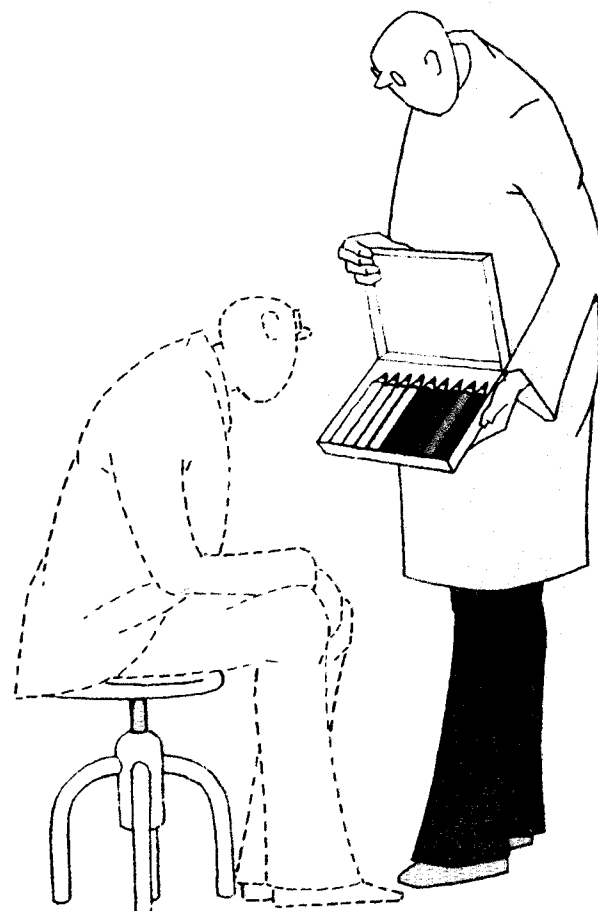


MUDr. Martin Jarolímek kdysi dávno ukončil studium na Fakultě všeobecného lékařství UK a začal pracovat v psychiatricko léčebně Kosmonosy. Působil zde několik let a sám toto období hodnotí jako „nejvýživnější“. V té době taktéž zažil silný terapeutický vztah k pacientovi M. P., který jej do budoucna pracovní velmi ovlivnil. V letech 1985–87 bádá ve výzkumné laboratoři Psychiatrické kliniky v Praze. Ovlivněn předchozími zkušenostmi odtamtud poté odešel a založil Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov, které vede dodnes. Jelikož je patologickým zakladatelem různých sdružení, které se snaží pomáhat psychiatrickým pacientům, doposud jest předsedou o. s. ČAPZ, Green doors, Rain man, ...
Aktuálně část své energie a činnosti přenáší na jiný kontinent – do Afriky.

Ve své terapeutické práci preferuje komplexní a eklektický přístup (od všeho trochu podle potřeb pacienta).

O LIDECH, KTEŘÍ ONEMOCNĚLI SCHIZOFRENIÍ

M A R T I N J A R O L Í M E K



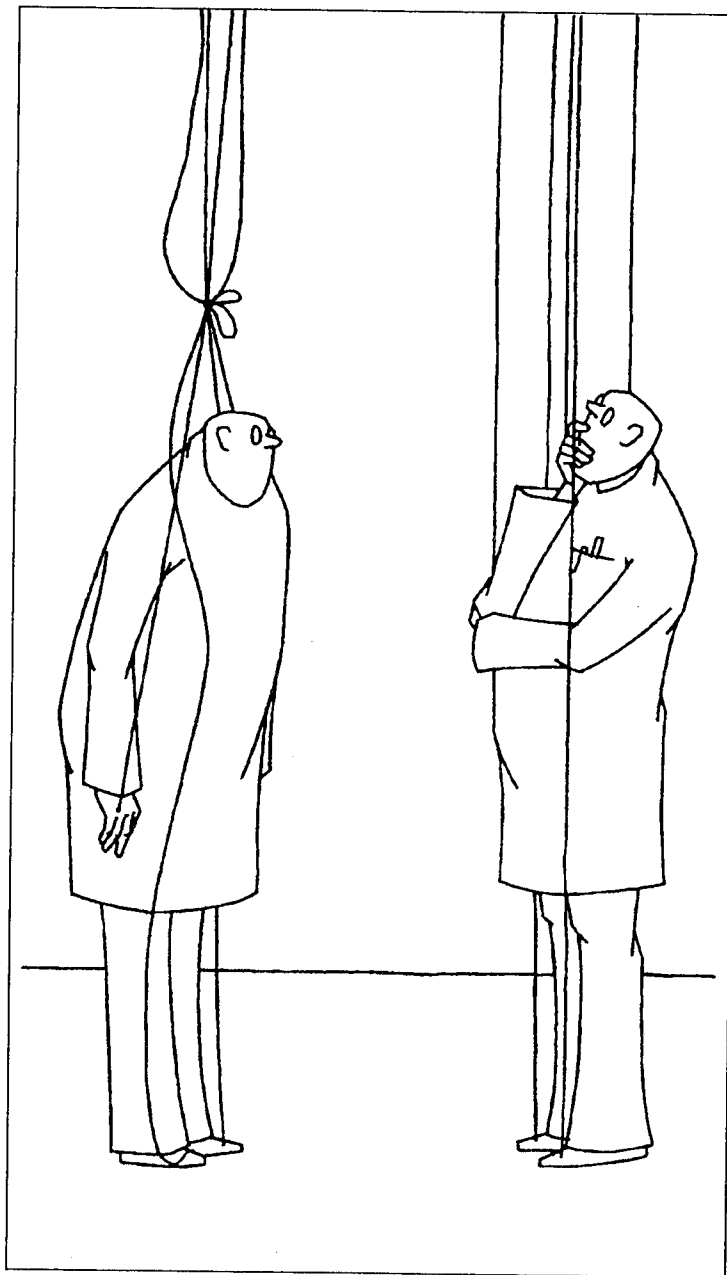
Poděkování
Ministerstvu zdravotnictví České republiky
za finanční podporu
při vzniku této brožury

Obsah

Úvod	5
1. Co je to schizofrenie?	7
2. Jak se schizofrenie nejčastěji projevuje?	8
3. Proč vlastně vzniká schizofrenie?	10
4. Kdy vzniká schizofrenie a jaký je její další průběh?	13
5. Ještě jednou, jak se tedy vyvíjí schizofrenie?	13
6. Prevence relapsu	15
7. Léčba schizofrenie	16
8. Psychosociální intervence	19
9. Deprese u schizofrenie	21
10. Schizofrenie a rodina	21
Závěr	26

Úvod

Tato příručka je určena především těm, „kteří více cítí a jinak rozumějí, a proto více trpí, a které často nazýváme schizofreniky“. Dále pak jejich rodinným příslušníkům, jakož i dalším blízkým osobám. V širším měřítku všem těm, kteří mají ochotu se k tomuto málo prozkoumanému a mnohdy záhadnému světu přiblížit a dotknout se ho. Protože každý takovýto dotek může znamenat zájem, snahu o porozumění, pomoc ... prostě to, co tito lidé potřebují.



