

UNIVERZITA KARLOVA

Husitská teologická fakulta



Lidé se zdravotním postižením a internet

People with disabilities and the internet

Diplomová práce

Vedoucí práce:

PhDr. Miloslav Čedík

Autor:

Bc. Lenka Nováková

Praha 2020

Poděkování

Velmi děkuji panu PhDr. Miloslavu Čedíkovi za jeho ochotu, vstřícnost, trpělivost, cenné rady a připomínky, které mi poskytoval v průběhu konzultací této práce. Poděkování patří také všem sociálním pracovníkům vykonávajícím funkci peer konzultantů v péči o duševně nemocné klienty, kteří byli ochotni věnovat svůj čas rozhovorům v rámci výzkumu. A také panu předsedovi zapsaného spolku Dobré místo, Mgr. Jožkovi Gabrielovi za jeho připomínky k mé činnosti spravování webového portálu www.lidémezilidmi.cz .

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci s názvem „Lidé se zdravotním postižením a internet“ vypracovala samostatně. Dále prohlašuji, že všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne: 11.5. 2020

Lenka Nováková

Lenka Nováková

.....
(podpis autora)

Anotace

Ve své diplomové práci s názvem Lidé se zdravotním postižením a internet se zaměřuji na to, jakým způsobem může technika a znalost počítačové gramotnosti pomáhat lidem se zdravotním postižením, zaměřuji se především na otázku duševního zdraví, kterého se webový portál Lidémezilidmi týká a svým již sedmiletým působením pomáhá těmto lidem. Zvolila jsem tedy základní výzkumnou otázku : Jak je prezentovaná sociální práce a její intervence podpora směrem ke klientům na webovém portále Lidé mezilidmi seznamující veřejnost s informacemi z této oblasti? Zmiňuji jednotlivé termíny.

Klíčová slova: prezentace sociální práce směrem ke klientům na webovém portále Lidémezilidmi, intervence a podpora sociální práce, webový portál Lidémezilidmi, seznamování veřejnosti, informace o zdravotně-sociální oblasti.

Annotation

In my thesis titled People with Disabilities and the Internet I focus on how technology and knowledge of computer literacy can help people with disabilities, I focus mainly on the issue of mental health, which the web portal People among people and its seven-year activity helps these people. So I chose the basic research question: How is the presented social work and its intervention supporting clients on the People among people web portal informing the public about information in this area? I mention individual terms.

Keywords: presentation of social work to clients on the People among people web portal, intervention and support of social work, People among people web portal, public introduction, information on health and social issues.

SEZNAM ZKRATEK

Seznam zkratek a jejich vysvětlení

ADHD - zkratka anglického („*Attention Deficit Hyperactivity Disorder*“) – hyperkinetická porucha (HKP), porucha pozornosti s hyperaktivitou

BAP – bipolární afektivní porucha

HTF UK – Husitská teologická fakulta UK

HTML – (hypertext markup language) – hypertextový značkovací jazyk

KTC – Krizové a terapeutické centrum

ESF ČR – Evropský sociální fond České republiky

MHD – Městská hromadná doprava

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

PCP – Psychiatrické centrum Praha

PTSP – Posttraumatická stresová porucha

ZTP – Osoba zvláště tělesně postižená

PŘEHLED CIZÍCH SLOV V DIPLOMOVÉ PRÁCI:

Acetylcholin (ACh) je ester kyseliny octové a cholinu. Účinkuje jako neurotransmitter v periferní i centrální nervové soustavě.

Adiktologická - Adiktologická ambulance poskytuje ambulantní diagnostickou, preventivní, poradenskou a edukativní péči s možností krátkodobé terapeutické intervence pro osoby závislé na alkoholu a jiných návykových látkách, problémové uživatele či osoby experimentující s drogami. Současně se věnujeme klientům s nelátkovými závislostmi, jako je gambling, závislost na internetu. Ambulance funguje jako první místo kontaktu pacienta se službami Kliniky adiktologie a v rámci poradenství je pacientovi doporučen další postup v léčbě a předány kontakty na příslušná oddělení či další specialisty.

Anankastická porucha osobnosti – Nutkavé stavy, obcese, rituály, kompulse *Anankastická* neboli obsedantně-kompulzivní **porucha osobnosti** se výrazně odráží v **osobnosti** jedince a jeho vzorcích chování. Projevuje se nadměrným perfekcionismem, svědomitostí či rigiditou. Tato **porucha** se může vyskytovat komorbidně s depresivní **poruchou**.

Anxiozita - úzkostnost z neurotických poruch - , pocit obdobný strachu - *chorobný stav úzkosti*

Anxiózní porucha osobnosti – výskyt u melancholie nebo v tíživých situacích.

Aspixie tzn., že je dítě nezralé

ATSP znamená doslova posttraumatická stresová porucha

Attachment - vztah, který se vytváří mezi dítětem a osobou poskytující tomuto dítěti péči a ochranu.

Biodromálně - týkající se celoživotního vývoje a rozvoje, formování a perspektiv psychiky a osobnosti.

Coping - vědomá volba

Copingová reakce - tzn. vědomá volba nějaké strategie podle osobnosti, povahy, zkušenosti, celkové situace

Dendrity - jsou krátké výběžky jimiž neuron přijímá informace. Připomínají rozvětvené koruny stromů. (nervový vzruch)

Deprivace – (citová při chybění lásky, sensorická při chybění pocitů)

Deskripce - výsledkem pozorování, jednoduchou informací o situaci, stavu nebo průběhu děje.

Dimenze - interpersonální - mezilidské vztahy přímé či zprostředkované.

Distres - negativní stres, zátěž vyvěrající z negativních zážitků – např. úmrtí blízkého, rozvod, neúspěch, výpověď...

Elektrokonvulzivní terapie - **ECT**, veřejností někdy nazývána (elektrošoky) je způsob léčby psychických poruch, při kterém krátký puls elektrického proudu projde mozkiem pacienta. Tento impuls vyvolá umělý (artifiziální) epileptický záchvat.

Endorfiny - Endorfiny jsou opioidní polypeptidy, obsahující obvykle 16–31 aminokyselinových zbytků. Vznikají štěpením prekurzorové bílkoviny v mozku, pankreatu.

Facebook - je rozsáhlý společenský webový systém sloužící hlavně k tvorbě sociálních sítí, komunikaci mezi uživateli, sdílení multimediálních dat, udržování vztahů a zábavě.

Gaba - Kyselina gama-aminomáselná (kyselina γ -aminomáselná, **GABA**) je hlavní inhibiční neurotransmitter v centrálním nervovém systému savců

Gambling - sázky hráčů živých či technických her a jejich blízkým

Genderové - zásady rovných příležitostí,

Hyper - *nadmíru*

Hystrión - *herec, kejklíř nebo komediant*

Hystriónská porucha osobnosti - *psychické onemocnění související s poruchou osobnosti a vyznačuje se charakteristickými prvky chování*

Joomla – *redakční systém*

Kognitivní – *poznávací funkce – centrum je v mozku.*

Kompulzivní – *nezvládnutelné nutkání něco vykonávat*

Mikrobrain – *biologicko neurální dialog*

Morbus Down - *Downův syndrom je nejobvyklejší vrozená chromozomální anomálie. Dochází k ní nejčastěji při splynutí vajíčka a spermie, kdy hned v prvotní buňce zůstane **chromozom navíc** a každá další buňka pak pokračuje v dělení již s touto vadou.*

Neuromediátory – *nervové přenašeče*

Neuron - *nervová buňka, je základní funkční a histologická jednotka nervové tkáně*

Neurity - *Neurit (axon) je jediný dlouhý výběžek nervové buňky. První oddíl axonu se nazývá iniciační segment. Vede nervové vzruchy odstředivě (eferentně) od buňky k dalšímu neuronu nebo výkonnému orgánu.*

Noradrenalin - *vyplavuje se při akci*

Neurotransmitér - *je molekula schopná přenášet informace mezi buňkami*

Obsedance - *posedlost*

Obsese - *jsou vtíravé myšlenky – nutkavé vtíravé myšlení, myšlenka či nápad, která se opakovaně a nutkavě vtírá do vědomí proti přání dotyčného a bez možnosti nějak potlačit. Bývá u obsedantně kolpusivní poruchy.*

Prevalence - výskyt onemocnění v populaci v určitém období

Prokrastinace - prokrastinaci můžeme definovat jako chorobné odkládání plnění povinností, které mají většinou charakter administrativních či psychicky nesnadných úkolů

Psychopatologie – nauka o projevech, příznacích a syndromech psychických poruch a nemocí.

Regrese – návrat k častějším vývojovým stadiím

Resilience - v psychologii odolnost, schopnost vzdorovat nepříznivým silám, zvládat nepříznivé situace a překonávat krize

Rigidita – ztuhlost motorická, psychická

Serotonin - vztah k náladě, úzkosti, obsedanci, poruchám spánku, jídla, sexuálními funkcím

Skrupulozita - vůči tomu, jak se tam komu budu líbit

Stigmatizace - společenské odmítání domnělých nebo skutečných vlastností, přesvědčení nebo chování, které odporují sociálním normám. Stigma **duševní** nemoci je charakterizováno nedostatkem vědomostí o **duševních** nemocech, strachem, předsudky a diskriminací.

Tabuizace - vylučování, odstraňování slov nebo témat z řeči

Sublimace – proměna (náhrada) chování společensky odsuzovaného

Substituce - náhrada nedosažitelného uspokojení

Sugestibilita – pohotovost podléhat sugesci. Ovlivnění duševních procesů působením řečí, písmem, gestikulací.

Trisomie - **Downův syndrom** je geneticky podmíněná anomálie chromozomů (22 párů a 1 trojici). Nazývá se jinak i trizomie,

Vurneabilita - zranitelnost se týká možného odposlechu šifrované TLS komunikace

OBSAH

Seznam zkratk

Přehled cizích slov v diplomové práci:

1. Úvod a výběr mé diplomové práce	21
1.1. Portál Lidemezilidmi.cz	24
1.1.1 Charakteristika projektu	24
1.1.2 Cíle projektu	24
1.1.3 Historie projektu	24
1.1.4 Historie vzniku internetu	27
1.1.5 Internet v České republice	29
1.1.6 Jak pracuji s webem Lidemezilidmi.cz	30
2 TEORETICKÁ ČÁST	31
2.1 Obecné pojednání o duševních poruchách	31
2.1.1 Psychopatologie.....	31
2.1.2 Příčiny vzniku duševních poruch.....	32
2.1.3 Kolik je duševních poruch?	35
2.1.4 Jak fungují mediátory a dědičnost duševních onemocnění	36
2.1.4.1 Kolik je v lidském mozku mediátorů?.....	36
2.1.4.2 Dopamin	38
2.1.4.3 Serotonin	38
2.1.4.4 Noradrenalin.....	39
2.1.4.5 Acetylcholin	39
2.1.4.6 Gaba.....	39
2.1.4.7 Endorfin.....	40
2.1.4.8 Dědičnost psychických poruch.....	41
2.1.4.9 Závislost duševních poruch	42
2.1.5 Klasifikace duševních onemocnění	42

2.1.6 Organické duševní poruchy	43
2.1.7 Kolik procent populace Evropanů trpí duševními poruchami?.....	43
2.1.8 Kdy bývá první ataka nemoci?	44
2.2 Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy	45
2.2.1 Psychóza, halucinace, bludy	46
2.2.1.1 Cyril Höschl říká:.....	48
2.2.1.2 Psychózy mají mnoho společného a jedním z těch společných rysů je porucha přenosu dopaminu	48
2.2.1.3 Psychotická onemocnění mají tendenci se vracet. Tomu se říká relaps.	49
2.2.1.4 Co má zajistit zlepšení spolupráce motivace psychotických pacientů k léčbě?	50
2.2.1.5 Jak dnes lze odhalit onemocnění schizofrenií?	51
2.2.1.6 Co se nazývá mentálními poruchami etnopsychiatrie?	52
2.2.2 Schizofrenie největší záhada mezi psychózami	52
2.2.2.1 Cyril Höschl říká:.....	52
2.2.2.2 Schizofrenie je proces	54
2.2.2.3 Jak se rozvíjí vztahovačnost?	56
2.2.2.4 Co jsou perzekuční bludy?	56
2.2.2.5 Významné formy psychotických poruch	58
2.2.2.6 Velkým psychiatrickým problémem je schizoafektivní porucha.....	59
2.2.2.7 Pozitivní symptomy	60
2.2.2.8 Jak postupujeme při té analýze, co si ten pacient myslí, co prožívá, kdo ho napadá, kdo ho atakuje.....	61
2.3 Základní klinické formy schizofrenie	63
2.3.1 Paranoidní schizofrenie	63

2.3.2 Hebefrenní schizofrenie	64
2.3.3 Katatonní schizofrenie	67
2.3.4 Nediferencovaná, nerozlišená schizofrenie	69
2.3.5 Huberova cenestopatická schizofrenie	69
2.3.6 Residuální, chronická, zbytková schizofrenie	71
2.3.7 Symplexní schizofrenie	71
2.4 Apatie	72
2.4.1 Anhedonie	72
2.5 Zvláštnost schizofrenie	73
2.5.1 Momentálně se používají léky druhé generace	74
2.5.2 Nikdy nelze u schizofreniků akceptovat vysazení těchto léků	75
2.5.3 Riziko vypuknutí schizofrenní poruchy.	76
2.5.4 Genetická závislost je významná v různých kontextech.	77
2.5.5 Existují dvě teorie směřující k tomu, aby odhalili příčiny vzniku schizofrenie.	78
2.5.6 Druhá je hypotéza vzniku schizofrenie, ta se odvíjí od tzv. neuro-vývojového modelu	78
2.5.7 Schizofrenie může vzniknout kdykoliv v průběhu života.	79
2.5.8 Nenaléhat na člověka s diagnostikovanou	79
schizofrenií	79
2.5.9 Spuštění schizofrenie začíná v pozdní adolescenci nebo časně dospělosti,	80
2.5.10 Jakmile je produkce dopaminu narušená, dochází k nekontrolovatelnému vylévání dopaminu do limbického systému a vyhodnocovacím chybám.	81
2.5.11 Cyril Höschl: Záhady duše. Záhada schizofrenie	81
2.5.12 Co schizofrenie obnáší, jaké mechanismy jsou na pozadí jejího rozvoje a co s ním současná medicína dokáže dělat	82

2.5.13	Současná medicína řeší schizofrenii jako poruchu zpracování informací	83
2.5.14	Ono je na schizofrenii záhadné také to, že to onemocnění je zjevně genetickým podkladem, je vázáno nikoliv na jeden gen, ale samozřejmě na řadu genů, ale ti schizofrenici mají málo dětí, nezakládají rodiny.....	83
2.5.15	Na té negativní představě o pacientech se schizofrenií se do značné míry podíleli vedlejší a nežádoucí účinky léků	84
2.5.16	Mechanismy rozvoje schizofrenního onemocnění a jeho příčiny.....	84
2.5.17	Psychiatrie už dávno není tou slabou disciplínou,	85
2.5.18	Jaká je hustota nervových vláken, která protkávají náš mozek, tu růžovou hmotu a v jakém stavu se dále více nacházejí ..	85
2.6	Poruchy nálady / Afektivní poruchy	87
2.6.1	Porucha nálady - afekt.....	87
2.6.2	Depresivita	88
2.6.3	Adaptační schopnosti	89
2.6.4	Somatické funkce.....	89
2.6.5	Adaptační poruchy	89
2.6.6	Nastavení osobnosti	90
2.6.7	Poruchy nálady	90
2.6.8	Manické a depresivní poruchy	91
2.6.9	Mánie nebo manická epizoda	91
2.6.10	Depresivní epizody a fáze.	92
2.6.11	Depresivita přichází, pomine, vrací se v různé intenzitě a různé délce.....	92
2.6.12	Periodická rekurentní depresivní porucha	93
2.6.13	Poruchy nálady ve smyslu radostném a smutném.....	94
2.6.14	Mánie	94

2.6.15 Hypománie	95
2.6.16 Některé léky sekundárně spouštějí depresivitu	96
2.6.17 Polarita.....	96
2.6.18 Intenzita, míra, tíha poruchy afektu	97
2.6.19 Psychoafektivní látky	97
2.6.20 Alkohol nebezpečný úlevný prostředek	97
2.6.21 Intenzita poruchy	98
2.6.22 Mánie a deprese	99
2.6.23 Pocity klienta z praxe	99
2.6.24 Cyril Höschl říká,	99
2.6.25 Cyril Höschl. Depresí ať už v tom či onom trpěli významné osobnosti starších i moderních dějin.	101
2.6.26 Cyril Höschl. Deprese je onemocnění závažné a také celospolečensky významné, protože jím trpí pět až patnáct procent populace, jak se ta statistika zjišťuje.	103
2.6.27 Co je to vlastně mánie?.....	103
2.6.28 Bipolární porucha.....	104
2.6.29 Léky na depresivitu a na stabilitu manických plusových poruch	105
2.6.30 Vzájemná souvislost depresivity a mánie	105
2.6.31 Reklamy na antidepresiva.....	107
2.7 Depresivní poruchy	108
2.7.1 Deprese	108
2.7.2 Deprese jako bipolarita.....	108
2.7.3 Fáze a formy depresivity.....	109
2.7.4 Remise depresivity.....	109
2.7.5 Depresivita mění zcela zásadně povahu člověka	110

2.7.6 Pokud u klientů dojde nebo dochází k nějakému mozkovému poškození, počítejme s tím, že to může zasáhnout i celkovou integritu osobnosti toho klienta	110
2.7.7 Depresivita a podrážděnost	112
2.7.8 Místo deprese je to porucha přizpůsobení.....	113
2.7.9 Reakce na úmrtí blízké osoby	114
2.7.10 Typické známky depresivity	114
2.7.11 Depresivní lidé zpravidla hůře usínají a zpravidla se velmi časně budí	115
2.7.12 Těžko radit depresivnímu člověku	116
2.7.13 Další projevy deprese	117
2.7.14 Problém lidí s depresivitou ve zvládnání vlastní hygieny	118
2.7.15 Depresivita bolí	118
2.7.16 Psychiatři a praktičtí lékaři, antipsychotika, nebezpečí alkoholu	120
2.7.17 Bipolární afektivní porucha	120
2.7.18 Manický syndrom	121
2.7.19 Nebezpečí bipolární afektivní poruchy	122
2.7.20 Příčiny bipolárních poruch	123
2.7.21 Kognitivně behaviorální terapie	124
2.7.22 Důležitost manželské terapie	125
2.7.23 Smysl pomoci	125
2.7.24 Udržovací léčba	126
2.7.25 Edukace pacienta	127
2.7.26 Negativní myšlenky spouštěčem	128
2.8 Neurotické a somatoformní poruchy	130
2.8.1 Funkční porucha adaptace	130

2.8.2 Základem neurotické poruchy je emoční reakce, které říkáme úzkost nebo strach	130
2.8.3 Hranice úzkosti	132
2.8.4 Úzkost a strach mají psychickou dimenzi	132
2.8.5 Obsedance a kompulze	133
2.8.6 Fobie	134
2.8.7 Obsedantní smýšlení.....	135
2.8.8 Včasné vyhledání pomoci.....	135
2.8.9 První a druhá fáze snížení úzkostnosti	136
2.8.10 Pravděpodobnost rozvoje neurotických poruch	137
2.8.11 Třesy.....	138
2.8.12 Neurotické ladění.....	139
2.8.13 Opakovaný stres.....	139
2.8.14 Fobické úzkostné poruchy	140
2.8.15 Agorafobie	142
2.8.16 Organizace provozující službu košík.cz na internetu ..	143
2.8.17 Panika, panická situace	144
2.8.18 Sociální fobie	144
2.8.19 Sociální nezralost	145
2.8.20 Důsledky sociální fobie.....	146
2.8.21 Hodnocení sociální fobie.....	146
2.8.22 Zabezpečovací a vyhýbavé chování.....	147
2.8.23 Reminiscence	147
2.8.24 Jak nejčastěji vznikají fobie	149
2.8.25 Základ pro jiné anxiózní poruchy	149
2.8.26 Generalizovaná úzkostná porucha	150
2.9 Úzkostné poruchy.....	152
2.9.1 Úzkost.....	152

2.9.2 Ti co ještě neprožili úzkost, tak jsou ještě mladí na úzkosti	152
2.9.3 Strach jakožto obava z něčeho konkrétního	153
2.9.4 Rozhovor s dalším klientem.....	153
2.9.5 Fobie, strach z něčeho konkrétního	154
2.9.6 Panická porucha	155
2.9.7 Délka trvání panické ataky	155
2.9.8 Obsedantně kompulzivní porucha	155
2.9.9 Posttraumatická stresová porucha.....	156
2.9.10 Cyril Höschl	157
2.9.11 Psychoterapie v kognitivní části psychiatrie	157
2.9.12 Behaviorální terapie	157
2.9.13 Bludný kruh	158
2.9.14 Cyril Höschl. Záhady duše.....	158
2.9.15 Fobický strach	160
2.9.16 Beáta Krahulcová, uvádí.	161
2.9.17 Obsedantně nutkavá porucha	162
2.9.18 Reakce na stres snižuje adaptabilitu člověka	164
2.9.19 Akutní reakce na stres je závažná duševní porucha	166
2.9.20 Prodloužená latence.....	168
2.9.21 Ztráta identity	169
2.9.22 Disociativní konverzní porucha	169
2.9.23 Konverze	170
2.9.24 Spouštěč disociativních poruch	171
2.9.25 Somatoformní poruchy	171
2.10 Poruchy osobnosti a chování u dospělých F60-69	174
2.10.1 Poruchy osobnosti	174
2.10.2 Patologické vzorce chování	175

2.10.3 Maladaptivita, vysoká zranitelnost	176
2.10.4 Specifické poruchy osobnosti.....	179
2.10.5 Specifické poruchy osobnosti trvalé, povahové odchylky od normy.....	180
3. PRAKTICKÁ ČÁST.....	181
3.1 Lidé mezi lidmi - Portál.....	182
3.1.1 Spolek a jeho charakteristika.....	182
3.1.2 Dotazníkové internetové šetření.....	188
3.2 Metodologická část.....	188
3.2.1 Přehled o problematice lidí s duševním onemocněním ..	188
3.2.2 DVO 1: Jaký je současný stav psychiatrické péče v ČR? Graf č. 1, Tabulka č. 2	192
3.2.3 DVO 2. Jaké je zaměstnávání lidí s duševním onemocněním? Graf č. 2, Tabulka č. 3	193
3.2.4 DVO 3. Jak navazují a udržují partnerský vztah lidé s duševním onemocněním? Graf č. 3, Tabulka č. 4	194
3.2.5 DVO 4. Jaká je oblast podpůrných aktivit pro seberealizaci lidí s duševním onemocněním? Graf č. 4, Tabulka č. 5	195
3.2.6 DVO 5. Jaké soužití mají duševně nemocní s blízkými a přáteli po propuknutí onemocnění? Graf č. 5, Tabulka č. 6.....	196
3.2.7 DVO 6. Jaká je finanční situace a hospodaření s penězi v době trvání onemocnění? Graf č. 6, Tabulka č. 7.....	197
3.2.8 DVO 7. Jaké mají duševně nemocní bydlení v době trvání onemocnění? Graf č. 7, Tabulka č. 8	198
3.2.9 DVO 8. Jaké odborné pomoci (jako duševně nemocní) jste v životě využili? Graf č. 8, Tabulka č. 9.....	199
3.2.10 DVO 9. Jaké jsou pro vás vlastnosti ideálního odborníka dle důležitosti? Graf č. 9, Tabulka č. 10	200

3.2.11 DVO 10. Jakých služeb organizací či zařízení jste v životě využili? Graf č. 10, Tabulka č. 11	201
3.2.12 DVO 11. Uveďte prosím, do které věkové kategorie se řadíte. Graf č. 11, Tabulka č. 12.....	202
3.2.13 DVO 12. Jsem muž, žena. Graf č. 12, Tabulka č. 13	202
3.2.14 Počet respondentů u jednotlivých dílčích otázek, Graf č. 13, Tabulka č. 14	203
3.2.15 Počet zodpovězených otázek, Graf č. 14, Tabulka č. 15	204
3.2.16 Výsledky dotazníkového internetového šetření	205
3.3 Otázka transformace systému psychiatrické péče v ČR	205
3.3.1 Přímé vedené rozhovory s odborníky	207
3.3.2 Vyjádření několika klientů s duševním onemocněním a jejich pohled na otázku transformace systému psychiatrické péče v ČR	209
3.3.3 Názory rodičů a blízkých lidí s duševním onemocněním na reformu transformace systému psychiatrické péče v ČR	212
3.3.4 Analýza diskursu:	213
3.3.5 Diskurzivní analýza k hodnocení vyjádřených pacienty, jejich rodinnými příslušníky a blízkými k tématu otázky transformace systému psychiatrické péče v ČR.....	213
3.3.6 Narativní analýza – příklad	217
3.3.7 Narativní analýza: Jak jsem se s Romanem setkala	220
4. ZÁVĚR.....	222
5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:	224
6. PŘÍLOHY	Chyba! Záložka není definována.
6.1 Aby nešťastná maminka měla dítě kam dát.....	Chyba! Záložka není definována.
6.2 Salesiáni Dona Boska a dobrovolnictví.....	Chyba! Záložka není definována.

6.3 Deniska Střihavková - Život s Downovým syndromem	Chyba! Záložka není definována.
6.4 Jak může kuň pomoci	Chyba! Záložka není definována.
6.5 Vzor jak vypadají webové stránky Lidémezilidmi.....	Chyba! Záložka není definována.
6.6 Přehled návštěvnosti webového portálu Lidémezilidmi od 1.1. 2012-27.8. 2019.....	Chyba! Záložka není definována.
6.7 Dotazník pomocí e-mailu poslaný klientům	Chyba! Záložka není definována.
Seznam tabulek a grafů	226
Internetové odkazy:	227
7. ABSTRAKT	Chyba! Záložka není definována.

1. ÚVOD A VÝBĚR MÉ DIPLOMOVÉ PRÁCE

"Ve zdravém těle, zdravý duch". Toto heslo Miroslava Tyrše, zakladatele Sokola, má zcela své opodstatnění nejen pro současnost, ale i pro budoucí generace. Nejcennější, čeho si lidé váží a co si především přejí, je zdraví. Na zdraví záleží úspěch nejen jednotlivců, ale i celé společnosti. Nejen fyzické zdraví, ale i duševní zdraví je pro nás tou nejcennější hodnotou.

Duševní zdraví znamená dobrou kondici celé osobnosti. Duševně zdravý člověk je schopen přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, vytvářet nové věci, aktivně se zúčastňovat dění kolem sebe a adaptovat se na nové situace. Umí dobře komunikovat, je citově vyrovnaný, zvládá vlastní emoce, ale zároveň se dovede uvolnit.

Z veřejných zdrojů a dostupných statistických dat dostáváme bohužel informace, že výskyt duševních poruch v naší populaci stále narůstá. K nejčastěji se vyskytujícím potížím patří neurotické poruchy (úzkosti, reakce na stres, poruchy přizpůsobení), poruchy nálady (např. deprese), poruchy vyvolané návykovými látkami a demence. Duševní poruchy patří k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti, předčasného odchodu do důchodu a invalidity.

Vyhledání odborné pomoci, jak psychologické nebo psychiatrické, je často vnímáno jako selhání a projev slabosti. Psychiatrie je stále opředená mnoha předsudky, které tvoří bariéru pro včasné vyhledání pomoci.

O tom, jak může fungovat psychologická nebo psychiatrická pomoc pro ty, kteří se setkali s duševním onemocněním, a kteří se snaží se svým handicapem postupně vyrovnat, bych ráda poukázala ve své magisterské diplomové práci. Určitě nebude od věci, když si v tomto směru pomohu i slovy profesora *Cyrila Höschla*: „*Bez nemoci by nebylo zdraví, bez neštěstí by nebylo štěstí a bez bláznovství by nebylo rozumu, ale ani tvořivosti...*”¹

Nekladu si za cíl, abych podrobněji rozebírala veškeré problémy spojené s duševním zdravím. Ve své práci chci především využít

a podtrhnout své poznatky získané při magisterském studiu Husitské teologické fakulty University Karlovy v Praze. Mé poznatky se budou především opírat o precizní přednášky paní profesorky Krahulcové a o její mnohé citace z díla našeho předního odborníka z oboru psychiatrie pana profesora *Cyrila Höschla*.

Velmi podstatnou inspiraci pro naplnění cíle tohoto výzkumu jsem čerpala z webového portálu Lidémezilidmi. Tento portál provozuje zapsaný spolek Dobré místo pod vedením pana předsedy Mgr. Jožky Gabriela. Tato organizace zaměstnává lidi převážně s duševním onemocněním. Webové stránky této organizace, které mimo jiné od ledna 2012 spravují jsou zaměřeny nejen na podporu a ochranu lidí s duševním onemocněním, ale také významně pomáhají lidem s fyzickým poškozením a seniorům.

V mém pojetí a zpracování diplomové práce se chci především zaměřit na využití internetu pro oblast, která je z mého pohledu širokou veřejností částečně opomíjena nebo, dokonce i zanedbávaná. Jedná se dnes již o narůstající počet jedinců naší společnosti, kteří přes svůj zdravotní handicap spojený s duševním onemocněním se obtížně snaží najít své životní uplatnění.

V dnešní moderní době spojené s využíváním internetu existuje nesmírné množství informací, které si lidé mohou samostatně vyhledat, ozřejmit a nalézt v nich celou řadu odpovědí na otázky, které je zajímají. Mezi časté otázky patří mimo jiné také ty, které se týkají zdravotních problémů. Výhodou a nezbytnou pomocí je i to, že informace týkající různých onemocnění a způsobů jejich léčby, zde podávají kvalifikovaní lékaři a přední odborníci v tomto oboru.

Lidé na internetových webových stránkách nacházejí i takové odpovědi na otázky, které je nesmírně tíží, a o kterých by se třeba ostýchali požádat o vysvětlení a radu, nejen osoby blízké, ale třeba i svého praktického lékaře. Mezi tyto otázky mimo jiné také patří problémy duševního zdraví.

Lékařská věda a psychiatrie zvláště, dnes velmi podrobně dokáže tato duševní onemocnění specifikovat. Pro jejich léčbu má také celou řadu úspěšných medikamentů, psychologických a psychiatrických

metod. Přitom v léčbě pacientů postižených touto nemocí, zůstává mnoho nedořešených otázek a problémů.

Výzkum, prezentuji v praktické části této práce se mnohých těchto problémů také dotýká. Především v něm poukazují na problémy mladých lidí, jejichž život s duševním onemocněním je pro ně nesmírně složitým handicapem. Pravidelné užívání léků je sice částečně stabilizuje, ale zároveň v nich vyvolává větší únavu a nižší soustředění pro fyzické výkony. Nejinak tomu je také s jejich pracovní aktivitou. Různá administrativní nařízení a vyhlášky, které jim snižují stupně invalidních důchodů, jim tímto, jejich beztak těžký život, ještě více ztrpčují.

Téma mojí diplomové práce „**LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A INTERNET**“, kterou jsem si zvolila, chápu jako jednu z mnoha dalších možností, jak přispět k ozřejmění problémů lidí, které trápí duševní onemocnění.

¹ Jeroným Janíček, *Cyril Höschl: Kde bydlí lidské duše, Portál, s.r.o., Praha 2004, IBSN 80-7178-954-2, s. 166*

1.1. PORTÁL LIDEMEZILIDMI.CZ

1.1.1 Charakteristika projektu

Internetový zdravotně-sociální portál lidemezilidmi.cz² je věnován lidem, kteří mají dlouhodobé zdravotní a sociální problémy. Upozorňuje na situaci lidí se zdravotním postižením, dlouhodobě nemocných, seniorů, ale také rodin pečujících třeba o dítě s autismem. Chce tím ukázat, že tito lidé mají co nabídnout a mají právo na plnohodnotný život. Tvůrci portálu, jehož vznik podpořil Evropský sociální fond, jsou osoby se zdravotním postižením.

1.1.2 Cíle projektu

1) vytvářet prostor pro vyjádření názorů lidí se zdravotním postižením (například rubrika BLOG)

2) informovat lidi s handicapem i veřejnost o zajímavých projektech, lidech, akcích, produktech i službách (rubriky WELLBEING a NOVINKY)

3) dát prostor pro zveřejňování uměleckých děl handicapovaných a to výtvarných (rubrika ART BRUT) a nebo literárních (rubrika DÍLNA)

4) informovat o problematice duševního zdraví a aktuální reformě psychiatrické péče u nás prostřednictvím rubriky MISE

1.1.3 Historie projektu

Spolek Dobré místo z.s. byl v letech 2011 – 2012 partnerem projektu „Další vzdělávání zdravotně znevýhodněných v oblasti redakčních prací a public relations a jejich začlenění na trh práce.“ Pod tímto trochu delším názvem se skrývá pokračování úspěšného projektu Symbióza, určeného pro osoby se zdravotním postižením (šlo o symbiózu lidí s duševním onemocněním a fyzickým handicapem). Původní Symbiózu – kurz redakční práce a komunikace s veřejností – uspořádala v roce 2009 Česká asociace pro psychické zdraví. Ta o dva

roky později na rozšířenou verzi projektu získala dotaci Evropského sociálního fondu.

Inovace projektu spočívala především ve vytvoření webového portálu Lidé mezi lidmi a ve vytvoření 26 nových pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením – především absolventy vzdělávací části projektu. V první polovině roku 2011 dostalo celkem 48 účastníků kurzu příležitost poznat základy redakční práce a komunikace s veřejností.

V září většina z nich úspěšně absolvovala závěrečnou zkoušku. Zhruba polovina absolventů získala v rámci projektu od 1. ledna 2012 zaměstnání ve spolku Dobré místo, z.s. Jejich hlavním úkolem je tvorba a propagace webového portálu Lidé mezi lidmi.

V projektu, který získal podporu z Evropského sociálního fondu, bylo uvedeno: „Webový portál bude komplexně zaměřen na zdravotně-sociální problematiku.

V současné době neexistuje srovnatelný portál, který by poskytoval celkový publicistický pohled na tuto oblast, např. komplexní informace o různých typech handicapů, a současně umožňoval propojování informací, které se dotýkají všech zdravotně postižených lidí. Portál bude poskytovat platformu zdravotně postiženým nejen z řad účastníků projektu, kteří při redakční práci na něm získají odbornou praxi, ale také z jejich mateřských organizací pro zdravotně postižené občany v celé ČR.“

Webový portál má podle zadání projektu čtyři základní cílové skupiny: osoby se zdravotním postižením, seniory, dlouhodobě nemocné a pečující rodiny. „Zdravotně postiženým umožňuje, aby zveřejňovali své názory, doporučení a komentáře a v neposlední řadě možnost navazování kontaktů. Široká veřejnost získá možnost přístupu k problematice zdravotně postižených a k tématu zdravotně sociální péče prostřednictvím profesionálního publicistického webu. Existující portály a webové stránky zaměřené na zdravotně postižené osoby jsou buď zaměřeny monotematicky, nebo převážně obsahují odkazy a statické informace a nejsou interaktivní. Publicistický web, který by se

zabýval problematikou zdravotně postižených a zdravotně sociální péči napříč rezorty (MZ, MPSV) a napříč různými diagnózami zatím chybí,“ uvádí se v projektu.



