

STRUČNÁ HISTORIE PSYCHIATRICKÉ LÉČBY V POSLEDNÍCH 30 LETECH

Vinař Oldřich: Psychofarmaka. Spofa, Praha, 1969, 1. kapitola

Předmluva:

Často zabřednu s lidmi na diskusi o elektrošokové léčbě (viz Přelet nad kukaččím hnízdem), lobotomii (vyříznutí kusu mozku), o tom zda, schizofrenie je nebo není procitnutí do vyššího, změněného stavu vědomí ap. Vždy narážím na to, že nedokáží příliš přesvědčivě ukázat, jaká byla před pouhými padesáti lety úroveň poznání a v jakých stavech se nachází nemocní bez moderní medikace a psychiatrické či psychoterapeutické péče. Jsem tedy rád, když čas od času narazím na knihy, které napsali tak rozumní lidé, jako je například O. Vinař. Z jeho knihy jsem oscanoval první kapitolu, kterou Vám přináším. Sem tam jsem vysvětlil některé méně známá slova.

Je třeba si uvědomit též, kolik volných prostředků mělo lidstvo před pár desetiletími. Za první republiky umírali lidé hlady či mrazem na ulicích. Ještě Voskovec a Werich zpívají v písních o hladu: Strýček hlad, Půl párku ap. Kdo z našich zpěváků zpívá o hladu? Iveta Bartošová? :-)) V této době, kdy děti měly boty jen na neděli, samozřejmě ještě méně prostředků zbývalo pro duševně nemocné. Michel Foucault ve své knize [Dějiny šílenství](#) (Nakladatelství Lidových Novin, Praha 1994) popisuje tu hrůzu, ve které duševně nemocní lidé za poslední staletí díky všeobecně panující bídě a ubohé úrovni poznání museli žít.

Z těchto a dalších důvodů, o kterých se můžete dočíst dále, jsem opravdu naplněn úžasem před tím, co nejen lékařská věda dokázala za posledních pár desetiletí. Tím spíš si toho musíme být vědomi a považovat to za něco, co je třeba chránit a popřípadě i bránit.

Dále Vaší pozornosti doporučuji tyto odkazy:

<http://www.bratislavskerozky.sk/sk/Cerstve-rozky/Historia/Supis-hlupakov-v-Presporku-.html>
[ustav_pro_idioty.pdf](#)

Jeroným Klimeš

- - -

Dějiny psychiatrické terapie jsou už odedávna plny „převratných“ objevů. Objev psychotropních vlastností opiových alkaloidů naplnily obdivem a entuziasmem mnoho psychiatrů už v minulém století, o revoluci se mluvilo i

po syntéze barbiturátů. Přesto však většina lůžkových psychiatrických zařízení zůstávala smutnými místy, kde jen vysoké zdi, mříže a různá jiná zabezpečovací zařízení vězeňského charakteru chránila společnost před těmi, kteří pro ni byli nebo mohli být nebezpeční, protože duševně onemocněli. Přitom teprve v posledních letech se stále více a více prosazuje poznatek, že právě samotný fakt izolace duševně nemocných od ostatní lidské společnosti, která se pokládá za duševně zdravou, vedl a ještě dnes někde vede k tak zvané nevy léčitelnosti psychóz, se kterými se setkáváme nejčastěji, tj. schizofrenii.