1. Co je to schizofrenie?

Duševní nemoc zvaná schizofrenie patří do většího šuplíku duševních nemocí, které nazýváme psychózy (vedle schizofrenie sem dále patří maniodepresivní psychóza, smíšená psychóza, laktační psychóza atd.). Slovo schizofrenie znamená řecky „rozštěpení duše“. Tento termín vznikl počátkem století na základě mylné představy, že typickým projevem schizofrenie je rozdvojení osobnosti. Ačkoliv tato představa byla již dávno opuštěna, název se používá dál.

Je velký rozdíl mezi neurózou a psychózou (rozuměj schizofrenií). Neurotik sice také mívá úzkosti, strachy, deprese podobně jako schizofrenik, ale tyto obtíže mu stále ještě umožňují celkem normálně fungovat v reálném životě. U schizofrenika mají jeho obtíže takovou intenzitu a hloubku, že plně prostoupí jeho život a výrazně jej ovlivní. Pro takového člověka je pak velmi obtížné rozhodnout, co je skutečné, a co není. Je to trochu jako mít sny, když jste naprosto probuzení. Říká se, že neurotik si celý život staví vzdušné zámky, zatímco schizofrenik v nich žije.

Můžeme si však představit, že existuje jakési kontinuum, úsečka, na jejímž jednou pólu se nachází tzv. normální člověk, a na pólu opačném schizofrenik. Asi někde uprostřed této úsečky je pak neurotik. Toto rozložení není však dané a neměnné po celý život člověka. Normální člověk se může při určité zátěži přesunout do oblasti neurózy, popř. psychózy. Avšak je možný i pohyb opačným směrem. Schizofrenní příznaky mohou časem zeslábnout a přeměnit se v neurotické obtíže, případně i zcela odeznít. To znamená, že i u schizofrenie je možné plné uzdravení.

Řada významných osobností byla (či stále je) nemocná schizofrenní psychózou. Je tomu tak proto, že schizofrenie díky své ohromné precitlivlosti přináší dotyčnému jedinci mnohdy i schopnost originálního myšlení a tvořivosti.

Schizofrenií či jiným podobným duševním onemocněním trpěli například:

Johanka z Arcu – francouzská národní hrdinka

Francisco de Goya – španělský umělec

Georg Friedrich Händel – německý hudební skladatel

sir Isaac Newton – anglický fyzik a matematik

Vincent van Gogh – nizozemský malíř

Lewis Carroll – anglický spisovatel a matematik

Gustave Flaubert – francouzský spisovatel

Ivan Blatný – český básník

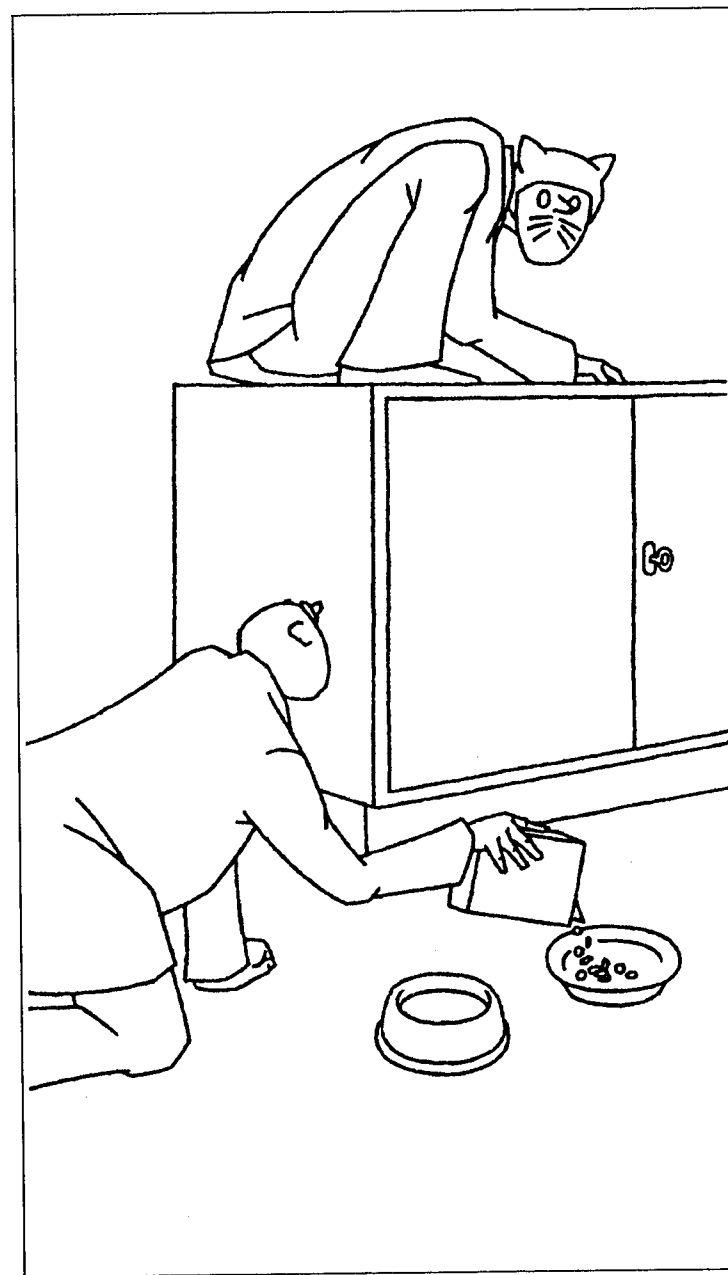
2. Jak se schizofrenie nejčastěji projevuje?