² Webový portál: www.lidemezilidmi.cz,
<http://www.lmlarchiv.cz/o-nas>

1.1.4 Historie vzniku internetu

I když v současné moderní a pokrokové době se může zdát, že by to mohlo být „nošením dříví do lesa“, kdybych se ve své práci měla zmiňovat o významu internetu, přesto se však jen v krátkosti o jeho nepostradatelnosti zmíním.

Internet je jedním z hlavních zdrojů pro získávání informací. Je to celosvětový systém dokonale propojených počítačových sítí, který slouží ke shromažďování a využívání nejrůznějších dat ze všech oborů lidské činnosti. Slovo internet pochází z mezinárodní (původně latinské) předpony inter (česky mezi) a anglického slova net (Network, česky síť).

První počátky internetu jsou datovány kolem roku 1946. Počátkem roku 1958 byla založena grantová agentura pod názvem ARPA, která se později přejmenovala na DARPA. V té době se jednalo o řešení krátkodobých projektů jen v malých týmech. Bylo to v období počátků studené války. USA usilovala o obnovu vedoucího technologického postavení a to především zejména po úspěšném vypuštění Sputniku v SSSR.

Dne 29.října 1969 byla zprovozněna v USA síť ARPA-NET se čtyřmi uzly univerzitních počítačů.

Následný vývoj a pokrok v tomto oboru dosáhl celosvětového významu.

Krom služeb ve vědě, technice, zdravotnictví, vojenství, dopravě, školství, službách a dalších oborech má internet v současné době významné uplatnění u obyvatel ve všech věkových kategoriích celého světa.³

Chronologie vzniku a vývoje internetu

- **1962** - Vzniká projekt počítačového výzkumu agentury DARPA
- **1969** - Vytvořena experimentální síť ARPANET, první pokusy s propojením počítačů (čtyři uzly)
- **1972** - Ray Tomlinson vyvíjí první e-mailový program
- **1976** - První kniha o ARPANET

- **1983** - Rozdělení ARPANET na ARPANET (výzkum) a MILNET (Military Network, provoz).
TCP/IP přeneseny do komerční sféry (SUN)
- **1984** - Vyvinut DNS (Domain Name System)– vznik principu internetových adres.
- **1985** - Zahájen program NSFNET, sponzoruje rozvoj sítě ve výši 200 mil. dolarů, první komerční služby
- **1987** - Vzniká pojem „**Internet**“
- **1987** - V síti je propojeno 27 000 počítačů
- **1989** - Tim Berners-Lee publikuje návrh vývoje WWW
(*Information Management: A Proposal*)
- **1990** - Tim Berners-Lee a Robert Cailliau publikují koncept hypertextu (odkazů)
- **1990** - Končí ARPANET
- **1991** - Nasazení WWW v evropské laboratoři CERN
- **1993** - Marc Andreessen vyvíjí Mosaic, první WWW prohlížeč, a dává ho zdarma k dispozici
- **1994** - Vyvinut prohlížeč Netscape Navigator
- **1994** - Internet se komercializuje
- **1996** - 55 milionů uživatelů
- **1999** - Rozšiřuje se Napster
- **2000** - 250 milionů uživatelů
- **2003** - 600 milionů uživatelů
- **2005** - 900 milionů uživatelů
- **2006** - více než miliarda uživatel

1.1.5 Internet v České republice

Historie českého internetu se začíná na počátku roku 1990. Následně za osm let od tohoto data, rok od roku neustále stoupá připojení českých domácností k internetu. Zatímco v listopadu 2008 mělo připojení k internetu 3290 domácností, tak na jaře 2009 mělo toto připojení již přes 90% domácností! Nejrozšířenějším typem připojení domácností v ČR v těchto letech bylo bezdrátové prostřednictvím technologie Wi-Fi.

Slovo internet pochází z mezinárodní (původně latinské) předpony inter (česky mezi) a anglického slova net (Net Work, česky síť).⁴

Kromě využívání internetu v domácnostech, které se v České republice stalo téměř samozřejmostí, narůstá jeho využití ve všech odvětvích lidské činnosti. S internetem se setkáváme doslova na každém kroku. Je zdrojem rozsáhlých informací, které si každý může snadno zjistit dle svého zájmu či oborového zaměření. Je poskytovatelem důležitých rad, návodů, postupů, doporučení, oznámení, upozornění, ale i nepostradatelným vzdělávacím činitelem.

Jeho prostřednictvím se dozvídáme nejen o pokroku, rozvoji, ale také i o bídě a utrpení v různých částech světa.

Dle našich zájmů, vzdělání, nálad, ale i zdraví si můžeme vyhledat program, který nám poskytne důležité informace pro naše uspokojení a náš další rozvoj. Těch možností je nespočetně mnoho.

Jak jsem se již zmínila ve svém úvodním slově, tak v mém pojetí a zpracování diplomové práce se chci především zaměřit na využití internetu pro oblast, která je z mého pohledu širokou veřejností částečně opomíjena nebo dokonce zanedbávána. Jedná se dnes již o narůstající počet jedinců naší společnosti, kteří přes svůj zdravotní handicap spojený s duševním onemocněním se obtížně snaží najít své životní uplatnění.

⁴ Michal Lalík, WWW pro každého, Grada Publishing a.s., ISBN: 978-80-247-4528-2 str.9, str.10

Ráda bych ještě zmínila, že pokud máme u sebe mobil nebo notebook třeba při cestě hromadnou dopravou, vlakem, autobusem nebo dokonce letadlem můžeme se na internet připojit a surfovat. Což také považuji za obrovský průmyslový pokrok. Nelze opomenout sociální komunikační sítě jakým je Facebook, Twitter, Instagram, Google, Atlas, LinkedIn, Yahoo...

Také pomocí komunikačního nástroje Skype mohou lidé spolu hovořit po internetu a pomocí počítače, ten slouží pro bezplatné volání a chat, jedná se o videohovory, kdy lze hovořící mezi sebou vidět na obrazovce.

1.1.6 Jak pracuji s webem Lidémezilidmi.cz

Webové stránky s názvem Lidémezilidmi jsou vytvořené ve vývojovém prostředí In Designu v tzv. Joomla a budou se v budoucí době převádět do nového programu a sice Word Pressu.

Za dobu svého již sedmiletého působení jej navštívilo přibližně k **28.8. 2019 347 006 uživatelů** a bylo napsáno přibližně **2439 článků**. (Příloha č.6.6 na str.248). Fotografie byly pořizovány převážně ve formě jpeg a loga s obrázky měly charakter typu gif. Tyto dva formáty obrázkového zpracování dat jsou typické pro vývojové prostředí programu Adobe Photoshopu a Adobe Illustratoru.

Jako editorka a správkyň tohoto webového portálu pracuji převážně s textem a obrazem (buď fotografií nebo logem či pixelem), kdy data kopíruji z e-mailové schránky, kam mi vytvořené články s pořizovanými fotografiemi autoři a autorky článků ze zdravotně-sociální oblasti posílají a já je jednoduše vyzvednu a umístím na server.

Text označím značkami jazyka HTML (hypertext markup language) a v případě odkazu doplním značky. Podílím se také na psaní článků a fotografií pro tento web.

2 TEORETICKÁ ČÁST

Teoretickou část diplomové práce jsem rozložila do deseti kapitol. Všechny kapitoly obsahují mnoho odborných medicínských názvů charakterizujících specifiku duševních onemocnění, jejich průběhů a také léčby. Tato specifika patří především do odborné lékařské literatury, přesto se domnívám, že nebude zcela od věci, když v souladu s tématem, kterého se ve své práci dotýkám, budou tyto odborné pojmy použity.

Mnoho podnětů k použití těchto odborných pojmů, týkajících se problematiky duševního zdraví jsem načerpala z přednášek paní profesorky Krauhulcové na Husitské teologické fakultě UK v Praze. Její interpretace byla vždy opřena o nezbytnou erudovanost a mnohdy také o příkladné zkušenosti a poznatky předního českého a světového odborníka v oblasti psychiatrie pana profesora Cyrila Höschla. Tyto přednášky mě nejen velmi zaujaly, ale také silně inspirovaly k tomu, abych mnohé poznatky z nich zahrnula i do své diplomové práce. Samozřejmě, že kromě přednášek jsem také prostudovala celou řadu odborné literatury týkající se duševního zdraví a sociálních služeb.

S touto devizou nyní přistupuji ke své práci, která má název „LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A INTERNET“. Jako správce internetových stránek „lidémezilidmi.cz“, nejen že do těchto stránek budu nadále přispívat, ale také chci být nápomocná těm mladým lidem, kteří se se svými problémy týkající se duševního onemocnění, často na tento webový portál obracejí a žádají nás o pomoc, radu a mnohdy i porozumění.

2.1 OBECNÉ POJEDNÁNÍ O DUŠEVNÍCH PORUCHÁCH

2.1.1 Psychopatologie

Psychopatologie je obor lidské činnosti nebo obor lidského poznání, který se zabývá popisem duševních poruch. Je to předmět pro sociální práci poměrně velmi důležitý. Zabývá se popisem deskripce, popisem duševních poruch a hovoří o tom, jak rozumět těm

jednotlivým kategoriím duševních poruch, co tito lidé potřebují a jak na všechny tyto problémy reagovat.

Psychopatologie je v současnosti populární proto, že probíhá několik evropských projektů. Katedra psychosociálních věd a etiky a pracoviště HTF UK obor SACH je i součástí řešitelského týmu na Ministerstvu zdravotnictví, které se zabývá právě problematikou deinstitucionalizace psychiatrické péče. Jedná se o přesunutí psychiatrické péče do přirozeného prostředí klienta, s cílem umožnit mu zbavení stigmatizace a tabuizace jeho duševních poruch. Tyto nemoci, jsou prostě ve většině případů velmi dobře léčitelné a lidé i takhle nemocní dokáží celý život žít plnohodnotným způsobem života. Dokáží pracovat a udržovat si sociální vztahy a být ekonomicky soběstační apod.

Přitom je nutné podotknout, že se lidé duševních poruch nesmírně bojí, protože mají pocit zejména v případě takové demence, že ztratí svojí osobnost, ztratí svojí identitu, ztratí svojí lidskou důstojnost a nejen v případě demencí, ale i v případě těžkých forem schizofrenie, v případě těžkých forem bipolárních poruch a neurotických poruch, poruch osobnosti atd.

2.1.2 Příčiny vzniku duševních poruch

Duševní porucha to je základní kategorie. Duševní porucha vzniká v důsledku toho, že je na straně jedné člověk disponován ke vzniku duševní poruchy nějakými dědičnými mechanismy. Na straně druhé je ten člověk vystaven neúměrně tvrdému tlaku na výkon, na odolnost a teď se ty dva vlivy dispozice a vlivy vnějšího prostředí společně sbíhají. Někdo je třeba týraný, zneužívaný, nemocný, postižený, přijde třeba o rodinu, podrobí se nějakým důsledkům katastrofy, přírodní, lidské atd. Na straně jedné je disponován a na straně druhé je vystaven obrovskému tlaku na reakci. A on to proto, že je disponován nemusí zvládat. Čím více jsou atakovány obě tyto oblasti, tím vyšší je pravděpodobnost takové nepřízni osudu.⁵

Zděděné vlivy a zděděné dispozice jsou těmi vyvolávajícími vlivy, které jsou velmi extrémně rozvinuté a mají velmi silný tlak na nepřízeň osudu. Mohou to být obě a zpravidla se tam setkávají někde oba tyto vlivy a dochází k vypuknutí nějaké nemoci.⁶ Je to za určitých předpokladů, že se ty externí vlivy mohou vyvolat a otevřít. Může to být souběh nemoci, může to být souběh neštěstí, může to být souběh nešťastné osobnosti a povahy toho disponovaného člověka. Člověk je příliš citlivý, příliš úzkostný nemá štěstí na dobré výchovné zázemí. Nedostalo se mu v dětském období kvalitní výchovy. Příliš ho trestali a možná i nezaslouženě a vyvolali v něm negativní odpověď. Takže zpravidla se tam setkává nějaká ta dispozice s nějakými vyvolávajícími faktory.⁷ Co to je duševní porucha? Onemocnění mozku. Změna mozkové činnosti typická pro tu kterou, nebo další kumulovanou duševní poruchu. Co může být tou nemocí, onemocněním mozku? Čemu říkáme změněná duševní činnost?⁸ Mozková hmota - neurobiologický základ duševní činnosti, jejímž základem je neuron-nervová buňka. Nervová mozková hmota je tvořena miliardami neuronů, protože ty miliardy neuronů spolu vytvářejí takové nejsložitější půl kilo hmoty ve vesmíru a jsou tam miliardy neuronů a ty neurony jsou vzájemně propojené.⁹ Například mozek válečných veteránů z hlediska ložiskových poškození a absenci toho hustého zasíťování, je v určitých jazykových oblastech stejně postižen jako mozek týraných dětí. Také nemají hustou síť, spolupracující a aktivní síť. Mozková hmota a mozková činnost, vzájemné zasíťování neurobiologický základ duševní činnosti je jedna strana té duševní poruchy. Není tam dostatek hmoty, nejsou tam dostatečné sítě. Ta mozková činnost potřebuje ještě druhou stránku rozvoje.¹⁰ Mozková činnost potřebuje všestrannou pozornost, protože člověk je sociální bytostí od prvního nadechnutí. Od prvního nadechnutí po porodu člověk potřebuje se přilepit na maminku. Potřebuje attachment, pevnou citovou vazbu, potřebuje jí milovat, potřebuje milovat alespoň jednu stabilně se opakující osobu v prostředí. Potřebuje se nalepit, a aby se oživovaly sítě, zahušťovaly - sítě neuronální, aby se vyplavovaly neuromediátory,

přenašeče informací. Aby mozková činnost využívala plnohodnotně ten svůj základ.

5,6,7,8,9,10 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.1.

z 18.2. 2019

⁵ V Polynésii tomu tak není, oni tam tu depresivitu takovou ani nemají, ale proč ji nemají? Oni nemají diáře, nemají počítače, nechodí na osm a půl hodiny do práce. Žijí v rozsáhlých rodových uskupeních, kdy každý každého zná a jsou na sebe vlní, protože na těch jejich palmách jim rostou banány a nemusí je kupovat v zelenině a další ovoce a zeleninu atd., to jim poskytuje příroda sama. Žijí naprosto odlišným způsobem, oni neplánují, oni žijí volným prouděním toku času. Ne jako v Evropě.

⁶ Nemusí to být přesně ta nemoc, která se vyskytovala v předchozích rodových generačních liniích, ale může to být něco příbuzné například, někde minus dvě generace se vyskytovala u někoho nějaká schizofrenie, třeba paranoidní schizofrenie, tak ten člověk a všichni ti jeho další potomci mají určité procento dispozic k vypuknutí toho rizika nemoci.

⁷ Někdy to mohou být velmi vážné věci a někdy jenom každodenní mrzutosti. Tzn. všechno co udělám mi spadne z rukou, zbabru to, nedostane se mi ocenění a ty každodenní mrzutosti s tou dispozičně orientovanou paranoidní schizofrenií nakonec se mohou stát poruchou osobnosti v tom daném konkrétním případě. Nemusí to tedy být zlomové oblasti, ale může to být kumulace těch nepříjemných věcí.

⁸ Duševní porucha může vzniknout změnou mozkové činnosti a ta změna mozkové činnosti může mít dva kořeny. Jeden z nich je změna struktury nervové hmoty. Třeba máme malý mozek, máme mikrobrain. máme méně mozkové hmoty. Třeba se dítě narodilo brzy, že tam došlo k nějakému přerušení vývoje v průběhu těhotenství atd. Ta neurobiologie duševní poruchy je založena na změně a poruchách mozkové hmoty.

⁹ Vytvářejí neuronální sítě a změna mozkové činnosti může nastat tehdy, kdy ty neurony nevytvářejí plně funkční, prostupné, spolupracující oblasti. Nejsou tam dostatečně vyvinuté dendrity neurity, nejsou tam čtyři neurity nebo dendrity a dva neurony, ale že je jich tam padesát nebo nakonec jsou tam dva anebo žádný. Došlo k přerušení zasilování té nervové buňky. To zasilování nervové hmoty nefunguje jak by mělo, protože se tomu dítěti nedostalo dobré výchovy a jeho mozková činnost tzn. ta neurobiologie toho zasilování mozkové činnosti se nerozvinuly naplno, nezahustily se tak jak to potřebujeme, ale že to dítě třeba bylo odložené do kojeneckého ústavu, tam se málem nesetkalo s lidskou řečí, tak celé jeho řečové a jazykové zóny nejsou zahuštěně spolupracující, protože ho nikdo nenaučil naslouchat lidské řeči, přepisovat lidské řeči význam a rozumět lidské řeči. Bylo to dítě týrané, zneužívané, nedostávalo se mu jídla, lásky atd. Některé oblasti vůbec nemá rozvinuté

¹⁰ Ta duševní činnost je strukturální hmota sítě a chemická, biochemická a bioelektrická, která souvisí s neuromediátory. Každá myšlenka, každý podnět, který zaslechne má pro nás informační význam. Může se stát, že dítě je opakovaně atakováno nedorozuměním, týráním, chyběním základních věcí, dlouhodobou deprivací. Tak tam se nevyplavuje serotonin např., to dítě nezná pocity štěstí, porozumění, pohody, protože je týrané dlouhodobě a ta schopnost vyplavovat serotonin a další neuro-mediátory mu pak brání v dobrém mozkovém zpracování informací. My si dost dobře neuvědomujeme, že ten mozek můžeme nelaskavostí, týráním, nesprávným zacházením s lidmi, s dětmi, se seniory, s postiženými atd., že my vlastně tou neláskou, hrubostí a brutalitou můžeme vlastně na celý zbytek života a obrovské období ten mozek a tu mozkovou činnost změnit. Ta změna mozkové činnosti dětí z kojeneckých ústavů se podobá změnám k jakým dospěli váleční veteráni. Ty děti v kojeneckých ústavech zase až tak netrpí, protože jsou v teple, jsou myté, dostávají jíst, dokonce jim tam hraje i nějaké rádio, nějaká hudba atd., dokonce i ta sestřička někdy něco řekne, takže ony zase nejsou v tak absolutně nepřátelském prostředí.

2.1.3 Kolik je duševních poruch?

Jsou tam zařazeny poruchy typu demencí, tzn. mentálních retardací, získaných mentálních postižení, schizofrenie, které je spousta druhů a typů, specifických druhů apod., kombinací apod. Pak jsou tam poruchy afektivní deprese, mánie, bipolární poruchy, dystymie, cyklotymie, balík afektivních poruch emočního prožívání.

Další skupina velká, obrovská, narůstající - neurotické poruchy, kompulzivní, strach, úzkost, panika, obsesivní, kompulzivní poruchy, kombinace těchto poruch. Život je stresující, těžký, máme každý nějaký práh citlivosti, který může být opakovaně atakován neshodami, konflikty, katastrofami, sociálními úrazy apod. Socializace je nesmírně složitý problém.¹¹

Pak jsou to poruchy osobnosti, takové pervazivní, všeprostupující změny osobnosti člověka. Pak jsou to nějaké sexuální poruchy. Základ je deset kategorií a každá z těchto kategorií má podkategorie specializace duševních poruch.

11,12 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.1.

z 18.2.2019

¹¹ Významná část populace tyto problémy nezvládá, je to pro ně socializace. Je to opravdu zraňující proces.

¹² To že se nám nevyskytují jenom deprese u člověka, ale deprese s něčím dalším. Nevyskytuje se jenom schizofrenie, ale schizofrenie s něčím dalším, nějakou jinou kombinací.

2.1.4 Jak fungují mediátory a dědičnost duševních onemocnění

2.1.4.1 Kolik je v lidském mozku mediátorů?

Každá duševní porucha má jakoby dvě strany, nebo oblasti, ta porucha může mít klíčovou roli na její vznik. Na straně jedné je to tzv. strukturální duševní porucha, tzn., že není v pořádku mozková hmota, není zasíťována hodně a na druhé straně je to biochemická, bioelektrická složka duševní činnosti tzn., že duševní poruchu může způsobit nějaký chaos, nebo absenci při vyplavování velmi důležitých mediátorů, neuro-mediátorů, kterých máme v mozku okolo padesáti a nejdůležitějších je kolem deseti. Na straně jedné je to struktura mozkové hmoty, která podmiňuje mozkovou činnost. Na straně druhé je to vlastně ta stránka biochemická a bioelektrická, ta která nemusí fungovat tak, aby ta duševní činnost byla plnohodnotná a zdravá. Tyto dvě oblasti, které mohou spustit duševní poruchu, mohou být příčinou v osobnosti člověka. Příčina může být někde v genetické dispozici pro vznik určitých poruch. Tyto čtyři oblasti příčin se mohou kumulovat, protože je mozková hmota nesmírně složitá, tak jsou ty složité a vysoce variabilní i ty důsledky, i ty projevy všech duševních poruch. Mohou být mírné kumulované se silnými jinými duševními poruchami. Problém tedy není jednoduchá schizofrenie není to depresivita. Problém je v kumulaci a v dědičných dispozicích, které mohou mnohonásobovat důsledky. Trochu jinou neurologickou cestou vnímáme zrakem a rozumíme zrakovým informacím. Vnímáme hmatem a rozumíme hmatovým informacím. Takže ta mozková činnost je ve své struktuře nastavena na shromažďování zkušeností, přenos informací různé podstaty, ale my potřebujeme, aby naše mozková činnost fungovala správně vyplavováním neuro-mediátorů přenašečů informací umožní pochopit, rozpoznávat, vkládat do zkušenosti, smysluplně nebo jakkoliv správně nebo nesprávně. Veškeré to co vnímáme z našeho prostředí, mění, startuje, rozhybe mozkovou činnost. Veškerá informace, které se nám dostane, je regulovaná a projevuje se jako

mozková činnost. A my teď máme na straně jedné člověka s duševní poruchou, který má oslabený nebo ztracený kontakt s realitou. Máme tady člověka s oslabenou schopností rozpoznávat realitu. My máme ale obrovskou možnost jak mu pomoci. My mu můžeme pomoci tím, že dostane léky a podle toho zdali má správně prokrvené mozkové oblasti při aktivaci určitými podněty. Zdali jsou vyplavovány mediátory na správné místo ve správném množství. Podle toho dostane ten člověk léky, které mu pomohou koordinovat strukturální činnosti, biochemické a bioelektrické informace.^{13,14}

Mozek reaguje na všechno z prostředí vnitřního a na všechno z prostředí vnějšího. Klíčovou roli při vzniku duševní poruchy hrají neurotransmitery, nebo neuro-mediátory. Ty souvisejí se strukturou mozku. Zvláštní chemické látky, které se vyplavují při myšlenkové činnosti.

13,14,15 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.2.

25.2.2019

¹³ My můžeme léčit důsledek duševní poruchy a oslabení a ztrátu kontaktu a vnímáním reality pomocí léků, ale máme ještě jednu cestu, protože ten mozek reaguje na každou informaci, kterou mu dopřejeme, vytvářet terapeutické programy a léčit mozek nemedikační cestou, nemedikovaním. A cestu k tomu k úpravě té mozkové činnosti máme otevřenou, je to myšlenková činnost. Jsou to terapeutické programy pomocí slova, kterými napomáháme jednak účinku léku z psychiatrické oblasti a jednak můžeme pomoci tomu člověku při vyplavování neuro-mediátorů při nabývání a získávání správných zkušeností, při rozpoznávání horšího, lepšího, z přesnějšího na méně přesné atd. pomocí slova. Slovo je ten zázrak, kterým se dostaneme k mozku. Informaci, jakýmkoliv podnětem regulujeme, iniciujeme, spouštíme mozkovou činnost.

¹⁴ Třeba jsme deset let hráli na piáno a máme tady obrovskou oblast mozku, která řídí výkon hry na piáno. Ale z nějakých důvodů nějakého onemocnění, ztráty sociálních kontaktů, byla tam nějaká dispozice, došlo k nějaké situaci, došlo k nějakému rozpadu a oslabení řízení tou mozkovou činností té hry na piáno. My začneme v terapii obnovovat neuroální síť a podporovat vyplavování úplně konkrétních neuro-mediátorů. Takže klíčovou roli ke vzniku duševní poruchy hrají neuro-mediátory, které umožňují mezibuněčný přenos nervového signálu - informace.

¹⁵ Při léčbě lidí trpících Parkinsonovou nemocí se používalo v historii léčby právě dodávání dopaminové substance do mozkových struktur. Je to vždycky dočasná záležitost, dneska se spíše při těch těžších formách používá metoda hloubkové stimulace při tvorbě dopaminu a jeho distribuci.

2.1.4.2 Dopamin

Struktura mozku představuje velmi složitý soubor chemických a elektrických přenosů a ty reagují na vnitřní a vnější změny. Všem těm látkám, které nám tohle umožňují, říkáme, jako kdybychom tu síť, mazali těmi neuro-mediátory a ulehčovali tím přenos informací. Mezi nejdůležitější, nejfrekventovanější neuro-mediátory například patří **dopamin**. Dopamin reguluje chování a myšlení. Nadbytek dopaminu způsobuje poruchy myšlení, způsobuje zmatenost, bludy, zvyšuje agresivitu vůči jiným lidem nebo sobě samému. Nedostatek dopaminu způsobuje autoagresivitu, ztuhlost, třes, parkinsonismus, ztrátu ovládní motorických struktur.¹⁵

Z dalších neuro-mediátorů je nejvíce znám **serotonin**, který souvisí s depresivitou. Serotonin má velmi úzký vztah k náladě. To znamená, k nastavení emočního prožívání. Pokud máme vyrovnanou hladinu, potřebnou hladinu serotoninu odpovídající reálné situaci, tak nejsme ani příliš radostní, rozjaření, ale naopak jsme příliš smutní. Naše emoční odpověď toho jak prožíváme realitu, je přiměřena té realitě.

2.1.4.3 Serotonin

Nedostatek serotoninu způsobuje smutnou náladu a ta souvisí s úzkostí, strachem. Někdy vyvolává, při některých situacích, nutkavost (obsedanci), poruchy spánku, přejídání apod. Nedostatek serotoninu jednoznačně způsobuje a provází veškeré depresivní poruchy v kombinaci s neurotickými poruchami, depresivní poruchy v kombinaci se schizofrenními poruchami a dalšími. Serotonin je velmi důležitý neuro-mediátor pro právě to správné emočně vyrovnané ladění v souvislosti s realitou.

2.1.4.4 Noradrenalin

Noradrenalin je hormon, nebo mediátor, který se vyplavuje při sportu, při fyzickém výkonu. Vyplavuje se při akci, když se ho vyplavuje více, tak jsme takoví manicky rozjaření. Když je ho nedostatek spouští smutky a depresivní ladění.

2.1.4.5 Acetylcholin

Acetylcholin opět velmi známý mediátor má úzký vztah opět k emočnímu prožívání reality, k náladě, paměti, k intelektu, k takové celkové výkonnosti. Dokonce pokud člověk má nedostatek acetylcholinu, tak je to jeden z klíčových znaků spuštění Alzheimerovy nemoci. Spuštění těch dementních procesů, ubývání schopností. Nedostatek vyvolává úzkost, depresi a demenci.

2.1.4.6 Gaba

Gaba je poměrně známý mediátor, nejstarší transmitter a má tzv. sedativní a antikonvulzivní charakter. Sedativní zpomalující, utlumující, antikonvulzivní protiúzkostné ladění. Má myorelaxační a antianxiózní, pokud je té Gaby málo, či nedostatek, tak ten člověk trpí úzkostmi na straně jedné, nebo na straně druhé, když je jich moc trpí takovou agitovaností, rozjařeností, psychomotorickou agitovaností až nezadržitelnou, bude chodit, mávat, ukazovat, utíkat, taková psychomotorická agitovanost neodpovídající realitě.¹⁶

¹⁶ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 2., 25.2. 2019

¹⁶ Výše zmíněné mediátory nevyplavíme jenom vůlí, ale především při mírnějších poruchách. Je to z toho důvodu, že je dominantní souhra mezi myšlenkovou činností a strukturou a chemismem mozku. Ve skutečnosti to znamená, že to ladění můžeme též a nemálo přiladovat způsobem jakým se chováme. Jde o to, jak si dovedeme udělat radost, a jak racionálně zpracováváme situaci. Uvědomit si však musíme to, že se ani při středně těžkých duševních poruchách nevyлéčíme sami jenom vůlí. Můžeme také hodně zvládnout především tím, že budeme precizně regulovat svojí duševní činnost na myšlenkovou činnost. Když si budeme dávkovat úkoly a podobně se motivovat, nebudeme se dostávat do krajnosti. Přitom, se ale nesmíme spoléhat na to, že se tím vyléčíme. Že si vezmeme tabletku a uděláme kognitivně behaviorální výcvik při odstraňování úzkosti a je nám hej. Bohužel to takhle nefunguje. Bohužel nefunguje ani medikační léčba.

2.1.4.7 Endorfin

Endorfiny, mají vztah k bolesti, potlačování bolesti atd. Maminky velmi dobře ví, že ten první pláč toho novorozence, který způsoboval dva, tři, čtyři dny neuvěřitelného utrpení při porodu, najednou zmizí jenom, protože ten pláč spustil masívní vyplavování po porodu endorfinů. A nic najednou nebolí.

Abychom si dokázali představit, že při mozkové činnosti se vyplavuje několik neuro-mediátorů, ze kterých tyhle jsou nejdůležitější pro regulaci nastavení nálady, intenzity myšlení,¹⁷ schopnosti jak volní činnosti atd. Tzn., že to jsou nejdůležitější regulátory duševního výkonu a duševní činnosti. Je třeba si uvědomit, že duševní porucha je vážná věc, že dokonce ani dnes při těch úžasných výsledcích farmakologické léčby jsou i dnes diagnózy, které jsou minimálně ovlivnitelné a hodně můžeme těmto lidem napomocť tím, že pro ně připravíme promyšlené terapeutické programy, které by jim pomohly stabilizovat a udržovat vyrovnanou a v realitě odpovídající duševní činnost. Hodně při vypuknutí duševních poruch znamená dědičnost.¹⁸

17,18 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 2., 25.2. 2019

¹⁷ Když si otevřete internet, najdete tam takové nejrůznější informace o tom, co léčit, kde objednat, jaká antidepressiva. Může vzniknout dojem, že je to vlastně hračka. Tak si koupím antidepressiva, vezmu si je ráno, v poledne, večer, za týden mi bude hej. Mnohé depresivní stavy v současnosti jsou tak vážné a tak neovlivnitelné současnou farmakologií, že provázejí život celým jeho individuálním životem.

¹⁸ Do genetických informací zatím není současná věda schopná vstoupit. Může ale vstoupit do kvality mezilidských vztahů, do pozitivního myšlení, ale do realistického, pozitivního, slušného a důstojného života osobnosti. Jde o ochranu osobnosti, ochranu před šikanou, ochranu před bosingem, ochranu před bídou, traumatizací a živelnými katastrofami. Přitom nejhorší jsou však sociální katastrofy. U těchto geneticky predisponovaných lidí je zapotřebí s nimi jinak a citlivěji zacházet.

2.1.4.8 Dědičnost psychických poruch

Dědičnost psychických poruch opět není u každého stejná. Někdo má dvou procentní dědičnou dispozici pro vznik té a té poruchy. Někdo čtyřiceti procentní pro její vznik. Někdo pětadevadesáti procentní a přitom u něj ta schizofrenie nevypukne. Čili neexistuje přímý transfer mezi dědičnou dispozicí a opravdu manifestující duševní poruchou. Jenom z hlediska odborného přístupu a sociální práce si musíme uvědomovat, že tam kde je vysoké procento genetické predispozice pro duševní poruchu, tak tam musíme trochu jinak a ohleduplněji zacházet s tímto člověkem. Nedá se odoperovat ten potenciální spouštěč jedenácti párový atd., který se může podílet na tom a na tom. Je ale spousta lidí, kteří mají velmi vysokou dědičnou predispozici a ani u nich a ani u jejich potomků se tato nemoc nebo geneticky podobná nemoc nevyskytla. Dědičnost psychických poruch je samozřejmě z hlediska té dědičnosti v několika variantách. Ta první je, že ta dědičná dispozice je způsobena poruchou počtu nebo poruchou struktury chromozómů. Typický příklad, že se jedná o poruchu počtu a i struktury chromozómů je Morbus Down. Této diagnózy Morbus Down je asi sto dvacet genetických druhů.¹⁹

A tam může být vidět v těch variantách porucha funkce jednoho genového páru, nebo kumulace určitých genů a pak říkáme, že je to polygenní postižení. Takže počet, struktura chromozómů nebo porucha jednoho genového páru, to může být např. Ascherův syndrom to je taková ta svalově disgrafická nemoc apod. nebo to může být kumulace polygenní, ta může zasahovat velké množství genů. Je to polygenně podmíněné postižení.

¹⁹ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 2., 25.2.

2019

¹⁹ Takže není to jenom jeden Morbus Down, u kterého nám literatura říká mentální retardace, šikmé oči, gotické patro, tlustý jazyk, zbrzděný, krátké prsty, snížená kvalita jemné motoriky ruky atd. Takových to typů chromozomálně odlišených Morbus Downů je tedy napočítáno asi sto dvacet a každý je jiný. O některých podle vzhledu bychom ani neřekli, že vlastně trpí trisomií. Tzn. ve dvou chromozomální aberací.

2.1.4.9 Závislost duševních poruch

Duševní poruchy jsou závislé na biochemických změnách mozku. Čím změním biochemický stav mozku? Když si chcete udělat náladu, co uděláte? Okamžitě se naladím na to, co mi ta hudba říká. Hudba je jeden z nejbezpečnějších prostředků, mohli bychom i zařadit hudbu mezi závislosti na přeladění smutných dnů chce Mozarta. Alkohol je dostupný, je společností tolerovaný.

2.1.5 Klasifikace duševních onemocnění

Ke stanovení diagnózy a volby léčebných postupů se v Evropě využívá Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10). Duševní onemocnění v MKN-10 spadají do kapitoly s názvem Duševní a behaviorální poruchy (F00–F99) (viz. kniha Smolík, P., Duševní a behaviorální poruchy, Praha, Maxdorf, 1996, s. 454-473). Podrobněji také viz tabulka č. 1.

kód	Název
F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10–F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50–F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F70–F79	Mentální retardace
F80–F89	Poruchy psychického vývoje
F90–F98	Poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha

Tabulka 1: MNK 10 (Přehled kategorií) Höschl, C., Libiger, J., Švestka J.: PSYCHIATRIE, Druhé, doplněné a opravené vydání c TIGIS, spol. s.r.o. 2004, ISBN 80-900130-7-4, str. 825-831.

2.1.6 Organické duševní poruchy

Mezi organické duševní poruchy řadíme demence, deliria, jiné duševní poruchy a poruchy osobnosti a chování.

Syndrom demence se skládá z poruch paměti, úsudku, schopnosti učení, počítání, řeči, orientace a myšlení. Nemocný stále obtížněji vnímá víc věcí najednou.

Hlavní příčiny organických duševních poruch jsou. atrofie, zánět, nádor, zranění a poruchy výživy. Příkladem duševní poruchy na atrofickém podkladě je demence Alzheimerova typu. Příkladem nespecifického zánětu mohou být různé infekční encefalitidy. Nádory mají různou symptomatiku podle lokalizace a velikosti. Traumatické demence mohou vznikat například po boxu apod. Poruchy výživy mohou být cévní (nervové), metabolické, toxické.²⁰

2.1.7 Kolik procent populace Evropanů trpí duševními poruchami?

Profesorka Krauhulcová uvádí, že je to jedno procento z každé oblasti, jedno procento těžkých schizofreniků je v populaci těžkých poruch osobnosti. Obecně platí, že jedno procento z každé oblasti „deseti oblastí“ je velmi těžkých poruch. Dále jsou to ty mírnější

poruchy, co současná psychiatrie považuje za nejmenší problém. V podstatě je to kombinace.²¹

Klidně můžeme říct zhruba 40% lidské populace v Evropě trpí nějakou duševní poruchou a to nejen takovou, že je úzkostnější, nebo že je to bytost povahově slabší, osobnostně smutnější, depresivní, a dále, že tu svojí duševní poruchu musí řešit a zmírňovat její důsledky pomocí léků, prostřednictvím psychiatrů a dalších lékařů.