Velkým povzbuzením pro hledání dalších účinných léčebných metod byl po zavedení specifické léčby progresivní paralýzy objev terapeutických účinků inzulínových kómat a elektrických, šoků. Koncem třicátých let nastává rozkvět tzv. seismické (šokové) éry psychiatrie. Těžký psychomotoricky neklid, akutní halucinatorně-paranoidní stavy i těžké depresivní syndromy se staly terčem účinku šokových metod. Nemocný přikurtovaný k lůžku, melancholik krmený po týdny sondou nebo delirující nemocný ve svěrací kazajce začal být pokládán za ostudu psychiatrického zařízení a byl za jistých okolností znakem psychiatrový terapeutické impotence. Na prognózu endogenních psychóz se začalo nahlížet jinak, mizel pocit bezmoci lékaře, který nemocné především ošetřoval, zabezpečoval eventuálně jejich co nejhumánnější hlídání a trpělivě čekal na spontánní remisi. Naučit této trpělivosti také mladé lékaře, přicházející do psychiatrických ústavů, pokládal pak starý zkušený psychiatr za jednu ze svých hlavních povinností. Šokové metody znamenaly první průlom do této málo nadějně atmosféry. Šokové metody však měly také svou druhou stránku: Desítky nemocných zmítajících se na lůžku v křečích po elektrickém proudu nebo zpocených a přes období často úzkostného neklidu pomalu se propadajících do bezvědomí inzulínové hypoglykémie pomáhaly v laické veřejnosti nebo i v nepsychiatrických medicínských oborech vytvářet o psychiatrii představu, která nikterak nenapomáhala sblížení a integraci lůžkových psychiatrických oddělení s ostatní medicínou. U nemocných i u jejich příbuzných pak často napomáhala vzniku strachu před psychiatrickou léčbou. Psychiatrická hospitalizace tak zůstávala stále jen jako ultimum refugium, které často vzbuzovalo doslova hrůzu.

Až do začátku padesátých let šokové metody ovládaly pole psychiatrické léčby jako metody „aktivní“. Byla vyvinuta řada modifikací, které je jednak „změkčovaly“ (zabránění křeči po elektrickém šoku kurariformními látkami, nebo šok v intravenózní narkóze, inzulínová subkómata, kombinace se spánkovou léčbou atd.), nebo naopak zintenzivňovaly jejich stressové

působení (elektrický šok v inzulínové hypoglykémii, histaminové šoky, acetylcholinové šoky). Vyvrcholila také vlna prvních, poměrně hrubých pokusů o chirurgický zásah na mozek. [míněny lobotomie ap. pozn. JK]

Farmakoterapie v užším slova smyslu, tak jak ji známe z ostatní medicíny, se však v té době omezovala hlavně na ovlivňování úrovně bdělosti: Psychiatr dovedl nemocné uspat hypnotiky, v podstatě hypnotického účinku dovedl využít k tzv. sedaci nemocných i během dne, nebo zase naopak dovedl stimulanciemi nemocného povzbudit. Pečlivý pozorovatel však dovedl rozpoznat, že neklid halucinujícího nemocného lze zvládnout hypnotiky jedinečně po takových dávkách, které v podstatě navozují trvalou narkózu, a že barbituráty často spíše delirium prohloubí. Stimulans snad melancholika poněkud aktivuje. Aktivuje ho však k tomu, aby realizoval své zoufalé záměry [míněna sebevražda, pozn. JK], které bez stimulancia vzhledem k útlumu uskutečnit nedokázal.

A tak byla pro farmakologii psychiatrie spíše okrajovou a svým způsobem experimentální oblastí. Pokud měly být vůbec nějak účinné, používalo se zde takových dávek farmak, které byly v nepsychiatrických oborech medicíny pokládány za toxické: počet jednotek inzulín překračující stovku nebo i dvě, dávky barbiturátů počítané v gramech, desíti- i vícenásobné terapeutické dávky některých hormonů nebo histaminu atd.

Látky, které by v netoxických dávkách měly jakýsi specifický účinek na psychiku, zůstávaly jen snem a výzkum zaměřený tímto směrem zůstával bez praktických výsledků. Dá se dokonce říci, že čím vědecktější a promyšlenější byla teorie, ze které byla některá léčebná metoda odvozena, tím méně vedla k prakticky užitečným výsledkům. Naopak zase metody odvozené z empirie nebo dokonce více méně náhodou nalezené nacházely bohaté praktické uplatnění a skutečně nemocným pomáhaly.

Moderní psychofarmaka vděčí za svůj objev francouzským chirurgům a anesteziologům. Koncem čtyřicátých a začátkem padesátých let brzdila další rozvoj chirurgie skutečnost, že nemocní, u nichž byly provedeny třeba technicky velmi úspěšné velké operační zásahy, umírali nikoli z důvodů svého onemocnění, ale proto, že organismus zorganizoval proti chirurgickému zásahu tak přehnanou obrannou reakci, že nikoli patogenní noxa nebo samotný chirurgický zásah, ale tato přehnaná obrana vedla ke smrti. Podobná situace nastávala při traumatickém šoku nebo při některých infekcích. Lékař se až do té doby obvykle snažil obrannou reakci organismu ještě podporovat. Došlo-li v důsledku ztráty krve k hypotenzi, lékař podával sympatikomimetika, aby se krevní tlak vrátil k normě, a tím ještě zvyšoval

adrenergickou reakci, kterou na trauma reagoval samotný organismus.

