymfny zřízena jakási kombinace komunitní péče a dlouhodobého nočního stacionáře. Duševně nemocní se na noc uchylovali do zařízení spravovaného církví a den trávili v rodinách občanů městečka, u kterých také pracovali. Systém po staletí poskytoval alternativu k vyloučení ze společnosti spojeného s psychiatrickým onemocněním. Mnoho měst umisťovalo nepohodlné duševně nemocné společně s žebráky, tuláky a drobnými přestupníky pravidel a zákona do městských špitálů. Tato obecní zařízení omezila nepohodlné jedince, zajistila nad nimi dohled a zároveň jim zajistila přežití. Řada takových míst ve větších městech vystavovala své chovance drsnému nebo krutému zacházení od dozorců, kteří někdy využívali jejich nápadností k tomu, aby vydělávali na jejich veřejném předvádění. Některé ve středověku založené instituce, spravované zpočátku církevními řády jako charitativní útulky, přetrvaly staletí. Dnešní přední evropský odborný ústav Institut psychiatrie Královny koleje v Londýně je spojený s nemocnicí zřízenou ve 13. století řádem sv. Marie Betlémské. Jeho zkomolený název „Bedlam“ se dodnes traduje jako synonymum hrůzného chaosu. V raně osvícenské době se „šilenství“ členilo podle klasifikace Skota Williama Cullena na stavy melancholie, manické stavy a demence. Dobové metody péče zahrnovaly postupy represivní i medicínské: omezování, pouta, výchovné tresty, ale i pouštění žilou, klystýry, diety a podávání rtuťových preparátů k pročištění... a podle okolností i modlitby.

Psychiatrie v 19. a 20. století

Zlom v péči o duševně nemocné nastal v době Francouzské revoluce. Je spojen se jménem francouzského lékaře Philippa Pinela, který byl pověřen vedením pařížských nemocnic Bicêtre (1792) a Salpêtrière (1795). Pinel se v revoluční době domníval, že zdrojem násilí a neklidu u duševně nemocných mohou být právě omezení, pouta a nesvoboda. Jak historie ve zkratce traduje, „zbavil duševně nemocné pout“. Ukázalo se, že násilí, neklid a nepochybně i utrpení v jím spravovaných ústavech ustoupily nebo vymizely. Tento přístup se někdy označuje za revoluci v psychiatrii. Cesta moderní psychiatrie k účinné léčbě duševních nemocí začíná odstraněním omezení a nesvobody duševně nemocných. Žádná omezení (no restraint) bylo heslo institucí založených na léčbě mravní výchovou (traitement moral) a ovlivněním pacienta, pěstováním jeho volných a morálních vlastností a odolnosti. V azylových ústavech pro duševně nemocné té doby měli nemocní nalézt prostředí, které je chránilo před zmatkem a ústrky společností. Společnost zase byla v bezpečné vzdálenosti ochráněna před podivnostmi chovanců těchto azylů. Azylová péče o duševní nemoci očištěná od represivní role a teoreticky založená především na kultivaci morálky a rozumu je reprezentována

jmény slavných psychiatrů vrcholného osvícenství, jako byli zakladatel kvakerského azylu (ústav Retreat v anglickém Yorku) William Tuke, Vincenzo Chiarugi v italské Florencii a Pinelův žák Jean E. Dominik Esquirol. Posledně jmenovaný se stal ředitelem velkého azylu pro duševně nemocné v Charentonu a prosazoval medicinizaci péče o duševně nemocné. Ve Spojených státech se o konec omezování, pout a trestů v ústavech pro duševně choré zasloužil jeden z autorů americké ústavy, lékař Benjamin Rush. Velké azylové psychiatrické ústavy vznikaly v 19. století všude po Evropě. Péče v těchto zařízeních mnohé chronicky duševně nemocné vyléčit a vrátit do běžného života nedokázala. Proto vzrůstala potřeba lůžek, na kterých by bylo o duševně nemocné dlouhodobě nebo i trvale postaráno.