V Evropě se žije docela náročným způsobem, ale třeba depresí tady není nejvíc. Nejvíce depresí v populaci je v Chile.

2.1.8 Kdy bývá první ataka nemoci?

Typický průběh je první ataka mezi dvacátkou, třicítkou a tento pacient má další ataku někdy kolem třicítky. Ale může to být také takhle. Zpravidla ve vyšším věku intenzita onemocnění jakoby ustává. Pokud se vás pacient ptá na prognózu, říká se, že zpravidla třetina pacientů má jednu nebo dvě ataky a po nich má už klid. Onemocnění se už nevrací. Ten druhý průběh je o něco méně příznivější, zase se týká asi třetiny pacientů, kdy mezi atakami přeci jen zůstává nějaký problém. A ten poslední průběh je méně příznivý, kdy nemocný zpravidla není schopen vrátit se do práce, dostává plný invalidní důchod a přeci jen o život je do značné míry omezen, že není takový, jaký by si přál.²²

20 Cyril Höshl, Psychiatrie pro praktické lékaře, Nakladatelství a vydavatelství H&H,

Komenského 236, 252 25 Jinočany, Vydání první, 1966, s. 108-109, ISBN 80-85-787-96-2

21 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 1., z 18.2. 2019

²¹ To že se nám nevyskytují jenom deprese u člověka, ale deprese s něčím dalším. Nevyskytuje se jenom schizofrenie, ale schizofrenie s něčím dalším, nějakou jinou kombinací.

²² Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 4. 11.3. 2019

2.2 SCHIZOFRENIE, SCHIZOTYPNÍ PORUCHY A PORUCHY S BLUDY

Každý z nás má nějaké chvíle v životě, kdybychom ho nezařadili mezi průměrné, vyrovnané, prostě intaktní lidi. Většina z nás vykazuje nějaké odchylky, ale to ještě neznamená, že se nejedná o plnohodnotné lidi a vyléčitelnou nemoc. Název schizofrenie, schi rozštípit a frenie je duše, rozštípená duše.²³

Schizofrenie je taková duševní porucha, která zamíchá karty mozkové činnosti a dochází k dezintegraci psychických funkcí. Schizofrenie je střecha, je to střešní název a ta střecha v sobě zahrnuje skupinu podobných schizofrenních, schizotypních, schizo-afektivních a dalších poruch.²⁴

Schizofrenie sama o sobě se ještě člení na podtypy schizofrenie jako např. paranoidní, symplexní atd.²⁵

Jedná se o poruchu zpracování informací, nebo omezení kontaktu s realitou. Je to různorodá porucha. Samozřejmě existují exaktní formy a paralelně existující apod., ale pro všechny schizofrenní poruchy je typické to, že jsou psychotické. Každá z těch duševních poruch není jedna. Není jedna afektivní porucha, ale je velká skupina afektivních poruch, není jedna neurotická porucha, ale je velká skupina neurotických poruch a není jedna schizofrenie, ale velká skupina schizofrenních poruch.²⁶

23,24,25,26 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4.

11.3.2019

²³ Je to nemoc, která se označuje jako nemoc rozštípení duše, rozštípení vědomí, ale zkusme to rozštípení duše schizofrenii brát jenom jako historický název, který znamená, že se jedná prostě o duševní poruchu při zpracování informací.

²⁴ Že člověk trpí typickými projevy schizofrenie nebo netypickými projevy schizofrenie plus nějakou další duševní poruchou.

²⁵ Je to jako střecha pro všechny duševní poruchy, kde se jedná o dezintegraci informací ztracenou, ztracenou schopnost integrace, kde se jedná o poruchu zpracování informací, kdy se jedná o vzdálený, přerušeni nebo omezení kontaktu s realitou.

²⁶ Dochází tam tedy k tomu omezenému vnímání a interpretace reality a ten první krátký film hovoří zejména o biochemizmu, který tohle rozpouští a o těch psychózách jak jím rozumět a jak je chápat.

2.2.1 Psychóza, halucinace, bludy

Jako **psychózu** označujeme jakýkoliv stav, v rámci kterého má člověk halucinace, nebo bludy, anebo a to je nejčastější obojí. **Halucinace** představují poruchu vnímání, kdy člověk vnímá to, co neexistuje nebo může slyšet, co ostatní neslyší, něco, co vlastně ten jedinec neví apod.²⁷

Ataka schizofrenních symptomů se chystá někdy řadu měsíců, týdnů s kulminujícími bludy a halucinacemi, pro které se člověk většinou dostane do nemocnice. Během šesti, osmi týdnů zpravidla bývá propuštěn, dostává se domů a doma narazí, že se objevují kognitivní příznaky poruchy paměti, pozornosti, soustředění. To období je docela dlouhé, trvá přibližně šest měsíců, a aby toho nebylo málo, zpravidla má poruchu nálady. Někdy dosahuje hloubky klinické deprese.²⁸

Bludy jsou zpravidla takového typu, že se člověk trvale domnívá, že ho někdo pronásleduje, že ho sleduje, že mu čte myšlenky, čte mu poštu, pořád se zajímá o to na co myslí, co bude chtít dělat, co nebude chtít dělat. Je nepřetržitě sledován a pronásledován. Tento člověk je nesmírně vztahovačný.²⁹ Jinak se léčí tyto nemoci. Takže neustále je tento paranoidně schizofrenně nemocný člověk pronásledovaný, je vztahovačný, každý k němu nepodstatný, nevztahující se jev nebo děj

27,28,29,30 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie

č.4.z 11.3.2019 a č.5 z 18.3. 2019

²⁷ Naopak blud je porucha členění tedy porucha schopnosti interpretovat, porozumět té realitě a bludy se dělí podle různých typů, nejčastější blud je blud paranoidní, že člověk má pocit, že věci, které se mu objektivně mají mít společného se ho dotýkají, že ho někdo sleduje, odposlouchává apod.

²⁸ To je období, kdy těm pacientům potřebujeme velmi intenzivně pomoci, rozhodně nestačí, jsou-li propuštěni z hospitalizace, jsou doma a chodí jednou za čas k psychiatrovi na kontrolu.

²⁹ Ten, kdo má poruchu osobnosti paranoidního typu mívá takovéto poruchy, ale léčí se nebo řeší se dále jeho situace nebo rozdíl mezi těmito dvěma skupinami duševních poruch v tom, že reagují jinak na jiné léky.

³⁰ Neříkají mu, Honzo ty jsi dobrý, tobě se to povedlo, ale právě naopak. Ty hlasy jsou téměř vždy negativně laděné....

Jsou omezující, jsou poroučející, jsou nepříjemné, jsou zakazující. Takže halucinace komentují jeho chování toho člověka. A velmi často mu přikazují jít do situací, kde to vhodné není, kdy je to nebezpečné apod. Takovéto chování je často odůvodňováno tím, že je zapříčiněné nadměrným příjmem informací.

vztahuje na sebe, hluboce ho prožívá a má pocit, že jeho osoba je přímo v ohrožení. Co se týká halucinací tento člověk především a také nejčastěji mívá slyšení hlasů. Jsou to hlasy, které jako kdyby se mu rodily v hlavě, a ty hlasy mu nepřetržitě něco přikazují nebo zakazují.³⁰

A mozek tohoto člověka mezitím nadměrným příjmem informací, nebo objemu nadměrného příjmu informací nedokáže, protože nefunguje na pravidelné a smysluplné zásobování mediátorů a chemických reakcí, je tam prostě válečný biochemický chaos v mozku toho nemocného člověka, který neumožňuje člověku s paranoidní schizofrenií udělat si pořádek.³¹

Na každého z nás to vnější prostředí nějakým způsobem působí. Vnímáme jednotlivé podněty, vnímáme soubory podnětů, včera jsme to vnímali, vnímáme to dnes, budeme to vnímat zítra a nemocný mozek je přesycený tím rozsypaným puzzle zážitků a nedokáže si vytvořit smysluplnou hierarchizaci, tzn., který podnět vyvolal jakou reakci. Jaký včera, jak to budeme předpokládat dnes a jak pro zítřek. Hierarchizace zážitků je nesmírně důležitá proto, abychom se bezpečně pohybovali v informačním poli kolem naší osoby kolem člověka. Někdy je to nadměrný příjem informací a někdy těch informací může být i méně, ale ta neschopnost hierarchizace zážitků setrvává. Je trvalá a musí být léčitelná nebo léčená léky alopatickými plus psychoterapeutickými podněty. Mezi těmito informacemi mozek vytváří nesouvislé spoje a asociace, a protože jsou nesouvislé neodpovídají realitě podle toho, zdali byly podle typu bludů nebo iluzí stojí vlastně za tou paranoiou, protože člověk, který je vztahovačný

30 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 5 z 18.3.2019

³¹ Dát do vzájemných souvislostí informace. Je to jako kdybychom si koupili puzzle o tisících dílcích, a najednou se nám to puzzle rozlítne a víme, že to nemůžeme dát do kupy, protože naše schopnost uspořádat ten předpokládaný obraz je snižená. Je nemocná. Nepamatujeme si, jak ten obraz vypadá vcelku, nemůžeme se rozpamatovat a uspořádat ty jednotlivé dílky tak, aby vytvářely ten obraz souvislý. V souvislosti s tou neschopností mozku udělat si pořádek ve velkém množství informací souvisí jedna snižená schopnost, kterou si můžeme zapamatovat jako základní sniženou schopnost u všech schizofrenií. A to neschopnost vytvořit reálnou hierarchizaci zážitků. Tedy ta podstata je hierarchizace zážitku.

a má v sobě ty nepřátelské hlasy, tak nemá šanci se s tím vyrovnat jednoduše protože je nemocný. Nepřemůžete chřipku vlastní vůlí.

2.2.1.1 Cyril Höschl říká:

„Vzpomínám na příběh jednoho našeho pacienta, který žil nakonec ve dvou realitách. Ta jedna to byla ta skutečná obyčejná realita bezdomovce zavřeného na chronickém pavilonu v Bohnicích, který sbíral nedopalky cigaret a byl vděčný za každou housku, kterou mu někdo dal a ta druhá to byla realita univerzitního profesora na Sorboně ve Francii, který tam měl rodinu, ženu, děti, vlastnil zámeček a na kontě měl několik miliónů franků. Došlo k tomu tak, že koncem čtyřicátých let emigroval do Francie, jako student Československý se přihlásil na Sorbonu, vystudoval několik semestrů filosofie, poté onemocněl psychózou a byl hospitalizován ve Francii na psychiatrické klinice. Potom v rámci výměny duševně nemocných byl exportován zpátky do Československa a skončil v Bohnicích jako pacient.“³²

2.2.1.2 Psychózy mají mnoho společného a jedním z těch společných rysů je porucha přenosu dopaminu

Dopamin je nervový přenašeč, který máme všichni v mozku.

32,33 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4.

11.3.2019

32 Cyril Höschl říká: (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)

33 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)

³³ Vidíme staveniště, vidíme spoustu dopravních značek, co si asi tak člověk řekne, když tu člověk prochází, asi si řekne, ještě, že tu neprší, jinak jdu bahnem. Kdy to tady spraví, kdy mi zase konečně pojedou tramvaj. Jenomže když má člověk psychózu, tak vlastně takhle situace mu přijde nějaká zvláštní. To vůbec není náhoda, že je to slepá ulice a že tam je značka zákaz vjezdu, to je signál pro mě, že tam nesmím jít, protože chlapeček támhle na tom billboardu nahoře mi vzkazuje, že pokud půjdu do té slepé ulice, tak se může stát neštěstí, případně mě odveze někdo, kdo proti mně něco má a proto mi tam narafičil červené auto.

Mozek má řadu velmi důležitých funkcí, uplatňuje se při kontrole hybnosti při regulaci hormonálních jevů, ale jaká je jeho funkce v limbickém systému. Limbický systém je struktura, která je velmi významná pro kontrolu emocí, ale taky se uplatňuje při zpracování informací.

Na valníku jedou naše vzpomínky a takhle to funguje správně. Dopamin, jako úředník třídí emočně významné zážitky od těch nevýznamných. Ale v psychóze tomu tak není, v psychóze dopamin přestává plnit roli toho spořádaného úředníka a přestává třídit. Tím je najednou důležité úplně všechno.³³

Cyril Höschl říká:

„Současný výzkum v klinické farmakologii je naše vlastní klinická zkušenost, která nám říká, že to nejdůležitější, zvládnutí psychóz je získat pacienta ke spolupráci neboť právě při psychóze chybí náhled na onemocnění a ta spolupráce je sporná. Nejméně účinné jsou ty léky, které pacient neužívá.“

2.2.1.3 Psychotická onemocnění mají tendenci se vracet. Tomu se říká relaps.

Tomu návratu a cílem léčby je udělat všechno pro to, aby relaps nenastal. Je tu přehradní nádrž, ta přehradní nádrž v hlavě symbolizuje limbický systém.

Modrá hladina je dopamin, který se zvyšuje vlastním psychotickým onemocněním a také stresem, kterému je pacient vystaven. Hráz je vlastně tvořená antipsychotiky. Ta brání tomu, aby se vlastně dopamin z té přehrady nevybil.³⁴ My bychom si velmi přáli, abychom mohli nějak této situaci předejít neboli abychom mohli měřit hladinu toho dopaminu v přehradě, aby byla stále taková jaká má být. A my to umíme. Pomocí takovéto vodoměrky, která vlastně umožňuje sledovat časné varovné příznaky. Co to ty časné varovné příznaky jsou?

V současné době se v psychiatrii vyvinulo několik postupů, které spolupráci zlepšují a to čemu se říká komplet pacienta zajišťují.

Jedním z těchto postupů je původní český vynález Itareps, jeho autorem je doktor Filip Španiel z Psychiatrického centra Praha a spoluautorkou docentka Bantovská-Motlová, která se spolu s dalšími kolegyněmi objevu na jeho rozvoji podílela. Co to Itareps vlastně je?³⁵ To co je důležité se odehrává na straně lékaře. Lékař především je vyrozuměn automaticky ve chvíli, kdy ty odpovědi přesáhnou nějakou určitou mez, určité prahy, které jsou docela složité a tzn., že to ten systém vyhodnotí jako blížící se hrozbu opětovného vzplanutí. V té chvíli lékař dostává automaticky do svého e-mailu výzvu, že se s jeho pacientem něco děje.

2.2.1.4 Co má zajistit zlepšení spolupráce motivace psychotických pacientů k léčbě?

Říká se jí psychoedukace, což je vlastně takové poučení o tom, co ta nemoc obnáší a co znamená její léčba, jaké jsou její principy. Jak ji děláme s pacienty. Co se vlastně všechno nacvičuje. Mohou se nacvičovat pravidla konverzace, jak zvládat konfliktní situace, jak se

34,35 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4.

11.3.2019

³⁴ Jenomže za určitých okolností se může stát, že hladina dopaminu stoupá, až nastává relaps.

³⁵ Je to skupina projevů, které typicky relaps předcházejí, jsou zachyceny v dotazníku a na ten nemocný odpovídá. A díky tomu dotazníku může fungovat program Itareps. Ta zkratka znamená prevence relapsu pomocí informačních technologií. Ty otázky vlastně jsou například, zhoršil se u vás u posledního hodnocení spánek? Nebo zpozoroval jste u sebe od posledního hodnocení strach, či jiné ostatní nepříjemné pocity? Verze pro příbuzné je velmi podobná, ale ptáme se, jak oni vidí změnu u toho svého blízkého. Ta odpověď se samozřejmě známkuje. Čtyřka znamená tu odpověď horší, tu odpověď si představte jako sadu deseti čísel vyřukaných v podobě esemesky, aby pacienti nezapomínali, tak jim Itareps každý čtvrtek posílá odpověď. Tady je váš Itareps. Vyplňte si svůj dotazník, děkujeme.

prosadit bez agrese. Je to celá řada dovedností a my s pacienty zpravidla začínáme tou nejjednodušší a to je jak zahajovat konverzaci. Určitě znáte situaci, kdy si chcete s někým povídat, ale vlastně zabrání vám v tom stud, jste plachý, nervózní, nevíte jak na to a ono s tím má problém člověk, když psychózou netrpěl, natož někdo, kdo se dostává z psychózy. A v tom denním stacionáři pracujeme ve skupině.

2.2.1.5 Jak dnes lze odhalit onemocnění schizofrenií?

My dneska psychózy, schizofrenii můžeme odhalovat na různých systémech. Jeden typ modelu je model teoretický, kdy to z toho vymyslíme, když se najde to, jak by to mohlo být a tento teoretický model je dobrý testovat. Různé typy validity. Trošku dál potom jsou některé modely počítačové a ten mozek je daleko složitější než jakákoliv matrix, kterou naprogramujeme do počítače. O kus dál je

^{36,37,38} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. 11.3.2019

³⁶ Prakticky to vypadá tak, že zdravý hlodavec dostane infuzi, která trvá asi půl hodiny látky Ketaminu, během té půl hodiny, co probíhá infuze prožívá psychotické a typicky schizofrenní příznaky.

³⁷ Vlastní experiment probíhá tak, že přijde dobrovolník a pak se posadí, připneme na hlavu elektrody, natočíme EEG klidové, to je první záznam. Potom vlastní infuze velmi rychle asi po pěti minutách ten člověk se začne cítit jinak a ta zkušenost je natolik odlišná než u běžného prožívání, že se to člověku velmi těžko, když o tom hovoří nechá citlivá slova, cítím se, že jsem hluboko pod mořem, že člověk letí ve vesmíru nebo nevím, kde jsem, všechno se se mnou houpá, svět je změněn, planeta je jiná. Jakmile infuze skončí, protože odbourávání toho Ketaminu jde patrně rychle, většinou dvacet minut, člověk je ve zcela normálním stavu a potom o tom prožitku s ním hovoříme a kupodivu motiv smrti je něco, co se vyskytuje u více než padesáti procent lidí, kteří vlastně tímto projdou.

³⁸ Takže zatímco západní společnost západní věda, psychiatrie vnímá psychózy, diagnostikuje jako nemoci vlastně porušení osobnosti identity člověka, tak existují kmeny na světě, které vnímají identitu rozloženou, nestigmatizují natolik vlastně rozpolcení osobnosti nebo rozdělení identit do několika fází. Takovým zajímavým vlastně v této souvislosti je kmen Zinankanteko, který má duši rozdělenou do třinácti rozdělitelných, rozčleněných částí, kdy vlastně součástí příběhu o duši člověka nebo o tom, jak se tvoří identita jedné lidské bytosti, že po narození si člověk vybírá vlastně třináct částí své duše z jakéhosi bazénu nebo výběru již mrtvých duší svých předků.

model animální, kdy to zkoumáme na různých hlodavcích, častěji na potkanech, tam se ty nemoci modelují a dál jdou modely lidské, je možnost modelovat u zdravých lidí, snažit se vyvolat nějakým způsobem příznaky podobné té nemoci. K tomu modelování využíváme opět model ketaminický s pomocí látky, která se označuje jako Ketamin.³⁶ My používáme různé mozek rozvíjející metody k tomu, abychom zjistili, jestli změny navozené Ketaminem jsou stejné jako změny, které jsou u našich pacientů. Konkrétně využíváme funkční magnetickou rezonanci. Tam jsme zjistili, že podáním Ketaminu můžeme zvyšovat aktivitu mozku v některých částech spánkového nebo temporálního loby, což je přesně ta oblast, u které přesto nacházíme loby typu schizofrenie. Současně od těch našich dobrovolníků máme EEG, které jsme následně ratifikovali a zjistili jsme, že Ketamin v některých frekvencích to EEG navozuje změny v externích oblastech, jako vidáme u pacientů se schizofrenií.³⁷

2.2.1.6 Co se nazývá mentálními poruchami etnopsychiatrie?

Vlastně zkoumá tato subdisciplína vliv sociálního kulturního prostředí na to, jak se vnímají psychické nemoci nebo to co na západě se definuje jako psychiatrické diagnózy, jsou to tak důležité fenomény jako šamanismus nebo medicinmanství, vlastně způsob léčitelství třeba, a které se právě v té etnopsychiatrii často dává do souvislosti se zápornou diagnózou schizofrenie.³⁸

2.2.2 Schizofrenie největší záhada mezi psychózami

2.2.2.1 Cyril Höschl říká:

„Jednou z největších záhad mezi psychózami je schizofrenie, protože je to onemocnění, kde všichni cítíme, že stojíme už blízko nějakého rozluštění pravěké záhady.“³⁹

Zásadně nejzávažnější důsledek má porucha myšlení, porucha vnímání, taková ta ztráta schopnosti emočně prožívat realitu, radovat

se, smutnit pokud to odpovídá realitě, že je tam oploštělá a nepřiměřená realitě emotivita.⁴⁰ To, že se jedná o psychotické onemocnění nám současně říká, že je tam zúžené nebo přerušené nebo realitě neodpovídající vnímání reality, vnímání reálného světa. Ztráta kontaktu s realitou. Ta ztráta kontaktu s realitou je charakteristická tím, že jsou tam bludy, že jsou tam halucinace, že je tam dezorganizovaný slovní projev, že je tam situací nepřiměřené chování, porucha vnímání reality a tento nemocný člověk schizofrenií nám

39,40,41,42 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4.11.3.2019

39 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)

Schizofrenie a schizofrenní poruchy jsou typické tím, že jsou poškozeny a jsou nemocné veškeré psychické pochody, veškeré psychické funkce. Není to jenom porucha jednoho, dvou dovedností nebo částí mozkové kůry nebo nějakého jednoho mediátoru, který se nevyplavuje v objemu potřebném atd. Je to tedy duševní porucha, která je typická tím, že je narušeno, a že je nemocné všechno. Že jsou dezintegrovány všechny psychické funkce.

⁴⁰ Ostatní jsou klidní, nemocný člověk schizofrenií je úzkostný, má strach, nerozumí příčinám, následkům apod. Je narušené chování, je narušené jednání a co všechno duševní porucha rozvrací od bludů a iluzí, až po celé syndromové trsy myšlení, jednání osobnosti, tak můžeme říct a vzít za své, že schizofrenie rozvrací intelektový, osobnostní, emoční a sociální život člověka. Zasahuje a dezintegruje do všech systémů.

⁴¹ Psychiatři nám velmi často říkají, že nejčastější je smyslová halucinace dá se říci, že slyší něco, co vlastně ostatní neslyší a zpravidla to jsou ty tzv. hlasy. Má vidiny a hlasy. Ty hlasy – to nejsou kamarádké hlasy, které by říkaly jo jsi fajn, to je dobré, překonáš to, jdi ještě tam atd, to jsou hlasy, které jsou nepřátelské, které jsou útočné, které nutí toho nemocného člověka vykonávat věci, které jsou pro něj nebezpečné, hlasy, které říkají něco o tom, že vykradnou hlavu, vezmou mu myšlenky, čili narušuje se integrita naprosto celé osobnosti. Tedy ty hlasy bývají number one příznakem schizofrenie jako takové.

⁴² I když ten rozštěp osobnosti je na dvě lidské bytosti, ten nemocný člověk vlastně deklaroval, hovořil o něm, cítil se chvíli jako jeden, chvíli jako druhý, spíše je to ale v současnosti velmi vzácné pokud se jedná o takový klasický případ rozštěpu osobnosti na dvě osoby. Zpravidla a v realitě to bývá velmi zřídka a spíše se jedná o rozvrat nebo dezintegraci psychických funkcí a nikoliv o rozdělení jedné osobnosti na dva lidi.

hovoří, vypráví, bojí se bizarností. Myšlenková činnost je typická svou bizarností, svým naprosto zpřetrhaným vztahem k realitě. Vidí něco, co jiní nevidí, slyší něco, co jiní neslyší.⁴¹ Projevy rovněž nejsou velmi přátelské, to jsou třeba takové vidiny, že člověk vnímá jakoby ze strany tapet nebo ze strany toho obrazu, který je za oknem se natahovaly nějaké ruce nějakých příšer a vykrádaly ho, ovládaly ho, posouvaly ho někde jinde, kam nechce jít. Každopádně je to jedno z nejzávažnějších onemocnění, je to rozštěp osobnosti, rozpolcení.⁴²

2.2.2.2 Schizofrenie je proces

Není to jako s chřipkou, že dostaneme horečku, máme bolestivé svaly, klouby, kašleme, jsme celí zchvácení. Schizofrenie je proces, který jako kdyby číhal někde za rohem a při nějaké souhře podnětů začal působit, začal rozvracet. Takže je to něco, čím disponujeme, což se může manifestovat v případě shody okolností, ale také nemusí, ale zpravidla je to něco, co číhá na ten správný okamžik a pak rozehraje velkou hru desintegrací a funkcí. Jak číhá za tím rohem ta schizofrenie, tak to souvisí s tím, že vlastně schizofrenie může vypuknout kdykoliv v průběhu života člověka, ale nejčastěji propukne v životě takových nejnáročnějších obdobích. První období je tak kolem puberty, druhé období je adolescence a mladá dospělost.

To jsou období, které jsou na výkonnost člověka nesmírně náročné. Puberta – ta celá hormonální přestavba, chodit do školy, zvládat úkoly, vybojovat hry s tlupami nepřátelsky laděných sousedů, spolužáků, nějaké ty šikany, nějaké to ponižování, nějaké hrátky. To všechno je typické pro pubertu a stává se, že ta premorbidní fáze, to časné stadium schizofrenie vypukne právě v období schizofrenie a typická ta premorbidní fáze je tím, že pokud se to stane v období puberty, že vypukne, tak ty jednotlivé projevy ještě nejsou takové vyprofilované do všech detailů. Někde tam jsou schované, někde tam číhají, projevují se jenom v takových úletech ve vztahu k realitě, v rozhovorech, ve škole atd., o které se zpravidla lidé kolem těchto schizofreniků říkají, ten je ale zvláštní, ten má ale

bizardní nápady a připisují tu zvláštnost těch projevů a toho vzdalování se realitě a růst bizarnosti vlastně spíš té pubertě než nějaké nemoci, která rozpoutává svoji zničující sílu. Pak ale následuje tzv. prodromální fáze a ta už je typická tím, že ta prodromální fáze ta vypadá jako ta první ataka. Je to první psychotická ataka. Tzn., že celkově ten mladý dospělý adolescent a mladý dospělý špatně sociálně funguje. Je takový, že se stahuje do sebe, nevyhovují mu lidé, nějaké projevy srdečnosti. Nezvládá náročnost úkolů, zpravidla je to maturita, končí střední škola, začíná Vysoká škola. Na tohoto človíčka přitom vypuknutí první ataky zpravidla ještě útočí obrovské nároky z hlediska studia, z hlediska výkonu, z hlediska zvládnutí stresu, nějakých počátků partnerských vztahů atd.⁴³ Celý je takový stejně tak ano, stejně tak ne, rozpolcený, ambivalentní. Je a začíná být uzavřený, začíná se zhoršovat školní výkonnost a tohle v této prodromální fázi ty tzv. halucinace tzv. druhé osoby toho někoho, kdo žije v mé hlavě. Pak je to bludné ladění, tzn., že jako kdybychom plavali ve velkém bazénu plném věcí a příhod a emocí a lidí. Ta první ataka, ta může u dospělého člověka, vyvodit plnou sílu. Tato prodromální fáze zpravidla začíná v pubertě, a když připočítáme tu adolescenci a mladou dospělost,⁴⁴ dochází tedy ke změnám v období tzv. prodromu a to jsou základní příznaky. Jedná se o první příznaky změn, které vznikají na základě změn v činnosti mozku, tzn. dopaminová ataka a ještě dva mediátory k tomu další, ale ten dopamin je nejdůležitější. Ta prvotní ataka, která je už podmíněná změnou součinnosti mozkových struktur a biochemie mozku, tak to jsou už vlastně obecně popisované symptomy schizofrenie. A ty symptomy schizofrenie je třeba ztráta náhledu, stažení se do sebe, izolace od ostatních, nezáměr o věci,

43,44,45 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. z 11.3.2019

⁴³ A přitom on sám se utíká k sociálnímu stažení, ztrácí a omezuje své zájmy, nemá na to síly, energie atd.

⁴⁴ Tak od puberty je to možná někdy pět i více let, tři až pět let se v literatuře uvádí období, kdy ta první ataka vypukla.

⁴⁵ Není to namířeno vůči mně, ale já si myslím, že ten soused a tamten člověk, který sedí naproti mně v metru určitě plánuje, že mi udělá něco, že mě napadne atd.

oplošťování se. Pak jsou to sluchové halucinace, nejčastěji jsou to samozřejmě ty hlasy, které člověka rozčilují, nedají mu spát, dělají z něj otroka apod. Takže sluchové halucinace.

2.2.2.3 Jak se rozvíjí vztahovačnost?

Pak se rozvíjí to, co se považuje za třetí nejčastější symptom schizofrenie a to je taková vztahovačnost, taková paranoia.⁴⁵ A následuje podezíravost jako symptom u schizofrenie, vztahovačnost, podezíravost. Teď ten člověk přestává mít radost ze života je emočně oploštělý, není schopen mít ani radost ani smutek, ani zlost, ani se vybouřit v nějakém konfliktu. Taková plochá emotivita je typický symptom. Pak mohou nastoupit bludné ladění ve vztahu k jakékoliv chvilce, které nám nic neříkají, které neznáme, jsou nám absolutně cizí.

2.2.2.4 Co jsou perzekuční bludy?

To jsou ty bludy neodpovídající realitě žádnému podnětu z reálného prostředí a ve smyslu perzekuce, že se někdo na mě chystá, že mi někdo chce ublížit atd. A připravuje si nějaký konflikt, s kterým mě popře a kterým mě vytěsni apod. Perzekuční bludy bez jakéhokoliv podnětu z reality.⁴⁶ Ta schizofrenie může probíhat jako chronický stav, chronická dezintegrace psychických funkcí nebo ta schizofrenie může probíhat v tzv. atakách, takových útocích, atakách s narůstajícím, nebo stabilním defektem.⁴⁷

Narůstající defekt nebo stabilní defekt, ale něco tam zůstává i mimo ten přímý útok těch schizofrenních symptomů na člověka. Nebo v atakách opět v útocích s částečnou nebo úplnou remisí. Remise je bezpříznakové stadium a to se může střídat mezi těmi atakami a ulevovat, ulehčovat nebo naopak právě, když tam zůstávají rezidua, vzdalovat toho člověka realitě. Dnes už jsou léky druhé a za chvíli budou třetí a nějaké generace, které nebudou mít takové vedlejší účinky, a tím se mnohdy velmi ulehčuje ta situace pro lidi, kteří tu nemoc berou jako nemoc a dokáží si mnohem v podstatě vymyslet krizový plán pro sebe a pomoci si sami. Při opakovaných epizodách ta

situace je horší, protože vlastně přivádí člověka do invalidity, do závislosti na sociálním prostředí kolem, připravuje toho člověka o vzdělání, kvalifikaci, místo v té společnosti, o soběstačnost, o ekonomickou nezávislost apod. a třetina to jsou lidé s takovou formou nemoci a s takovými předpoklady pro její léčbu, že třeba dochází až k degradaci a deprivaci osobnosti, že se celkově ta léčba neprobíhá tak, jak by měla a celkově se snižují celkové schopnosti člověka v podstatě bez návratu. Jsou to lidé, kteří nejsou schopni dodržovat léčebný režim nebo něco postrádají v těch sociálních vztazích.⁴⁸

Nebo pak když máme pacienty s pozitivními příznaky schizofrenie, to jsou ty, kdy je myšlenková činnost intenzivní, tzn. že je tam rozjařenost, že je tam aktivita atd. tak tam je spíš účinná tzv. komunitní psychiatrická léčba, je samozřejmě drahá, náročná ale přesto perspektivní a v podstatě ty Domy duševního zdraví nebo Ústavy duševního zdraví, jsou to instituce duševního zdraví, které se v podstatě zakládají po celém území České republiky se zaměřují právě na tom poskytování komunitní psychiatrické péče

46,47,48 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. z 11.3.2019

⁴⁶ Velmi nepříjemné jsou popisované symptomy schizofrenie ve smyslu toho, že přicházejí marťani a vkládají mi do hlavy cizí myšlenky. Takové ty cizí vkládané, bludné, ničemu neodpovídající myšlenky. A také jsou nepříjemné ozvučené myšlenky. Mojí myšlenku může slyšet kdokoliv v tramvaji, kdokoliv v autobuse, v metru, kudy jdou na procházku mám ozvučené myšlenky a ty jsou velmi nebezpečné, protože umožňují odposlech toho, na co vlastně myslím já, je to moc nepříjemné.

⁴⁷ **Ve filmu Záhady duše** jsme slyšeli, třetina nemá žádné důsledky, tzn., že ta schizofrenie probíhá dobře podchycená, dobře léčená, silná osobnost, silná vztahová sociální síť, člověk je ochoten dobře se léčit a navíc může třeba posilovat i účinnost léků tím, že se zúčastňuje nějakých terapeutických skupin, terapeutických sezení, ale o čem probíhá ta terapeutická skupina o tom deklarování nějakého vztahu nějakých zásad etikety apod. Ale obecně se soudí v té psychiatrické praxi, že ty terapeutické skupiny nevyhovují lidem s vyšší inteligencí, ti se spíš nechají dobře instruovat, vymyslí si, že si hodně něco přečtou o té nemoci, jsou schopni dodržovat lékový režim.

⁴⁸ Ta léčba je buď moderní tzv. alopatická pomocí léků, která se zaměřuje hlavně na ty negativní příznaky, vyčerpanost, pasivitu, emoční oploštělost apod.

s tím, že operují už ve svém názvu tím, že se jedná o domy zdraví a ne o domy nemoci. Ta psychiatrie tam ani v názvu není. To co je na schizofrenii z hlediska toho, v jakém věku propuká velmi nebezpečné, ona ta schizofrenie zpravidla propuká ve dvou fázích. Vypuknutí schizofrenie⁴⁹ může být kdykoliv.

2.2.2.5 Významné formy psychotických poruch

První je schizofrenie se vším všudy. Co to je schizotypie. Schizotypie je takový nižší stupeň schizofrenie. Že ty příznaky nejsou tak intenzivní a takové vykreslené do detailů po stránce bludů a všech těch ostatních symptomů jako u člověka u kterého ta schizofrenie trvá delší dobu. Schizotypie - schizotypní porucha je takovým předstupněm schizofrenie a velmi často se spojuje s tzv. magickým myšlením. Ten člověk s touto schizotypální poruchou jako kdyby vyhledával a vnímal a interpretoval běžné znaky a situační obrazy prostředí způsobem, kterým vyhledává osudovost, nevývratnost. Hledá v běžných věcech osudová znamení a tím se dostává trochu dál od té reality.