Fyziologové v této době, intenzivně studovali hibernaci stav zvířat, která přes zimu spala. Zjistili zajímavou věc. Jestliže např. ježek byl na začátku svého zimního spánku nakažen tetanem, klidně celou zimu přespal, na jaře se probudil a po příslušné inkubační době zašel na tetanus. Totéž se stalo, byl-li ježek během zimního spánku těžce poraněn a utrpěl velkou ztrátu krve. Chirurgové začali uvažovat o tom, že člověk by pravděpodobně přežil velký traumatický šok nebo rozsáhlý chirurgický zásah, jestliže by bylo možné uvést operovaného do stavu podobného hibernaci. Podle analogie se zvířaty začali jednoduše: Snažili se organismus podchladiť čistě fyzikálními prostředky, tj. obkládáním nemocného ledem. Nemocný však nebyl jako studenokrevné zvíře; nezablokované termoregulační mechanismy vedly k tomu, že se začal třást a svalový třes vyráběl teplo. Uvedly se do velké aktivity i další obranné mechanismy a stress, ve kterém už organismus laboroval, se jen zvýšil. Hledaly se tedy látky, které by organismu zabránily takto reagovat na chlad a začaly se nalézat mezi histaminiky. Farmakologie začala nabízet další nové látky, které by v tom směru byly účinnější než dosavadní antihistaminika. Úspěšný po této stránce byl např. promethazin, což byl fenothiazinový derivát, a hledaly se tedy další látky mezi fenothiaziny. Jedním z nejúčinnějších pak byl chlorpromazin. Chirurgové mohli podnikat operace v jakési umělé hibernaci a i v ostatních odvětvích medicíny se začal tento lék dobře uplatňovat. U těžkých infekcí, především neuroinfekcí, se ukázalo výhodným převést nemocného přes akutní stadium s hyperpyrexii [vysoká teplota, pozn. JK] pomocí hibernace a získat tak čas potřebný k rozvoji zásahu antibiotika. Za indikaci hibernace se začaly pokládat všechny stavy, při kterých je akutně ohrožen život a nemocný je ve velkém stressu.

O hibernaci začali mít pochopitelně zájem i psychiatři. Psychiatrie také znala akutní, život ohrožující delirantní stavy, které nezanechávaly psychiatricky závažné následky, jestliže se podařilo nemocného zachovat při životě. A tak došlo v psychiatrii k prvním pokusům o hibernaci. Byly úspěšné. Pak si lékaři všimli; že nemocní se zklidňují i v případě, že nebyli podchlazováni: chlorpromazin stačil sám. Psychotropní vlastnosti chlorpromazinu byly objeveny.

V téže době probíhaly v laboratořích firmy Ciba v Basileji pokusy s izolací alkaloidů Rauwolfie, rostliny, které bylo v Indii používáno ke zklidnění už po staletí. Jako jeden z nejúčinnějších byl izolován reserpin, a tak byl pro vědeckou medicínu znovuobjeven nejen prostředek snižující krevní tlak, ale také psychofarmakon s mohutnými ataraktickými účinky. [Ataraxia je jasný,

klidný stav myslí; pojem od Fabinga, pozn. JK]

Tak se stalo, že přibližně ve stejné době dostala psychiatrie k dispozici hned dvě skupiny látek, které po několik let byly pokládány za rovnocenné co do významu pro psychiatrickou praxi. Teprve ve druhé polovině padesátých let se začalo ukazovat, že reserpin a ostatní alkaloidy Rauwolfie nejsou u většiny psychiatrických pacientů tak účinné jako deriváty fenothiazinů, a fenothiaziny převládly ve většině indikací.

Dnes se odhaduje, že fenothiaziny byly podány už přibližně jednomu stůmiliónu lidí na světě.