Méně závažná onemocnění se léčila z minulosti tradovanými doporučeními životosprávy (pohyb, cestování, diety). V první polovině 19. století se testovaly různé fyzikální a mechanické metody ovlivnění organismu i mozku. Účinnost léčby byla malá. Vodoléčba, užívání nejrůznějších zklidňujících zábalů, vodního proudu a sprch, užívání mechanických tlaků a odstředivek mělo vést ke změnám prokrvení a navodit aktivaci či zklidnění organismu. Například výše zmíněný Benjamin Rush byl autorem rotačního zařízení, jakési jednoduché mechanické centrifugy, která měla pacientovi po roztočení blahodárně prokrvit mozek působením odstředivé síly.

S větší péčí, které se duševně nemocným dostávalo, rostla i pečlivost při klasifikaci jejich potíží. V průběhu 19. století diagnostických kategorií přibývalo. Probíhal spor mezi lékaři, kteří onemocnění duše pokládali za odlišná od tělesných chorob a léčitelná pěstováním duchovních hodnot, a těmi lékaři, kteří byli přesvědčeni, že duševní nemoci jsou onemocnění mozku. Péče ve velkých léčebnách, které nemocným poskytovaly často celoživotní azyl, vedla k závislosti pacientů na zařízení a ke změnám jejich osobnosti.

S takovými artefakty ústavní péče se psychiatrie potýkala do zcela nedávné doby. Posledních sto let byla psychiatrie pod vlivem systematického přístupu k psychiatrické diagnostice. Přední psychiatři byli také vynikajícími neuropatologové a vedle klinické praxe v psychiatrii a neurologii se zabývali patologickou anatomií mozku. Jejich cílem bylo najít změny charakteristické pro tehdy diagnostikované duševní poruchy. To se nedařilo, ale neuropatologové jako Paul Flechsig, Korbinian Brodmann nebo manželé Vogtovi významně přispěli ke znalostem neuroanatomie a neurofyziologie mozku. Systematické dělení duševních poruch se opíralo o klinické třídění duševních nemocí německými akademickými psychiatry, jako byli Emil Kraepelin, přednosta psychiatrické kliniky v Mnichově, Ernest Bleuler ve Švýcarsku a později například heidelberský profesor Kurt Schneider.

Významný vliv na psychiatrii měl výklad pojmů popisujících chorobné projevy lidské mysli – obecná psychopatologie. Ten byl předmětem opakovaně vydávané vlivné knihy *Allgemeine Psychopatologie* mladého psychiatra a později známého německého filozofa Karla Jasperse z roku 1913.

Duševní nemoci se v průběhu 20. století členily na organické, exogenní (z vnějších příčin) a endogenní (vznikající z „vnitřních“ a poznání špatně přístupných příčin).

Tradovalo se dělení oboru na oblast „velké“ a „malé“ psychiatrie, které se do psychiatrie promítá až do dnešní doby. Okruh „velké“ psychiatrie byl vymezen diagnózami závažných tzv. funkčních a organicky podmíněných psychotických onemocnění, především schizofrenie, včetně psychóz s ní příbuzných, a cyklického maniodepresivního onemocnění. „Malá“ psychiatrie zahrnovala reaktivní poruchy, neurotické stavy a přechodné neorganické odchylky chování. Pobyt pacientů v léčebnách trval dlouho, péče se opírala o základní ošetrovatelskou péči a dohled. Proto se o místo nejvýznamnější psychiatrické změny ve 20. století ucházejí tři významné obraty v psychiatrické praxi a myšlení. Významnou změnu v porozumění motivacím a zdánlivě nesrozumitelným projevům lidské mysli přinesla psychoanalýza, která se časem osamostatnila jako terapeutický postup, psychiatrii však významně ovlivnila. Pro praxi a pokrok neurovědního zkoumání duševních pochodů byl významný rozvoj možnosti ovlivnit lidskou mysl farmaky – psychofarmakologie. Pro postavení a způsob léčby psychiatrických pacientů byl významný nástup a rozvoj sociální psychiatrie.