Ale ta schizofrenická podstata zpracování toho světa naplněna není. Takže proto schizotypie, schizotypní porucha.⁵⁰

Mohou to být akutní přechodné psychotické poruchy vyskytující se třeba po zátěži, vyskytující se při souhře nějakých faktorů,⁵¹ že se někde odjíždí do zahraničí na dovolenou, některé ty přechodné

49,50,51 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4 11.3.2019

⁴⁹ První je ta pubescentní a postpubescentní kolem toho šestnáctého až osmnáctého roku a druhá fáze je ta mlado dospělá kolem toho pětadvacátého roku až do třicítky.

⁵⁰ Mohou to být samozřejmě trvalé duševní poruchy bludy, které se nestanou schizofrenií, ale jsou to duševní poruchy s bludy, aniž by se v diagnóze používalo tohoto názvu a také se trošku jinak léčí.

⁵¹ Obecně platí, že žádné duševní poruchy nemají rádi změnu podnětu. Nemají rádi stěhování, dovolené, výměnu známých, sousedů, přátel za někoho jiného cizího, prostě nemají rádi změnu v jakémkoliv slova smyslu, protože její duševní síly jim na adaptační procesy jednoduše nestačí. Takže taková akutní přechodná psychotická porucha může vzniknout právě v souvislosti s nějakou masivní změnou

psychotické poruchy mohou vznikat právě v souvislosti s nějakou masívní změnou prostředí, protože zemře někdo z rodiny, přestěhujeme se někde jinde do neznámého prostředí, přijdeme o dům, o byt a o cokoliv dalšího.

2.2.2.6 Velkým psychiatrickým problémem je schizoafektivní porucha

Tzn, že se kombinuje schizofrenie a schizofrenické dezintegrace psychických funkcí s hluboce sníženou, nebo bipolární emotivitou, tzn. v kombinaci s afektivními poruchami. Afektivní poruchy jsou poruchy emočního prožívání. Všechny poruchy emočního prožívání jsou deprese, mánie, dystymie. Může tam být bipolární porucha, kdy se deprese a mánie prostřídává v nejrůznějším vzájemném kontextu. Neorganické psychotické poruchy, nespecifické, neorganické psychózy mohou být způsobené například léky nebo nevhodnou kombinací alkoholu nějakých psychoaktivních látek a léků apod. Mnoho léků, které nás dostávají do jiných světů.⁵²Ta první skupina to jsou symptomy tzv. pozitivní příznaky, že jsou to takové příznaky,

^{52,53} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. 11.3.2019

⁵² Podle diagnostického a statistického psychiatrického manuálu nemocí podle amerického a podle MKN se jedná o psychotické nebo schizofrenní poruchy tehdy, kdy se ty poruchy a jejich symptomy projevují nebo ocitají ve dvou základních skupinách.

⁵³ Co se týká sociálních disfunkcí, ty negativní příznaky se například projevují samotářstvím. Jsou to lidé, kteří nemají přátele, nevyhledávají přátele, přestali sportovat, protože vypukla tahle nemoc, přestali mít hobby a zájem o mnoho věcí, protože je to spojeno s nutností někam odcházet vyvíjet nějakou aktivitu. Takže samotářství, potulování, nedůvěra, stihomam. To jsou ty negativní příznaky. A ty pozitivní se projevují zmatenou mluvou, chybění řeči, neobvyklým řešením problémů, neobvyklými návrhy, takové časté pseudofilozofování, tomu se říká rezonérství, nemá to žádný smysl, ale jsou to velké projevy, když slyšíme Musoliniho, nebo Hitlera jakým způsobem deklarovali ty své říšské velko-myšlenky, tak máme pocit, že to bylo až na hranici toho rezonérství, nebo to bylo strašně dobře nacvičené a promyšlené k ovládnutí těch davů, které by ho opravdu braly a myslely to s fašismem velice vážně.

u kterých je zvýšená aktivita mozku a celkově je ta duševní činnost nadměrně vyjádřená tzn., že přesahuje běžné zvyklosti, co se týká psychomotoriky, co se týká hlasitosti, intenzity projevu atd. Celkově ta duševní činnost je ve smyslu plus pozitivní, ale extrémně vysoká a druhá skupina jsou ty tzv. negativní příznaky, to je například vyhaslost emocí. Ztráta vůle, nemá vůli k ničemu, ani se postavit, ani sedět, ani číst, ani nic. Ztráta vůle. Ztráta schopnosti prožívat jakoukoliv radost nebo uspokojení.⁵³

2.2.2.7 Pozitivní symptomy

To jsou ty, kdy je myšlenková činnost neúměrně velká a negativní symptomy schizofrenie kde je právě naopak utlumená. Je zvláštní, že se mnohem lépe léčí a v důsledku dobře volených léků řeší a odstraňují právě ty negativní příznaky. Spíše jsme teď schopni tou alopatickou léčbou pomocí léků léčit právě ty projevy útlumu než ty projevy nadměrného myšlení a nadměrné intenzity myšlenkových projevů. Je docela důležitá doba, po kterou se vlastně ty pozitivní i ty negativní příznaky vyskytují. A ty obtíže podle těch mezinárodních dokumentů měly trvat šest měsíců. Pokud se projeví v rozsahu jednoho měsíce a zaniknou, tak jsou to pouze akutní polymorfní poruchy, ale nejsou to se vším všudy schizofrenie ani psychózy, jenom psychotické polymorfní poruchy. Když jsou ty projevy delší jednoho měsíce, ale méně než půl roku tak se pak velmi podrobně analyzují a vycházejí z toho jednotlivé schizofrenní (schizofrenii formující) poruchy.⁵⁴

Když s takovým člověkem máme pracovat nebo máme mu pomoci z hlediska řešení sociální disfunkce, kam ho zařadit atd. Musíme se vždycky zabývat i tím, co asi ty psychotické příznaky mohlo spustit. Jestli opravdu vyšly z dezorganizace myšlenkové činnosti a dezorganizace biochemického důvodu nebo jestli to byly nějaké psychofarmakologické, nebo psychogenní, nebo nějaké nemoci endogenního původu, endogenní depresivita.⁵⁵

A tento pacient je jakoby třetí v té skupině, ale na jeho názor odpověď

nikdo nečeká. Takže ptáme se na bludná přesvědčení, které se vymykají dané kultuře atd.⁵⁶

2.2.2.8 Jak postupujeme při té analýze, co si ten pacient myslí, co prožívá, kdo ho napadá, kdo ho atakuje

Tedy to diagnostikování schizofrenie jeden příznak, hlavní příznak, jeden měsíc. Zjišťujeme, zdali dělat ty rozhovory, zda je dokážeme po minimální zkušenosti práce s těmito klienty smysluplně vést. Nesmíme se toho bát, protože jsou to lidé, kteří rozumí česky, pokud mluví česky, jsou to lidé, kteří jsou tak trošku v pasti svých hlasů, svých vidin, té dezorganizace toho co cítí a vnímají atd. Takže se jich můžeme zcela otevřeně ptát. Můžeme se jich ptát, jestli mají ozvučené myšlenky, jestli vlastně slyší svoje myšlenky. Jestli jejich myšlenky může někdo slyšet. Jestli jsou tam nějaké intrapsychické halucinace, které by jim říkaly, že jim nějaký marťaně kradou myšlenky ještě předtím, než je vysloví apod. Zdali jsou tam nějaké bludy kontrolovatelnosti, ovlivňování, prožitky pasivity, prožitky, přesvědčení o tom, že je ten člověk ovládaný právě těmito silami mimo něj.⁵⁷

54,55,56,57 Kraulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. 11.3.2019

⁵⁴ Takže je docela důležité, jak to dlouho trvá, jestli je to do měsíce nebo jestli je to méně než půl roku, ale déle než jeden měsíc, nebo jestli je to delší psychotická ataka šesti měsíců.

⁵⁵ Nebo, jestli to mohla být demence, která spustila právě tyto organické psychotické poruchy. Jestli tam někde v pozadí není potlačená nějaká neurotická porucha a velmi často tam bývá obsedantně kompulzivní porucha, tzn. vtíravé myšlenky a stupňování vnitřního napětí, čili neurotická duševní porucha, která napomohla té expanzi psychotických symptomů.

⁵⁶ Ptáme se samozřejmě rozumně na tzv. halucinované hlasy, které bývají dosti časté a znamená to, že vlastně dlouho tomuto člověku komentují všechno na co myslí, co dělá, co by chtěl, co by nechtěl. Komentují celkové chování toho pacienta nebo si v jeho přítomnosti ty hlasy o něm povídají.

⁵⁷ Takže jeden příznak jeden měsíc, zdali přetrvá.

Při absenci předchozích dva z následujících hledám, zdali přetrvávají nějaké halucinace, a když jaké, tak jaké smyslové a akustické a útrobní, viscerální a jakékoliv jiné. Zevnitř nebo zvenku.⁵⁸ Vnímá života jako cizí proces, ke kterému nemá žádný vztah a druhá možnost je, jako kdyby se dostal na tu druhou stranu člověk ve svém vědomí a vnímá sebe samého jako cizince, kterého nezná. Je to jenom tělo, které má k dispozici na nějakou chvíli, ale je to cizinec. Takže jsou dvě možnosti jak halucinovat a ztratit sám sebe. Všechny ty ostatní skupiny duševních poruch, neurotické, afektivní a další skupiny mohou mít mírný stupeň, kdy je to jenom zatěžující a obtěžující důsledek, ale mohou mít i vysoký stupeň zdravotního postižení, kde se už jedná o psychózu a ztrátu svého života, nebo sebe samého, tzn., že ta psychická ztráta života, nebo sebe samého se může vyskytovat u všech ostatních poruch, nikoliv jenom u poruch schizofrenních.⁵⁹

58,59 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. 11.3.2019

⁵⁸ Vůbec to není ale zase na druhou stranu nic snadného, protože je mnoho takových duševních poruch, při kterých člověk se stává cizincem ve svém vlastním těle. Jsou dvě možnosti. Člověk se dívá na to, jak život kolem něj funguje, plyne a má pocit, že je to cizí neznámý film. Tzn., že v tom plynutí věcí, jevů, situací, dějů, metro, autobus atd. vlastně ten člověk je cizí i tomu celému světu a ten svět ho vlastně nevnímá.

⁵⁹ Ale jak dneska psychiatři říkají problém dnešní psychiatrie je v duálních diagnózách. Tzn., že nám běží paralelně víc diagnóz u jednoho člověka a to je pak farmakologický i terapeutický resocializační oříšek. Takže při absenci předchozích znaků, slyšení myšlenek, bludů, halucinovaných hlasů, bludných přesvědčení. Když tam nemáme nic, tak hledáme dál v další skupině symptomů schizofrenie a hledáme, jestli jsou tam dva další z těchto. Přetrvávající halucinace, formální poruchy myšlení, že to myšlení může probíhat zrychleně, zpomaleně, mohou tam být zárazy a to je ta inkoherece, myšlení může probíhat nesouvisle, zárazy. Myšlení se může zastavit a nastoupit katatonie, nebo že v myšlení se vyskytuje příliš velké množství neologismu, takových těch vymyšlených pravidel nelogických tvrzení, novotvarů slov apod.

2.3 ZÁKLADNÍ KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE

Schizofrenie se klasifikuje na základní klinické formy a ty jsou paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencované, reziduální a symplexní. Je jich zhruba šest. Z těchto šesti se zhruba dvě v takové té klasické literatuře psychiatricky vyčleňují jako méně časté a méně důležité, ty čtyři jsou nejčastější, to je **paranoidní, hebefrenní, nediferencovaná a symplexní**, takže čtyři jsou takové frekventovanější a dva se jenom zřídka kdy vyskytují.

2.3.1 Paranoidní schizofrenie

Tato první je nejznámější, nejčastější typ schizofrenního onemocnění. Postižený touto paranoidní schizofrenií trpí bludy. Změny smyslového a dalšího vnímání aniž by k tomu byl zvenčí jakýkoliv podnět. Má trvalé pocity, že je perzekuován, pronásledován, sledován. Na jakýkoliv podnět, co se stane v prostředí reaguje vztahovačně. Ne tak, že to prostě nebere v potaz a přestane na to myslet, že ho nenapadne se tím zabývat. Každý podnět z prostředí podléhá vlastně takové hyperkritičnosti, a všechno se vysvětluje tím vztahovačným způsobem. Každé chování lidí kolem sebe vlastně považuje za hrozbu pro svoji vlastní osobu. Převažují halucinace především sluchové, to jsou slyšení hlasů, hlasů, které se baví o tom člověku, komentují jeho chování, případně mu přikazují. Zvláštní je, že jsou vždycky negativisticky ty hlasy laděné a nepíše se v literatuře nic moc o tom, že by ty hlasy toho nemocného konejšily, chválily, říkaly mu jak je fajn a jak je to dobře, že je šikovný a že se mu povedlo to a to.

Je to nemoc. Takovéto chování paranoidní chování je způsobeno biochemicky tím, že vlastně dochází i při mozkové činnosti k nepravdělnému a nekontrolovanému vyplavování hlavně mediátoru dopaminu. A to vyplavování k čemu slouží. Jedna z těch základních charakteristik té paranoidní schizofrenie je v tom, že každý ten paranoidní schizofrenik je otevřený ke každému podnětu z prostředí sociálního, věcného, jakéhokoliv přírodního. Všechny ty podněty

vlastně způsobují ve velkém to, co způsobují v menším v nás, protože my při regulovaném vyplavování mediátorů si uvědomujeme význam a kódujeme si význam jednotlivých podnětů. Ten význam jednotlivých podnětů při regulované vyplavování mediátorů umožňuje nám si uvědomovat tu realistickou skutečnost. Umožňuje nám si zapamatovat a uložit vztahy mezi věcmi, mezi jevy, mezi osobami, mezi barvami, mezi zvuky, čili vytváří se v důsledku toho kontrolovaného vyplavování mediátorů mozkovou činností realistický obraz skutečnosti. Zatím co ta nemocná mozková činnost paranoidního schizofrenika funguje tak, že každý podnět je přijímán, ale nedochází k tzv. hierarchizaci zážitků. Nedochází k uspořádání těch podnětů na podněty důležité a nedůležité, velmi významné a málo významné, ve vztahu k časoprostoru atd.

Tzn., že v paměti se neukládá obraz reality, ale nahodilá směs podnětů a zážitků, která nedává žádný hlubší význam, protože je chaotická. Je to jako kdyby ten obraz, který měl vzniknout v psychice člověka se skládá z tisíc puzzle dílků a někdo do něj cvrnkl a rozsypalo se to na hromádku těch jednotlivých dílků, které už nikdy nikdo neposkládá do smysluplného obrazu. Nedošlo k hierarchizaci zážitků, je to paranoidní schizofrenie, je to rozbitá hierarchizace zážitků a je to způsobeno nadměrným příjmem informací a nemocný mozek tzn. nepravidelné vyplavování mediátoru, který umožňuje přenos informace z místa na místo a do různých oblastí atd. Ten mozek je nemocný a vytváří si chaotické nesouvislé spoje a asociace a ty pak provokují né vnímání a zpracování a analýzu reality ale vyprodukuje bludy. Vyprodukuje pseudoiluze, halucinace, protože nedochází k realistickému zpracování podnětů. Paranoidní schizofrenie je současně nejlépe léčitelná, nejčastější a současně výborně léčitelná.

2.3.2 Hebefrenní schizofrenie

Je typická pro adolescenty. Obvykle se tedy projeví a vypukne v období dospívání. Takovým tím hlavním znakem je nevhodné, necitlivé chování vůči sobě samému a vůči své rodině, svému

sociálnímu prostředí. Je tam chorobná náladovost a progresivní dezorganizace myšlení. Proděláváme pubertu, proděláváme náročnou adolescenci a to okolí většinou tiše trpí a nedovede si vysvětlit, proč je to necitlivé chování takové, až jaké je. Rodina, která není poučena, která nemá vědomosti v této oblasti ta tu diagnostickou funkci to oddiagnostikování běžných projevů složitého dospívání neoddiagnostikuje začínající hebefrenní schizofrenii. Z toho dochází velmi často k tomu, že ta schizofrenie je dost pozdě opravdu diagnostikovaná a pozdě léčena, že je to mnohdy jenom shoda okolností, která umožní tohleto rozpoznat. Významným projevem této hebefrenní dezorganizované schizofrenie je nelogická řeč. A to čemu se říká odborným pojmem ruminace.⁶⁰ Velmi typické jsou takové ty pseudofilozofické abstraktní úvahy, ale ty oddiagnostikujeme velmi rychle, že se trochu vyznáme v základech filozofie, někdy stačí trocha logiky, abychom si to dobře oddělili a věděli, co se zakládá na nějakém zpracování abstraktním informace filozofického typu nebo je to jenom nelogické ruminace a pseudoabstraktní filozofování. Okolí tyhleto projevy velmi často považuje za projev pouhé adolescence, pouhé nedospělosti, pouhému dospívání atd. Dá se říct, že ta **hebefrenie** v takovém plném slova smyslu jako kdyby karikovala takovou tu extrémní pubescentní adolescenci, jako kdyby karikovala všechny projevy mluvní, gestické, mimické atd., které se spojují právě s tím, jak opovrhujeme světem dospělých a zralých atd. Ovšem pokud je to hebefrenní schizofrenie, tak ty znaky jako kdyby chtěly se rozrůst do bizarních rozměrů, nemá to meze.

60,61 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. 11.3.2019

⁶⁰ Ruminace to je takové myšlenkové přežvýkání, ne jako když jedno sousto žvýkáme jako žvýkačku a pořád se tím zabýváme, ale něco podobného je ta ruminace na úrovni myšlenkového přežvýkání nějaké myšlenky nějaké věci, nemá to smysl, k ničemu to nevede, ale ta ruminace funguje, jako kdybychom se točili myšlenkami v kruhu. Takže významným projevem je nelogická řeč a významným projevem je ruminace tohoto myšlenkového typu.

⁶¹ Velmi časté jsou útržkovité halucinace, takové hypochondrické halucinace cenestopatické, útrobní halucinace a bludy pokud se vyskytnou ostatní smyslové a další halucinace, tak jsou prchavé, nestálé, absurdní.

Tak určitou mez přeci jenom taková ta dobře zpracovaná adolescence mívá.⁶¹ Většinou se pak nabaluje ta základní hebefrenní schizofrenie s negativními symptomy, oploštělost, uzavřenost, desocializace apod. A ta osobnost je silně narušena a rychle dochází k rozpadu osobnosti. Dá se říct, že tato hebefrenní ve srovnání s tou předchozí taková méně intenzivní, méně významná, přitom opak je pravdou.

Když to posoudíme ty důsledky z hlediska celkového osobního příběhu, z hlediska celkové kariéry toho člověka. Hebefrenní schizofrenik nezmaturuje, nevystuduje Vysokou školu ani Vyšší ani nedokončí studijní obor, protože se stahuje do sebe, vybočuje z mezí normálních sociálních vztahů, tzn., že se vlastně připraví, i když je dobře léčen a jeho schizofrenie mu nebrání v samostatném životě v podstatě se tím ztraceným obdobím připravil o kvalifikaci, o ekonomickou nezávislost, prostě poznamenal celý život touto nemocí a proto je ta hebefrenní schizofrenie z hlediska ničivosti následků ještě ničivější, než ta paranoidní, i když by se nám to nezdálo správné a pravdivé.

Hebefrenní schizofrenie je typická tím, že se projevuje na konci postpubescence a v období adolescence, čili v období dospívání. Období pubescence a období adolescence. Je to ten mladý dospělý člověk, který není pevný v kramflecích, na kterého tato společnost při tomto období klade obrovské výkonové požadavky, vystudovat, zvládnout učební obor, zvládnout praxe, zvládnout partnerský život. Je to obrovský souhrn tlaků uplatnit kvalifikaci, zajistit rodinu, přivést na svět děti. Obrovské množství nesmírně těžkých úkolů. A v tomto období dospívání, protože je to opravdu velmi těžké období života může nastartovat při zátěži a dispozicích hebefrenní dezorganizovaná schizofrenie.⁶² Takže progresivní dezorganizace myšlení je taktéž typická.

Významným projevem hebefrenní schizofrenie je nelogická řeč, které se říká ruminace. Je to takové myšlenkové přežvýkávání. Velmi typické pro hebefrenní schizofrenii, jsou takové ty pseudofilozofické, hrají si na velká moudra, hrají si na velké filosofie tyhleto projevy a jsou to takové nelogické a abstraktní úvahy, které jako, kdyby měly

spasit tento svět apod.⁶³ Někdy opravdu všechny tyto projevy, ačkoliv jsou mnohdy velmi intenzivní, se prostě považují za zcela přirozený průběh dospívání. A tím vlastně se dostaly někde jinde a nedostává se jim včas a intenzivní léčby. Podchycení a léčby. Někdy se zdá, že jako kdyby ta hebefrenická schizofrenie je karikovala, smála se životu, karikovala toto nezralé období. Někdy ty znaky té dezorganizace, těch abstraktních úvah atd. Někdy jsou vyhrocené doslova do bizarních rozměrů. Velmi často se vyskytují takové útržkovité hypochondrické halucinace. Hypochondrické v tom smyslu, že karikují zevních a průběh určitých nemocí, které fyziologicky a subjektivně nejsou prokazatelné, že by jimi ten mladý člověk trpěl. Nejčastěji jsou to hypochondrické halucinace typu cenestopatie tzn. útrobní.

2.3.3 Katatonní schizofrenie

Tato třetí forma schizofrenie, to jsou stuporózní projevy, tzn. na zátěž schizofrenní člověk reaguje tím, že dojde k myšlenkovému zázrazu, že mu ztuhnou svaly, že vykonával nějaký pohyb nohy, zůstává v bizarní poloze, ovládne ho katatonie (ztuhlost, stupor), a z toho je cesta pouze ven elektrokonvulzivní terapií nejčastěji. Také je to cesta rychlá. Pak jsou to negativní příznaky ve smyslu apatie, alogie, takové autistické projevy, které ignorují skutečnost, realističnost apod.

Emoční oploštění, emoční vyhasnutí. Takže negativní příznaky a poslední jsou nápadné změny chování, jestli tam došlo ke ztrátě citových vztahů. Jestli tam došlo ke ztrátě zájmů, k sociálnímu omezení, sociálních vztahů, jestli je tam typická nečinnost a jestli je tam bezcílnost.⁶⁴

62,63 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5 18.3.2019

⁶² Může se hlavně projevovat takovým hodně nevhodným, necitlivým chováním vůči svému okolí, může se projevovat chorobnou náladovostí, může se projevovat takovou dezorganizací myšlení, někdy máme pocit, že nám to dělá schválně.

⁶³ Všechny tyto projevy bývají často považovány jako součást té opožděné nebo nedokonalé proběhlé puberty. Nebo nezralosti v případě mladého dospělého člověka. Určité nezralosti nekompetentnosti apod.

Katatonní schizofrenie je, dá se říct vzácná, řídce se vyskytující. Ta je vzácná tak, že je to asi setina z těch ostatních, když se vyskytne. Celková ztuhlost je znakem té duševní poruchy⁶⁵ Je to sice vzácná nemoc, ale vyskytuje se tím, že se vlastně omezí celková hybnost. Ale nejen z vlastní vůle, ale proto, že psychika reaguje způsobem, že omezí veškerou psychomotoriku celého těla. Tedy dominují příznaky, které redukuje a postihují celkovou hybnost. Mimiku, pohyby rukou, veškeré svalstvo, dokonce i pohyby a směřování očí. Často se stává, že k té katatonii ztuhlosti dochází postupně a může se stát, že ten člověk v tom zaujímání té ztuhlosti může zaujmout i bizarní polohy.⁶⁶ Pokud je to stuporózní fáze, tak nějaká ta představitost a myšlenková činnost probíhá u toho člověka. Jsou to takové snové scénické epizody. Útlum a stuporózní nehybnost se prostřídá s několika minutovou nebo hodinovou etapou neklidu. Může to být agitované neklidné chování, které střídá tu úplnou ztuhlost. Pokud jsou tam halucinace scénické snové, pokud se střídají

64,65,66 Krahulcová, B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.4. 11.3.2019

⁶⁴ Měli bychom ale vědět, že pokud jsou tam takovéto změny chování a rodina si stěžuje, že celé dny nic nedělá jenom leží, civí někam do stropu apod. nikam nejde, ani se neprojde, ani nečte, ani jíst nechce atd., tak je to velmi nebezpečný akutní stav a hlavně ta rodina potřebuje dostat vysvětlení co to vlastně schizofrenie je, že se z ní ten člověk nedostane tím, že ho budeme pobízet Vstaň a jdi a choď, protože ta tendence musí přijít v důsledku toho, že zaberou léky a v důsledku toho, že on sám chce. Jinak ho z toho stavu toho člověka nedostane.

⁶⁵ Může se stát, že právě proto, že se týká mladého člověka, který sám sobě si neumí říct, já mám pocit, že se mnou něco není v pořádku, tento člověk to neřekne. Ten kdo má máni, ten kdo má depresi tzn., není příliš oslabena ta psychotická složka důsledků toho onemocnění. Spíš ten depresivní mladý člověk si řekne něco se se mnou děje, něco není v pořádku. Uvědomuje si, že je jiný, že jinak reaguje, že tento svět najednou má nějaké bizarní rozměry. Ten to spíš řekne a bude hledat odpověď na otázku, jak se vrátit z této cesty, jak si ten život usnadnit.

⁶⁶ Není to poloha nejpohodlnější sedět na bobku nebo si lehnout apod. ale ty bizarní polohy mohou být velice zvláštní a tento člověk v té poloze může setrvat několik minut, několik hodin ale i několik dnů. Dokonce i v těch krkolomných polohách. Říkáme, že se člověk nalézá ve fázi stuporózní, ztuhlé.

ty fáze útlumu a neklidného agitovaného chování, tak přesto hovoříme, že je to ještě fáze produktivní. Pokud se tento typ, klinická forma schizofrenie neléčí, postupuje dál a hlouběji v psychice. Dochází a může dojít k tomu, že se ztrácí schopnost tlumit, rozvíjí se mutismus oněmění. Může se spojovat mutismus s nějakými projevy negativismu odmítáním.⁶⁷

Na ztuhlost lze zemřít, protože postupně jak se utlumuje hybnost svalů a tak se postupně utlumuje činnost dýchacích center, funkce střev atd.⁶⁸

2.3.4 Nediferencovaná, nerozlišená schizofrenie

Schizofrenie může být atypická. Může být tzv. nediferencovaná, nerozlišená schizofrenie, tzn., že se nám nehodí do žádné tabulky. Má takové projevy a takový stupeň v jednotlivých oblastech narušení, že se nám nehodí do žádné z těchto klinických forem. K této netypické se velmi často přiřazuje ještě jedna taková atypická schizofrenie a to je Huberova cenestopatická schizofrenie.

2.3.5 Huberova cenestopatická schizofrenie

Je to útrobní, že se v útrokách, uvnitř těla člověka odehrávají pomyslné věci. Ta Huberova cenestopatická schizofrenie je vzácná forma a projevuje se tím, že člověk ztížený touto formou schizofrenie

67,68 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5 18.3.2019

⁶⁷ Někdy a velmi vzácně se můžeme setkat v té fázi produktivní, že může přijít a stát se fází, kdy člověk reaguje na polohování nebo jakékoliv působení způsobem jako kdyby byl z vosku, můžeme tvarovat polohu a pohyb končetin, prstů, mimických svalů apod.

⁶⁸ Vlastně ta ztuhlost pokračuje ve směru dovnitř, ve směru ke všem důležitým orgánům. Tato katatonie, kdy už selhává srdce apod., se nejčastěji a velice rychle dá nejproduktivněji léčit elektrokonvulzivní terapií. Ten výsledek v podstatě obnovení, nastartování činnosti mozku je velmi rychlý dá se říct, není to taková, jak bylo vidět ve filmu „Přelet nad kukaččím hnízdem“ tak to není taková ta smrtící věc, při které člověka svážou, dostane do těla obrovské množství elektrického proudu, bylo to působivé ve filmu, ale jinak ta elektrokonvulzivní terapie je velmi účinná a její efekt přetrvává velmi dlouho.

má pocit, že je nesmírně nemocný a nalézá na sobě velké množství symptomů nejrůznějších nemocí.⁶⁹

Ten omezený a vzdálený kontakt s realitou, do jaké míry je tam zachováno realistické vnímání věcí kolem. Postupně pokud nebývá odhalena schizofrenní složka této nemoci, postupně se objevují znaky symptomy s mnohem vyšší a vyšší bizarností.

Ta schizofrenie se rozvíjí, proniká hlouběji, zasahuje větší a větší oblasti mozkových struktur a velmi často se stává, že tato Huberova cenestopatická schizofrenie končí pokusem o suicidium nebo dokonanou sebevraždou, protože se může stát, že unikne ta psychotická složka pozornosti lékařem nebo po prvním, druhém, třetím odmítnutí praktickým nebo jiným lékařem se ten člověk může dostat do situace, že on a jeho příbuzní přestanou důvěřovat jak jedné stránce věci, tak druhé stránce. Opravdu i takový to jednoduchý zásah do psychiky může vést k velmi důkladnému rozpadu osobnosti právě z hlediska stigmatizace a důsledku nepochopení.

69 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5 18.3.2019

⁶⁹ Prodělal infarkt, má žlučnickový záchvat, trpí salmonelózou, tisíc věcí na sobě najde a prožívá bolesti, prožívá příznaky těchto nemocí. Navštěvuje často lékařská zařízení tento člověk s atypickou schizofrenií Huberovou cenestopatickou a stěžuje si na nemoci, kterými aktuálně trpí. Samozřejmě, že medicína má na štěstí k dispozici mnoho objektivních postupů, pomocí kterých objektivně zjistí a potvrdí, nebo vyvrátí přítomnost této nemoci. Jsou to laboratorní zkoušky, objektivní přístrojové zkoušky měření atd. Takže se vlastně nepotvrdí infarkt, nepotvrdí se žlučnicková kolika a spousta dalších nemocí, o kterých se tento člověk domnívá, že je má. Ale to ještě neznamená, že těmi nemocemi netrpí, protože on je opravdu prožívá. On opravdu neprožívá realitu v tom smyslu, že by tu věcnou reálnou složku toho, co vnímá, oddělil od toho, co s sebou přináší ta nemoc. On opravdu prožívá ten infarkt, který prodělá nebo zápal plic, cokoliv. Lékaře nepřesvědčí o své pravdě, nicméně lékař musí jít hlouběji a přesvědčit se o tom, do jaké míry je tam rozvinutá psychóza.

2.3.6 Residuální, chronická, zbytková schizofrenie

Je to takové chronické stadium chronicky probíhající psychotické onemocnění schizofrenního typu, které se léčí s nemalými obtížemi, protože ta schizofrenie neprobíhá kontinuálně v pondělí je stejná jako v úterý, v úterý jako ve středu a v pátek a v sobotu je stejná jako od pondělka. Schizofrenie probíhá podle počasí.⁷⁰

Symptomy schizofrenie jsou to ty akční, to jsou bludy, iluze atd. to jsou to zrychlené zabíhavé myšlení. Ty negativní to je ta katatonie nebo stuporózní stav. Tj. snížení myšlenkové výkonnosti, aktivity. Myšlenkový záraz, myšlenkový stupor, kdy se utlumuje jakýkoliv projev na venek. Takže u té reziduální se spíše vyskytují ty negativní symptomy schizofrenie, a ty se zrovna hůře léčí. Lépe se léčí ty pozitivní, ty akční projevy, hůře se léčí ty negativní a takové ztuhlosti, zárazy atd. Může se vyskytnout samozřejmě tzv. pozitivní ataka a ta může uniknout pozornosti. Nicméně s nejčastější samolepkou, obrázkem takto jednajícího člověka se spojuje takový ten názor, že nemá o nic zájem, že se chová jak poustevník, nelida, nemá rád lidi, utíká od té lidské akční společnosti.

2.3.7 Symplexní schizofrenie

Dá se říct, že ze všech těch klinických formách je schizofrenií nejvzácnější a je charakteristická právě tím, co může nastat, že je zbytková reziduální.⁷¹ Navíc ještě dochází ke ztrátě hygienických návyků, dochází k tomu, že ten člověk bezúčelně se potuluje po bytě, po domě, po přírodě. Je typický tím, že postupně, jak ta nemoc zmocňuje další a další oblasti myšlenkové činnosti, tak dochází k degeneraci, dochází k rozvoji degenerativního úpadku mysli, ale je

70 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5

z 18.3.2019

⁷⁰ Podle toho co kdo snědl, podle toho co má kdo jaký program, jací informační kolegové, podle toho jak se cítí, jak se vyspal, kdo se na něj jak podíval, podle toho se ta schizofrenie vyskytuje v závažnější psychotické formě, nebo méně závažnější, vyskytuje se v atakách nebo v remisích. Tzn. s přerušením, že se vrátí ta psychika víceméně do reality.

to v případě dospělých lidí, v důsledku symplexní schizofrenie se rozvíjí demence. Demence dospělých lidí nemusí být jenom vzniklá v důsledku těch tzv. neurodegenerativních nemocí jako je Alzheimer anebo Pickova nemoc, frontotemporální nemoc, Kreutzfeld-Jakobova nemoc, to všechno jsou onemocnění, které postupně jak se rozvíjejí a protože je neumíme léčit, mají destruktivní účinek a jsou příčinou vzniku demence stejně tak symplexní schizofrenie pokud není léčená a to jak v oblasti alopatické, tedy léky, tak v oblasti psychoterapeutické, čili myšlenky léčíme pomocí myšlenek tak může k tomu dojít. Pro klienta se symplexní schizofrenií je příznačná tzv. nicota, nihilismus, nicota ve všem prožívání, polehává, nepřemýšlí, on nečte, neprožívá emoce, necítí, osobnostně nežije, nemá k sobě samému vztah, neuvědomuje si svoji identitu, svoji hodnotu, svoje schopnosti, on má těžce nemocnou myšlenkovou činnost, mozek. Jinak každá schizofrenie může v případě absence léčby té i té, medikační, nemedikační skončit demencí a předčasným úmrtím. I tento typ schizofrenie je typický velmi vysokou suicidalitou, tedy tendencí k předčasnému ukončení života. U symplexní schizofrenie se vyskytují a znásobují příznaky negativní a ty pozitivní se nevyskytují vůbec. Zatímco u té předchozí hebefrenní schizofrenie cenestopatické tam se ještě může vyskytnout pozitivní příznak, ale je jich ve srovnání s negativními velmi málo.

Ta nová typologie schizofrenie negativní a pozitivní, kognitivního a afektivního symptomu je následující, ty negativní jsou nedostatky v řeči.⁷²

2.4 APATIE

Pacienti rezignují na všechno. Jsou okamžitě unaveni, nemají cíle, nic jim nedělá radost, nemůžeme je ani nějakým způsobem motivovat, protože nereagují ani na radostné ani na smutné ani na cílové způsoby podněcování. Prostě jsou apatičtí až do morku kostí.

2.4.1 Anhedonie

Anhedonie je ztráta radosti ze života. Mnoho věcí děláme proto, že jsme požitkáři, že nás to baví, že nám to chutná, že nám to voní, že

nám to vyvolává radost, takže jsme hédoničtí. To je hedonie, ale anhedonie je, že vlastně nám nic nezpůsobuje požitek. Nic nám nedělá radost ani z hlediska těch nejjednodušších pocitů a ani těch nejvyšších.