Mezi neklasičtější schizofrenní příznaky patří bludy a halucinace.

Blud je falešná představa, která dotyčnému připadá naprosto pravdivá, a nelze mu ji vymluvit. Např. může být nevyvratně přesvědčen, že okolo něj existuje spiknutí lidí, kteří usilují o jeho život. Nebo že nějaký jiný člověk dokáže číst jeho myšlenky a popřípadě jej může ovlivňovat. Patří sem i bludné přesvědčení, že dotyčný je nadán výjimečnými schopnostmi či nadpřirozenou mocí. Pod vlivem těchto bludů pak nemocný i jedná, což mu působí další problémy.

Halucinace jsou produktem zkresleného vnímání okolní reality. Vycházejí z rozbouřené a nekontrolovatelné fantazie pacientů. Znamená to, že člověk vidí, slyší nebo cítí věci, které nejsou vidět, slyšet nebo cítit ostatními lidmi. Např. slyší hlasy, když není nikdo v místnosti. Někdy se mu může zdát, že tyto hlasy vycházejí přímo zevnitř hlavy. Nebo někdy člověk věří, že se jej někdo dotýká, když je naprosto sám, a není nic, co by to mohlo vysvětlit.

Vedle těchto symptomů existují tzv. negativní příznaky schizofrenie. Mezi ně se řadí především: apatie, nedostatek emocí a nechuť k sociálním kontaktům. Významným negativním příznakem je taktéž hypobulie neboli oslabení vůle. Tento příznak bývá často okolím



zaměňován za lenost či neochotu něco dělat, což může vést k nadměrně kritickému jednání okolí vůči dotyčnému pacientovi. A jak bude nadále uvedeno, tento nadměrný kriticismus může přispět k dalšímu návratu, resp. relapsu onemocnění.

V posledním desetiletí se pozornost badatelů a klinických pracovníků čím dál tím více zaměřuje na poruchu tzv. kognitivních funkcí u schizofrenie. Mozek každého člověka vykonává kognitivní funkce a u schizofrenních pacientů bylo zjištěno, že tyto funkce jsou v mnoha případech výrazně narušeny.

Jedná se především o tyto oblasti kognitivních funkcí:

- *paměť* (Především je porouchán proces ukládání nových informací, což může přinášet problémy např. při učení ve škole)
- *řídící funkce* (Jedná se především o narušení schopnosti vytyčit si kýžený cíl, sestavit plán k naplnění a uskutečnění daného cíle)
- *pozornost* (Jedná se například o sníženou schopnost rozpoznávání podstatných informací od nepodstatných jakoby těmto pacientům v hlavě zmizel jakýsi „filtr“, který za normálních okolností potlačuje vedlejší vjemy a myšlenky. Jeho hlava je pak zaplavena nadměrným množstvím informací, ve kterých se zřetelně nedokáže orientovat. Tím poté dochází k poměrně snadnému „zahlcení mozku“ záplavou podnětů a k následnému „zkratu“ čili psychotické krizi.)
- *motorické funkce* (Pacienti mají sníženou schopnost vykonávat některé motorické úkony efektivně a taktéž mají sníženou schopnost učit se z vlastních chyb)

3. Proč vlastně vzniká schizofrenie?

Schizofrenie coby psychiatrické onemocnění byla poprvé popsána před cca 100 lety. Od té doby byla zvažována řada teorií vzniku tohoto onemocnění – virová, imu-

nologická, rodinná, genetická a biochemická. Ani u jedné z nich však nebyl prokázán jednoznačný a zásadní vliv na vznik této nemoci.

Je však již známo, že při schizofrenii dochází v mozku k nerovnoměrnému rozložení tzv. neurotransmiterů. Jsou to chemické látky (především dopamin a serotonin), které slouží k přenosu informací mezi jednotlivými buňkami v mozku. Tímto způsobem jsou také zodpovědné za vyrovnanou spolupráci obou polovin mozku, hemisfér, z níž jedna je rozumová a druhá emoční. Tyto chemické látky má samozřejmě každý z nás ve své hlavě, avšak patřičně rovnoměrně rozděleny. Působením různých vlivů dochází u pacientů se schizofrenií k tomu, že v některých částech mozku jich je nadbytek a v jiných naopak. Jak bude posléze uvedeno, toto nerovnoměrné rozložení je možné normalizovat pomocí léků tzv. neuroleptik. Při jejich pravidelném užívání se mohou chemické pochody v mozku vrátit do normálu a tím se dotyčnému vrátí schopnost myslet a vnímat jasně a logicky.

Vlivy, které mohou výše zmíněný stav způsobit jsou tzv. biologické či psychosociální.

Mezi ony biologické faktory patří především dědičnost. Jestliže jeden z rodičů je schizofrenik, pravděpodobnost vzniku tohoto onemocnění u jejich potomka je 11 %. A pokud oba rodiče jsou takto nemocní je riziko 40 %. Mezi další biologické faktory patří virová onemocnění budoucí matky v průběhu těhotenství. Posledním významným biologickým faktorem jsou porodní komplikace (zejména přidušení při porodu).

Mezi psychosociální faktory patří především emoční klima v základní rodině, především do cca 2 let věku dítěte. Dále pak vztahy a postavení jedince v různých kolektivech v dětství a dospívání (třída, parta, sportovní oddíl apod.).

Je již tedy zřejmé, že neexistuje jedna příčina vzniku schizofrenie, ale že se jedná o společné působení výše zmíněných biologických a psychosociálních faktorů. Teprve pokud se tyto různé faktory složí za určité stresové

situace (např. rozchod s partnerem) do jakési nešťastné mozaiky, vznikne onemocnění.

Podíl biologických a psychosociálních faktorů je u každého pacienta jiný a tudíž u každého z nich je i jiný vývoj a průběh samotné nemoci.

Můžeme si to představit tak, že zmíněné biologické faktory vytváří jakousi vnitřní dispozici pro vznik schizofrenního onemocnění (tedy jakýsi vnitřní program, který se může a nemusí projevit). Touto dispozicí je především nadměrná citlivost (hypersensitivita) a v jejím důsledku nadměrná zranitelnost (vulnerabilita).