Sociální psychiatrie

Cílem sociálně zaměřené psychiatrie bylo zpočátku pacienty zaměstnat, uchovávat a vracet jim v důsledku nemoci a dlouhé hospitalizace upadající dovednosti – tedy rehabilitace. Později, s nástupem etiky založené na respektování pacientovy autonomie, inspirovala sociální psychiatrie politiku budování a rozvoje tzv. komunitních center a snahu o deinstitucionalizaci péče o duševně nemocné. Oba tyto procesy byly ulehčeny výraznými změnami v kontrole psychopatologie a rizik duševního onemocnění psychofarmaky. Deinstitucionalizace neprobíhala bez problémů. Návrat chronických pacientů do společnosti provázel nárůst bezdomovectví a zvýšená hrozba represe včetně vězení. Společnost nebyla vždy a všude připravena na léčbu a zvládání péče o duševně nemocné v běžném prostředí. Nejradikálněji si počínali politici v Itálii. Levicový poslanec Franco Basaglia prosadil v roce 1978 později slavný zákon č. 180 s plánem na poměrně rychlé uzavření a zrušení státních psychiatrických léčeben. Zákon vedl ke zřízení sítě decentralizovaných středisek péče o duševní zdraví mimo nemocnice. Střediska poskytovala ambulantní a rehabilitační psychiatrickou péči. Nezbytné hospitalizace probíhaly na lůžkách malých oddělení všeobecných nemocnic, doba jejich trvání byla omezena zákonem. Reforma vyvolala zpočátku velké potíže i pochyby mezi veřejností a odborníky, ale v průběhu času se ukázalo, že naplnila původní účel: větší bezpečnost a důstojnost duševně nemocných, lepší podmínky pro jejich léčbu a pro mnohé i lepší kvalitu života. Itálie má dnes asi sedm psychiatrických lůžek na 100 000 obyvatel. V České republice je na stejný počet obyvatel něco přes 80 psychiatrických lůžek. Shrnutí: sociální psychiatrie usiluje o léčbu a udržení pacientů v jejich obvyklém prostředí, ve společenství s ostatními.

Psychoanalýza a psychoterapie

Přední psychiatři byli až do poloviny 20. století také neuropatologové a mnohdy i klinickými neurology. Neurofyziolog a přírodovědně orientovaný neurolog se zájmem

o psychiatrii byl zpočátku také příborský rodák Sigmund Freud (1856–1939). Žil ve Vídni a na přelomu 19. a 20. století v tomto významném evropském intelektuálním středisku vytvořil a rozvinul se skupinou svých žáků metodu, kterou nazval psychoanalýza. Opírala se o řadu důkladných klinických pozorování duševních a neurologických obtíží a jejich spojení s životními příběhy pacientů. Mladý Freud byl na stáži v Paříži u slavného neurologa druhé poloviny 19. století, Jeana-Martina Charcota. Zapůsobil na něj zájem tohoto již slavného učenice o hysterii, kterou Charcot demonstroval jako hypnózou ovlivnitelnou nervovou chorobu. Psychoanalýza vycházela z existence nevědomých obsahů mysli (již dříve popisovaných francouzským psychiatrem Pierrem Janetem) a jejich vlivu na lidské chování i příznaky nemoci. Zabývala se zraňujícími prožitky v dětství a vnitřními konflikty. Popisovala psychologické obranné mechanismy, kterými se jedinec konfliktům a traumatům brání, jako jsou potlačení, přesun nebo disociace. Dětským zkušenostem přikládala psychoanalýza velký význam pro budoucí odolnost jedince a jeho zvládnutí konfliktu a zátěže. Freud sám pokládal za ústřední obsah dětských i dospělých konfliktů souboj mezi tzv. libidem (puzením k erotické slasti) a omezeními, se kterými se libido od dětství do dospělosti setkává ve vztazích k druhým lidem. Freud vytvořil také model struktury lidské mysli. Chování člověka vykládal jako výsledek střetu mezi nevědomou částí psychiky *id* (ono), zahrnující energii nabitě pudů usilující o slast, a *já* (ego), složkou osobnosti, která se řídí skutečností. Do konfliktu mezi pudovou a realistickou složkou osobnosti zasahuje ještě *nadjá* (superego), které představuje od rodičů a společnosti přejeté normy. Zpočátku izolovaný kroužek psychoanalytiků prosazoval svůj výklad a postupy proti převládající psychiatrické praxi a akademické psychiatrii. Podporu získal nejdříve ve Švýcarsku a později v Německu. Sigmund Freud a jeho kolegové vnesli do psychiatrie psychoanalytickou léčebnou metodu. Používali psychologické nástroje jako je interpretace volných asociací a tzv. přenosových vztahů, nebo také analýza snů a chybných výkonů. Léčba nebyla tolik zacílena na samotné příznaky, ale na jejich nevědomé zdroje. Freud také z hlediska psychoanalýzy interpretoval mytické a historické příběhy a širokou škálu kulturních jevů.