A anhedonie rovná se asocialita což je stahování se ze sociálních stavů a vazeb. Negativní symptom z těch nejčastěji se u schizofreniků vyskytujících je narušená pozornost. Takže v situaci s klientem se schizofrenií co děláme, musíme mít na paměti to, že je schopen se na nás soustředit několik vteřin.⁷³

Ty pozitivum. Pozitivní symptomy schizofrenie jsou nejčastěji se vyskytující u schizofreniků halucinace tzn. bez nějaké fyzické bez jakéhokoliv podnětu vzniklé dojmy. Bludy komplexní halucinace, bizardní chování neodpovídající situaci ani zvykům ani ostatním.⁷⁴

2.5 ZVLÁŠTNOST SCHIZOFRENIE

Zvláštností schizofrenie je to, že je to nemoc, která nezmizí. Nemusí se ale ve svých symptomech projevit. Někdy člověk nemocný schizofrenií může fungovat jako všichni ostatní a třeba tak funguje deset, patnáct let a pak při nějaké zátěži, kumulaci problémů, někdo

71,72 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5
18.3.2019

⁷¹ Ta symplexní je charakteristická tím, že si člověk jako kdyby postupně zavíral mezi sebou a světem další a další dveře. Jako kdyby vytvářel bariéry mezi sebou a světem a ty bariéry vršil jednu za druhou, uzavíral se do sebe. Projevuje všechny znaky tzv. desocializace, tzn. všechny ty sociální vztahy, zájmy a činnosti, všechno co směřovalo navenek k tomu, aby se člověk udržel v té sociální síti, všechno to postupně jako kdyby odcházelo, mizelo a bylo nahrazováno pevnými bariérami.

⁷² Nedostatky v tom smyslu, že se zkracují věty, předpreferují se holé věty, pak se používají jenom klíčové pojmy. Pak se z těch klíčových pojmů řekne jenom část. Neřekne, dej mi banán, ale řekne ba. Ztrácí se čím dál víc celá jazyková struktura. Další negativní příznak je afektivní oploštěnost. Tzn., že ani ve smyslu smutku ani ve smyslu radosti se tam nevyskytují takové ty polohy, takové to prožívání, ani radostné věci ani smutné věci, jen někde uprostřed takové něco nediferencované ani radostné ani smutné, prostě afektivně, emočně oploštělé jednání a prožívání.

přestěhoval se, všechny velké změny přinášejí nápor na psychiku, se může stát, že se ten člověk dostane do nějakého prostě relapsu, že se opakuje anebo vyskytne se nějaká ataka buď ve smyslu negativních nebo ve smyslu pozitivních nebo z obou skupin příznaků. Schizofrenie je zvláštní tím, že je na celý život diagnostikována, ale zhruba u jedné třetiny nemocných se třeba už po první atace nevyskytne nikdy a u další třetiny se občas vyskytuje, ale jsou to lidé, kteří jsou pevně ukotveni v sociálních vztazích, v rodinách atd. normálně víceméně fungují s tím, že mají některá omezení, aby nepřepínali své síly, a hlavně musí brát léky. Jedna třetina je hůře ovlivnitelných schizofreniků.

2.5.1 Momentálně se používají léky druhé generace

Pro lidi, kteří obtížně dodržují lékový režim nebo chtějí žít pohodlněji, pro ty medicína vymyslela depotní léky, depotní injekce, kterých účinek trvá dva až tři nebo až čtyři týdny po podání a ten člověk je pak medikován, dobře funguje a nemá starosti ráno, v poledne, večer si vzít hrst tabletek, což má určitě i další negativní účinek. Takže je to takový lékový komfort.⁷⁵

Takže ty psychofarmaka druhé a dalších generací i z hlediska depotnosti jsou velmi komfortní a užívané. To co je velký problém a musí o tom jako sociální pracovníci opravdu vědět, je to, že ty léky

73,74 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5
18.3.2019

⁷³ Nevyslechne pětiminutový monolog, nemá tolik sil, aby ho vnímal, aby ho dešifroval a cokoli si dovedil. Lépe uspějeme, když budeme my i v kontaktu a komunikaci s tím používat vhodně emočně spíše neutrálně laděná slova. Slova nebo sousloví. Dvě, tři slova, ale pak vždycky musíme dopřát relax.

⁷⁴ Mezi ty pozitivní symptomy, je to takové negativní znak, ale jenom v tom smyslu pozitivní, že je to spíš akční porucha platného společenského myšlení. Odmítání společenského řádu, odmítání určité etikety, protože na něj mé myšlení a mé cílové jednání na něj prostě nestačí.

jsou v podstatě, i když se vezmou třeba jenom jednou denně, jednou týdně, jsou to léky, které se musejí brát do značné části schizofrenie, to je jedna věc.

Zatímco my už tohle víme, že u většiny schizofreniků je to medikace na celý zbytek života a to poměrně komfortního života, takže nějaká ta tabletky nás nepoloží ani co do režimu dne a co do vedlejších vlivů. Velmi často se stává a tolik máme u těchto pacientů, kteří zjistili, že jsou vlastně zdraví, musejí akorát brát léky a oni ty léky vysadí. Pokud dojde k takovému stavu, aby schizofrenik mohl vysadit léky, tak ty léky musí vysazovat déle než dva roky.⁷⁶

2.5.2 Nikdy nelze u schizofreniků akceptovat vysazení těchto léků.

Ani iksté generace. A někteří opravdu se cítí jak hrdinové a vysadí. To škodí víc. Některé ty léky i v té poslední generaci mají takové ty vedlejší příznaky spavost, třes, neklid, celková somnolence, ospalost nebo snížený kontakt s realitou.⁷⁷ Nejsou to antibiotika, nejsou to ani jiné léky, které lze vysadit ze dne na den při odeznění příznaků, konec konců ani antibiotika nesmíme vysazovat, když nám pomohou potlačit bolest nebo snížit teplotu, ale musejí se v rámci celého tohoto cyklu dobrat,

75,76 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5
z 18.3.2019

⁷⁵ To co komfort není souvisí s tím, že je to velmi často na celý život i u těch depotních, že jsou to léky, které všechny mají určitý další lék nebo projevují se mají prostě nějaké další omezující nebo nepříjemné účinky, ale těch vlivů zdaleka není tolik, jako bylo v minulosti, pokud jsme měli k dispozici pouze ty léky první generace.

⁷⁶ Tři roky, to nejsou antibiotika, která dobereme a konec budeme zdraví. V žádném případě. To jsou léky, kterých účinek ovlivňuje mozkovou činnost a jejich účinek těch léků se snižuje po nesmírně dlouhou dobu. Tak to platí například u depresí. U žádné z depresí, pokud to někdo zkusil vysadit antidepresiva ze dne na den tak to trpce oplakal, protože ty úporné bolesti hlavy a ty velmi silné negativní příznaky u depresivních pacientů pak přetrvávají mnohdy, že to pak ti lidé, co chtěli vysadit antidepresiva vzdávají a vrací se k těm lékům. Ale tím si uvolňují celý ten cyklus.

jinak se nám může nemoc vrátit v mnohem silnější podobě. Musíte fungovat vlastně při práci s klientem s těmito nemocemi a informacemi tohoto typu, ta odborná znalost, „víte u toho lékaře není příliš moc času“, lékaři jsou přesyceni návalem pacientů.⁷⁸

Dobře víme, že v podstatě určitou úlohu pro vznik schizofrenní poruchy „schizofrenie“ přímo onemocnění sehrává dědičnost. Pokud je v rodové linii dědičnost buď pro schizofrenní poruchy, nebo příbuzné psychotické poruchy, což se může prostrídávat v generacích, tak má vlastně pacient štěstí. Protože ta rodina mu bude rozumět. Zatímco pokud se vyskytne schizofrenie u člověka v rodné linii v komunitě nebo v rodině nejčastěji, kde se nesetkali s takovým to onemocněním, tak tam si ta rodina bude muset projít s tou informací a důsledky a nemusí se vlastně ten pacient setkat s takovým úplným porozuměním od prvního ataku a uhozením té nemoci. Takže nemůžeme říct, že by dědičnost a dědičné dispozice byly pouze negativním faktorem v práci s těmito lidmi, mnohdy právě naopak ta rodina obklopí nemocného člověka, opečuje, rozumí mu a dostává se mu vůbec takové lepší, kvalitnější, všeobecné péče

2.5.3 Riziko vypuknutí schizofrenní poruchy.

V případě jednoho schizofrenního rodiče je 13%, to je dost. Málo je, když je to 0,01, 0,02 ale 13% je poměrně dost. Pokud jsou oba rodiče se schizofrenními

77,78 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5 z 18.3.2019

⁷⁷ Ty nežádoucí účinky mívalo sedmdesát pět až osmdesát procent pacientů, takové velmi silné nežádoucí účinky, ale tyhle léky se už u nás nepodávají. Takže žádné vysazování důležitých léků.

⁷⁸ Né všechny sestry vydrží ten tlak na nezbytnost poskytnout dobré a úplné informace. Někdy se poskytují dobré a úplné informace rodinným příslušníkům, protože se děje to, co by se dít nemělo, že se práva pacienta potlačují v kontaktu s tím lékařem a nemělo by se to z lidsko-právního hlediska stát. I pacient s duševní poruchou má právo na úplné informace a né si apriorně myslet a předpokládat v těchto kontaktech, že přeci nebude té preskripci rozumět nebo nedokáže ji dodržovat přísněji.

poruchami, tak je ta dispozice vysoká 24%, ale nevysvětlujte si to tak, že se ve 24% vyskytne ta nemoc, vůbec se nemusí vyskytnout ani v jednom procentu pokud ten člověk s tou dědičnou dispozí se neseťká s těmi vyvolávajícími faktory. Ale to riziko je tady opravdu mnohem vyšší. Pokud má někdo sourozence se schizofrenickou poruchou, tak má asi 7%-ní pravděpodobnost, že v případě souběhu těch vyvolávajících činitelů se asi v 7% může vyskytnout schizofrenní porucha. Co se týká těch vzdálenějších příbuzných bratrance, vnuky atd, tak tam je to riziko vypuknutí 3%-ní. Pokud se týká jednovaječného dvojčete, tak je to skoro 50%, téměř 50 na 50. 48% je pravděpodobnost, že se ta schizofrenní porucha rozvine.

Riziko pro sourozence dvouvaječného je 17% a zhruba 80% schizofrenních pacientů nenajde v rodině nikoho, kdo by tu schizofrenní poruchu měl.⁷⁹

Ale kdybychom šli po dalších a dalších generacích, tak ve výjimečném případě se někdo z našich současníků tím zabývá nějakou genealogií, rodové linie a zjistil a zapsal. Jinak jsme hodně zpřetrhaní, co do genetických vazeb.

2.5.4 Genetická závislost je významná v různých kontextech.

Jenže ani ta vysoká významnost, ani ta 50%-ní

79 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5 18.3.2019

⁷⁹ Ale to je otázka. Je to otázka jednak proto, že v minulosti kdo byl nemocný, tak ten zpravidla rychleji, častěji, v mladším věku zemřel. A pokud byl nemocný, tak ta rodina truchlila a zapomněla. Vůbec třeba se nemusíme dozvědět, že se naší babičce a předchozím generacím, že se narodil někdo s takovými to projevy. Může se zapomenout, může to uniknout pozornosti. Nevíme nikdy docela přesně co je naše a co je sousedovo, při těch genetických testech toho biologického původu a vztahu mezi vlastními rodiči, mezi otci a matkami a dětmi atd. Tam se našlo v podstatě v důsledku rozvoje genetiky obrovské množství nesrovnalostí. Takže nikdy nemůžeme vědět, jestli ten náš sourozenec nebo ten předek byl opravdu pokrevním příbuzným. Navíc, kolik známe ze svých předků? Jestli vůbec byli nebo nebyli zdraví? Znáte někdo z vás zná mínus tři generace? A myslím tím všechny ty děti atd. Nanejvýš tak prarodiče.

významnost nemusí v podstatě znamenat, že ten druhý z toho jednoho vajíčka opravdu onemocní schizofrenií, protože se nemusí setkat s těmi vyvolávajícími faktory.

2.5.5 Existují dvě teorie směřující k tomu, aby odhalili příčiny vzniku schizofrenie.

Jedna je ta klasická dopaminová hypotéza schizofrenie, tzn., že vlastně víme strukturálně a biochemicky objektivně zjistit, jaké tzv. dopaminergní hyperaktivní odpovědi mozku jsou spojené s narušenou biochemií, s narušenou elektricitou, s narušenou mozkovou strukturou hmoty a specificky narušené a způsobují schizofrenní poruchy. Takže psychotické symptomy schizofrenie vyplývají z narušeného vyplavování dopaminu a ještě k tomu dopaminu se přidružují tzv. poruchy D2 receptoru a tato zvýšená aktivita se může týkat jedné části mozku, velké části mozku a podle toho máme schizofrenii paranoidní atd. Takže to je dopaminová hypotéza.

2.5.6 Druhá je hypotéza vzniku schizofrenie, ta se odvíjí od tzv. neuro-vývojového modelu.

Předpokládáme, že v mozku došlo z nějakého důvodu k poškození určité oblasti a říká se to oblasti, která funguje jinak, mlčící léze. To se může stát při patologicky probíhajícím těhotenství, porodu, časném období. To jsou období, kdy se mimo vnějším způsobem rozvíjí struktura nervová mozku a přilehlých oblastí a také se může narušit chemismus mozku.⁸⁰

Protože došlo k nerovnoměrnému vývoji i velmi těžký stresor může způsobit vznik takovéto mlčící léze, např. když těhotná žena v prvním trimestru bojuje o život, že je napadena atd. Je jí těžce ublíženo, ale těžký stres, co způsobí stres, že se omezí vyplavování a zásobování v celém oběhovém systému kyslíkem a živinami a omezením ten stres⁸¹ způsobí, že se stáhnou cévy a mozek dostává jen nejcitlivější a na dobré prokrvení a dobré zásobování. Takže ta mlčící léze, že dojde k přechodné psychotické atace, k přechodné ztrátě kontaktu, omezení v kontaktu reality.⁸²

2.5.7 Schizofrenie může vzniknout kdykoliv v průběhu života.

Ale v těchto obdobích, kdy je největší tlak na výkonnost člověka, je to nejčastější dopamigerní, dopaminová hypotéza nebo vývojová hypotéza. To jsou dvě skupiny příčin, které mohou kromě té dědičnosti ještě způsobit, že vypukne nebo onemocní schizofrenií fakticky kdokoliv a kdykoliv. Na vzniku schizofrenie se ještě podílejí psychosociální vlivy kromě vlivu prostředí.⁸³

2.5.8 Nenaléhat na člověka s diagnostikovanou schizofrenií.

Také nemá smysl ho přesvědčovat, že jeho bludy, jeho hlasy, ty ruce, které se k němu natahují, aby mu ublížily atd., to znamená, to psychotické myšlení to slovy nezvládneme, to nemocnému nevysvětlíme, že je to znak nemoci. On to prožívá, je to součást jeho myšlení. My ho nepřesvědčíme tím, že mu řekneme, že je to blud a on není reálný. Nedohadujeme se s lidmi s psychotickým myšlením o tom, co je realita a co je příznak nemoci. Nedává to naprosto smysl, jen to

80,81,82 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5 18.3.2019

⁸⁰ Tímto způsobem nerovnoměrným dozráváním mozkových struktur vznikají specifické poruchy učení, vznikají dětské mozkové obrny a mohou vznikat i schizofrenie. Takže ten neuro-vývojový model hovoří, že někde v mozku někoho může existovat někde v mozkových strukturách tzv. mlčící léze, tzn. ta mozková hmota, ta struktura, to vyplavování neuromediátorů, které funguje jinak.

⁸¹ Tzn., že mozek toho novorozence byl po určitou dobu vystaven nedostatku zásobování kyslíkem a živinami. V důsledku toho mohlo dojít k základu toho nerovnoměrného vývoje mozkové hmoty biochemismu a elektrocitity. Takže je to neuro-vývojová hypotéza, která nám říká a ještě ta mlčící léze se zpravidla v tom vývojovém období, kdy je dobře zásobovaný mozek a u dobře vychovávaném dítěti se nemusí projevit ničím, ale může se projevit tím tvrdým nátlakem období adolescentní na získání kvalifikace, uplatnění v práci, kariéru atd. To je v období, kdy je zvýšený nárok na integraci.

⁸² Takovéto časné poškození centrálního nervového systému ovlivňuje další vývoj mozku a ovlivňuje nebo zakládá náchylnost k rozpoutání schizofrenie ve vyšším pozdějším věku.

zvyšuje stresující prostředí nebo stres. Nemusíme s pacientem souhlasit, můžeme přesvědčovat rodinu a nikoliv pacienta nebo klienta. Naučme rodinu a pracujme s rodinou tak, aby nekritizovala, aby nekonfrontovala, aby nenaléhala na oddělení psychotického a nepychotického myšlení. Může se stát, že tím tlakem na výkon toho pacienta a změnu vnímání světa mu jenom pohoršíme. Jenom zvýšíme ten tlak na něco, co není v jeho silách. On sám v důsledku léků musí cítit, že hlasů je méně, že jsou méně agresivní, že léky začínají zabírat, že je méně ospalý a že on sám se už cítí odpočatý a pomalu bude chodit apod.

2.5.9 Spuštění schizofrenie začíná v pozdní adolescenci nebo časně dospělosti,

ale může vzniknout kdykoliv, to riziko je největší, někde se v literatuře píše od šestnácti, od patnácti do třiceti let, od šestnácti do třiceti pěti. Tak je jasné, že je to období adolescence, mladé dospělosti. Pokaždé začíná nespecifickými obtížemi, plachost, sociální stažení, chudý a omezující vztah vrstevníků, takovéto disociální chování a sám sobě jsem si cizí. Pozorují se jako cizince.⁸⁴ Ta schizofrenie může manifestovat akutně, okamžitě, že nám rozvrací svět nebo je rozvoj příznaků postupný, pozvolný, ta hierarchizace zážitků, ten dopamin a D2 nám umožňují uvědomovat si význam zážitků.⁸⁵

83 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5, 18.3.2019

83 Rady, které bychom my měli mít v malíčku a měli bychom jimi disponovat při práci s rodinou a s nemocným člověkem, nemocným našim klientem. První rada je minimalizovat jakýkoliv stres po té atace. Byla tam ataka, dostalo se diagnózy člověku, zůstal v neschopnosti a my teď máme trošku pracovat s rodinou, protože velmi často se stává, že mladý člověk po té atace dostane léky, bojuje s vedlejšími účinky atd. Polehuje, nemá žádnou tendenci, aby něco vytvářel, ani nečte, ani nepíše, ani se moc nedívá na televizi, ani nic nenaslouchá a ta rodina má pocit, že mu vlastně nic není, vždyť nemá horečku, nebolí ho ani hlava atd. a útočí na něj a podněcují jej, aby něco dělal, aby byl aktivní. Ale my musíme vědět jako sociální pracovníci, že ta první rada je nenaléhat, netlačit, minimalizovat jakýkoliv stres.

Ty souvislosti, ty vztahy, ty závislosti jsou založeny na této biochemické hierarchizaci našich zážitků. A dokáže to obyčejný dopamin jako mediátor, jako nosič té informace.

2.5.10 Jakmile je produkce dopaminu narušená, dochází k nekontrolovatelnému vylévání dopaminu do limbického systému a vyhodnocovacím chybám.

Třetina má jenom jednu ataku, dlouhodobou léčbu, třetina má víc opakovaných atak a dlouhodobou léčbu a hlavně ve třetině vrátíme tu třetinu do života a do práce a do vztahů nejčastěji tím, že je ten člověk zařazen do bio, psychosociálního léčebného přístupu. A je tam všechno. Je tam individuální terapie, skupinová terapie, je tam psychoterapie, rehabilitace, pracovní terapie, psychoedukace, ale je to dlouhodobé. Dlouhodobá mnohaletá léčba. Skupina psychotických poruch, první je schizofrenie a skupina klinických forem schizofrenních poruch a první je paranoidní schizofrenie.

2.5.11 Cyril Höschl: Záhady duše. Záhada schizofrenie.

Když se řekne schizofrenie, tak si mnozí představí beznadějnou chorobu, šedivou postavu v župánku houpající se u zdi kdesi na chronickém pavilónu, člověka rozpadlého, beznadějného bez motivace, bez schopnosti navazovat kontakty, pracovat a bez perspektivy. Ten obraz je do určité míry falešný a je obestřen několika nedorozuměními. To první nedorozumění je klinická představa o tom, že slovo schizofrenie z toho slovíčka schizein, štípu,

84,85 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5, 18.3.2019

⁸⁴ Věci, které jdou kolem mě, vnímám jako cizí film, který mi nic neříká. Depresivní nálady, neklid, vztahovačnost, emoční oploštění a teď, když to dáte do kupy, každý z nás najdeme takovou chvíli, kdy jsme se takhle cítili. Ale nemáme přitom schizofrenii. Jsou to pocity a škála vnímání světa, která je zcela normální pro zdravé tělo a zdravý mozek.

⁸⁵ Cokoliv vidíme, cokoliv slyšíme, cokoliv děláme, cokoliv se učíme, souvisí s pravidelným vyplavováním více nebo méně dopaminu a to více nebo méně souvisí s tím, že je to významné víc nebo významné méně. A tak jak je to uložené, více nebo méně významné je dnes, je zítra nebo dochází k radikální změně, ale pak je logicky odůvodněné.

znamená rozštěp na několik alternativních já cosi jako Džekil a Hyde, ale to je případ velice vzácný. Spíš se tím rozštěpem myslí odštěp jednotlivých psychických kvalit od sebe, například myšlení od motoriky. Další nesprávná představa je, že schizofrenie je spojená s nějakým hrubým úbytkem inteligence, že jde o zblbnělost v tom lidovém slova smyslu, to není pravda. Schizofrenie si nevybírá a je to nemoc, kterou teoreticky může dostat každý z nás. A která postihuje i jedince výjimečné, často i intelektuálně výjimečné.⁸⁶

2.5.12 Co schizofrenie obnáší, jaké mechanismy jsou na pozadí jejího rozvoje a co s ním současná medicína dokáže dělat

Schizofrenie je sama podstata toho onemocnění, protože máte Vysokoškoláka zdravého, který najednou jednoho dne začne slyšet hlasy, které tam nepatří a začne mít najednou představy, že je součástí nějakého obrovského konfliktu, najednou začne mít pocit, že může být někým ovládnán na dálku, nějakými silami, jak je možné že vlastně mozek takovýmto způsobem začne chybně odečítat realitu. Pokud odpovídám tak odpovídám na otázku, jak vlastně mozek zpracovává realitu tak jako takovou.

86 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5, 18.3.2019

⁸⁶ Takovým krásným a stále živým příkladem je matematik John Nash, jehož osud byl tak působivý, že o něm vznikl film Čistá duše Beautiful mind a je to člověk, který strávil většinu života v psychiatrických léčebnách. Po většinu svého života byl pod vlivem těžce se rozvíjející schizofrenní poruchy, a přesto dostal v roce 1994 Nobelovu cenu. Měl jsem to štěstí se s ním v Americe potkat a John Nash mi říkal: „Ono to vypadá absurdně, ale když začnete mít pocit, že vás někdo pronásleduje a začnou vám ta fakta do sebe zapadat, tak se vám najednou rozsvítí, asi tak když vyřešíte úspěšně nějakou matematickou rovnici.“
(<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)

2.5.13 Současná medicína řeší schizofrenii jako poruchu zpracování informací

Z důvodů výukových a výzkumných je poskytnutí zpětné vazby se někdy používá videonahrávek sezením s pacienty a to jak ve vztahu akutního onemocnění, tak po vyléčení. Ta ukázka je také příkladem z několika psychiatrických metod, které jsou u psychóz využitelné, spočívá v tom, že se vstoupí do psychotikova světa a tam se rozbije zevnitř.⁸⁷

2.5.14 Ono je na schizofrenii záhadné také to, že to onemocnění je zjevně genetickým podkladem, je vázáno nikoliv na jeden gen, ale samozřejmě na řadu genů, ale ti schizofrenici mají málo dětí, nezakládají rodiny

To znamená, že pokud si dáme tyto dvě věci dohromady, tak nám schizofrenie vymizí z populace.⁸⁸

Není to často, jak tomu bylo před tisíci lety, čtyřmi tisíci lety, jako kdyby ta dispozice k tomuto duševnímu onemocnění šla ruku v ruce s nějakou dispozicí, která je naopak relativní a to velice výrazně a to je podle některých řeč, ale zdá se, že ta souvislost mezi řečí a schizofrenií je ještě na několika dalších úrovních, jedna z nich, která je také studována v psychiatrickém centru jako souvislost mezi schizofrenií a jedním genem, který se jmenuje foxte dvě, který zřejmě hraje nesmírně důležitou roli v rozvoji právě těch oblastí mozku, které jsou nositeli řeči.

87,88 Krahulcová,B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5, 18.3.2019

⁸⁷ Ten pacient vysílá různé kódy, řu, řu, ňu, sišel, sišel, šengy, šengy, šengyš a ten lékař mu neříká, že je to nesmysl, nekoriguje ho, přijme to, ale vy jste udělal chybu, tenhleten kód vám tam chybí, on se zarazí a on mu rozbije ten psychotický svět zevnitř. (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)

⁸⁸ Jako že to je biologický otec, tak když mi bylo asi třináct, tak si mě vyloženě pozvali, že nějak zkoumali, jestli náhodou nemám také takové sklony, tak nic se tenkrát neprokázalo.

2.5.15 Na té negativní představě o pacientech se schizofrenií se do značné míry podíleli vedlejší a nežádoucí účinky léků

Tyto léky se klasicky na toto onemocnění podávali, říkalo se jim antipsychotika a ta první generace měla vedlejší účinky, které zahrnovali pohybové podněty, parkinsonský třes a řadu dalších a ty do určité míry pacienty handicapovali vizuálně tak, že splňovali představu o tom, jak má vypadat duševně nemocný.⁸⁹

2.5.16 Mechanismy rozvoje schizofrenního onemocnění a jeho příčiny

Zrovna tak jako mechanismus působení těch antipsychotik se studují a studují se také v anomálech a modelech. Komunikální laboratoř Psychiatrického centra Praha, která je jediná jež se animálními zvířecími modely duševních onemocnění v naší republice zabývá a dosáhla v této oblasti pozoruhodných výsledků.⁹⁰

Právě ukázka toho, že po aplikaci té dané látky ten potkan zvýší svojí aktivitu lokomoční, což je vidět tady, zde je kontrolní potkan, je příklad právě podání léků, které se používají k těm potkanům Haloperidol a Clozapin, což je Haloperidol netypické starší psychotikum a Clozapin je novější zástupce a je to atypické psychotikum. Význam toho konkrétního pokusu je právě označit kvalitu života těch

89,90 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5, 18.3.2019

⁸⁹ To už do značné míry není pravda, protože mnohé generace léků přinášejí daleko vlídnější použití, jsou uživatelsky přátelštější, nesou jiná rizika, ale ne tyto viditelné nežádoucí příznaky.

⁹⁰ My máme tu velkou výhodu, že si některé věci, které klinici nejsou schopni dohledat na svých pacientech, my můžeme ověřit pozorování na zvířeti, především na tom potkanovi a říci jistou pravděpodobnost, že to co vidíme u toho zvířete, je možná také v nějaké kauzální příčinné souvislosti s tím, co klinici vidí u svých pacientů. Vlastně to zvíře se vloží do určitého prostoru a my celou tu vlastně jeho aktivitu, obzvláště tu délku toho pohybu sledujeme a automaticky pomocí snímací kamery v animálních projevech jsme schopni sledovat a předvídat jaký mechanismus účinku, pod kterým antipsychotikum funguje a tím způsobem mění to chování v modelu psychózy například jestli normalizuje to chování toho zvířete, nebo nenormalizuje, že to způsobí nějaký deficit například u motoriky, což řada psychotik, které se běžně používají, dělá.

pacientů se schizofrenií, najít prostě nové léky, které umožní žít kvalitní život těm lidem bez nějakého omezování, aby mohli mít rodinu, chodit do práce a nemuseli být na invalidním důchodu. Častou otázkou je, zda genialita a duševní onemocnění v tomto případě schizofrenie spolu nějak souvisejí. To není otázka jednoduchá.⁹¹

Platilo to klientu se schizofrenií vůbec. Takže oni vlastně žijí jako transcendentí nebo se v ní spíš topí. Ale je to něco co ve všedním takovém životě vlastně neznáme, myslím si, že to co se teď rozvíjí jako komunitní péče, že to není jenom dobré pro ty pacienty a pacientky, že to je dobré pro nás pro všechny.⁹²

2.5.17 Psychiatrie už dávno není tou slabou disciplínou,

kteřá využívá v lepším případě kouč a v horším případě elektrošoky a tlumivé léky. Současná psychiatrie využívá nejmodernějších poznatků a postupů neurologie a to včetně zobrazovacích metod.

2.5.18 Jaká je hustota nervových vláken, která protkávají náš mozek, tu růžovou hmotu a v jakém stavu se dále více nacházejí

Toho využívá, jako vlastně molekuly vody měříme během těch všech měření, jak probíhají a kopírují ty dráhy nervových svazků v bílé hmotě. Tady vidíte ten rozdíl u toho mladého, zdravého člověka, to jsou ty jednotlivé barevné dráhy, tak jsou vlastně husté, jako jsou husté na rozdíl od toho staršího člověka tak, jak jsou ta vlákna zúžená, tak je jich vlastně výrazně méně v tom celém objemu mozku, daleko více ubývají. Toto je další vlastně možnost, jak my posuzujeme nebo měříme schopnost toho mozku přenášet vzruchy, přenášet určité informace.⁹³

91,92,93 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.5, 18.3.2019

⁹¹ Islandský genetik Carlson provedl studii, kde dokázal, že mezi příbuznými schizofrenních pacientů je daleko víc tvůrčích osobností než ve srovnatelné populaci. Jako kdyby geny, které nás činí zranitelnějšími pro schizofrenii nám zároveň otevíraly možnost, jakéhosi neotřelého, originálního způsobu myšlení a to se projevuje v umění.

Proto je zde tak časté spojení mezi tvorbou a nemocí a je to věčné téma a projevuje se zejména v umění výtvarném.

⁹² Ta společnost dostává tou schizofrenií jakýsi jiný rozměr, nejvíce sdružuje ta schizofrenie tak dlouho v těch genech ten sklon, že původně dělá z těch lidí proroky a vůdce atd. Hodně obrazů má charakter jako obrazů, které tady nevisí, toho jako úžasně abstraktního, ale zároveň, když se tam déle díváte, tak tam jsou postavy všude.

⁹³ V Ikemu, jak vypadají ty nejnovější přístroje, v podstatě se prokázalo, že hmotnost mozku u významné části schizofrenie při dlouhodobém onemocnění schizofrenií je nižší než je průměrná hmotnost. Významně se ta nemoc podílí na snižování hmoty mozku.

2.6 PORUCHY NÁLADY / AFEKTIVNÍ PORUCHY

2.6.1 Porucha nálady - afekt

Afektivní poruchy jsou poruchy nálady a nálada i u zcela zdravého člověka to jsou vlastně emoce, to je emoční prožívání dne. Emoční prožívání reality.

Porucha nálady je vlastně základ, protože je to skupina poruch, u kterých se jedná o patologické nastavení nálady.⁹⁴

Je tady celá škála různých nálad, ale vždycky sehrává první realistickou roli to, zdali to aktuální nastavení nálady odpovídá realitě. Když nám někdo zemře, je zcela přirozené, že podle vztahu k té zemřelé osobě různě dlouhou dobu a různě hluboce truchlíme. Odpovídá to realitě. Takže ty poruchy nálady jsou patologické reakce nepřiměřené emoční reakce na realitu. Ať již ve smyslu plus, tzn. radostné, veselé, rozjařené, podrážděné atd. manické nálady, nebo právě naopak deprese. A porucha nálady je afekt. Ta porucha nálady je více méně nepřirozená reakce na prostředí, která může kopírovat a nemusí kopírovat ten reálný spouštěč.⁹⁵

94,95 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

⁹⁴ A ta nálada může být bipolárně patologicky nastavena, protože nálada znamená, že máme malou radost, velkou radost, ohromnou radost, nebo mánii a na druhou stranu máme malý smutek, větší smutek, realitě neodpovídající smutek, depresi. Takže ta nálada je vlastně to nastavení toho emočního prožívání to je jak prožíváme realitu a to nastavení může odpovídat té realitě. A když jsme veselí, ohromně veselí a máme k tomu důvod, tak je to naprosto zdravá reakce, a když jsme extrémně smutní z nepochopitelných důvodů, nic se nám nestalo, tak už to bude signalizovat, že by to mohla být depresivita.

⁹⁵ Protože i my v běžné komunikaci kolikrát řekneme: „Mám depku“ „Ty máš depku?“ když je člověk smutný tak okamžitě řekne: „Mám depku!“ Takovéto smutnění a depresivita jsou nesrovnatelné veličiny. Protože poruchy nálad ve své podstatě jsou stejně nebezpečné, pokud se neléčí, špatně léčí, odkládá se léčení, přerušuje se léčení jak schizofrenie.

2.6.2 Depresivita

Depresivita neléčená, špatně léčená, způsobí, že když nám bude pětadvacet, tak budeme dementní. Jenom ta mánie, rozjařenost se prožívá trošičku pozitivněji. Takže první charakteristika poruchy nálady a afektivní poruchy, že je to chorobná nálada neodpovídající realitě.⁹⁶

Jinak funguje uvažování, jinak funguje jednání, extrémně pesimistické, odmítající, izolacionistické, to myšlení, jednání, uvažování je naprosto zmatené a odtržené od reality. Když naše kognitivní procesy jsou utržené od reality, tak začneme selhávat. Selhávat v sociálních vztazích, selhávat ve škole, při učení, u zkoušek, při výkonu práce, ve všem, v sociálních vztazích, při naplňování denního programu, při realizaci koníčků, které před vypuknutím nemoci byly, ve všem začneme selhávat.⁹⁷

Tím, že jsme smutní, extrémně smutní, extrémně rozjaření, extrémně nepřírozeně reagujeme na reálnou situaci, tím nevzniká jenom takový problém, že dochází k poruchám adaptace na tu realitu, kterou nevnímáme takovou jaká je, ale přes nějaké pokřivené zrcadlo ji vnímáme. Realita se nám v každém slova smyslu jeví jinak. Selhávají nám kognitivní funkce a my se vlastně v té pokroucené realitě života vzdalujeme, utíkáme od ní a dochází k adaptačním poruchám.

96,97 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

⁹⁶ První diagnostické kritérium neodpovídá reálné situaci. Ta porucha té nálady neodpovídající reálné situaci je tak závažná, že ovlivňuje veškeré kognitivní procesy: vnímání, čítí, vnímání fantazií, obrazotvornost, paměť, myšlení, řeč všechny kognitivní procesy jsou ovlivněny tou poruchou nálady. Protože když vnímáme realitu jako jinou, nepřiměřeně emočně ji prožíváme, tak nám jinak fungují kognitivní procesy.

⁹⁷ Takže ty emoce potřebujeme udržovat v takové té realistické poloze, abychom se nedostávali a nevzdalovali a nedocházelo k odložení a omezení kontaktů s realitou. Jinak začnou selhávat somatizační funkce.

2.6.3 Adaptační schopnosti

Na vnímání těch adaptačních poptávek a podnětů nám stačí inteligence, ale musí být ta realita vnímaná správně.