Je pochopitelné, že takovýto jedinec je méně způsobilý zvládat stres. Každý z nás má svůj vlastní stresový práh, při jehož překročení reagujeme jinak než dříve (útěk, hádka, nervové zhroucení, tělesné obtíže apod.). Jedinci biologicky disponovaní pro vznik schizofrenie mají tento práh snášenlivosti nižší a při jeho překročení zareagují propuknutím akutní psychotické krize, resp. epizody. Vlastním spouštěčem neboli stresorem, který způsobí tuto krizi může být například ocitnutí se v novém prostředí, které na dotyčného klade nadměrné nároky. Víme, že tito lidé mají díky své vrozené či získané dispozici sníženou schopnost zpracovávat informace z okolí. Mohou se proto snáze zhroutit v situaci, kdy jsou náhle zaplaveni velkým množstvím informací, zvláště pak nových a protichůdných. Podobně zhoubně na ně může taktéž působit prostředí, ve kterém jsou dlouhodobě vystaveni nadměrné kontrole a kritice. Je taktéž pochopitelné, že nadměrně stresově působí různé negativní životní události – např. stěhování, ztráta zaměstnání, ztráta blízké osoby atd. Spouštěčem psychotické krize může být i radostná událost jako je například svatba. Z tohoto pohledu je srozumitelné, proč schizofrenie propuká nejčastěji v období dospívání. V období, kdy je mladý člověk vystaven nadměrným požadavkům či zátěží – např. erotické zkušenosti, osamostatnění se, studiu, nástupu do zaměstnání apod.

4. Kdy vzniká schizofrenie a jaký je její další průběh?

Schizofrenní psychózou onemocní 1–2 lidé ze sta, a to nejčastěji v tzv. postpubertálním období 15–19 let. Toto onemocnění však může vzniknout i v dětství a i ve starším věku, tzn. že každý z nás ještě může onemocnět.

Co se týče průběhu schizofrenie, platí zde tzv. třetinové pravidlo. U jedné třetiny pacientů toto onemocnění po 1–3 psychotických krizích zcela ustoupí a tito lidé žijí pak nadále bez jakýchkoli psychiatrických problémů. U druhé třetiny se nemoc občas vrací, což má následný vliv na fungování těchto lidí v jejich různých životních rolích (osobní, sociální, pracovní atd.). I přes takovýto dopad tohoto onemocnění mohou tito lidé žít relativně spokojeně a nezávisle. U poslední třetiny nemocných neustupují příznaky nemoci ani po delším léčení a pacient zůstává dlouhodobě uzavřen ve svém psychotickém světě. Tito lidé pak zůstávají více či méně odkázáni na pomoc druhých, ať již v rodině nebo v některém typu azylových zařízení.

5. Ještě jednou, jak se tedy vyvíjí schizofrenie?

První projev schizofrenní psychózy se lékařskou terminologií nazývá ataka neboli úder. Někdy se tato ataka projeví opravu náhle, nečekaně a bez varování. Častěji se však onemocnění postupně rozvíjí. Toto období se nazývá prodromálním neboli obdobím, které předchází vzniku akutní schizofrenní psychózy. Do tohoto období patří např. úzkost, emoční rozlady, podrážděnost, vztahovčnost, nespavost, pocity neskutečnosti, únava, nesoustředěnost apod. Dotyčný se více uzavírá do sebe, svými obtížemi zpravidla trpí více, než dává najevo, a neúspěšně s nimi zápolí. Tyto obtíže pozvolna narůstají, až vyústí v propuknutí vlastní schizofrenní psychózy. Tehdy jedinec např. přestane vycházet na ulici, z pokoje, něco rozbije či

někoho udeří, dostaví se na policii a žádá o milost apod. Všechno toto jednání je pro jeho okolí překvapující a nepochopitelné. Je to proto, že logika jeho myšlení, citění a jednání je logikou jeho vnitřního světa (např. přesvědčení, že okolo něho existuje spiknutí, že je pověřen nějakým význačným úkolem, že provedl zločin apod.). V takovémto stavu bývá dotyčný většinou poprvé hospitalizován na psychiatrii, kde stráví zpravidla několik týdnů.

Jak již bylo uvedeno, asi u jedné třetiny nemocných schizofrenií se toto onemocnění již víckrát nevrátí. Zvláště tehdy, když tyto projevy dotyčný jedinec pochopí jako výzvu ke změně svého dosavadního života. Jako znamení, že v období před vznikem psychózy nebylo v jeho bytí něco v pořádku.

Po ukončení hospitalizace téměř u každého pacienta ještě přetrvávají některé z tzv. zbytkových příznaků – snížená schopnost soustředit se, apatie, smutek, podezřívavost, pocit vyhasnutí a vnitřní prázdnoty atd. Zpravidla ještě užívají psychofarmaka, která mohou bohužel tyto pocity ještě zesilovat, popř. vyvolat některé z typických vedlejších nežádoucích příznaků (viz dále). A s takovýmto handicapem se dotyčný pokouší vrátit do normálního života. Toto období je velmi významné pro další vývoj onemocnění dotyčného jedince. Velmi záleží na tom, s jakým přijetím se v reálném životě setká. Zda s odsuzujícím či vyčítajícím přístupem, vyvolávajícím pocity viny, či s rezignovaným postojem – „on je schizofrenik a jiný nebude“. Nebo s chápajícím a tolerantním chováním, které mu umožní nalézt ztracenou rovnováhu.

Schizofrenie je tzv. epizodické onemocnění. To znamená, že asi u 60 % se může vracet v nových epizodách nemoci, které se také nazývají relapsy. Nejdůležitější období je prvních 9 až 12 měsíců po ústupu nemoci. Pacient sám i jeho rodina však mohou ve spolupráci s odborníky udělat mnoho pro to, aby k nové epizodě nedošlo, nebo aby měla příznivější průběh. Je nutné si uvědomit, že tyto epizody psychózy většinou nevznikají náhodně, zpravidla bývají vyprovokovány dalším nadměrným stre-

sem. Je prokázáno, že čím častěji dochází k těmto návratům psychózy, tím horší je prognóza schizofrenie. Proto je velmi smysluplné se naučit tyto relapsy psychózy rozpoznávat, umět je včas zastavit a tím jim předcházet.