Ulpívání „klasické“ Freudovy psychoanalýzy na významu a důležitosti konfliktů spojených se sexualitou bylo příčinou Freudova rozchodu s řadou jeho žáků. Ti pak vytvořili psychodynamicky orientované psychoterapeutické školy, které vycházely z obecnějšího pojetí vnitřních konfliktů. Po dlouhou dobu tyto psychodynamické školy významně ovlivňovaly léčbu především v oblasti úzkostných, neurotických a psychosomatických poruch. Freudův žák Alfred Adler viděl zdroj dětských i dospělých konfliktů a následných neuróz v problémech spojených s pocitem méněcennosti a znevýhodnění. Švýcarský psychiatr Carl Gustav Jung (1875–1961) se zabýval konflikty při hledání individuální harmonie mezi člověkem, jeho hodnotami a povahou skutečnosti.

Psychoanalytické a psychodynamické teorie měly vliv na kulturu a myšlenkový svět 20. století. Dnes se někteří psychiatři snaží nalézt neurofyziologický podklad psychoanalýzou popisovaných dějů. Většina se k ní staví kriticky. Metoda bývá považována za spekulativní, protože je vázaná na individuální příběhy a nedaří se ji

experimentálně potvrdit ani vyvrátit. Léčebné postupy klasické psychoanalýzy jsou dlouhé, zaměřené více na psychologické konstrukce než na příznaky a prakticky náročné. Souběžně s psychoanalýzou se v oblasti psychologie a medicínského výzkumu zformovala škola behavioristické psychologie, založená na výkladu lidského chování na základě posilujících či oslabujících podnětů, odměn a trestů. V základech má popis klasického podmiňování (Rus I. P. Pavlov) a teorii učení (Američané John B. Watson a B. F. Skinner). Behavioristický přístup k psychoterapii odmítal jakékoli domněnky o subjektivních dějích v lidské mysli a držel se pozorovatelných změn v závislosti na upevňujícím nebo oslabujícím ovlivnění chování vnějšími podněty. Tento přístup byl významný pro rozvoj animálního modelování v neurovědách. Vedl k postupům racionální kognitivně-behaviorální terapie, která je zaměřená na příznaky duševních poruch.

Kognitivně-behaviorální terapie spolu s psychodynamicky orientovanými školami tvoří dva původně protikladné pilíře psychoterapie, které se dnes doplňují a ovlivňují.

Biologické terapie, psychofarmakologie a nástup neurověd

Dvacáté století s velkým rozvojem medicíny a medicínské techniky přineslo nové přístupy ke zkoumání činnosti mozku. Tento obtížně přístupný řídicí orgán organismu byl dlouho dostupný jen post mortem při patologické pitvě. Od roku 1929 umožnila klinicky užitečné hodnocení jeho funkce elektroencefalografie. Ke konci 20. století nastal rozvoj neurozobrazovací technologie. Ta umožnila vidět mozek a sledovat, co se v něm děje in vivo, prostřednictvím výpočetní tomografie, nukleární magnetické rezonance, jednofotonové a pozitronové emisní tomografie.