Takže dochází k adaptačním poruchám, poruchám kognice k tzv. somatoformním poruchám tzn., že když vnímáme svět jinak a jsme buď extrémně smutní, extrémně rozjaření, znamená to, že tyhleto emoční extrémy se promítají do všech systémů.⁹⁸

2.6.4 Somatické funkce

Somatické funkce se pak mohou projevovat tím, že nás bez jakékoliv příčiny nesmírně bolí oči, že nás bolí hlava, že máme křeče v bříšku, že naše klouby nás bolí, že nás bolí nejrůznější svalové skupiny, aniž bychom se předtím fyzicky zlikvidovali na nějakém treňažeru nebo nedej Bůh v přírodě. Takže začínají nám vlastně zasahovat ty emoční poruchy do celkové souhry organismu.

2.6.5 Adaptační poruchy

Sociální selhávání, změny motivace a ústup a deformace většiny jakýchkoliv potřeb, které jsme po vypuknutí této nemoci měli. Vždyť je zcela přirozené kolísání nálad.⁹⁹

V jistém nastavení na poruchy nálady sehrávají ty vnější okolnosti svou roli, samozřejmě, že ano, ty nás ovlivňují, jestli se budeme cítit emočně fajn plus nebo emočně mínus, to ovlivňují vnější okolnosti, ale každý z nás má nějak stavěnou, integrovanou osobnost.

100

98,99,100 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

⁹⁸ Endokrinního, dýchání, zásobování kyslíkem, kardiovaskulárního, cerebrovaskulárního, do všech systémů a také do systémů vyplavování mediátorů v mozku. Nosičů informace.

⁹⁹ U každého z nás intaktního nebo jakkoliv sociálně vyspělého a sociálně otužilého člověka kolísají nálady, je to přirozené, protože někdy takový souběh mrzutostí nám dokonale pokazí náladu.

¹⁰⁰ Každý z nás je nějakým způsobem co do temperamentu nastavení, jsou lidé, kteří jsou jak pozitivní živel a zas jiné myšičky uťápnuté, skromné někde v koutku apod. To osobní nastavení, při tom emočním nastavení, pokud dojde opravdu k ataku psychiky sehrává svojí roli.

Jsou samozřejmě lidé, kteří jsou od přírody osobnostně veselí, nezломní, odolní a jsou právě naopak lidé, kteří jsou nastavení tak, že jsou bojácní a obviňují se ze selhání kohokoliv, kdekoliv jenom protože jsou vysoce empatičtí a takoví sociálně nezralí.

2.6.6 Nastavení osobnosti

Nastavení osobnosti sehrává svoji roli, zdali vypukne nebo nevypukne depresivita nebo manická porucha.

A toto osobnostní nastavení nebo ovlivnění toho nastavení se využívá i terapeuticky. Pokud je někdo velmi pozitivně od přírody nastavený a pak ho semele nějaká přírodní nebo sociální katastrofa a on se dostane do depresivity, tak pak máme ale na čem stavět.

Začínáme osobností, podporujeme léky, komunitně ho podporujeme při zapojování do sociálních struktur apod. Ale je tam porucha adaptability u těchto emočních poruch. Pokud je to opravdu nějaká emoční porucha nálady a kognitivní porucha, tak ten člověk, protože má sníženou schopnost se přizpůsobovat, má adaptační problémy, potřebuje zůstat doma a nikam necestovat. Potřebuje zůstat doma ve své posteli, ve svém pokoji, ve svém klidu, aby v důsledku působení léků a pak dalších faktorů, se mohl z toho nejhoršího dostat a pak se s ním pracuje.

2.6.7 Poruchy nálady

Poruchy nálady se klasifikují, třídí do několika skupin. Čím víc čteme o afektivních poruchách, tím víc se nám stávají poruchy uvnitř té klasifikace složitější. Těch kombinací diagnóz, kdy vypukne, kolikrát vypukne, jak dlouhá je ta fáze, jaká je ta osobnost, jaké má sociální síť, jak je psychofyzicky stavěna ta osobnost. Podle toho se pak klasifikují afektivní poruchy minimálně co je z nejnovější literatury a psychiatrické klasifikace a MKN, těch jednotlivých podtypů je kolem padesáti, ale bude naprosto stačit, když víme, že se v zásadě dělí poruchy nálady na dvě velké skupiny a ty se mezi sebou pak třídí.

2.6.8 Manické a depresivní poruchy

Mánie manická, je taková afektivní porucha, že to není radost ani radostná nálada, ani to není veselost, jenom tak někdy působí. Mánie manická se může vyskytovat ve formě epizody, v určité délce nebo opakované fáze. Mánie může být jedna za život. A pak se objeví deprese. Ta mánie nemusí být, pokud je lehčího nebo středního typu, nemusí být ani pojmenovaná. Lidé to na sobě nepoznají, protože mánie nás pouze zbavuje soudnosti. Jestli se setkáme v sociální praxi s manickými osobami, tak proto se s nimi setkáme, že budou zoufale zadlužení.¹⁰¹

2.6.9 Mánie nebo manická epizoda

Mánie nebo manická epizoda se tedy vyskytuje jako jedna epizoda nebo se vyskytuje jako fáze, která se zpravidla v určitých intervalech pravidelných nebo nepravidelných opakuje. Druhou skupinu tvoří bipolární afektivní poruchy.

Tady jsou ty manické a tady jsou ty depresivní, tak bipolární afektivní poruchy. Jsou takové poruchy nálady, při kterých dochází ke střídání manické a depresivní fáze. Nejrůznější délky v epizodách nebo fázích a v nejrůznějších vzájemných kombinacích.

101 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

101 Protože manické osoby spořádají a píší a vytvářejí a představují si, že vyřeší světové projekty, získají miliardy, postaví fabriky, zaměstnají další miliardy lidí apod. a přitom jsou schopní se akorát zadlužit, nic nedokončí, nic nevytvoří, pouze se pohybují odtrženě od reality, ale cítí se dobře. Protože to jsou mesiáši, protože to jsou leadeři, protože se cítí jako spasitelé lidstva.

2.6.10 Depresivní epizody a fáze.

Zpravidla ta první depresivní epizoda vzniká kolem puberty na začátku adolescence. Ta ani nemusí být rozpoznána, jenom se nám povaluje adolescent po bytě, je nevykonný, zoufá si a je nihilistický a neumí pojmenovat co s ním je, k čemuž tu první depresivitu velmi často lidé přirovnávají, že je to něco tak zoufalé, jako když na vás padne mokrá peřina a ta znemožní pohyb těla, pohyb myšlenky, řešení čehokoliv, požádání o cokoliv, až se domnívají někdy tito lidé, že snad zemřou a zemřít mohou.

2.6.11 Depresivita přichází, pomine, vrací se v různé intenzitě a různé délce

Dokonce se ta depresivita může střídat i s mánií. V psychiatrickém žargonu se říká, že ta bipolární porucha je bipolární proto, že jinak by člověk na první ataku, ať již depresivity, ale hlavně depresivity mohl zemřít pod tíhou depresivity a přirovnávat se a míjet v tom psychiatrickém žargonu jako útek do ráje od depresivity. Ta mánie je v těch epizodách mezi depresivními epizodami vnímána jako úleva, jako úlevná. Ten člověk je v té fázi depresivity vzdálen od reality.¹⁰²

Taková první epizoda pokud má ten člověk štěstí, že má osvícenou rodinu, že o tom něco četl, že se setká s někým, kdo mu to vysvětlí. Objedná se k psychiatrovi, je vyšetřen, dostane léky a teď ty léky bude brát dva nebo tři nebo i pět let. A to i čtyři roky poté co vymizel poslední příznak depresivity.¹⁰³

Ještě je tady jedna věc, o které bychom měli vědět, protože to budeme sdělovat svým klientům a depresivních lidí je velké množství a čím dál tím víc bohužel a to je ten fakt, že víme, jak fungují antibiotika. Když vezmeme první dávku tak ještě nic, když vezmeme druhou dávku, začínáme něco cítit, že ty léky dělají a určitou úlevu cítíme druhý, třetí den.

U antidepresiv je ta fáze toho lékového režimu účinná mnohem později. Někdy ten pacient člověk s depresivitou cítí úlevu, malinkou úlevu po třech týdnech, takže co z našeho hlediska je důležité, je

důležité, abychom podpořili, vysvětlili, jak vlastně fungují antidepressiva, jak funguje tento mechanismus z hlediska rozpoznání, zahájení lékového režimu atd.¹⁰⁴

2.6.12 Periodická rekurentní depresivní porucha

Periodická rekurentní depresivní porucha je taková, která se více méně v pravidelných intervalech vrací. Jak mánie, tak depresivita, to není zápal plic, to není něco, co přijde, změní zdravotní stav, pacient si to odtrpí a léky ho z toho vyléčí nebo nevyléčí. Ale léčí se ta nemoc.

Pak jsou to, poslední skupina, trvalé poruchy nálady a ty jsou dvojího typu. Ty jsou cyklotymické a dystymické. Jedna z nich je to trvalý mrzout, je trvale snížena radost ze života, je to taková ne sice extrémní depresivita, ale je to prostě člověk mrzout, který má trvale špatnou náladu. Cyklotymie tj., že se ty méně závažné depresivní

102,103,104 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF,nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 ,25.3. 2019

¹⁰² Dělá nepochopitelné věci, přečerpává své síly, nespí, bdí, nepracuje, není výkonný, ale půjčuje si, hraje, gembluje, nekoordinovaně atd. Může právě na vyčerpání organismu právě z tohoto důvodu, že je jako neřízená střela nabitá energií, může selhat, může zemřít, ale hlavně si nadělá dluhy a pak když je depresivní, do čehož se dostal sám z vlastních sil si zoufá tím ještě víc. Takže bipolární víme, depresivní epizoda a ta může být třeba jenom jedna a už nikdy se nemusí vrátit, ale je důležité, pokud se přihodí jedna depresivní epizoda, aby ta fáze nebyla podceňovaná, aby byla diagnostikovaná a aby byla léčená dostatečně intenzivně a dostatečně dlouho.

¹⁰³ Když se psychiatr rozhodne, že ukončí léčbu, tak se ukončuje ta léčba po pěti letech brání léků třeba dva roky. Po miligramech se ukončuje a ubírá dávka. Pokud se první epizoda nedoléčí, pokud se zanedbá ten standardní postup vysazování léčby po těch několika letech nehledě na to, že to vysazení antidepressiv sebou nese strašné bolesti, somatizují se bolesti hlavy, bolesti kloubů, bolesti všeho. Ono to není jen tak vyléčit. Ještě je tady jedna taková věc a to nejen jak dostatečně dlouho léčit. Rozpoznat, dostat léky, respektovat vlastně ten průběh té depresivity a podporovat úzdravu a podporovat vytrvalost v lékovém režimu a respektovat dobu toho zaléčení.

¹⁰⁴ Krom toho všechny ty terapeutické přístupy se zakládají na biopsychosociálních faktorech. Nikdy se neléčí afektivní poruchy pouze tak, když léčíme zápal nějakého organismu pomocí antibiotik. Vždycky je tam nějaký sociální program, vždycky je tam nějaký speciální přístup, vždycky se pracuje s osobností a rozlamují se bludné kruhy myšlení či depresi a vždycky ten přístup musí být nasměřován a postaven a dodán tomu pacientovi ve všech oblastech.

poruchy střídají s remisemi s obdobím bez příznaků a pak se zase vrátí v určitém pravidelném, ale může být i nepravidelný cyklus.

2.6.13 Poruchy nálady ve smyslu radostném a smutném

Reakce neodpovídá reálné situaci, narušuje uvažování, jednání a také somatické nechutenství, nebo je tam nadměrná chuť k jídlu.

Je tam absolutní nulový zájem o jakýkoliv pohyb apod. Nebo je tam neklid, třes, chaotické jednání i tzv. agitovanost, to je takové jednání, které má svůj cíl a je takové neurotické pnutí. Základní komponenty afektivních poruch jsou depresivní epizody a stavy a hypomanické epizody a smíšené epizody.¹⁰⁵

2.6.14 Mánie

Mánie, to je takové nastavení nálady, že bychom mohli říct, že je to veselé, radostné, usměvavé, ale ona to není pravda, je to neklidné.

Je to neklidné nastavení, je to mrzoutské nastavení, je to nesoustředěnost, která může být chvílemi prožívaná jako rozjařenost, ale nikdy to není taková správná radost v nějakých sociálních vztazích nebo reálné situaci odpovídající. Takže je to spíš neklid a mrzoutství než nějaká radostná nálada.

105, Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

¹⁰⁵ To hypomanické znamená, že je tam trvalé, ale ne příliš intenzivní nastavení ve smyslu mánie, ale ta mánie a depresivita je taková, že většinu činností nezvládnete.

2.6.15 Hypománie

Hypománie není nějaké extrémně silné zhoupnutí do mánie, ale jenom takové trošku zhoupnutí do mánie.

Je tam takové trošku oslabené vnímání reality života. Zátěž, depresivní epizodou je vyšší než řada somatických onemocnění, co to znamená? Zátěž – depresivní epizoda, že ten prožitek, to vyrovnání se, ten prožitek té depresivity jako velmi těžkého onemocnění je tak vyčerpávající, že je vyšší než třeba zápal plic.¹⁰⁶

Ve vyspělých zemích, tedy v zemích kde dochází k diagnostice forem nálady a afektivních poruch dochází k tomu, že polovina afektivních poruch je depresivního typu. A jsou diagnostikovány jako duševní poruchy, nejsou diagnostikovány jako lenost, jako rozvíjející se demence. Jen pro příklad člověk, který je stížen těžkou formou depresivity se chová způsobem, který při pohledu z vnějšku, při pohledu ne příliš informovaného se to okolí domnívá, že snad je nemocen, nebo že snad došlo u něj k rozvoji demence. Endogenní depresivita má takové symptomy jako demence, úplně se utlumí kognitivní procesy, neodpovídá, nemluví, nereaguje, nerozumí. K tomu abychom dobře porozuměli afektivní poruše potřebujeme znát příčiny. Ta příčina může být primární nebo sekundární, primární je nejčastěji vývojová, že došlo k týrání dítěte, v důsledku kterého ochuzování, k psychické deprivaci a spoustě dalších věcí v důsledku čehož se s určitým zpožděním nebo bezprostředně rozvinula deprese nějakého typu, čili příčinou bylo necitlivé, kruté, tyranizující zacházení s dítětem, nebo s manželkou, nebo s manželem, nebo s kýmkoliv jakýmkoliv člověkem. To je primární. Sekundární příčina,

106 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6, 25.3.2019

¹⁰⁶ Že je vyšší třeba než zlomená kost a ta bolí, ta zátěž depresivní epizodou ve srovnání s běžnými somatickými nemocemi je mnohem vyšší ale závisí na stupni depresivity než běžné nebo i vzácné somatické nemoci. A to co je tady, že si musíme uvědomit, nebo nám z toho vyplývá pro naši budoucí práci to je fakt, že tomu ta rodina vůbec nemusí rozumět, proč se válí a nic nedělá, nestuduje, nejde do práce apod. Nerozumí tomu ta rodina, proč se ten člověk tak změnil, že se chová tímto způsobem, nerozumí tomu, že ten člověk trpí jako zvíře. Tak bychom mohli říct, že trpí nesnesitelnou tíhou depresivity.

může být například cévní mozková příhoda narušila frontotemporální oblasti a pokud dojde k narušení v oblasti frontotemporální v mozku, ať už nádorem, ať již nějakým traumatem, hematomem, ať již mozkovou příhodou nebo pohmožděním mozku apod. Pokud se to týká těch frontotemporálních oblastí rozvíjí se sekundárně depresivita. Nebo i stárnutí, ale to stárnutí zpravidla provází nějaké neurodegenerativní nemoci, které zasahují do těch frontotemporálních oblastí a mohou spustit depresi.

2.6.16 Některé léky sekundárně spouštějí depresivitu

Tato příčina je docela důležitá, dokonce dneska víme, že u každého seniora jsou známky depresivity tak důležité k rozpoznání, že jimi předcházíme suicidalitě, můžeme předcházet léčbou této stařecké depresivity, můžeme předcházet mnoha dalším somatickým selháním. Takže příčina nás zajímá. Někdy stačí vysadit léky nebo nasadit léky jiné generace nebo zařadit člověka do určitého programu, který by kompenzoval, využil sílu té osobnosti a vůli té osobnosti při vyrovnávání se s důsledky léčby atd.

2.6.17 Polarita

Polarita je velmi ošidná. Ty manické epizody a depresivní epizody se nám střídají. Ve většině případů se v nějakém vzájemném sledu střídají, že třeba kolem osmnáctého, devatenáctého roku byla jedna půlroční epizoda depresivity, ta pominula z nějakých důvodů, třeba se přestěhovali nebo se rozhodl, že už studovat nebude atd., ulevil si ten člověk v životě, zaměstnal se na pracovní pozici, která není příliš vyčerpávající nebo se dostal do stabilního partnerského vztahu, který mu pomohl vyrovnat se s těmi výkyvy. Těch příčin jak se s tím ten člověk srovná, může být dost a ta depresivita se už nemusí objevit po dobu celého produktivního života a může se objevit třeba, když zemře partner nebo partnerka, nebo způsobí autonehodu, nebo onemocní karcinogenním onemocněním a to ho položí na lopatky apod. A vůbec nějaká mánie, která se mezitím vyskytla, nemusí být diagnostikovatelná. Takže ta polarita nás zajímá, zdali dochází ke

střídání, kdy byla první epizoda, jak a co bylo léčeno, kdy a jak dlouho jsou remisní období, remise apod.

2.6.18 Intenzita, míra, tíha poruchy afektu

V zásadě se všechny afektivní poruchy klasifikují do třech stupňů. Lehká, střední a těžká. Kdo má lehkou mánii, lehkou depresivitu, tak zpravidla je schopen chodit do školy, je schopen chodit do práce pokud má dobré okolí atd. Takže ta lehká afektivní porucha nemusí znamenat fatální onemocnění, které rozbourá všechny sociální vztahy, má somatizující vlivy, zabrání získání kvalifikace, přivede člověka k nezaměstnanosti. Ta lehká, nemusí být, ale nepředstavujme si, že lehká je lehká. Lehká je jenom kompenzovatelná, zvládnutelná člověkem pokud je to člověk, který má v sobě tolik síly a má takovou podporu. Konec konců jsou i přírodní medikamenty, které docela dobře třeba třezalka funguje, jen se nesmí kombinovat s dalšími antidepresivy.

2.6.19 Psychoafektivní látky

Některé psychoafektivní látky, které lidé s lehkou depresivitou používají, jsou nebezpečné, protože **i ta vietnamská ubalená cigareta z konopí, z marihuany může spustit těžkou psychózu a ten člověk se ze stadia nějaké mírné depresivity dostává na hranici psychoaktivní schizofrenie.** Takže to je velké riziko, ale ta úleva, kterou ta cigaretka způsobí, ta naláká mnoho lidí s depresivitou, je to úleva dočasná a vysoce riziková.

2.6.20 Alkohol nebezpečný úlevný prostředek

Obyčejný alkohol v jakékoliv formě, je současně velmi nebezpečný. Ten alkohol má ale takový zvláštní účinek, že pro depresivní typy klientů znamená okamžitou úlevu. Okamžitě z toho down down se dostávají do trochu euforitější polohy. Ale alkohol s sebou nese to obrovské riziko, že pokud se léčíme alkoholem, pokud léčíme alkoholem depresivitu, tak sice nastupuje rychle úleva, ale ta další epizoda té depresivity je hlubší. A opět může přijít alkohol

a další depresivita bude ještě hlubší. A pak ty léky, ty antidepresiva účinkují v mnohém z větším „starttapem“, účinkují hůř. Musejí se brát ne pět let ale patnáct let, proto třeba doživotně. Takže tyhleto psychoaktivní látky jsou velmi krátkozraké z hlediska té potřeby okamžité úlevy, ale mnoho alkoholiků pije proto, že tím alkoholem napřed zazdili nějakou depresi a pak se stali závislými. A už jsou v neřešitelném kombinovaném postavení minimálně dvou duševních poruch. Lehká, střední a těžká. Střední a těžká, je ta dlouhodobé kompletní, seriózní léčby.¹⁰⁷

Ten člověk, který sedí on-line si řekne, že by to pro něj bylo nebezpečné a na drogy se také nedá pervitin, když si může objednat on-line antidepresivum. A zjistí, že to nefunguje, že na poprvé nevydrží tři týdny, za druhé se vůbec nemusel strefit na svoji depresivitu tím lékem apod. To je velké nebezpečí dnešního světa. Navíc ty léky, které se prodávají tímto způsobem, mimo recept nemusí obsahovat všechny látky, jak deklarují, a nemusí je obsahovat v té správné kombinaci. Takže je dobré instruovat takto svoje klienty a lidi kolem sebe.

2.6.21 Intenzita poruchy

Oblasti poruchy - buď je ta depresivita, nebo mánie psychotická, nebo je nepsychotická. Co se tím myslí? Ten význam toho slova psychotický nepsychotický je úplně stejně v těch vyšších stupních skladů a rozpadů osobnosti a tak je to stejné. Může to být lehká psychotická, může to být střední nepsychotická, může to být a musí to být těžká psychotická forma tzn., že dochází k významnému oslabení kontaktu, oslabení a omezení kontaktu s realitou. V té lehké podobě se to může stát, ale je to spíše výjimečné. Takže lehká depresivita bývá jen výjimečně spojena s tím omezeným nebo oslabeným kontaktem s realitou. Velmi důležitý faktor je délka trvání, čím delší je neléčená porucha nálady, ať již mánie nebo depresivity, tím větší je riziko neúspěchu léčby. Dlouhodobá a neléčená depresivita stejně jako dlouhodobá a neléčená mánie nesehrává roli v tom, že mánie je lépe prožívaná než depresivita. Pokud jsou neléčené tyto extrémní tak se

mohou stát neléčitelnými a mohou se stát příčinou smrti, předčasné smrti.¹⁰⁸

2.6.22 Mánie a deprese

Mánie mohou mít formu hypománie nebo mánie s psychotickými příznaky, deprese může být lehká, střední, těžká s psychotickými příznaky v příčinách, polaritách, intenzitě a délce trvání. Oblast mánie-oblast depresivity.

2.6.23 Pocity klienta z praxe

„Musel jsem ven, vůbec jsem to nemohl vydržet, myslel jsem, že je to bolest v žaludku, bušení srdce a další nepříjemné pocity, že to přejde. Nemohl jsem se nadechnout, měl jsem pocit jako bych se měl každou chvíli udusit, odněkud hrála hudba, byl slyšet silný smích a já si připadal ještě zoufalejší než ten žebrák co ke mně natahoval ruku. Vrážel jsem do lidí, neschopen cokoliv udělat, cokoliv změnit, proč to nezvládám? Nic jsem v životě nedokázal a cokoliv dělám tak, je to špatně. Nikdo mě nepotřebuje, nic neznám, není žádná naděje, že nikoho nemám a nikdy mít nebudu.“

2.6.24 Cyril Höschl říká,¹⁰⁹

že každý v životě v situaci měl pocit, že se s ním rozloučil svět, zármutek, to že máme všichni, když se nám něco nepříjemného stane u někoho blízkého, když ztratíme práci, když ztratíme životní lásku,

107,108,109 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

¹⁰⁷ Ještě je tady jedno riziko. Když si otevřeme internet, najdeme si stránky, které se zaměřují na takové ty rychlotesty, máte depresi, postavili a vyvěsili farmaceutické firmy, tak nám každému vyjde, že depresi máme. Každému vyjde, že má nějakou depresivitu, a hned nám tam naskočí řádek, objednejte si antidepressiva. Jenomže těch antidepressiv je dvacetpět krát dvacetpět, pro každého fungují jiné věk, pohlaví, délka epizody, hloubka epizody, další somatické faktory atd. a i psychiatři, kteří tohle všechno kvalifikovaně posoudí, nějakou dobu hledají optimální dávku na to, aby dokázali potlačit symptomy a příliš nenarušili ostatní systémy.

¹⁰⁸ Krom toho ještě máme krátkodobé výkyvy nálad, cyklotymie a dlouhodobé poklesy nálady. Dystymie se zpravidla vnímá celý život, nevdávejme se za mrzouty, nevdávejme se za mrzoutky. Je to nesnesitelné. Nepředěláme je.

¹⁰⁹ (https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady_duse/209572231050003-zahada-deprese/)

ale pocit o kterém mluvím může nabýt chorobných rozměrů a může se vyvinout v poruchu, která s žádnou životní situací nesouvisí a přesto vypadá tak u mladíka, který bloumal ulicemi, roste v beznaději, to že se jakoby vše ztratí, já jsem špatný, to co jsem dělal bylo špatně, co bude tak bude také špatně, nic vlastně nemá cenu, nemá cenu se ani o něco snažit, dokonce někdy to vede tak daleko, že ve vás ovládne pocit, že nemá ani cenu žít a ten pak už je jenom krůčkem k myšlenkám na to, jak se života zbavit.“ „Sebevražda je jedním z nejvážnějších příznaků deprese a přínos této choroby vlastně formou smrtelnou. I když to není téma veselé, je to téma, kterému všichni rozumíme, se kterým se všichni někdy nějak setkáváme, a o něm je povídání v cyklu Záhady duše.“

Pro mě je největší záhadou co ty poruchy a duševní onemocnění způsobuje. Víme, že velkou roli hraje prostředí a události kolem. Stres, největší zátěž, ale s největší pravděpodobností člověk musí být predisponován k tomu, aby se u něj deprese nebo bipolární porucha významná nebo mánie rozvinula, poté co je vystaven nějakému spouštěči. Dále je pro mě také záhadou, jak rozpoznat včas hranici mezi depresivní poruchou a mezi bipolární poruchou takovou, protože bipolární porucha často může začít depresivní epizodou a pak vlastně jsou ti pacienti léčeni v podstatě nesprávně. Dáváme jim antidepressiva, což je jakoby dobře, protože mají depresi a z dlouhodobého hlediska to není dobře.

U bipolární poruchy tam se ty depresiva také používají, ale nejdůležitější léky jsou stabilizátory nálady. C. Höschl: Současná neurověda psychiatrie buduje depresi v takových třech doménách, jedna ta doména je biochemie mozku, neurochemie, která je základním cílem např. psychofarmakologické léčby v případě deprese působením antidepressiv.

Pacienti v depresi pokud si uvědomí, že je něco špatně, tak většinou sami přicházejí a hledají pomoc u psychiatra, ovšem ta mánie když se člověk sám cítí dobře, tak je velice náročná jak pro rodinu nebo pro spolupracovníky.

2.6.25 Cyril Höschl. Depresí ať už v tom či onom trpěli významné osobnosti starších i moderních dějin. ¹¹⁰

Depresí trpěl římský císař Kaligula, americký prezident Abraham Lincoln, spisovatelé Lev Nikolajevič Tolstoj, Hans Christian Andersen, Edgar Alan Poe, ze skladatelů Petr Iljič Čajkovskij. Dokonce britský premiér Winston Churchill, který trpěl melancholií, nazýval a někdy prožíval deprese Black Dogs - Černí psi. Deprese umožnila vznik geniálním dílům, často vedla k mimořádným činům, ale deprese je také zabíjela. Sebevraždou skončil hudební skladatel Robert Schuman, psychicky velmi labilní malíř, který jak víme, si uřízl ucho Vincent van Gogh, anglická spisovatelka Virginie Woolfová, americký spisovatel Ernest von Hemingway, nebo legendární zpěvák kapely Nirvana Kurt Cobain. Z významných českých osobností uměleckého světa bipolární poruchou trpěl spisovatel Ota Pavel a herec Miloš Kopecký. Měl jsem příležitost s Milošem Kopeckým o jeho poruše hovořit, jeden čas být jeho lékařem a nakonec jsem od něj získal písemný souhlas k tomu, že o tom všude můžeme mluvit a osvětu šířit, neboť Kopecký chtěl, aby jeho příklad pomohl jednak k destigmatizaci, čili podnětí toho negativního pulzu, který tady ta psychiatrie má a aby pomohl těm, kteří podobnou poruchou trpí, najít rychle cestu k pomoci, cestu k lékaři a hlavně, vykonávat dál své povolání.

Miloš Kopecký svým příkladem toho účelu posloužil a při každé příležitosti o své poruše otevřeně hovořil. Miloš Kopecký nesmírně trpěl, byl to bonvíván života, že humoru společnosti, což mohl velmi úspěšně uplatňovat z jejich hipomanických fází, tzn fází té zvýšené zlepšené nálady. Zato v depresích těžce trpěl a jeho profesionalita se objevovala ve chvílích, že nebyl schopen ani základních hygienických potřeb, nevylézal z postele, nepřevlékl se z pyžama, nejedl a přesto až do poslední chvíle, když ho přivezli do Vinohradského divadla, tak tam byl schopen podat výkon, vzmužit se na ty dvě hodiny, kdy téměř nikdo nic nepoznal a pak se zase vrátit zpátky do své choroby

Další takovou záhadou je dědičnost bipolární poruchy i té depresivní poruchy a to je oblast, které se věnuje Cyril Höschl ve svém výzkumu.

Na rozvoji těchto dvou onemocnění i dalších duševních onemocnění se podílí vliv prostředí nejčastěji nějaký stres, to co se děje kolem nás a naše predispozice. To znamená vlastně dědičná výbava, se kterou přicházíme na svět.¹¹¹

V tomto depresivním období pro život tak dlouhé, tak ona začala užívat antidepressivum, které si v podstatě, protože měla přístup do zdravotnictví, tak si ho nasadila sama a ten lék vždycky užívala jenom v depresivním období. Užívání antidepressiva vedlo k rozvoji další hypománie, která byla rovněž docela dlouhá, ovšem následovala další deprese do roka, na kterou si také nasadila zvláštní antidepressivum a poté se objevila další hypománie a brzy poté další deprese a k nám potom na vyšetření přišla již zase v hypománii. Chci upozornit jednak na to střídání fází, jak se střídá mánie s depresí, což většinou nebývá takto často, ale možná že těch mánií bylo tolik i právě proto, že ona byla léčená jenom těmi antidepressivy, kdy měla stabilizátor nálady. I když to byly hypománie tak pro její dospívající dceru a pro manžela byly ty hypománie náročnější, protože ona potom vlastně i navazovala vztahy mimomanželské, což tomu manželovi samozřejmě vadilo, a oni v podstatě byli před rozvodem v tu dobu, kdy k nám přišla. Což pravděpodobně by se dalo předejít tady těm problémům manželským, pokud by ona byla správně léčená.

110,111 Krahulcová, B. ,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019 ¹¹⁰ (https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady_duse/209572231050003-zahada-deprese/)

¹¹¹ „Já jsem na rady své kamarádky vysadil léky a ten stav se mi mnohem zhoršil.“Těmhle zkušenostmi když člověk dojde k tomu, že to musí dělat asi podobně jako při té cukrovce. Ten inzulín nemůžete vysadit.

2.6.26 Cyril Höschl. Deprese je onemocnění závažné a také celospolečensky významné, protože jím trpí pět až patnáct procent populace, jak se ta statistika zjišťuje. ¹¹²

Když bychom to zjišťovali například v ambulancích všeobecného lékaře, bylo by to až třicet procent. Trpí jí čtyřikrát častěji ženy než muži, u sebevražd je to obráceně. Tu sebevraždu páchají častěji muži než ženy. Bipolární porucha dříve jsme ji říkali, maniodepresivita se vyskytuje asi v jednom procentu populace a to stejně u mužů a u žen a rovnoměrně po celé planetě se ten východ a západ, bohatí a chudí, a svědčí to i po určitém vztahu ke genetickým vlohám. Filmy se zaměřují na to, že z té duševní poruchy dělají prostě nemoc. Nemoc, která je nemocí a neměla by být celoživotní stigmatizací člověka.

2.6.27 Co je to vlastně mánie?

Jedná se o afektivní poruchu podle MKN dostala číslo N30 a o manické fázi, kdy se ta mánie provalí v plné své nahotě, takže krása to není. Mánie se tedy projevuje rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou. Ta okolnostem nepřiměřená nálada pozitivní, bujaré, že je ten člověk třeba trochu i opilý dá si nějaké léky psychoaktivního typu. Ta je provázena naprostou hyperaktivitou, bezcílným potulováním, přemísťováním věcí, jako je třeba ranní úklid. Ta mánie je provázená naprostým velikášstvím, nápadným a společensky nevhodným chováním, nevhodným oblékáním, nevhodnými řečmi, nevhodným takovým tím chválenkářstvím apod. Manický symptom nebo syndrom představuje hlavně zvýšenou aktivitu, motorický neklid, nadměrnou hovornost, myšlenkový trysk.

¹¹² Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6, 25.3.2019 ¹¹² (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050003-zahada-deprese/>)

¹¹³ Adrenalinové sporty, gamblerství, extrémní alkoholismus, flámování, utrácení, promiskuita a to celé je provázeno sníženou potřebou odpočinku, sníženou potřebou spánku. Tito lidé jsou v manické fázi schopní dvě tři noci nespát, ale na ten nedostatek odpočinku upřímně musí reagovat lidské systémy kardiovaskulární, cerebrovaskulární atd. Ti lidé se dostávají na okraji svých sil. Spotřebovávají energii.

U toho člověka se ztrácejí zábrany, které vedou k nepřiměřenému a rizikovému chování. ¹¹³

Blízká podobná mánii je tzv. hypománie, ta nemá tak extrémně výraznou podobu ani intenzitu, ale je samozřejmě mánii blízká, protože je to taková ta slabší méně vybarvená manická sestra.

Mánie, ať již ve formě samostatné mánie nebo ve formě hypománie se vyskytují v samostatné podobě velice zřídka. Často, jako kdyby se ten organismus potřeboval vykompenzovat, se vyskytují bipolární poruchy, tzn., že se střídá ta manická a depresivní fáze, ale je to vzácná situace, vyskytuje se i v této podobě.

2.6.28 Bipolární porucha

Když máme bipolární poruchu, kde se pravidelně nebo nepravidelně tyto fáze a epizody střídají, tak se stává, že ta manická fáze, která může mít podobu intenzity hypománie není rozpoznána, protože není natolik obtěžující, nevyvolává takové pocity vyčerpanosti a zoufalství.

Ty hypomanické epizody může se stát, že jsou nediagnostikované, pak se přijde a provalí jedna velká depresivní fáze, která na rozdíl od té manické je prožívaná s velkými obtížemi jako nesmírně těžké období a stává se tedy, že ten pacient nebo ta rodina tu manickou fázi opomene zmínit, nechápe to, nerozumí tomu a stává se, že mánie nebývá léčena. O to výrazněji pak nastoupí se svou zničující silou při té nejbližší vyvolávající remisi, nebo období, po kterém vznikne. Ale ty samostatné manické poruchy jsou zřídka, ale bývají často opomenuty, pokud jsou hypomanického typu a intenzity k právě těm bipolárním poruchám.

Největší problém toho opomenutí že opomenutí léčby manické poruchy je velmi nebezpečné právě proto, že je pak depresivita léčena nesprávným způsobem, že není rozpoznána.

2.6.29 Léky na depresivitu a na stabilitu manických plusových poruch

Člověk, který dostává pouze léky antidepresivního typu, nedostává léky pro stabilizaci těch manických plusových poruch. Ta terapie vždycky je komplexní, rozpoznání osobnosti a typu osobnosti začíná a pokračuje farmakologickou léčbou. Dneska lidé získávají navíc lithium, to je nesmrtelné nebo antidepresiva páté generace tzn. léky, které zdaleka tak nemají takové nepříznivě prožívané nepříjemné, negativní reformní faktory. Pak samozřejmě součástí té léčby je léčba psychosociální a v případě, že se jedná o těžké formy ať již mánie nezvladatelné farmakologicky, nebo depresi, tak se indikují elektrokonvulzivní terapie.¹¹⁴

2.6.30 Vzájemná souvislost depresivity a mánie

Proč se tedy zaměňuje depresivita a mánie, nebo zapomíná se na to, jak spolu vzájemně souvisí.