6. Prevence relapsu

Nejúčinnějším mechanismem jak zastavit rozvíjející se relaps (návrat nemoci), je znalost tzv. prodromálních neboli varovných příznaků u konkrétního jedince. Relaps nemoci neboli ataka se totiž málokdy dostaví naráz ze dne na den. Většinou mu předchází několikátýdenní období, ve kterém se objevují tzv. prodromální neboli varovné příznaky. Pokud se nám podaří tyto prodromální symptomy včas identifikovat a adekvátně zasáhnout, zabráníme tím plnému projevení se psychotické epizody. Existuje celá škála těchto varovných příznaků od velmi nespecifických (např. nespavost) až po specifičtější – prepsychotické symptomy (např. prvopočátky bludů či halucinací). Je tedy nezbytné společně s pacientem a optimálně s dalšími členy jeho rodiny detailně zmapovat období, které předcházelo vzniku poslední akutní psychotické epizody. Na základě tohoto zmapování pak vytvořit seznam jeho vlastních prodromálních příznaků.

Mezi nejčastější prodromální příznaky patří:

- *poruchy spánku*
- *změna nálady* (deprese, úzkost, strach, podrážděnost, pocit vlastní neschopnosti, ...)
- *změny v chování* (zhoršená spolupráce v léčbě, snížení i zvýšení sociálních kontaktů, nápadné změny v chování)
- *kognitivní změny* (zhoršení koncentrace pozornosti, nadměrné zaobírání se jednou či dvěma věcmi, pocit ztráty kontroly nad vlastními myšlenkami, zhoršení paměti)
- *změny, které již patří do prepsychotických příznaků* (slyšení divných zvuků; vztahovačnost; pocit, že mé-

dia komentují jejich jednání; pocit, že druzí si jich nadměrně všímají a případně o nich hovoří)

Jestliže si pacient společně se svými blízkými takto vytvoří seznam svých prodromálních příznaků, je zapotřebí aby se svým terapeutem definoval „strategii pomoci“, tedy kroky, které bude třeba podniknout, pokud se prodromální příznaky objeví.

Především se jedná o:

- svěřit se někomu ze svých blízkých
- zvýšení si dávky léků dle předchozího doporučení terapeuta a jeho dodatečné informování
- zvýšení frekvence kontaktů se svým terapeutem, případně změna medikace
- redukce působícího stresu (např. pracovní neschopnost)

7. Léčba schizofrenie

Víme již, že schizofrenie je tzv. multifaktoriální onemocnění, na jehož vzniku se podílí jak biologické, tak psychosociální vlivy. Z tohoto je zřejmé, že do terapie schizofrenie musíme zapojit co nejvíce účinných mechanismů, jak z biologického, tak z psychosociálního spektra. Jedině tehdy můžeme být v terapii tohoto vážného onemocnění úspěšní.

Je nezpochybnitelným faktem, že biologickou složku podílející se na vzniku schizofrenie můžeme ovlivnit především psychofarmaky. V úvahu přicházejí především neuroleptika, antiparkinsonika (odstraňující vedlejší účinky neuroleptik, patří sem např. Akineton, Kemadrin atd.), hypnotika (navozující spánek, např. Stilnox, Hypnogen, Zolsana) a tchymoprofilaktika (vyrovnávající náladu, např. Lithium, Biston, Lamictal).

Nyní se budeme věnovat těm nejdůležitějším, tj. neuroleptikům. K objevu prvního z těchto léků – chlorpromazinu došlo v 50. letech minulého století a tento objev

znamenal velký převrat v dějinách psychiatrie. Do té doby byli lidé se schizofrenní psychózou ve většině případů odsouzeni k trvalému pobytu v psychiatrických azylových zařízeních. Teprve od vynalezení neuroleptik je možno uvažovat o vyléčení schizofrenie a o možnosti návratu nemocného do normálního života. Zatímco donedávna jsme měli k dispozici pouze tzv. neuroleptika první generace (např. Haloperidol), v posledním desetiletí byla vyvinuta tzv. neuroleptika druhé generace jako je Zyprexa, Risperdal, Zoleptil, Solian, Seroquel, Abilify atd. Všechny tyto léky mají podobné hlavní účinky – vedou ke zklidnění nemocného a k úpravě spánku. Myšlení dotyčného se postupně upravuje, nemocný začíná být schopen se lépe soustředit, lépe si uspořádat myšlenky. Bludy a halucinace ztrácejí svoji naléhavost a začínají být nemocnému lhostejné. Posléze většinou zmizí. Neuroleptika se nepodávají pouze k odstranění akutních schizofrenních příznaků, ale v mnoha případech je nemocný musí brát v nižších dávkách i po odeznění těchto akutních projevů nemoci. Mají totiž nejenom léčebný, ale i preventivní účinek, tzn. že zabraňují vzniku nové schizofrenní epizody. V řadě výzkumných studií bylo prokázáno, že **neuroleptika snižují riziko vzniku nové schizofrenní krize až o 40 %!** Ovšem fakt, že téměř třetina nemocných se jejich obtíže do 12 měsíců vrátí přesto, že léky užívají pravidelně, ukazuje na to, že pouhé brání léku ke spolehlivému zvládnutí psychózy nestačí. Všeobecně se doporučuje, že po první atace psychózy je dobré užívat neuroleptikum 1–2 roky, po atace druhé 4–5 let. Při snižování dávky léku je nutno postupovat velmi opatrně a pomalu.

Již zmíněná neuroleptika první generace jsou velmi účinná na bludy a halucinace, ale nesou s sebou riziko vzniku tzv. vedlejších nežádoucích účinků. Tyto vedlejší účinky jsou vyvolány tím, že působí v mozku i na jiných místech než na těch, jejichž porucha vedla ke vzniku psychózy. Ačkoliv tyto vedlejší příznaky mohou být dosti nepříjemné, nejsou jakkoliv nebezpečné. Nejčastěji se vyskytují na počátku léčby, než si na lék organismus

zvykne. Postupně tedy mizí a kromě toho máme k dispozici jiné léky, které případné přetrvávající vedlejší účinky dokáží odstranit (antiparkinsonika).