V průběhu minulého století psychiatrie také hledala cesty k úspěšné léčbě závažných duševních nemocí. Dvě z těchto léčebných metod byly odměněny Nobelovými cenami pro jejich tvůrce, na dlouho jedinými, které byly v souvislosti s psychiatrií uděleny. V roce 1927 získal Nobelovu cenu za medicínu přednosta Psychiatrické kliniky ve Vídni Otto Wagner von Jauregg (1857–1940) za léčení neurosyfilidy malarickými horečkami. Psychóza a demence spojené s progresivní paralýzou a taboparalýzou patřily mezi chovanci tehdejších psychiatrických ústavů k nejčastějším diagnózám. Inokulace prvoka *Plasmodium falciparum* těmto nemocným zastavila progresi treponemové infekce a zbavila je příznaků. Mechanismus účinku není zcela jasný, roli může hrát indukce imunitního mechanismu. Antibiotika učinila z této léčby zbytečně zatěžující postup, ačkoli se malarioterapie v rezistentních případech neurosyfilidy používala někde až do sedmdesátých let. Druhou Nobelovu cenu za léčbu psychotických pacientů obdržel v roce 1949 poněkud paradoxně portugalský neurochirurg a průkopník angiografie Egas Moniz (1874–1955). Jím navržená léčba schizofrenie spočívala v chirurgickém protěti drah spojujících frontální mozkový lalok s podkorovými oblastmi. Metoda vedla ke zklidnění akutních psychotických pacientů. Její nežádoucí účinky na kognitivní funkce a na povahu pacienta se rozvíjejí relativně pomalu, a tak zpočátku tento zákrok získal velkou popularitu. Ve 40. letech se Monizem popsaná prefrontální lobotomie indikovala často, zejména ve Spojených státech. Prováděla se k tomu

určeným nástrojem transorbitálně – skrze očníci. Organické změny osobnosti vedly k opuštění této metody a k dlouhodobě špatné pověsti neurochirurgických výkonů z psychiatrické indikace.

Také léčení duševních poruch indukci stavů bezvědomí sice bylo založeno na zdánlivě srozumitelných hypotézách, ale praxe obvykle prokázala nepoměr mezi rizikem a účinkem. Mnohonásobná hypoglykemická kómata indukovaná injekcemi inzulinu, kómata indukovaná podáním anticholinergika atropinu a toxické epileptické záchvaty vyvolávané pentatetrazolem byly omyly vzešlé z heroického sebeobrazu rychle se rozvíjející medicíny. Naproti tomu léčba elektrokonvulzemi je bezpečná, rychlá a účinná pomoc pacientům trpícím život ohrožující těžkou depresí. S úspěchem se provádí od čtyřicátých let minulého století dodnes.

Nejvýraznější změnu v psychiatrii znamenal nástup farmakoterapie psychofarmaky. Farmakoterapie byla vedle dietoterapie součástí psychiatrické léčby od jejích počátků. Kdysi opiová tinktura, později rostlinné lektvary s anticholinergními alkaloidy jako jsou hyoscyamin a skopolamin, ještě později bromidy a barbituráty byly oporami psychiatrické farmakoterapie před nástupem moderních psychofarmak v padesátých a šedesátých letech 20. století.

První antipsychotikum byl fenothiazinový přípravek chlorpromazin. Původně byl syntetizován jako antihistaminikum k léčbě alergií ve francouzské firmě Specia. Jeho výrazně tlumivých účinků využívali vojenští lékaři ke zklidnění agitovaných zraněných vojáků, anesteziologové v klidnicích směsích při anestezii a brzy i psychiatři. Jean Delay a Pierre Deniker byli v letech 1950–1952 průkopníky užití chlorpromazinu u neklidných psychiatrických nemocných. Používal se nejprve v kombinaci s barbituráty a potom i samostatně. Byl rozpoznán jeho účinek na psychotické příznaky (bludy, halucinace, poruchy myšlení), který byl zřetelně přítomný vedle původně očekávaného účinku sedativního.

V další dekádě byly v laboratořích francouzských a švýcarských farmaceutických společností syntetizovány další léky ovlivňující psychiku. Některé dokázaly odstranit depresivní ladění (imipramin v roce 1957). Mezi první antidepresiva patřil inhibitor monoaminooxidázy iproniazid, lék používaný k léčbě tuberkulózy. Do praxe se dostala benzodiazepinová anxiolytika jako diazepam (Valium) a chlordiazepoxid (Librium). Ta se stala v běžné praxi až příliš často předpisovanými prostředky k tlumení úzkosti a nepohody. Jejich široké užívání je spojeno s rizikem rozvoje závislosti. Nově syntetizovaná neuroleptika, jak se tehdy antipsychotikům běžně říkalo, měla méně tlumivý antipsychotický účinek, ale až do syntézy antipsychotik druhé generace byly tlumivé i méně tlumivé léky (jako haloperidol) zatíženy nápadnými nežádoucími extrapyramidovými účinky. Účinek psychofarmak na atmosféru a vybavení psychiatrických zařízení, na délku hospitalizace a na sblížení psychiatrie s ostatními obory byl veliký. Z příslušné svěřací kazajky, jednoduché mechanické omezovací pomůcky pro neklidné pacienty, se stal muzeální kousek. Problémy ochrany závažně duševně nemocného pacienta před ním samým, jeho neklidu a agrese nezmizely, ale staly se otázkou vhodné léčby, a nikoli represe.