První důvod je ten, že deprese se vyskytuje u osob s poruchami nálady mnohem více, než se vyskytuje mánie. Deprese má nejvyšší výskyt, buď samostatná, nebo v kombinaci na nejvyšší výskyt

114,115 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6 , 25.3.2019

¹¹⁴ Jsou tak těžká někdy zanedbané některé druhy depresivních poruch jsou tak složité, těžké, nereagující na dostupné léčiva, že se předepisuje elektrokonvulzivní terapie a třeba začne ta rigidita, která provází v podstatě tu depresi reagovat třeba po čtvrtém, pátém ošetření elektrokonvulzivní terapií, dneska se ale už nepoužívá ECT na té úrovni, jak bylo možné vidět ve filmu „Přelet nad kukaččím hnízdem“, je to opravdu výborná léčivá metoda, jsou pacienti, kterým se uleví a rychle se jim uleví právě po takovém ošetření.

¹¹⁵ Tzv. celoživotní prevalence tzn. celoživotně se opakující výskyt depresivních epizod je šestnáct procent, je to poměrně dost, to že je vyšší výskyt u žen, že je to deset až dvacet pět procent u žen, je nižší u mužů tam je to pět, až dvanáct procent, v prevalenci deprese ovlivňují do značné míry kulturní tradice, prevalence je předpokládaný výskyt ne reálný, ale předpokládaný výskyt depresivity.

depresivity. V tomto okamžiku jako v každém okamžiku na světě trpí depresí diagnostikovanou léčenou, mnohem více je nediodagnostikovaných a neléčených depresí, takže v tuto chvíli je to tři sta čtyřicet miliónu obyvatel na zeměkouli, kteří jsou nemocní, byli diagnostikováni, jsou léčení antidepresivy.¹¹⁵

Ty kulturní tradice jaký je rozdíl mezi Japonskem a Chile. Nejvíce diagnostikovaných depresí je v Chile a to procento výskytu se blíží třiceti procentům. Třetině populace. Indiánské populace.

V Japonsku je to jedno až dvě procenta, je otázkou, zdali změna komunikačního stylu, sociálních vazeb, která je se znepokojením sledovaná v Japonsku, kdy nedochází ani často za 24 hodin k běžnému kontaktu deseti dvanáctiletého kluka s nějakým jiným člověkem ale pouze s nějakým monitorem a v nějakém milovaném přístroji, na kterém jsou ty děti závislé. Je otázkou do jaké míry taková naprostá originální změna komunikačních a sociálních způsobů zažívání a trávení času ovlivní i spouštění depresivity, protože na tu mírnou depresivitu velmi pozitivně například působí přítomnost jiných lidí. Ne rozhovory, ne zpívání, ne tance a podobně, ale taková ta nepřímá úlevná existence podpůrné sociální sítě. Celoživotní prevalence tedy předpokládá výskyt depresivity je u bipolárních poruch jedno až dvě procenta. Jedno až dvě procenta populace, ale dospělé populace.

Ta bipolární porucha zpravidla vzniká dvacet pět plus nebo se provalují, nebo se vyskytují obě ty fáze. Například americká psychiatrie považuje za bipolární poruchu, až tu poruchu nebo v první manické fázi, ve které zpravidla trpí, ale až když odezní druhá depresivní fáze, až tehdy americká psychiatrie zařazuje a kategorizuje léčbu právě do oblasti té bipolární poruchy, takže je to jedno až dvě procenta s tímto drobným kulturním rozdílem a z dospělé populace. Celkem je to deset až dvacet procent všech poruch nálady a to je vlastně dvě celé bipolární spektrum to je cyklotymické, dystymické a další mírné, střední, těžké centrum bipolární poruchy dohromady. Diagnostikovaná deprese je diagnostikovaná jako deprese, pokud se vyskytuje, v průměru šest měsíců to stanovuje MKN ta je typická pro kulturu a medicínské zákroky a medicínské systémy v Evropě šesti

měsíců. U mladších osob jsou příznaky depresivity velmi různorodé a často to uniká pozornosti.¹¹⁶

2.6.31 Reklamy na antidepressiva.

Reklamy na depresiva působí takovým dojmem, že všechno je vyléčitelné, že ta deprese je prostě léčitelný stav, ale ono to pravda není.

Jsou i rezistentní deprese, které odolávají všem stávajícím antidepressivům a účinná je pouze elektrokonvulzivní terapie při opakovaném podávání této elektrokonvulzivní terapie kdy nutně dochází k drobným změnám struktury i biochemie mozku a jsou i takové formy deprese, kde nepomáhá nic. To jsou ty chronické, pozdě léčené, nedodržování lékového režimu spojené s alkoholismem, spojené s psychoaktivními drogami atd.

¹¹⁶ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.6

25.3.2019

¹¹⁶ Nevím si představit, jako jednoletého kojence, že bychom mu třeba mohli diagnostikovat symptomy depresivity, je to velmi obtížné v tomto mladém věku, ale u těch těžkých forem lze předpokládat, že se v podstatě ta depresivita vyvinula velmi brzy. Na začátku toho samostatného života.

2.7 DEPRESÍVNÍ PORUCHY

Deprese je zvládnutelná léky, dnes je tolik léků takové generace, že je to velmi velice vyléčitelný stav.

2.7.1 Deprese

Deprese není jenom deprese, nabaluje se na ni mánie, hypománie, dystymie, cyklotymie a může být mírná, střední a těžká. Může být těžká s těžkými psychotickými stavy tzn., ztráta vhledu do reality a jsou i takové deprese, které nejsou léčitelné. Jsou deprese vyléčitelné v první fázi, jsou deprese, které potřebují dlouhodobou léčbu první i druhé léčby, tzn., že dlouhodobě se podávají léky, které se podávají déle než několik měsíců. U některých depresí se jedná o těžký stav, který si vyžaduje doživotně profylaktickou léčbu a jsou i takové deprese, kde postupně přestává účinkovat elektrokonvulzivní terapie jako taková poslední šance, jak se vrátit k normálně fungující mozkové činnosti.¹¹⁷

2.7.2 Deprese jako bipolarita

Jako samostatná diagnóza, které říkáme deprese, se vyskytuje velice zřídka i v těch Mezinárodních klasifikacích nemocí. V americkém psychiatrickém manuálu je deprese schovaná jako heslo,

117,118 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹¹⁷ Takže ty reklamy na deprese, antidepressiva jsou zavádějící v mnohé oblasti a hlavně jsou zavádějící, protože se velmi často v lidovém běžném kontaktu komunikačním doslechneme a sdělují nám naši známí, nebo my sdělujeme jim, že jsme takoví nějací skleslí, smutní, neumíme se z té špatné nálady vzpamatovat apod. a pak se i na obyčejné a zcela jiné realitě odpovídající smutnění berou léky, což je naprostý nesmysl a zakládá se na nebezpečí neléčitelnosti deprese. Takže deprese je nejčastější.

¹¹⁸ Ta bipolární afektivní porucha je považovaná psychiatry za tu střešní diagnózu, pod kterou se může schovávat i depresivita, ale je jen zřídka, nebo někdy je to i diagnostická chyba, když se u člověka vyskytuje taková ta čistá, izolovaná a žádná jiná další, ani dystymie ani cyklotymie ani mánie ani hypománie, což jsou všechny obrácenou stranou té samé mince. Velmi často se používá ve spojení s depresí slovo fáze, období.

jako diagnóza pod bipolární afektivní poruchou, kde se v každém případě uvažuje a velmi často se depresivita vyskytuje jako jedna z fází bipolární afektivní poruchy. Určitě v některé starší literatuře se setkáme ještě s pojmem maniodepresivita, tzn. to je v současnosti to, čemu říkáme BP nebo BAP – bipolární afektivní porucha, tedy taková porucha nálady a prožívání emocí, která v sobě zahrnuje cyklománii, cyklus depresivity, cyklus mánie, mezitím je pauza, pak nějaká hypománie apod.¹¹⁸

2.7.3 Fáze a formy depresivity

Různé formy depresivní fáze jsou v MKN může být mírná depresivní fáze, může být středně těžká depresivní fáze, těžká depresivní fáze bez psychotických příznaků, nebo s psychotickými příznaky, ještě se rozlišuje jiná depresivní fáze například ta, která vzniká v důsledku některých druhů rozsevu rakoviny nebo depresivní fáze, která vzniká v důsledku jako průvodní znak Alzheimerovy nemoci. Nebo jako průvodní znak téměř vždycky a téměř u každého Atkinzonovy nemoci apod. To může být nespecifikovaná depresivní fáze.

2.7.4 Remise depresivity

Důležité je vědět, že to slovo fáze znamená, že se ta depresivita nevyskytuje nepřetržitě u člověka, že má remise. Má bezpříznaková období a když už přijde bezpříznakové období, tak má ten náš klient pocit, že už se z toho vyléčil, už se z toho dostal a přestává brát léky, nebo nedodrží striktně lékový režim nebo zapomíná, že s depresivitou si nelze zahrávat, protože depresivitu je zapotřebí dlouhodobou léčbou krotit. Jsou zde velmi velké individuální rozdíly. Vůbec to není lehce diagnostikovatelný stav, který je typický smutkem atd.¹¹⁹

Dystimie je nemoc, která výrazně ovlivňuje kvalitu života. Takže z toho nám vyplývá, že v případě afektivních poruch, poruch emočního prožívání je nejtypičtější to, že se vyskytují smíšené stavy, smíšené fáze v nejrůznějších variacích. Ty smíšené stavy se mohou měnit

v řádu týdnů, v řádu měsíců, ale jsou i stavy, kdy se mění ty jednotlivé fáze v řádu hodin nebo dnů.¹²⁰

2.7.5 Depresivita mění zcela zásadně povahu člověka

Depresivita jako nemoc, ne jako den smutku nebo po neúspěchu. Vylítnu od zkoušky, pak mám dva, tři dny, než se z toho vzpamatuji atd. To jsou přirozené reakce na situace v životě. Není to nic nepřirozeného, když se vzpamatováváme z nějakého rozchodu nebo z úmrtí nebo podrazu, nebo neúspěchu z čehokoliv nepříjemného. Ale pokud je to deprese, tak člověk, u kterého vypukne depresivita, se jakoby povahově změnil.¹²¹

2.7.6 Pokud u klientů dojde nebo dochází k nějakému mozkovému poškození, počítejme s tím, že to může zasáhnout i celkovou integritu osobnosti toho klienta

Takže jako dobrá mnemotechnická pomůcka pro nás je hovořit s rodinnými příslušníky na téma změnil se ten člověk? Je tam nějaká neobvyklá změna povahy?¹²²

119,120,121 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7
1.4.2019

¹¹⁹ Depresivita se často vyskytuje bez manických fází a tehdy když se vyskytuje bez manických fází, ji říkáme periodická cizím slovem rekurentní depresivní porucha, nemá fázovitý charakter. Podobně ještě existuje jeden ekvivalent rekurentní. Ještě se vyskytuje taková deprese, která nemá fázovitý charakter a té říkáme dystimie. Dystimie je takovéto trvalé, smutné, pesimistické, negativistické psychické ladění u toho člověka.

¹²⁰ A to je nesmírně obtěžující, když jsou, jak Churchill říkal, ten je měl, ten těm dnům, kdy měl takovou depku, depresivitu se vším všudy říkal Black dogs to jsou dny jako Černí psi.

¹²¹ Jako příklad bych uvedla, že někdy nám příbuzní lidí, kteří se vrátí domů po podléčené mozkové příhodě a tito příbuzní nám říkají, vrátil se nám z nemocnice cizí člověk. Ta cévní mozková příhoda zasáhla frontotemporální laloky a způsobila rozvoj depresivity. Ta by nemusela vypuknout, ale už změnila afektivní prožívání a už vlastně ten člověk působí dojmem, že reaguje jako někdo úplně jiný, před cévní mozkovou příhodou to byl hodný děda, laskavý, tolerantní atd. jak z pohádky a vrátil se konfliktní, vztahovačný, neurvalý dědeček. A způsobilo to organické poškození mozku.

Např. člověk způsobil nebo zavinil autonehodu, při které sebe poranil, někoho dalšího poranil, je to velmi závažný stres, který může být až natolik závažný, že snižuje jeho adaptační schopnosti a tento člověk po té autonehodě po určitou dobu reaguje jinak, neobvyklým u něho nečekaným způsobem. Ale je to jiná diagnóza, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení jsou jenom jedno, není to F38 ale F43 podle MKN. Někdy to může být akutní reakce na stres na tu autonehodu nebo to může být posttraumatická stresová porucha součástí, které je i takové to depresivní smutné ladění, které může tam zůstat a změnit trvale celou osobnost. Ale naskočí ty změny až po nějakém období, po odeznění té stresující příhody třeba té povodně v Troubkách nebo něčeho natolik závažného v minulosti. Nějaký čas ten člověk silou vůle jedná postaru, ale pak zpravidla ten obrovský stres mění celého člověka.¹²³

Neobvyklá změna v povaze se zpravidla u depresivity neodvíjí od konkrétní poruchy, od konkrétního stresu, od konkrétní katastrofy, od konkrétní autonehody. Ale vyvíjí se delší dobu u disponovaného člověka rozpoznávanými nebo nerozpoznanými vlivy.¹²⁴

122,123,124 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹²² Ta neobvyklá změna v povaze nemusí být způsobena jenom depresivitou. Ale může být součástí celého obrazu v rámci, kterého člověk reaguje na závažný stres. A v důsledku závažného stresu došlo k poruchám přizpůsobení, adaptačním poruchám.

¹²³ Může to být porucha přizpůsobení, mohou to být depresivní reakce nebo může to být tzv. prodloužená protrahovaná depresivní reakce. Mnohé podobné dezintegrační procesy jak na osobnost člověka tady máme a musíme je odlišovat.

¹²⁴ Deprese bývá popisována jako samostatná nemoc, ale může být popisována a setkáváme se s ní i jako se součástí jiných nemocí. Typické je pro Adisonovu nemoc - nemoc nadledvinek. Typické je, že lidé, kteří touto nemocí onemocněli, se chovají takovým způsobem, že se u nich ta afektivita velmi rychle a často v malých časových úsecích střídá.

2.7.7 Depresivita a podrážděnost

Depresivita se střídá s podrážděností, ne z mánií a typickou hypománií. Pro Parkinsonovu nemoc a celkový obraz v důsledku té nemoci je typické, že tento klient vlastně postupně, jak se rozvíjí ta jeho nemoc, tak upadá do hlubších a hlubších fází.¹²⁵ Takže to jsou takové nejobvyklejší věci. Takže depresivita může být součástí nějaké stresující adaptogenní poruchy nebo nějaké nemoci.¹²⁶ Druhá kategorie byla reaktivní depresivita, při které se uvažovalo, že spouštěčem té depresivní první a dalších depresivních epizod je vlastně individuální reakce na nějakou silnou stresovou událost nebo vysokou citlivost a menší stresující událost, každopádně reaktivní jako reakce na stres. Pak třetí skupinou byly deprese organické, tzn., že se nám vrátil z nemocnice cizí člověk při organickém poškození mozku.

To organické poškození mozku může být samozřejmě i cévní mozková příhoda, ale i úrazy, nádory, krvácení, mohou to být i endokrinní poruchy, které spouštějí depresivitu. Mohou to být takové poruchy, které souvisí s činností jater nebo slinivky břišní nebo může to být i těžší forma diabetes melitus. Ty chronické zatěžující v podstatě nevyléčitelné nemoci organického původu.¹²⁷

^{125,126,127,128} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF,

nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹²⁵ Místo cyklování s mírnou depresivitou se cykluje se středně těžkou depresivitou atd.

¹²⁶ V nedávné minulosti a ještě v literatuře odborné se depresivita klasifikovala, třídila do několika druhů a odvozovala se v těchto jednotlivých kategoriích od příčin, které depresivitu spouštějí, od spouštěčů. Proto se velmi často používá pojem endogenní. Endogenní depresivita, u které se uvažovalo, že je to depresivita, u které je spouštěčem narušená chemie, biochemie mozku. Vyplavování mediátorů. Ta elektricitu se zpracováním biopotencionálu. Takže endogenní depresivita. Příčina se uváděla jako zjednodušeně řečeno, že je tam porucha chemie, chemických procesů.

¹²⁷ Dokonce existuje skupina léčiv, na které pacienti reagují tím, že se u nich těmi léčivy vyvolává farmakologický druh typ depresivity. Takže některé léky a některé přípravky např. hormonální antikoncepce spouští depresivitu.

¹²⁸ Někdy se nepoužívá slovo deprese a depresivita, ale používá se volného pojmu poruchy přizpůsobení, poruchy adaptačních mechanismů.

V současnosti se od toho velmi striktní třídění klasifikace upustilo, protože velmi často a až příliš často jsme byli schopni diagnostikovat u jednoho pacienta obě příčiny. Ta souhra vnitřních dispozic a vnějších faktorů je velmi častá a proto není funkční je rozdělovat na tyto dvě skupiny. Pokud se jedná o přímou reakci, na nějakou závažnou událost nebo náročnou na zvládnutí adaptace na změny na doživotní situaci, úmrtí blízké osoby, rozchod, ztráta zaměstnání atd. Někdy psychologové a psychiatři místo pojmu deprese a depresivita v takových to případech, kdy je ta stresující situace velmi závažná, dlouhotrvající jednoznačně mohou dovodit příčiny těch změn.¹²⁸

2.7.8 Místo deprese je to porucha přizpůsobení

Tomu se dá porozumět i tak, že když pro člověka, který přišel o zaměstnání, ztrátu životních jistot, rozpad sociálních vazeb, ekonomickou závislost. Pokud to trvá delší dobu než půl roku tak dochází k dezorganizaci celé osobnosti. Pokud tomuto člověku v rámci sociální práce zajistíme rekvalifikaci jednu, druhou, třetí rozšíří se mu program a životní obzor, že najde nějaké, na krátkou dobu, na pár hodin zaměstnání, aby si opět zvykl na pracovní zátěž apod.

Zpravidla se u takto zaměstnaného v uvozovkách člověka postupně snižuje ta depresivita toho jeho prožívání kvalit života. Takže v tomto smyslu to není ta klasická nemoc, která vyžaduje léky atd., ale u člověka takto opečovaného se jedná o postupné v krocích promyšlených vytvoření životního programu a hledání vlastně těch opor sociálních a pozitivních stimulů pro zvládnutí.

¹²⁸ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹²⁹ Za několik let to už možné bude, protože budeme mít takové funkční magnetické diagnostické pomůcky, které nám vyvodí samozřejmě diagnózu raz dva. A nebudeme ani muset zpracovávat dlouhé a časosběrné osudy těchto lidí a odvozovat z toho tyto problémy. Takže ta diagnostická kritéria to přesně neumožňují, ale je tady přece jenom jedna pomůcka, která vychází a je založena na lidské moudrosti nebo lidské zkušenosti z minulosti.

Ta diagnostická kritéria, která k dispozici v současnosti máme, nám nedovolují, ale přesně rozlišit, zda toto je ještě adaptační porucha přizpůsobení a toto je již depresivita.¹²⁹

2.7.9 Reakce na úmrtí blízké osoby

Zpravidla se oblékáme do černého, protože to je v souladu s naším psychickým nastavením. Kromě té černé barvy a dovolení si truchlit je tady ještě jedna věc v té lidové moudrosti, která říká, že maximálně rok. Při úmrtí blízké osoby, partnera, dítěte, rodiče smutníme, truchlíme rok. Maximálně rok. Rok je maximální doba, maximální délka truchlení, jestli je to truchlení delší, je to depresivní. Ale proč by to měl být dlouhý rok? Proč bychom se nemohli dříve vrátit? Ale ta lidová moudrost hovoří o maximu. Maximálně rok nosit černé šaty. Maximálně rok truchlit a omezovat se v těch běžných zábavách. Pokud ale se toho truchlení nedokážeme zbavit je za potřebí to léčit. Dneska je taková praxe, že pokud je hloubka truchlení velmi hluboká po pohřbu, tak psychiatři automaticky dávají antidepresiva. A nejsou to jenom psychiatři, ale bývají to i praktičtí lékaři, protože ta stigmatizace, kterou s sebou psychiatrie jako část medicíny nese je taková, že aby se antidepresiva dostala ke všem potřebným klientům pacientům, tak praktičtí lékaři dostali oprávnění, kompetenci k tomu, aby mohli předepisovat antidepresiva a aby se tím zasáhlo větší spektrum potřebných lidí.¹³⁰

2.7.10 Typické známky depresivity

Prvním atypickým znakem je, krom toho, že se mění ten člověk osobnostně, reaguje jinak, je méně přátelský, nemá zájmy, stahuje se do soukromí, omezuje své aktivity. Ta depresivita způsobuje, že člověk má dlouhodobě zhoršenou náladu. To čím trpí, to jsou pocity beznaděje. To jsou pocity bezvýchodnosti.¹³¹

Typické pro člověka s depresí je, že se o to, co ho bavilo před tím, před vypuknutím deprese přestává být zajímavým. Vytěsňuje záliby, koníčky, zájmy. Nevyhledává potěšení, nevyhledává lidskou společnost, nevyhledává příležitost jak si posedět, pohovořit, vypít

kafe, bavit se se svými přáteli, které má rád, a které potřebujeme ke svému duševnímu zdraví.¹³²

Dochází ke změně spánkové potřeby v důsledku depresivity. Někdo spí patnáct hodin, některý typ člověka s některým typem depresivity. On by proklímal vlastně celé dny a celé noci nebo někdo jiný zase nemůže spát. Neusne bez prášku. Takže dochází ke změně spánkové potřeby, spánkové frekvence.

2.7.11 Depresivní lidé zpravidla hůře usínají a zpravidla se velmi časně budí

Takové typické pro seniorskou populaci, že třeba jdou v devět, deset, jedenáct spát, ale už třeba od tří straší. Už jsou vzhůru. Ta depresivita v kombinaci s tím stářím a sníženou potřebou spánku tohle s nimi dělá. Takže mají narušenou spánkovou potřebu dobu usínání, a dobu vstávání, a může se stát, že ta depresivita způsobuje takovou nadměrnou vyčerpanost, která je dostává do takové, až letargie a proklímbají hodiny a hodiny bez jakékoliv činnosti. Velmi obdobně podle té spánkové chuti je to i vztah a chuť k jídlu. Jsou lidé, kterým depresivita způsobuje, že se přejídají, pořád něco jí. A protože se nepohybují tak nabývají samozřejmě na váze a o to jsou smutnější a depresivnější, když jim nic z toho šatníku už neseďí. Někdy je ta chuť jídla tou depresivitou poznamenaná negativně, že jim přestává chutnat. Jídlo jim nevoní.¹³³

Dále dochází k poruchám schopnosti se soustředit na cokoli, na rozhovor, na to aby se podívali z okna a zapamatovali si, co je venku.

130,131,132,133 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7,1.4.2019

¹³⁰ Takže ty antidepresiva mohou předepisovat i praktičtí lékaři.

¹³¹ Jde v tom svém tmavém tunelu a ten tunel je horší než Blanka, ten tunel nemá ani to světélko pověstné tam na konci.

¹³² Přátelé by se měli předepisovat duševnímu zdraví. Nejen to, že je nevyhledává, ale nemá z nich potěšení. Z těch aktivit, ze sportování, čtení atd. Je v takovém stavu anhedonie, ztráty zájmu a ztráty potěšení.

¹³³ Nelíbí se jim jeho barva, jeho vzhled, odmítají jíst a omezují jídlo. Někdy právě naopak jídlem si vynahrazují něco, co jim v životě schází, ale není jasné, co to je.

Ta porucha koncentrace, je tak intenzivní a rozsáhlá, že jim znemožňuje dočíst stránku, dokončit nějaký pracovní úkon, učit se ke zkoušce.

2.7.12 Těžko radit depresivnímu člověku

Ten, kdo má depresivitu, tomu nemůžeme poradit, aby se zklidnil, nic nedělal, soustředil se jenom na přípravu ke zkoušce apod., protože tam je celá ta kognitivní stránka, celé to poznávání od shora myšlení, řeč, paměť, fantazie atd. Všechny tyto procesy vnímání a zpracování jsou, jako kdyby zůstaly ploché. Zůstaly jenom na povrchu a nešly do hloubky. Takže nevydrží u jakékoliv aktivity, a ta aktivita není dokončená a často je nekvalitní. Typická je ztráta energie, takové té vnitřní síly, kterou potřebujeme k tomu, abychom vstali a udělali co je potřeba, podali nějaký výkon, ukončili práci, šli do školy atd. Ta ztráta energie, nevspělost, problém s jídlem, všechno tohle se pak začne kumulovat do takové nějaké bezvýchodnosti v tom vlastním životě, bezvýchodnost, bezcílnost. Tito lidé si nedokáží naplánovat a jít k nějakému cíli apod. A už se na to nabalují takové ty sebevražedné myšlenky, nestojím za nic, nic neumím, nic nedokážu, zhruba dvě třetiny nemocných lidí s depresí a depresivitou má sebevražedné myšlenky a pocity úzkosti.¹³⁴

Ten kdo trpí depresivitou je v nebezpečí, že se rozhodne ukončit svůj život, protože ta depresivita mu znemožňuje objektivně chápat příčiny, důsledky a řešení. On má omezené vnímání sebe sama, svých cílů atd. Zvláště ohroženou skupinou jsou senioři s depresivitou, protože na vyšší věk má vícero zdravotních potíží i nějaké ekonomické

¹³⁴ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4. 2019

¹³⁴ Pocity strachu a úzkostné pocity a stavy a kombinace této afektivní poruchy a neurotické poruchy, kterou úzkostnost strach a úzkost je vlastně způsobuje, že se zvyšuje riziko sebevraždy, zhruba se to uvádí kolem deseti procent. Od pěti do patnácti procent, zhruba takto to uvádí statistiky České republiky. A to nejsme na špičce, i když Evropa sténá, Evropa smutní atd, ale nejsme na špičce sebevražed. Tu sebevražednost bychom si měli zapamatovat jako memento.

problémy, sociální izolace, sociální smrt pokud se senior ocitne v situaci, že mu všichni zemřou a on zůstává sám a nové přátele jen tak nezíská, protože nemá k tomu ekonomické předpoklady, je nemocný a málo pohyblivý apod. U seniorů musíme vždycky zpozornět, a vykonat všechno proto, aby zbytečně svůj život předčasně neukončili, protože ta intenzita toho tlaku na straně jedné depresivita a její důsledky a na straně druhé vysoký věk s výraznými průvodními příznaky je velmi smrtící nebezpečná kombinace. Depresivita způsobuje výpadky paměti a někdy se říká, že depresivita působí dojem demence, ten člověk je tak hluboko ponořený do své neenergie a nesocializovanosti atd., že rozumně nereaguje, že můžeme mít dojem, že je to dementní člověk a navíc ještě k tomu je to, čemu se laicky říká má zlomenou vůli. Působí dojem člověka, který nemá dostatek vnitřních ani vnějších sil a vůbec fyzické energie. Takže takhle se díváme na depresivního člověka.

2.7.13 Další projevy deprese

Dalšími projevy deprese jsou například takové stavy, kdy rodina říká, ty nic neděláš, ležíš celé dny atd. a přitom ten člověk s depresí je v takovém stavu, že má žízeň a není schopen třeba ani vstát a natočit si vodu z kohoutku. Natož si jít koupit nějakou minerálku. Má hlad a žízeň a není schopen si uvařit čaj a není schopen si ani ukrojit kousek chleba a něco sníst. Není schopen řešit svůj akutní problém

135 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4. 2019

¹³⁵ Bezduché, ploché, nepropracované, jazykově chudé. Tam nejsou souvětí, tam není žádná verbální bohatost, ta čeština, když čtete kvalitní text, tak je naprosto nádherná, nebo když symfonický orchestr hraje, jenom ta čeština v té televizi, to není žádný symfonický orchestr. Je vědecky prokázáno, že pokud člověk sleduje tuto televizi tak dlouho suma sumárum kolem šesti hodin denně, tak si zvyšuje téměř stokrát šanci, že se mu rozeběhnou dementní procesy, protože mozková činnost je nastartovaná a prvním nadechnutím, aby běžela, fungovala, byla sycena podněty. Ale mozková činnost konzumenta dnešních seriálů je omezovaná. Místo toho abychom dostali obložený chlebíček, tam dostaneme jen kus chleba namazaný sádlem. A ta mozková činnost není bombardovaná tou rozličností, jazykových bohatostí.

s hladem a žízní. Ta ztráta vůle a energie je tak obrovská, že lidé většinou polehávají, zabývají se takovými pasivními činnostmi, přitom největší spouštěč nebo nejnebezpečnější, nejpodceňovanější spouštěč jak demence, tak deprese jsou televizní programy.¹³⁵

2.7.14 Problém lidí s depresivitou ve zvládnání vlastní hygieny

Dalším problémem lidí s depresivitou je v tom, že nezvládají vlastní hygienu. Nejen svůj hlad a žízeň, nejen to, že se nedokopou a nepřinutí k jakékoliv činnosti, ale ten problém s hygienou je takový, že si ani nezvládnou umýt ruce pod tekoucí vodou mýdlem a osušit si je, to je příliš těžké. Těžká činnost. Navíc lidé s depresivitou cítí a vnímají a prožívají v depresi nepopsatelné stavy. Popisují různým způsobem ty nepopsatelné stavy. Ty pocity v mozku někdy popisují jako mravenčení.¹³⁶

2.7.15 Depresivita bolí

Depresivita bolí víc než jakékoliv jiné bolesti, které známe, u zubaře je to prý selanka. I bez umrtvení. Čili ty bolesti, které známe při zlomeninách kostí, a pooperačních stavech atd., jsou nepopsatelně lehčí, než popisují důsledky a prožívání deprese lidé, kteří ji opravdu zažili.¹³⁷

136,137,138 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹³⁶ Nebo jako když je zalehne mokrá peřina. Ani se hnout, ani nic udělat, ani přejít od první myšlenky k další. Když takhle popisují ti klienti, co to vlastně depresivita je, jak ji prožívají, jako pocit absolutního bezvládní, neovládání vlastního těla a neskutečné bolesti, která je sráží někde do magmy naší zemi, někdy říkají že, když to jakkoliv jsou schopni popsat slovy, tak to nevyjadřuje míru hloubky utrpení, která vyplývá z deprese.

¹³⁷ U někoho se stává, že jdou ke katatonii, tzn., že úplně ztuhnou, neotočí hlavou, nemůže mluvit a tento katatonický stav může trvat pár minut, pár vteřin ale může trvat i několik hodin.

¹³⁸ Když jste příliš unaveni, tak nejen, že se v bytě, v domě křičíte, ale utíkáte do samoty, do ticha a do klidu, abyste se vzpamatovali ze zátěže.

To jsou stavy, kde začíná smrt. Ta katatonie kdy se nelze hnout a pohybovat vůbec to je ztuhlost, která pokud se neléčí, tak vede ke smrti, ale tady už je pozdě jediná léčba účinná a to je elektrokonvulzivní terapie. Rozdíl mezi lenochem a člověkem postiženým depresivitou depresí je v tom, že pokud ten lenoch musí něco udělat a neudělá to, tak je našťvaný, že ho vůbec k tomu někdo nutí, že vůbec to musí udělat, že musí něco udělat, tak je z toho našťvaný, ale pokud je to člověk s depresivitou dokáže uvařit čaj, tak je šťastný, oceňuje to jako prožití radosti z toho, že to vůbec dokázal. Úměrně samozřejmě. Lidé v tomto stavu hlubokého prožívání depresivity velmi těžko prožívají negativní informace.¹³⁸ Ale lidé s depresivitou oni nesnesou ani to každodenní sledování zpráv a novinek a informací na všech kanálech, které samozřejmě informují o všech negativních událostech, katastrofách a bolestech, kde se na světě staly atd. Lidé s depresivitou nesnesou, ani bychom jim nikdy neměli vnucovat sledování takových to negativních informací.¹³⁹

Jsou to lidé, kteří bez příčiny pláčou, smutní atd. Když pláčou, nedokáží ten pláč zastavit, překonat atd. Každopádně existuje mnoho druhů deprese. Mnoho stupňů deprese. A kolik je těch depresí tak tolik existuje přístupů, možná i více. Existuje mnoho přístupů k depresi a mnoho přístupů k léčbě. Některé přístupy dávají na první místo úpravu sociálních vztahů, ty psychosociální koncepty léčby. Jiné přístupy zdůrazňují nutnost odborných přístupů. Odborné pomoci. Tzn.,

139 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č. 7,

1.4.2019

¹³⁹ Neměli bychom před nimi a v jejich přítomnosti hovořit o negativních zážitcích, o katastrofách, o neštěstích, o nemocech. Prostě věnovat se lehkým naprosto nekonfliktním tématům. Lidé s depresí nejsou schopni zpracovat a vzdálit se od té informace. Sami se pohybují v bludném kruhu depresivity. Takže žádné tragedie se neprobírají. Navíc ještě člověk v tom akutním pásmu deprese on nezvládne dlouho poslouchat, dlouho mluvit, on se soustředí na jednu dvě věty a utíká tou narušenou sníženou pozorností a schopností se koncentrovat někde jinde.

že nestačí jenom upravit psychosociální prostředí a pracovat s laděním rozbíjením bludného kruhu depresivity, ale je zapotřebí léčit a zvládnout podle typu, druhu deprese tu akutní fázi depresivity. Takže nejdříve léky, pokud to začne být možné, psychosociální rehabilitaci, z nichž je nejfrekventovanější psychoterapie samozřejmě. Ale existuje dodnes polarita mezi těmito odbornými přístupy, alopatická léčba léky, psychosociální léčba nejrůznějšími koncepty úpravy sociálních stavů. Není správný ani jeden a ani druhý ten způsob, nemůžeme ho prohlásit za dobrý, ale u mírných druhů depresivity někdy opravdu stačí, když se rozebíhá, včas jej podchytit. Když je to první fáze, první epizoda depresivity mírné, čili opravdu stačí upravit psychosociální kontext a pracovat psychoterapeuticky s tím klientem a je dost dobře možné, že to zvládne. Ale nemusí. Někdy ta mírná forma té depresivity přes tu veškerou psychosociální snahu o úpravu se stupňuje nebo se dostane ten člověk do krátkodobé remise a pak depresivita uhoří velmi nebývalou silou. Neexistuje pravidlo, je tu mnoho přístupů a je zapotřebí hledat kombinaci mezi těma dvěma přístupy odbornými léky alopatická nebo léková forma léčby a neléková psychoterapeutická, psychosociální forma léků.

2.7.16 Psychiatři a praktičtí lékaři, antipsychotika, nebezpečí alkoholu

Alkohol sice přináší krátkodobou úlevu, ale tím je velmi nebezpečný, protože rychle vzniká závislost a člověk je pak v pasti.

Depresivita se nejčastěji nějakým způsobem vztahuje k tomu bipolárnímu projevu, tzn., že dříve jsme říkali psychoafektivní porucha nebo maniodepresivní psychóza atd. Jsou to obrovské výkyvy od plusu do mínusu, když se jedná o bipolární poruchu a v každém případě to znamená, neschopnost toho přirozeného fungování.