Nyní už prožíváme doznívání veliké přeměny, která nastala v psychiatrické péči díky psychofarmakům. Dnes už se někdy dívají mladší psychiatři, kteří nastoupili do práce v psychiatrických léčebnách po roce 1957, s nedůvěrou na své starší kolegy, kteří jim líčí prostředí některých neklidných oddělení před 15 lety. Kusem historie se staly rozsáhlé sály přeplněné neklidnými nemocnými, kde většina pacientů nečinně seděla natlačena těsně vedle sebe na těžkých lavicích a civěla před sebe. Rozpuštěné rozčuchané vlasy, šedivé nebo pruhované pláště, cvilinkové sukně nebo plátěné spodky, lidé bez ponožek a bez punčoch v neforemných pantoflích, lidé často bez jakéhokoli spodního prádla, lidé, pro které byl kapesník nedosažitelným přepychem, a proto často nechávali tupě odkapávat sekret nosní sliznice na stůl před sebou. A většina psychiatrů v tom pak viděla průkaz hluboké demence a defektu a jen málokdo tehdy pomýšlel na to, že to také může být výrazem rezignace nebo protestu proti situaci, ve které se nemocný octl. Mezi těmito nemocnými ponořenými do morózního nebo jindy euforického autismu, mezi těmito tvůrci imaginárních světů rozmlouvajících se svými hlasy, se pak potulovali jiní nemocní, kteří se obnažovali, znečišťovali, trhali oděv, křičeli, bezostyšně před zraky ostatních masturbovali, pili vodu z klozetních mís, které byly umístěny při stěně denního sálu a byly jen někdy polozakryty sporou hnědavou plátěnou plentou. Celé budovy byly naplněny monotónním nebo jindy přerývaným křikem. Celé budovy byly promořeny zvláštním pachem výkalů a dezinficií. V kročil-li na oddělení lékař, bylo třeba chránit jeho bezpečnost doprovodem ošetřovatelů, poněvadž jinak se k němu vrhala skupina nemocných s nářkem a prosbami nebo vyhrůžkami, že musí být ihned propuštěni a že musí dostat plnou satisfakci za neoprávněné a zločinné věznění. Odvážil-li se mladý a nezkušený lékař toho, že vstoupil na neklidný sál bez ošetřovatele, hrozilo mu nejen to, že se bude muset manuálně bránit agresi, ale také důtka od opatrného a zkušeného primáře, který mladého psychiatra před podobným neuváženým postupem varoval. Šlo-Ji o nemocné

chronické, jen málokdy se stávalo, že měl lékař čas promluvit si s některým ve vyšetřovně zvlášť. V tom případě pak bylo samozřejmé, že i při tomto rozhovoru musel nemocného hlídat jeden nebo dva ošetřovatelé, a lékař, který vyžadoval, aby mohl zůstat s nemocným mezi čtyřma očima sám, byl pokládán za podivína. Zásah lékaře se obvykle omezoval na výběr nemocných pro elektrošokovou léčbu, eventuálně na ordinaci hypnotik, „ordinace“ svěřacích kazajek nebo zábalů obstarávali často sami ošetřovatelé a lékař se při vizitách od takto postižených nemocných taktně odvracel, aby se nemusel za tento zásah cítit spoluzodpovědným.

Jestliže toto vše zmizelo a dnešní psychiatrická lůžková zařízení se jen málo liší od ostatních zdravotnických ústavů, nelze samozřejmě tvrdit, že na této přeměně mají zásluhu jen moderní psychofarmaka. Ve stejné době, kdy byla u nás zavedena do praxe neuroleptika došlo i k jiným pronikavým zásahům do života psychiatrických léčeben, které příznivě ovlivnily atmosféru jejich oddělení. Svou roli sehrála invaze pavlovského fyziologického myšlení s důrazem na ochranně léčebný režim, významná byla moderní koncepce o terapii prací navazující na staré, ale často pozapomenuté tradice, oživený zájem o aktivnější systematickou psychoterapii psychóz a první poznatky tzv. sociální psychiatrie, které ukázaly na obrovský význam sociálních, interpersonálních faktorů při vzniku, udržování a také léčbě psychóz.