Farmakoterapie duševních poruch přinášela poznatky, které ve spojení s farmakologií psychotropních látek umožňovaly modelovat děje v mozku a formulovat teorie o biochemických dějích spojených s psychopatologií. Farmakologické modely schizofrenie vycházely z poznatků o psychotických stavech indukovaných halucinogeny, jako je dietylamid kyseliny lysergové (LSD), stimulancii jako amfetamin či metamfetamin, nebo později antiglutamátergními látkami, jako ketamin či fencyklidin. Byly východisky pro zkoumání neurochemických procesů spojených s psychózou. Neurochemie spolu s morfologií mozku, zobrazovacími metodami, elektrofyziologií a studiem poznávacích (kognitivních) dějů v mozku tvoří mozaiku neurovědních metod pro porozumění činnosti mozku, řídicího orgánu celého organismu.

Na neurovědách jsou založeny klinické disciplíny psychiatrie a neurologie. Ty spolu byly dlouho spojené patologicko-anatomickým přístupem ke zkoumání mozku a propojenou odborností svých čelných představitelů. Dnes jsou oddělenými klinickými obory, ale jejich propojení je při společné opoře v neurovědním bádání v budoucnu opět možné. V roce 2000 získali Nobelovu cenu tři neurovědci významní pro klinickou psychiatrii i neurologii. Poznatky o roli neuropřenašeče dopaminu v mozku, jeho významu pro Parkinsonovo onemocnění i schizofrenii a antidopaminergním účinku antipsychotik vedly k udělení Nobelovy ceny švédskému farmakologovi Arvidu Carlssonovi. Společně s ním získali Nobelovu cenu za medicínu také neurochemik Paul Greengard a neurofyziolog Eric Kandel. Greengard zkoumal biochemické děje aktivované dopaminem na neuronálním receptoru a cyklickým adenosinmonofosfátem (cAMP) aktivované fosforylační mechanismy, které pomáhají přenášet dopaminové signály do nitra neuronu. Eric Kandel získal Nobelovu cenu za modelování procesů paměti a učení prostřednictvím senzitivace a habituace v jednoduchém neuronálním systému mořského plže *Aplysia*. Kandel je neurovědec z newyorské Kolumbijské univerzity, jeho původní specializací je psychiatrie. K neurovědám ho přivedl jeho učitel na stáži v Paříži, neurofyziolog českého původu Ladislav Tauc.

Psychiatrie v českých zemích

Duševně nemocní byli koncem 18. století ošetřováni na vyčleněných lůžkách pražského špitálu provozovaného nemocničním řádem Milosrdných bratří. První ústav věnovaný péči o duševně nemocné v českých zemích byl zřízen v době josefínských reforem v roce 1790 v Praze a za lékařský dozor v něm zodpovídal vrchní lékař a ředitel pražské všeobecné nemocnice. Jeho budova stojí v areálu pražské Všeobecné fakultní nemocnice dodnes. Azylový dům pro duševně nemocné brzy přestal stačit rostoucím nárokům – staral se o 150 pacientů ročně. V roce 1821 byl tento původní ústav, lidově pojmenovaný „blázinec“, nahrazen nově zřízeným ústavem pro choromyslné v adaptovaném augustiniánském klášteře v Kateřinské ulici (příslověčně „Kateřinky“). Ten měl sloužit i jako základna pro výuku „choromyslnictví“ na lékařské fakultě pražské univerzity. Zásluhou ředitele Josefa Riedla se v roce 1844 tento ústav rozrostl o tzv. Nový dům, který slouží jako psychiatrická klinika pražské Všeobecné fakultní nemocnice dodnes. Jeho zřizovatel, psychiatr Josef Gottfried Riedl (1803–1870), rodák z Frýdlan-