Mezi nejčastější vedlejší účinky tohoto typu neuroleptik patří:

- zvýšená spavost
- závratě
- ztuhlost těla a třes rukou
- vnitřní neklid nutící k popocházení
- sucho v ústech
- svalové křeče
- rozostřené vidění
- narušení menstruačního cyklu
- snížení sexuální vzrušivosti a schopnosti erekce

Neuroleptika tzv. druhé generace mají oproti předchozím řadu výhod. Především nevyvolávají tolik nežádoucích vedlejších účinků (ale i tak mohou narušovat sexuální funkce, zapříčinit vznik cukrovky či vést k zvýšení tělesné hmotnosti). Největší předností tohoto typu neuroleptik je to, že oproti neuroleptikům předchozího typu nezhoršují kognitivní funkce pacientů a pozitivně ovlivňují tzv. negativní příznaky (viz. dříve). Jejich jedinou nevýhodou je jejich vysoká cena.

Pokud víme, že pacient není schopen sám pravidelně užívat psychofarmaka (nedostatek náhledu na nemoc, dezorganizace myšlení), podáváme injekční neuroleptika v depotní neboli dlouhodobé formě, jejichž účinek přetrvává po aplikaci od jednoho do čtyř týdnů.

Vídeňský profesor Hoff řekl: „Psychofarmaka otevírají dveře k nemocnému. Těmito dveřmi musí ale někdo vejít. Pokud se tak nestane, dveře se zabouchnou na dlouho nebo navždy.“ Tím, co vejde do těchto dveří, můžou být různé formy psychosociálních intervencí.

8. Psychosociální intervence

Rozlišujeme 5 typů psychosociálních intervencí, které se cíleně používají dle potřeb dotyčného jedince a mohou se samozřejmě i kombinovat. Jsou to:

1. *psychoedukace* – je nezbytnou součástí léčebného procesu. Pacientovi a jeho blízkým jsou podávány informace o nemoci, způsobech léčby, o možném vývoji nemoci atd. Tyto informace jsou důležité proto, aby pacient (a jeho nejbližší) pochopili, jaké onemocnění ho postihlo a díky informacím o různých formách léčby se mohl stát aktivním účastníkem léčebného procesu.

2. *psychoterapie* – máme k dispozici 3 formy psychoterapie: individuální, skupinovou a rodinnou.

V individuální psychoterapii se pacient setkává se svým psychoterapeutem dle aktuální potřeby ve frekvenci 1–2krát během 14 dní. V průběhu této terapie se snaží porozumět tomu, co se to stalo (psychotická krize), jaké faktory mohly přispět ke vzniku tohoto onemocnění a tím nacházet řešení, jak předcházet případným návratům nemoci.

Skupinová psychoterapie má obdobné cíle jako individuální psychoterapie, rozdíl je však v tom, že celý proces se odehrává ve skupině pacientů s podobnými problémy. Takto si pacient začíná uvědomovat, že není sám, kdo má určité obtíže, a za pomoci sdílených zkušeností ostatních členů skupiny může nacházet i řešení pro své vlastní obtíže. Neméně důležitým účinným faktorem skupinové psychoterapie je to, že pacient v bezpečném prostředí psychoterapeutické skupiny znovu získává otřesenou důvěru v mezilidské vztahy. Skupinová psychoterapie se může odehrávat ve velmi intenzivní tzv. stacionární formě, tj. každý den po dobu zhruba deseti týdnů, anebo se pacient této terapie zúčastňuje pouze 1–2krát týdně.

Rodinná psychoterapie se používá u rodin, kde rodinné vztahy jsou jaksi zašmodrchané a tudíž neumožňují pacientovi se z nich vymanit a uzdravit. Této formy psychoterapie se zúčastňuje celá rodina pod vedením dvou

terapeutů ve frekvenci 1x měsíčně, celý terapeutický proces je pak pochopitelně poměrně dlouhý, minimálně 1 rok.

3. *různé formy tréninkových kurzů* – například nácvik sociálních dovedností, asertivity, kognitivních funkcí, zvládnání stresu a emocí atd. Do této formy pomoci patří také to, aby se pacienti znovu naučili smysluplně využívat svůj volný čas.

4. *sociální rehabilitace* – převážná většina pacientů se schizofrenií buď nikdy nenabyla či díky nemoci pozbyla sociální dovednosti, které jsou nezbytné k nezávislému životu (např. hospodaření s penězi, zvládnutí úklidu domácnosti, vaření, praní, ...) Speciálními zařízeními pro nácvik těchto sociálních dovedností jsou tzv. tréninkové či chráněné byty, které se liší dle míry chráněnosti (od návštěv sociální pracovnice 1x týdně po komunitní chráněné domy, kde je zajištěna 24 hodinová profesionální pomoc).

5. *pracovní rehabilitace* – víme, že většina psychotických pacientů by chtěla pracovat, ačkoliv jim jejich onemocnění způsobuje často značný pracovní handicap. Jak již bylo uvedeno přibližně 1/3 schizofrenních pacientů je schopna normálně pracovat, dále víme, že dalších cca 60% je schopno vykonávat nějaké zaměstnání za různě uzpůsobených pracovních podmínek. Mluvíme zde o tzv. tréninkové či chráněné práci. A opět stejně jako u chráněného bydlení rozlišujeme různé typy takovýchto prací podle míry profesionální podpory. Zdravější pacienti mohou být zaměstnáni v normální firmě a profesionální pomoc je jim poskytována jen v minimální formě. Pro dlouhodobější psychotické pacienty jsou naopak výhodnější klasické chráněné dílny, kde mohou pracovat i několik let s maximální mírou profesionální podpory.