I když nelze dost dobře klubko faktorů, které mohly příznivě zasáhnout do života nemocných ve velkých psychiatrických ústavech, beze zbytku rozplést a posoudit jejich význam jednotlivě, zdá se, že moderní psychofarmaka při tom sehrála úlohu základní. Často to byla právě ona, která vůbec umožnila působení oněch ostatních faktorů. Je sice např. pravda, že systém otevřených dveří bylo možno v některých ojedinělých případech zavést už před objevem moderních psychofarmak, bylo to však možné jen za cenu velikého úsilí a energie, často k tomu bylo třeba zvýšit počet personálu, a jakmile iniciátor a entuziasta, který podobný systém prosadil a zavedl, odešel na jiné pracoviště nebo ztratil elán, celý systém se rychle vracíval do starých vyježděných kolejí. Dá se říci, že psychofarmaka přispěla zásadním způsobem k tomu, že příznivé změny, ke kterým došlo po jejich zavedení, mají jakýsi trvalý, ireverzibilní charakter, který již není závislý na vytrvalosti zdravotníků, kteří k těmto změnám napomohli.

Zavedení nových účinných léků do psychiatrie přineslo s sebou mnoho problémů, které se řeší na zvláštních kongresech, konferencích a symposiích. Lze dokonce mluvit o inflaci takových kongresů ve světě. Řeší se otázky

sociální, administrativně ekonomické, organizačně zdravotnické, uvažuje se o změně psychiatrické nosologické klasifikace, zkoumá se mechanismus účinku, podávají se stále nové návrhy na jednotnou nomenklaturu a třídění psychofarmak, vznikají nové úvahy o lékařské etice v souvislosti s experimentováním na lidech, znovu a znovu se revidují kritéria hodnocení klinických změn v průběhu farmakoterapie, znovu se prozkoumává otázka experimentů na zvířatech a možnosti přenášeni těchto výsledků na lidi. Moderní psychofarmaka se tak stala mohutným impulsem pro nový rozvoj četných vědních disciplin a oživila zájem lékařů o aplikaci vědecké metodologie v klinické práci. Psychiatrie, která byla často pokládána za Popelku ve srovnání s ostatními lékařskými obory, stala se tak v mnoha směrech průkopníkem aplikace vědeckých metod v klinické farmakologii a dodnes tu má značný předstih před ostatními obory jak co do rozsahu užití těchto metod, tak co do vývoje stále dokonalejších a bohužel většinou také složitějších metod, které si vynucují užití náročných matematicko-statistických postupů a automatických počítačích strojů.

LITERATURA

- Cole, j.: The impact of psychopharmacology on Research in psychiatry pp. 925-932, in: Kline, Lehmann (eds.): Psychopharmacology, Boston 1965.
- Delay, j., Deniker, P., Har1, J. M.: Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective. Ann. méd.-psychol. II: pp. 112-117, 1952.
- Dickel, H. A., Dixon, H.: Inherent Dangers in Use of tranquilizing Drugs in Anxiety States. J. Amer. med. Ass. 163:422, 1957.
- Gerard, R. W.: Drugs for the Soul; the Rise of Psychopharmacology. Science 125:201, 1957.
- Hanzlíček, L.: Biologická terapie psychóz. Stát. zdravotnické nakladatelství, Praha 1959.
- Szasz, T. S.: Some Observations on the Use of Tranquilizing Drugs. Arch. Neurol. Psychiat. 77:86, 1957.
- Vencovský, E.: Therapeutické možnosti chlorpromazinové hibernace v psychiatrii. Plzeň. lékař. Sborn. 1945-1955, str. 205.
- Vencovský, E.: Therapeutické možnosti chlorpromazinové hibernace v psychiatrii. Plzeň. lékař. Sborn. 1: pp. 203-207, 1956.
- Vinař, O.: Bedeutung der Psychopharmaka in der Psychiatrie. Psychiat. Neurol. med. Psych. (Lpz.) 11, pp. 411-418, 1965.

Další pojmy:

cvilich, cvilink, -u m n text. 1. lněná tkanina s jemnými plastickými podélnými pruhy tvořenými keprovou vazbou, užív. na pracovní obleky 2. hrubší hladká n. pestře pruhovaná lněná tkanina užív.k potahování slamníků; cvilichový, cvilinkový příd.: cvilichové vězeňské šaty