tu, se stal v Rakousku prvním habilitovaným psychiatrem se svolením k výuce (venia docendi) a později významným organizátorem psychiatrie ve Vídni. Od roku 1882, kdy se pražská Karlo-Ferdinandova univerzita rozdělila na českou a německou část, byla budova pražské psychiatrické kliniky společným sídlem německé a české kliniky, které měly každá svého přednostu. V noci se lékaři obou klinik střídali ve službách a starali se o příchozí pacienty obou národností. Z německých profesorů psychiatrie je třeba zmínit prof. Arnolda Picka, po němž byla nazvána demence spojená s lokální atrofií mozkové kůry – Pickova nemoc – a fenomén zdvojování vzpomínek (reduplikující paramnesie). Významný byl i Otto Pözl, který se později stal přednostou vídeňské psychiatrické kliniky. Českou kliniku vedl zpočátku primář dr. Benjamin Čumpelík, po něm profesor Karel Kuffner, autor první české učebnice psychiatrie, která vyšla v roce 1897 a je sepsána vytříbeným jazykem a jasným stylem. Příčiněním profesora Antonína Heverocha, kterého Kuffner habilitoval, byla v roce 1919 ustavena odborná Purkyňova společnost pro studium nervstva a duše. Časopis *Revue v neurologii a psychiatrii* začal vycházet už v roce 1904. V průběhu doby (1924) vznikla na stejném podlaží pražského Nového domu ještě druhá česká klinika, kterou vedl profesor Antonín Heveroch, takže do jeho smrti o tři roky později byla v jedné budově tři univerzitní výuková pracoviště. Po Karlu Kuffnerovi se stal přednostou pražské psychiatrické kliniky profesor Zdeněk Mysliveček, autor dodnes zajímavé učebnice, a po něm profesor Vladimír Vondráček, učenec širokého medicínského vzdělání, který psychiatrii poutavě provázal s kulturními a historickými pozoruhodnostmi.

Po první světové válce vznikla také Univerzita Komenského v Bratislavě a Psychiatrická klinika její Lékařské fakulty, kterou až do svého odchodu do Prahy vedl právě profesor Mysliveček. V roce 1919 byla založena také Masarykova univerzita v Brně. Na její Lékařské fakultě pak byly psychiatrie a neurologie do roku 1948 spojené na společné klinice se dvěma vedoucími. Psychiatrické nemocniční oddělení ale v Brně existovalo v nemocnici U sv. Anny už od poloviny 19. století. Po 2. světové válce byly založeny nové lékařské fakulty v Plzni a v Hradci Králové, na kterých vznikly nové psychiatrické kliniky. Psychiatrická klinika byla zřízena také při Lékařské fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Psychiatrická oddělení nemocnic byla zřízena i v krajských městech a v některých větších regionálních nemocnicích.

Většina psychiatrických pacientů nebyla ošetřována ve všeobecných nemocnicích, ale ve velkých léčebnách uzpůsobených k dlouhodobému pobytu. V roce 1863 vznikl Ústav pro choromyslné v Brně – Černovicích. V Čechách vznikaly léčebny jako pobočky Zemského ústavu pro choromyslné v Kateřinkách v Praze. Pražský ústav se pod vedením prof. Franze Köstela během druhé poloviny 19. století rozšířil o takzvané filiální psychiatrické léčebny v Kosmonosích, Opařanech a Horních Beřkovicích. Nově byly postaveny také velké léčebny v Dobřanech, Opavě a Jihlavě. V roce 1909 začal jako samostatná léčebna sloužit psychiatrii rozsáhlý léčebenský areál v Bohnicích za Prahou. Síť těchto velkých psychiatrických ústavů potom rostla i během první poloviny 20. století – v Kroměříži, Havlíčkově Brodě a později i na menších a odlehlých místech, jako jsou Bílá Voda u Javorníku, Petrohrad v západních Čechách nebo