9. Deprese u schizofrenie

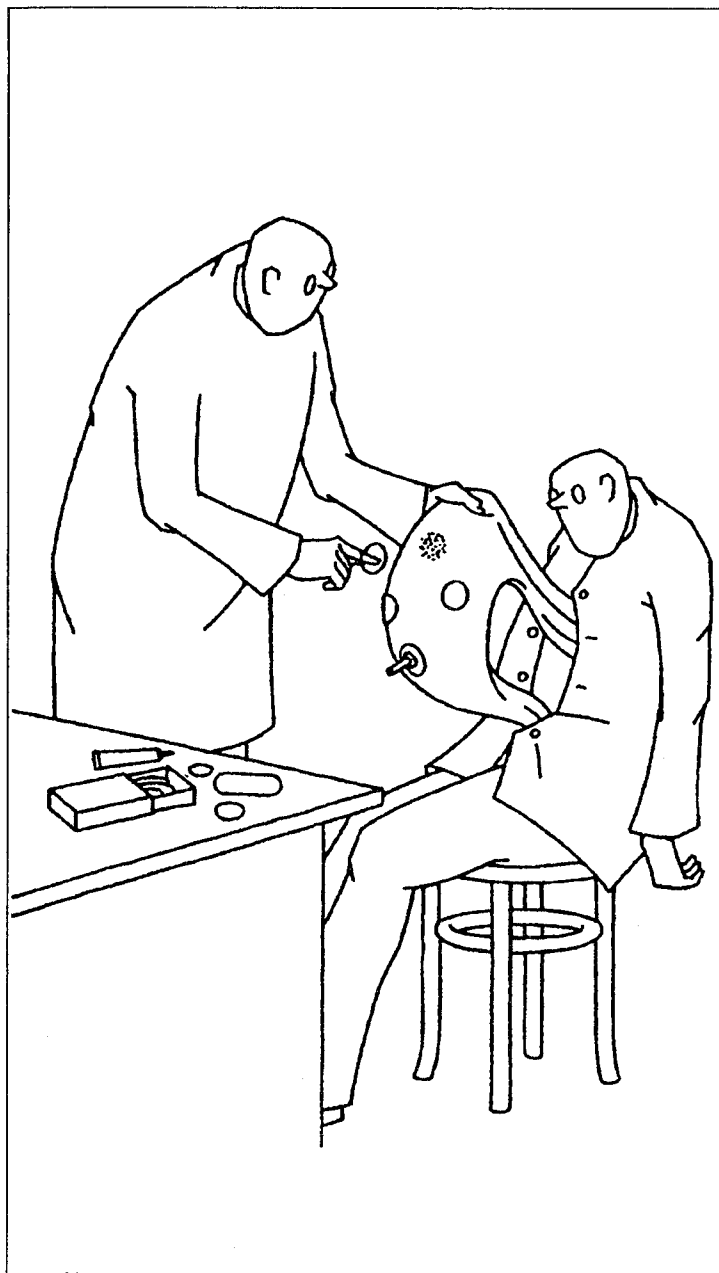
Pozornost psychiatrů se v posledních letech čím dál tím více obrací k tomuto problému, především pro značně vysokou sebevražednost u schizofreniků, která činí 10%! Tzn. že každý desátý pacient končí život sebevraždou. Statistiky dále uvádějí, že až 50% pacientů se schizofrenií trpí depresí. Tato může mít původ biologický (coby součást nemoci), farmakologický (vedlejší účinek některých psychofarmak) či psychologický (uvědomění si vlastní nemoci a jejích důsledků).

Nejzákeřnější forma deprese se dostavuje až třeba několik týdnů či měsíců po odeznění psychotické epizody, tzn. v období, kdy si terapeut spokojeně oddechne, že psychotické příznaky odezněly, a sníží frekvenci svých setkávání s pacientem ...

10. Schizofrenie a rodina

Je třeba si uvědomit, že **pokud člověk onemocní psychózou neznamená to zátěž jenom pro něho, ale i pro jeho okolí, především rodinu.** Všichni se musí vyrovnat s faktem, že někdo z jejich středu se ocitl v psychické krizi a že tato krize může znamenat nezbytnost přehodnocení dosavadních plánů a cílů, např. že z dosud velmi úspěšného studenta nebude lékař, ale například jen absolvent učiliště či střední školy, že bude muset i dlouhodoběji užívat nějaká psychofarmaka a docházet na psychiatrické kontroly. Mnozí rodiče takto nemocného mají tendenci klást vinu za onemocnění na sebe a zároveň cítit pocit hanby vůči okolí. Toto vede k tomu, že zakrývají oči před rozvíjejícím se onemocněním a tím bohužel oddalují začátek léčby. Z řady výzkumných studií je známo, že čím delší je toto tzv. neléčené období, tím horší je prognóza vlastní nemoci a šance na vyléčení.

Ze statistik vyplývá, že 70% lidí se schizofrenií žije stále se svými příbuznými, zejména rodiči a tito pak sa-



možřejmě mají na ně silný vliv jak pozitivní, tak i negativní. Existují dva extrémní negativní přístupy těchto rodinných příslušníků k pacientům.

V jednom typu rodin je pacient vystaven různým kritickým připomínkám za své chování, které většinou souvisí s jeho základním psychickým onemocněním. Příbuzní totiž tyto obtíže takto nevnímají a dávají zřetelně najevo svou nespokojenost s daným chováním. Obviňují jej z lenosti, popř. ze schválností z jeho strany. Je pochopitelné, že nemocný potom na výčitky a kritiku reaguje často podrážděně, nebo se ještě více stahuje do samoty. Tyto konflikty pak vedou v rodině k atmosféře napětí, podrážděnosti, někdy i nepřátelství. A takovéto prostředí může být pro člověka, který prodělal psychózu, velmi škodlivé, a může vést k opětovnému zhoršení jeho psychického stavu.

Vedle tohoto „kritického“ přístupu k nemocným existuje druhý, neméně zhoubný. Jedná se o nadměrně ochranný, tzv. hyperprotektivní. Rodiče se v těchto rodinách chovají k nemocnému jako k malému dítěti, nesvéprávnému člověku, nic na něm nepožadují a často vyhovují většině jeho přání, byť vycházejí z jeho nemoci. Jsou přesvědčení, že oni nejlépe vědí, co jejich nemocný potomek cítí a potřebuje, a tak ve všem jednájí a rozhodují za něj. Je třeba si uvědomit, že i toto chování, i když je vedeno upřímnou snahou co nejlépe ochránit nemocného před všemi problémy, je značně škodlivé. Znemožňuje vlastně dotyčnému pacientu, abys se stal opět zdravým, dospělým a „svéprávným“. Noří se čím dál tím více do pasivní závislosti na svých blízkých, která mu nevyhovuje (aspoň v prvních letech nemoci), ale nedovede se z ní vymanit. Pouze uvnitř něj se hromadí napětí z této neuspokojivé situace, napětí, které se mnohdy ventiluje až náhlým propuknutím psychózy.

Jak se tedy mají rodiče a ostatní příbuzní k nemocnému chovat?

Měli by zkusit být co nejvíce trpěliví a tolerantní k projevům jeho nemoci. Nevyčítat mu je, protože to není jeho

vina. Případnou nespokojenost, která je na místě a opodstatněná, by měli být schopni vyjadřovat přímo a pokud možno co nejdříve, a předcházet tak kumulaci napětí v rodině.

Víme již, že člověk se schizofrenií je více citlivý na stres. Příbuzní mohou pacientovi také pomoci tím, že se snaží snížit stresové situace okolo něj, nebo mu přímo pomáhají stres zvládat. Je třeba, aby jej dokázali předem, jasně a srozumitelně seznámit se všemi plánovanými odchylkami od domácího řádu (stěhování, oslava narozenin ...). **Schizofrenik, který má z podstaty své nemoci obtíže se zpracováním informací, potřebuje jasné, zřetelné a srozumitelné údaje, aby jeho mysl nemohla propuknout ve zmatek.** Pokud před danou situací či příčinou znejistí, je třeba mu poskytnout podporu, že to určitě zvládne. A to i tehdy, když si rodiče sami nebudou zcela jisti. Případná přehnaná úzkostlivost z jejich strany bude mít totiž okamžitou tendenci se přesunout i na pacienta. A z úzkosti opět může vyrůst zmatek, ze zmatku další projev psychózy jako výsledek snahy najít v tomto zmatku nějaký svůj řád, nějak mu porozumět (jako když dítě nerozumí napětí mezi svými rodiči, a tak si vytvoří fantazijní představu, že není vlastně jejich potomkem, nýbrž že jeho otcem je král ze vzdálené země, který si pro něho jednou přijde ...).

Otázkou je, jak silně a direktivně vést dotyčného pacienta k různým aktivitám doma i mimo domov. Obecně je možno říci, že je třeba dávat nemocnému opakovaně najevo, že o něj příbuzní stále stojí, nabízet mu, zda se nechce zapojit do práce či rozhovoru, ale nenutit jej, když se na to necítí. Nejdůležitější tedy je být k dispozici, aby měl nemocný sám možnosti se rozhodnout, kdy se chce zapojit, a kdy ne. Je třeba si uvědomit, že člověk se schizofrenií má tím vším, co prožil, velmi otřesené sebevědomí, a často trpí značnými komplexy méněcennosti. Jeho sebevědomí (a tudíž i zdraví) je potřeba postupně a pomalu rekonstruovat. A to především pomocí pochval a pozitivní podpory ze strany jeho okolí. Je třeba jej chválit

i za takové činnosti, které před nemocí zvládal zcela bez problémů. Lze to srovnat se situací člověka před havárií a po ní.

Další častou otázkou je, jak reagovat, když nemocný vykládá nějaké nesmysly. Pokud jde o nesprávné představy nebo myšlenky vyplývající z jeho nemoci, je bezpečně prokázáno, že nemá smysl je nemocnému vyvracet. Na druhé straně nemá ani smysl mu je potvrzovat, a tím ho v nich upevňovat. Je třeba si opět představit, že dotyčný v té chvíli cítí, myslí a jedná ve jménu logiky svého vnitřního světa. Silně potřebuje, aby toto mohl někomu sdělit a aby nebyl odmítnut. Je třeba tedy možné tzv. hlasy komentovat výrokem: „Já nic neslyším, ale dokážu si představit, že ty ano.“ Anebo: „Je možné, že to, co vnímáš, je spiknutí proti tobě, avšak dokáži si představit i jiné vysvětlení toho, co se kolem tebe děje. A teď nemůžu jednoznačně určit, jak to vlastně je.“

Příbuzní, kteří znají nemocného daleko lépe než kdokoliv jiný a tráví s ním většinou hodně času, jsou často schopni nejdříve ze všech včas rozpoznat počínající příznaky nové ataky psychózy. Pokud k něčemu takovému dojde, stačí mnohdy jen změna přístupu k dotyčnému jedinci, zvýšení či znovunasazení psychofarmak a většinou kontakt s odborníkem, a dá se takto předejít plnému rozvinutí další schizofrenní epizody.

Ze statistik je zřejmé, že horší průběh schizofrenie bezesporu souvisí s množstvím opakovaných schizofrenních epizod. Čím častěji se vracejí, tím je prognóza horší. A naopak, **čím lépe jim dokážeme předcházet či je včas zvládat, tím je naděje na vyléčení schizofrenie větší.**

Závěr

Právě jste dočetli příručku o lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Dozvěděli jste se v ní o řadě postojů a přístupů k vlastní psychóze, popřípadě ke člověku, který psychózou onemocněl. Možná vám budou některá fakta zde uvedená k užitku, jiná nikoliv. Berte prosím tuto příručku pouze jako pokus o pootevření dveří do fantazijního světa schizofrenie a snahu o nabídnutí některých možných řešení. Je totiž nezbytné si stále uvědomovat, že každý z nás je originální a neopakovatelnou kombinací myšlení, citění a jednání. Nelze tudíž nalézt jeden terapeutický recept, použitelný u každého schizofrenního jedince. Nelze tedy jinak, než vždy vycházet z jednoho konkrétního člověka, z jeho přání, potřeb, emocí apod. Jedině tehdy, když budeme schopni dostatečného vcítění se, a tím i možného porozumění, máme možnost mu pomoci.

Franz Kafka napsal: „V mých očích jsou zdi, které oddělují zdravé a nemocné, jen výrazem slepoty vůči skutečné hodnotě člověka, která je tam i zde stejná.“

V Praze dne 21. 4. 2006
MUDr. M. Jarolímek, vedoucí lékař DPS Ondřejov

V roce 2006 vydalo Občanské sdružení BAOBAB

Ilustrace a obálka: V. Barták
Kresba na zadní straně: A. Hoffmeister

Tato brožura vznikla díky Občanskému sdružení BAOBAB,
Ministerstvu zdravotnictví ČR a Magistrátu Hl. m. Prahy.

Vytiskla Tiskárna Vyšehrad Praha