2.7.17 Bipolární afektivní porucha

Může být typická tím, že cykluje, tzn., že se prostřídají a vyskytnou se změny nálad a to ročně čtyři fáze v jednom roce. Může být ultrarapidní cyklování, nebo ultrarapidně cyklovaná bipolární porucha,

když se ty jednotlivé nálady manická a depresivní střídají mnohokrát denně, čtyři ročně, bipolární taková ta nejběžnější porucha, pak ultrarapidní když se cykluje několikrát denně a může to být forma smíšená, kdy pacient zažívá symptomy obou protipólů mánie i deprese. Zpravidla začíná bipolární afektivní porucha tím, že začíná tou takovou smutnou depresivní epizodou, ta zanikne a pak už se vyskytují jenom manické epizody, to byly ty první cyklující, cyklování čtyřikrát ročně, ultrarapidně několikrát denně. Nebo oboupolaritní cyklování jak manického tak depresivního syndromu.

2.7.18 Manický syndrom

Je to takový stav, kdy se jeví klient člověk jako extrémně odmítavý. Jeví se na první povrchní pohled, protože je akční, protože tryská z něho spousta myšlenek většinou nedokončených a většinou realitě vzdálených myšlenek a to co působí dojmem nadměrné podnikavosti, to je zpravidla záhubou toho člověka. Protože on je neproduktivní. Manický člověk působí dojmem produktivity, ale de facto a v realitě je neproduktivní. Nic nevytváří, kromě dluhů.

140 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4. 2019

¹⁴⁰ Mohou si půjčit miliony, že vydělají desítky milionů, sta milionů a nakonec jsou zadlužení tak, že jediná cesta je vést je k nějakému osobnímu bankrotu. Takže působí dojmem, že je podnikavý, ale je neproduktivní. Působí dojmem, že je veselý, ale on není veselý. On je rozjařený, on je podrážděný, on je konfliktní, on je akční v té manické fázi ale ne v tom zdravém veselí, které je osvobozující a psychika jej potřebuje a je pouze rozjařený, nic pro něho není problém, má sníženou potřebu spánku. Když si uděláme rozpis, kdy který byl, kolik spal, tak zjistíme, že za ten týden minulý spal třeba nějakých dvanáct hodin a nemá potřebu toho spánku. Je to, jako když hoří ta svíce z obou stran. Může směřovat k manické fázi a ke smrti. Vyčerpanosti a smrti. Je v sexuální oblasti často promiskuitní, navazuje stále nové a nové vztahy, je podrážděný, mluví nesrozumitelně, mluví slovním salátem. Myslí tak rychle, že nedopoví větu a ve své podstatě nesděljuje, protože neukončí myšlenku, ty myšlenky se ztrácejí v časoprostoru. Veškeré pochody, fyziologické pochody se odehrávají a fungují velmi rychle, jsou, jako když máme tu nohu na plynu a nevíme se ani představit, že bychom trochu ubrali. Mívají velkášské bludy.

A když se setkáme s klienty, tak je to značná část, jsou to klienti, kteří mají manické fáze. Bipolární porucha s těmi manickými fázemi. A v těch manických fázích je svět malý knoflík.¹⁴⁰ Proti-kladem je syndrom depresivní, nálada pokleslá. Člověk není schopen prožívat radost, trpí beznadějí, poruchami spánku, nechutenstvím, nezájmem o sexualitu, celkově je vyčerpaný, obviňuje sám sebe. Bludy o vlastní bezvýznamnosti, mikromanie, blud o vlastní bezvýznamnosti, bezcennosti.

2.7.19 Nebezpečí bipolární afektivní poruchy

Ve všech fázích bipolární afektivní poruchy je velké nebezpečí, že ten člověk může spáchat sebevraždu. Opět se nabalují na tyhle stavy depresivní a manické. Manická fáze není odpočinková, není vůbec taková, že umožní člověku vyspat se z toho, odpočinout si z toho, než ta nemoc uhodí znovu. Ta je stejně nebezpečná a vyčerpávající přesto, že se říká, že vlastně mánie to je útěk do ráje od deprese. Že nebývá až tak těžko prožívaná, ale vezměte si v potaz zadluženosti, ztráty práce, ztráty vztahu, ztráty manželství, rozpadu rodiny. To nejsou menší nebezpečnosti, ve srovnání s tím subjektivním prožíváním depresivity. Takže oba tyhle extrémy jsou projevy nemoci, nemoci velmi vážné a velmi frekventované. A můžeme si ji přivodit kdykoliv. Pokud nám osud dal do vínku citlivost. Co většina lidí má naštěstí. Někdy je to suicidium nebezpečné hlavně tehdy, když se nám povede toho nemocného z toho vrcholu nebezpečí a extrémního prožití jak mánie, tak depresivity dostat.¹⁴¹ Ty potíže kulminují nebo frekvence výskytu a diagnostik kulminují v období dvaceti let. Kolem dvaceti let. To je velmi náročné období v životě, končí studium, začíná práce atd., zakládají se rodiny, přicházejí starosti.¹⁴²

Z psychiatrů jako takových. Takže my nemáme specialisty nebo pedopsychiatry, kteří by nám dokázali diagnostikovat ty duševní poruchy, které se otevírají, zakládají, vypukají v období puberty. A tam někde jsou kořeny k té chandře. K těm smutkům, k té nevyváženosti, k té neschopnosti poznat sebe samého a už v období pubescentním by měli vlastně probíhat jim přiměřenou formou

takovéto informační vstupy. Aby dokázali rozpoznat sami na sobě své psychické problémy a dokázali říct, jak se cítí, aby jejich rodiče zapomněli na stigmatizaci a dokázali to dítě vzít a jít k psychiatrovi ¹⁴³

2.7.20 Příčiny bipolárních poruch

Každopádně jednoznačné příčiny vzniku někdy známe a někdy ne. Protože ty příčiny se velmi často kombinují s dispozicemi, někdy tam ty dispozice nejsou rozpoznatelné. Takže jednoznačně nevíme určit příčiny vzniku bipolárních poruch.

Takže bipolární porucha je způsobena kombinací biologických nemocí, tzn. daností neurobiologickou daností a psychických faktorů tzn. toho, co se nasype na psychiku člověka. Běžně jsou tyto poruchy připisovány stresovým životním událostem u disponovaných jedinců. Cyklů depresivních a manických se vracejí, projevují častěji, kde jsou několikaleté remise. Někdy jsou ty manické cykly tak krátké, že si člověk ani neuvědomí, že právě prodělal dvacetihodinový, desetihodinový cyklus mánie, třeba ho prospal. Důsledky těchto cyklů ale jsou velmi závažné, jsou závažné tak, že člověk přestává být praceschopný, spolehlivým pracovníkem. Není schopen ukončit studium, získat kvalifikaci. Rozbívá se rodinné a sociální vztahy.

141,142,143 Krahulcová, B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹⁴¹ Trochu jsme ho dali do kupy a on teď získal sílu proto, aby byl schopen vykonat suiciditu. Tyhle ty nemoci, tam kde je depresivita plus něco dalšího postihují zhruba jedno procento populace.

¹⁴² Takže kolem dvaceti let. Jako zkušenost je, že tohle si přečteme v odborné literatuře, ale že máme nedostatek psychiatrů specializovaných na děti o tom se moc nešíříme. A je to pravda, že máme pedopsychiatrů naprostý akutní nedostatek, je jich promile, dá se říct.

¹⁴³ To stigma a co by si lidé ve vesnici řekli, že s ním chodíme k psychiatrovi? To je moje zkušenost z loňského období. Přitom ten chlapec měl takovou rozsáhlou poruchu pozornosti a hyperaktivitu, že si nevěděl rady sám se sebou. Ale rodiče měli problém, co by na to řekli ve vesnici.

Manická epizoda může plynule přejít k depresi a deprese může plynule přejít v máni.

Nebo jakkoliv. Může tam být různě dlouhá doba depresivních epizod a manických epizod. Někdy ty období remise mohou trvat několik let a člověk nabyde dojmu, že je vlastně zdravý. Každopádně léčba je nesmírně důležitá a je nesmírně důležité diagnostikovat včas. Nefarmakologická léčba tzn. nealopatická, ale léčba slovem nebo prostě psychosociální léčba je kognitivně behaviorální, interpersonální, logoterapie a pak rehabilitace a psychoterapie

2.7.21 Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie směřuje k tomu, aby ten klient věděl, co je mu. I když máme chřipku, i ta chřipka si vyžaduje, aby ten pacient věděl, že má chřipku. Jak se projevuje, jak se léčí, jak se projevuje u něj, jak se může léčit on sám z té chřipky. Depresivita nebo bipolární porucha není nic jiného než chronická nemoc. Chronická – nebezpečná, vracející se, opakující se v obdobích a epizodách, je to prostě nemoc. A kdybychom chtěli být důslední, tak bychom nemuseli říkat, že je to duševní porucha, psychická porucha. Ale můžeme klidně říct, že je to somatická porucha, somatická nemoc, protože je tam nemocný mozek a mozek je část somat, část lidského těla. Nemusíme se bát toho pojmu duše a identita člověka. Říct že je to chronické, somatické onemocnění, které zasáhlo mozek, ten funguje jinak. Takže ta edukace o té duševní poruše pro tyto lidi je nesmírně důležitá a osvobozující.¹⁴⁴

Léky plus nějaká činnost. Né nečinně ležet v posteli, ale stačí když chodí po bytě, po domě, po zahradě. Stačí, když udělá pár kroků. Dokonce se jim říká, že se přes den neleží v posteli, ale sedět v křesle se může a být v tomto smyslu nečinný. Řeší se jednoduché problémy a připravuje se na budoucnost. Ta mezilidská terapie, ta objasňuje problémy pro celou rodinu, aby rodina rozuměla tomu svému nemocnému, aby ho třeba neobviňovala z toho, jak se chová, jak je nečinný apod. protože to je jednoduše nepřekonatelné. Takové ty informace jako neřešit ty těžké problémy, neřešit katastrofy, neře-

šit žádné tragédie v přítomnosti toho, neboť ta psychika se s tím nersrovná.

2.7.22 Důležitost manželské terapie

Manželská terapie je velmi důležitá, protože to pochopení a podpora toho partnera nebo partnerky je naprosto nezastupitelné, nenahraditelné ničím dalším.

Někdy u těch lehčích stavů a tam kde pacient je velmi dobře spolupracující se navazuje krátká dynamická psychoterapie, ale ne pro ty depresivní stavy ale pro profilaxi. V té třetí fázi léčby té profilaktické fáze.

2.7.23 Smysl pomoci

Logoterapie nebo třeba náboženství to jsou takové úniky od reality, které nám a klientům mohou velmi pomoci. Hledání smyslu apod. Komplexní léčba, dneska se hovoří o komplexní léčbě, přitom se pacientům některá ta část té léčby zdůrazňuje nebo potlačuje.

Každá léčba skutečné depresivity probíhá ve třech fázích nebo etapách. V té první etapě je to akutní léčba léky. Ta akutní léčba léky trvá tak do tří měsíců v průměru.¹⁴⁵

Ten účinek je vždycky lepší pokud se nám povede toho klienta dostat na nějakou úroveň aktivit, nečinnost prohlubuje depresivitu, naprosto mírná aktivita ji pomáhá vyrovnávat a umenšují se ty negativní průvodní příznaky. Udržovací léčba. Tzn., že jsme docílili určitou hladinu těch léků neurobiologicky, navodili jsme tam určité činnosti, které podporovali účinek těchto léků a my potřebujeme co nejdelší dobu a to minimálně půl roku, aby ten pacient ty konkrétní anti-

144 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7,

1.4. 2019

¹⁴⁴ Při této kognitivně behaviorální terapii se dělají programy, píší se diáře, rozvíjí se tzv. depresivní schéma vnucující se, ze kterého není únik a nacvičuje se komunikace, exponuje se zátěž, ale nemyslete si, že začneme dělat nějaké spartakiády z depresivních pacientů, to vůbec ne. S depresivními pacienty se necvičí, nejsou podrobeni žádným fyzickým cvičením apod., jenom se jim říká, že nečinnost prohlubuje depresivitu. A jakákoliv činnost napomáhá léčbě.

depresiva bral, někdy se vyměňují antidepresiva, protože se tam přidaly úzkosti, jsou to antidepresiva s antixiolitiky apod.¹⁴⁶ Samozřejmě, že se to okamžitě léčí. Ale nepočítejme s tím, že lze vyhrát nad touto nemocí tím, že se nedodrží pravidla léčby, jako je terapie. Někdy jsou to dva roky, někdy jsou to tři roky, než postupně při dobrých výsledcích psychiatr diagnostikuje a určí, že se začne vysazovat léky. Ale to vysazování těch léků to trvá několik let! To není záležitost měsíce nebo týdnů. Vysazování silných antidepresiv trvá několik let a postupuje po miligramech, že se udělá s dávkou. A někdy se musí vrátit úplně na začátek léčby.

2.7.24 Udržovací léčba

Udržovací léčba pomoci může trvat rok, může trvat dva roky, nejméně mezi šesti až devíti měsíci. Velmi často se stává, že při takových to výkyvech se dostane ten člověk do situace, že psychiatr

145,146 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7, 1.4.2019

¹⁴⁵ Berme ale v potaz to, kdy nám začínají antidepresiva účinkovat, kdy začne nemocný člověk pociťovat, že se něco děje. To je tak do tří týdnů. První tři týdny přicházejí akorát negativní průvodní znaky, takže ten člověk musí vydržet s těmi antidepresivy, než si navolí zejména při vyplavování mediátoru dopaminu a serotoninu ta přiměřená požadovaná hladina a ta musí být sledovaná, protože podle toho symptomu, projevu té nemoci se ubírá nebo přidává, prostě se hledá ta optimální dávka. Každá ta deprese je jiná. Takže akutní epizoda nemůže trvat méně než měsíc, protože ten první měsíc jenom nabíhá a vytváří se ta požadovaná individuální hladina. Pak začíná se a pořád v akutní fázi pak se hledá ta činnost, která by podpořila v pozitivním slova smyslu účinek léků.

¹⁴⁶ Takže ta udržovací léčba, počítejme s tím, že to nebývá méně než rok. Za to období toho roku samozřejmě symptomy ustoupily a bohužel se velmi často stává, že ty nepříjemné vedlejší příznaky toho člověka přímo nutí k tomu, aby se tomu vzepřel, aby vynechal a nevzal ten lék atd. Ale vynechat antidepresiva je velmi nebezpečné a je velmi často spojováno s prožíváním velmi silných bolestí hlavy, až nesnesitelných bolestí hlavy. Někdy když jim dojdou léky této udržovací fáze, tak tito klienti přicházejí na psychiatrickou kliniku jak zombie, utrápení, šílení, bolestmi a žebrají u vrat, aby dostali svůj lék apod.

zjistí, že je to tak vážná nemoc, že jsou tam tak krátké remise, že nasadí profylaktickou léčbu a ta profylaktická léčba udržovací léčba trvá do smrti. Měla by trvat do smrti. Takže není to jako s chřipkou, není to jako s antibiotiky, je to velmi vážná věc, ale zapamatujme si, komplexní léčba má tři etapy akutní, udržovací, profylaktická a není to žádná lidská hra. Pokud je to možné v první fázi nikoliv, ale až ve druhé fázi to možné je, že je udržovací ta léčba, tak se nasazuje jako průvodní péče podpora buď psycho-terapie nejčastěji je to psychoterapie. Kognitivně behaviorální psycho-terapie.¹⁴⁷

A psychoterapeut váhá porozumět tomu, co se s tím pacientem, klientem děje, odděluje zdravé prožívání a pojmem je to patologické, odděluje zdravé a patologické, aby se ten klient vydával cestou k tomu zdravému.¹⁴⁸

To znamená, že vlastně pracuje na tom, aby znovu obnovil žebříček hodnot, hodnot zájmů, hodnot výkonů, hodnot schopností, podporuje všechno zdravé, podporuje důvěru v sebe samého a je to velmi těžké, vytváří pocit bezpečí. Přirozené kontroly nad svým životem. A učí jak překonávat problémy.¹⁴⁹

Pak je tady samozřejmě nástavba soukromé psychoterapie, ale ta nebývá příliš finančně dostupná. Praktické rady pro klienta. První praktická rada je přesvědčit toho klienta o tom, že deprese je léčitelná a je to nemoc.¹⁵⁰

2.7.25 Edukace pacienta

Naučíme toho pacienta, aby se neporovnával, jaký byl před vypuknutím nemoci a jaký je teď. A nezoufal si nad tím. Platí, že klient i rodina i přátelé a vůbec i odborníci kolem nesmí předpokládat, že se deprese dá zvládnout vůlí. Deprese se nedá zvládnout vůlí, pouze vůlí můžeme zvládnout ty průvodní, implikované, průvodní procesy, které nám přináší psychoterapie, psychosociální terapie, vlastně jak je to s tím klientem. Sama vůle toho pacienta nestačí, přestože se občas najdou vysoce inteligentní lidé s mírnou depresivitou, sečtělí a s nějakou rodinnou zkušeností a ti si s tím poradí sami. Ale to aby si někdo objednával on-line antidepresiva, aby nemusel ani k tomu

psychiatrovi, tak to rozhodně správné není. Zahrává si, že může na depresi ten člověk pak i umřít. Naučíme klienta, aby všechno co dělá rozdělil na menší úseky a nevyčerpával se příliš.

Připouštíme, že klient toho zvládne méně a naučíme ho, že je to normální. Zvládnout méně než předtím. Učíme klienta, aby se neuchyloval do samoty. Ta samota rozpoutává běsi i běsi depresivity i běsi mánie. Depresivita a atak nelze jí prospat, nelze se jí zbavit tím, že se vezmou nějaké léky na spaní a ráno už to bude mírnější. Nelze zaspat.¹⁵¹

2.7.26 Negativní myšlenky spouštěčem

Tím spouštěčem jsou negativní myšlenky. Já jsem nikdy předtím to nikdy neudělala, neschopen vyjít pěšky do třetího patra, má nohy jako místo kloubů tam měl sulc a teď své negativní myšlenky a já jsem absolutně na nic, já to nikdy nedokážu.“ To jsou takové spouštěče a z toho bludného kruhu těch negativních myšlenek není cesty ven a my toho klienta v rámci psychoterapeutického působení musíme naučit rozbít ten bludný kruh a těm negativním spouštěčům ho naučit pozitivní myšlenky. Vždycky černo bíle. Negativní spouštěč a k tomu vymyslí, a napíše za domácí úkol, bude mít pět spouštěčů napsaných a k těm pěti spouštěčům napíše ty pozitivní myšlenky, kterými přeruší ten bludný kruh toho spouštění, té depresivity. Neplatí, když tomu člověku řekneme, že se má vzchopit. To je nesmysl.¹⁵² Pokud kdokoliv zjistí suicidální myšlenky toho člověka s depresivitou léčeného na depresivitu, má to oznámit lékaři. Praktickému nebo psychiatrovi.

147,148,149,150,151,152 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.7,1.4.2019

¹⁴⁷ Ta se zaměřuje na podporu těch zdravých částí osobnosti, podporu toho co je zachované a ta psychoterapie cílem této psychoterapie je vlastně obnovit pocit, že já jsem já. Já vládnu svým životem. Že mám k dispozici takový ten přirozený pocit kontroly nad vlastním životem, nad svým vnímáním, nad svými myšlenkami, nad schopností prožívat reálný život, reálný svět. Ovládám své představy, držím pevně v ruce své emoce, chovám se optimálně vzhledem k prostředí. Jsou to velké cíle. A není to žádné pomyšlení, čili obnovit ten přirozený koncept vnímání sebe jako individua schopnosti plus to další.

¹⁴⁸ Omezuje, ohraničuje, zmírňuje, odstraňuje patologické prožitky, tzn. bludy, iluze, úzkosti, strach atd.

¹⁴⁹ Psychoterapie probíhá individuálně, skupinově nebo rodinně, z psychoterapií je v České republice takový problém, že jsou plně plánovací kalendáře všech stávajících psychoterapeutů na dva roky dopředu. Je to obrovský problém.

¹⁵⁰ Přesvědčit klienta, že si nesmí klást žádné náročné cíle, žádné rozhodnutí zásadní když je v manické fázi nikdy se nesmí rozhodovat o ničem, rušit účty, vybírat peníze, uzavírat smlouvy, v manické fázi se musí zdržet všech životně důležitých rozhodnutí, protože zásadně se rozhoduje nesprávně.

¹⁵¹ Příliš dlouho se nemá ani setrvávat v posteli, ale v té akutní fázi je to tak akceptovatelné, že ten člověk prostě nemůže buď mu mravenčí mozek, nebo ho zalehne mokrá peřina. Naučíme klienta při kognitivně behaviorální terapii, aby nedůvěřoval svým negativním myšlenkám.

¹⁵² Nikdy člověku s depresí ani v mánii neřekneme, to bude dobrý, dostaneš se z toho. To jsou hloupé reakce, naprosto se nezakládající na realitě. Neplatí, vzchopte se, když chcete plakat, plačte, nečekejte rychlé zázraky z léčby. Je velmi důležité a často se říká, jó ty jsi vyčerpaný depresivní, vezmi si dovolenou a jeď na Seychely. Ani Seychely nepomohou zbavit nemocného člověka depresivity, žádná dovolená ani luxusní, ani vysněná neumožní vlastně přerušit ten tok depresivních myšlenek.

2.8 NEUROTICKÉ A SOMATOFORNÍ PORUCHY

Slovo neurotické znamená, že se člověk v běžných podmínkách dostává do situace, kdy ubližuje sám sobě, dá se říct. Vůči svým výkonům, vůči sobě a svými schopnostmi. Takže je to funkční porucha vůči prostředí i vůči sobě samému. Ta porucha adaptace přizpůsobení se reálnému prostředí nebo změnám reálného prostředí.

2.8.1 Funkční porucha adaptace

Funkční porucha adaptace je založena na tzv. vnitřním konfliktu. Prožívání toho vnitřního konfliktu spočívá v tom, že se člověk cítí vnitřně nejistý a začíná se v té své vnitřní nejistotě obviňovat.¹⁵³ To je ta neuroticita všech neurotických poruch založena opravdu na poruše přizpůsobit se vnitřku, vnějšku. Zakládání toho vnitřního konfliktu v důsledku vnitřní nejistoty a ta vnitřní nejistota, která provokuje vytvoření a kumulaci a narůstání toho vnitřního konfliktu je prožívána jako strach nebo úzkost.¹⁵⁴ Konflikt, strach a úzkost je základem všech neurotických poruch a že jich je hodně.

2.8.2 Základem neurotické poruchy je emoční reakce, které říkáme úzkost nebo strach

Jsou to úzkostné poruchy. Úzkost a strach se tyto termíny od sebe liší v tom pojetí, že úzkost má z pravidla a nemusí to být vždy konkrétně vyvolávající příčinu, ale ten strach může vyvolat jakkoliv, i prožívání nebo představa jakékoliv situace, na kterou nejsem připravený, bojím se jí apod. Takže je to maličký rozdíl mezi úzkostí a strachem té vyvolávající příčiny, protože stejně jako úzkost, tak i strach mají stejnou symptomatologii, ty projevy, typy úzkostí a projevy strachu jsou velmi podobné. Zpravidla se kategorizují, člení,

^{153,154} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

¹⁵³ Já tam nemůžu jít, nedokáži vystoupit v semináři prezentací, nemohu odejít z bytu to, protože jsem neschopný, mám strach a ten vnitřní konflikt je vyjádřením velké vnitřní nejistoty.

¹⁵⁴ Ten vnitřní konflikt, že jsem neschopný, nedokážu to, posledně se mi to nepovedlo. Ta vnitřní nejistota zakládá takový konflikt, který vlastně rozpoutává strach a strach ze všeho.

dělí do tří skupin, ty symptomatologické, ty znaky úzkostí a strachu. První znak toho vnitřního konfliktu a vzniklé úzkosti patří do skupiny psychické symptomatologie a tam patří vnitřní neklid. Závratě, nejistota, někdy až depersonalizace, nebo derealizace.¹⁵⁵ A derealizace je taková úzkost, takový strach, který zažíváme, jako kdybychom se dívali na život a svět kolem nás jako na film, který je nám úplně cizí. Který k nám nepatří, ve kterém nehrajeme žádnou roli, který jsme neprožili, je nám naprosto cizí.¹⁵⁶

Vnitřní neklid, závratě, nejistota, to není obyčejná úzkost, jako zažíváme my, protože máme pud sebezáchovy, neskočíme před tramvaj, nevyskočíme z jedoucího auta. Máme zábrany, my se ochraňujeme, protože prožíváme zcela normální úzkostnost a máme z nebezpečných věcí strach. Z náročných věcí prožíváme úzkostnost a z nebezpečných věcí života prožíváme strach. A přirozený rozsah běžné nejistoty a strachu a úzkosti nás ochraňují.¹⁵⁷

Takže ten neklid, závratě, nejistota a další jsou už patologické projevy úzkostnosti. Jsou už nad tou hranicí, ale rozpoznáme to jednoduše podle toho, zdali jsme natolik úzkostní a ustrašení, že dokážeme nebo nedokážeme normálně žít. Že nám ten pocit úzkostnosti a strachu nezabraňuje radovat se ze života, studovat, vykonávat práci, žít mezi lidmi atd.

155,156,157 Krahulcová,B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

¹⁵⁵ Depersonalizace je jako, kdybych já sama sobě byla cizí. Jako, kdybych se já odjinud dívala na sebe samou a ta osoba, o kterou se jedná, je mi cizí. Neztotožňuji se, depersonalizuji, neztotožňuji se s vlastním tělem, vlastní duší atd.

¹⁵⁶ Takže depersonalizace sám sobě si připadám jako cizinec nebo cizinka. Derealizace koloběh života je nám cizí, jako kdybychom v něm neexistovali, nežili, nesehrávali žádnou roli.

¹⁵⁷ Ale ochraňují nás pouze do jisté míry, pokud nám ty pocity nejistoty, úzkostí a strachu se nerozmohou na obrovskou úzkost a obrovský strach a už srdce nám tluče, máme palpitaci-zrychlený pulz, špatně dýcháme, nadechujeme, vydechujeme, nejsme schopní se soustředit a dominuje tomu obrovská nejistota, obrovský neklid až závratě z té psychické symptomatologie těch neurotických poruch. Takže je vlastně taková neznatelná hranice, kterou máme trošku jinde, trošku níž podle toho, co jsme prožili, jaký typ osobnosti máme, do jaké míry máme podporující prostředí, do jaké míry jsme rozumní a sami sebe regulujeme ve více nebo méně nebezpečných situacích.

2.8.3 Hranice úzkosti

Jsme nad hranicí nebo pod hranicí úzkostnosti? Takovým volným měřítkem je, zdali jsme nad hranicí, nebo pod hranicí té úzkostnosti, strachu natolik, že dokážeme normálně žít, nebo se poddáváme té úzkostnosti, nejistotám, strachu atd a omezujeme kvality svého života.¹⁵⁸ Ano, když si to mohu dovolit, koupím si auto nebo chodím do práce pěšky a najdu si takové zaměstnání a školu, všechno podřídím svému strachu a zařídím si život tak, abych nemusel tedy tou MHD jezdit.¹⁵⁹

A je spousta dalších takových ulic. Takže ta hranice toho, zdali musíme měnit svůj život, aby člověk vyšel vstříc té své úzkosti a strachu a nepohltilo mě to, docela ovlivňuje a snižuje kvalitu života.

2.8.4 Úzkost a strach mají psychickou dimenzi

A to je vnitřní neklid, jsou to závratě, nejistota, ale ti mají jinou dimenzi, jako když máme trému před zkouškou. To má jinou dimenzi. Tréma před zkouškou je většinou na úrovni takového stresu, který vás vybičuje a má to tak být k lepšímu výkonu. Eustres. Eustres je něco co vás vybičuje k lepšímu vyššímu výkonu, že si připomeneme to, co jsme se naučili. Nebo si to vymyslíme. Pokud, ale ta hranice toho stresu je limitující a tu zkoušku třeba neuděláme, protože jsme celí rozechvělí, je tam ta nejistota, je tam ten neklid, jsou tam takové ty omezující mechanismy, díky kterým si nevzpomeneme, nedokončíme myšlenku apod, tak jste už za hranicí prožívání úzkosti.¹⁶⁰

^{158,159} Krahulcová, B., UK v P, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4. 2019

¹⁵⁸ Jsou přeci lidé, kteří mají takový strach z MHD, že nikdy MHD nejedou. Protože mají strach. Z úzkostí z katastrof na silnicích atd.

¹⁵⁹ Člověk, který nejezdí zásadně metrem C, protože to C metro jede Nuselským mostem a ta paní není schopna překonat vysokou úzkost toho kousku toho metra C, kdy je ten vagon uvnitř toho tubusu Nuselského mostu.

To už je symptomatologie neurotická. Takže druhá skupina té symptomatologie neuróz a strachu je z oblasti vegetativní. První psychická a druhá je vegetativní. Co to znamená? Bušení srdce, palpitace, takové zrychlené povrchní dýchání, zrychlený pulz, přidají se žaludeční potíže, pocení, sucho v ústech, ztráta hlasu. A třetí oblast těch úzkostí a strachů je v oblasti tzv. orgánové, patří sem tlak na hrudi, pocity dušení, třes, pocity mražení apod. Takže nejedná se o obyčejnou úzkost a obyčejný strach, které nám pomáhají přežít. Jedná se o velmi bohatou symptomatologii, chování člověka, která snižuje kvalitu života a je doslova patologická, je součástí těchto poruch.

Základem neurotických poruch jsou takové tři skupiny fobické úzkostné poruchy, je jich obrovské množství a jsou typické tím, že mají konkrétní vyvolávající příčiny.¹⁶¹ Pak jsou to obsedantně kompulzivní poruchy, opět velká skupina obsedantně kompulzivních poruch.

2.8.5 Obsedance a kompulze

Obsedance jsou vtíravé myšlenky a kompulze jsou uvolňovací činy. Obsedance je tedy nějaká vtírající myšlenka. Např. vypnul jsem sporák? Zamkla jsem? Mám s sebou klíče? A tak se vrátím, zkontroluji sporák, okna atd. už stojím u výtahu a zase mám ty obsedance a udělal jsem to, udělala jsem tamto a když už devět, desetkrát se vrátím k tomu plynovému sporáku, zkontroluji ty hořáky, tak se stává to

160,161 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

¹⁶⁰ Ale výjimečně je to ke zvládnutí, pokud je to velká téma u státní zkoušky a větších zkoušek několika, tak je to jen dílčí stres a nemusí to ještě znamenat spouštění neurotických poruch. Jsou ale i tací studenti, kteří třeba už měsíc před termínem zkoušky prožívají ten vnitřní neklid, nejistotu a palpaci, když si vzpomenou na tu zkoušku apod.

¹⁶¹ Jakmile se objeví pavouk na zdi, tak se objeví následně arachnofobie. Čili mají konkrétní vyvolávající příčiny. Jsou ale i úzkostné poruchy a je jich obrovské množství typů, druhů, stupňů, které nemají konkrétní vyvolávající příčinu, a těm říkáme jiné úzkostné poruchy.

vnitřní napětí, ta kompulze, kompulzivita k činu je neúnosná, tak zůstanu doma.¹⁶²

Ty obsedance zvyšují tedy úroveň a intenzitu toho vnitřního konfliktu u obsedantně-kompulzivních poruch, že jediná šance jak snížit to vnitřní napětí je vykonat co vlastně z té vtíravé myšlenky vyplývá, vyjít schody na místo dvanáctého patra jet výtahem, protože mám kompulze prostě, které se uvolní právě seběhnutím těch schodů apod.

2.8.6 Fobie

Úzkostné poruchy bez příčiny a obsedantně konvulzivní poruchy, kromě toho do skupiny neurotických poruch ještě patří takové ty reakce na akutní stres, reakce a porucha přizpůsobení, nebo reakce na stres s odloženým počátkem apod. Patří tam konkrétní disociativní poruchy, ty se pro individualitu ztrácí sama pro sebe, somatoformní poruchy, to jsou všechny ty poruchy nebo pocity, které vznikají kvůli tomu, že se domnívám, že jsem nemocná, že mám karcinom, že mám rakovinu plic, že nemůžu dýchat atd. Somatoformní poruchy ten vnitřní konflikt pronikají do činnosti vnitřních orgánů nejčastěji apod. Je to velká skupina jiných neurotických poruch, které se nám nehodí do těch prvních.

Jenom, aby bylo jasno, jaká je to kapitola neurotických duševních poruch vnitřně velmi složitá, že fobické úzkostné poruchy je jich obrovská skupina fobií, které mají a způsobují konkrétní úzkostnou poruchu. Jiné úzkostné poruchy.

Tam kde není konkrétní příčina, tak je tam třeba panická porucha, je tam generalizovaná úzkostná porucha, smíšená úzkostně depresivní porucha, jiné úzkostné poruchy, jiné specifikované úzkostné poruchy,

162 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

¹⁶² Nepůjdu nikam, nepůjdu do školy, nepůjdu do práce, protože opuštění bezpečného prostoru, kterým je byt pro mě, znamená, když zůstanu v tom bezpečném prostoru, tak nemám vtíravé myšlenky a nemám kompulze což je nutkání k opakování činu. Nutkavé opakování stahování k rolím, opakovanému zamykání atd., opakovaným činnostem.

úzkostné poruchy nespecifikované, to aby ta psychiatrie byla pořádně klasifikována, ale v podstatě se nám jedná o to.¹⁶³

Poslední velká skupina je obsedantních kompulzivních poruch, to není jenom jedna, ale je jich vícero, mohou být smíšené a mohou tam být pouze jak je to v tom posledním případě čtyřicet dva a nic a nula. Převážně převládají obsedantní myšlenky, vtíravé myšlenky, neboť tzv. ruminace, že je to jakoby myšlení způsobem, jako bychom opakovaně přežvýkali tu myšlenku, mentální žvýkání, tak se tomu pojmu rozumí.¹⁶⁴

2.8.7 Obsedantní smýšlení

Pak jsou to smíšené obsedantní smýšlení a jednání a velká skupina jiných nediferencovaných obsedantních kompulzivních poruch. Pro všechny fobické a úzkostné obsedantní kompulzivní skupiny platí, že jsou léčitelné, dají se zmírnit, v podstatě, někdy to trvá půl roku, někdy to trvá několik let, ale mohou se zmírnit jejich projevy a příznaky, důsledky, někdy ta neurotická porucha trvá půl roku někdy může trvat i dvacet let.

2.8.8 Včasné vyhledání pomoci

Závisí to na tom, zdali včas ten člověk vyhledá pomoc. Nepomůže odklad, nepomůže to, že si o té poruše přečtu, seznámím se s tím, to možná s nějakou lehkou izolovanou podobou a ještě, když člověk má šanci, tak si najdu práci blízko, nebudu dojíždět apod. Nebo si zařídím home office, to už úplně mohu respektovat tu svoji fobii z opuštění toho bytu, agorafobii, konkrétně neopustit byt, protože ostatní je velmi problematické. Může ta fobie trvat nebo jiná neurotická porucha

163,164 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

¹⁶³ že si musíme zapamatovat, že u panické generalizované a nejrůznějších smíšených nemusíme mít vyvolávající fobii.

¹⁶⁴ Pak je tam další druh kompulzivní obsedantní poruchy, kde převládají právě kompulze tzn. nutkavé akty něco udělat, něco zopakovat. Kompulzivní rituály někdy bývají tak složité, nejdříve vyjdu levou nohou pak pravou nohou, dvakrát se obrátím, přeložím si klíče z kapsy zprava doleva, jsou takoví klienti.

chvilíčku, ale může to trvat i desítky let, a pokud se natolik zanedbá, že tím člověk trpí velmi dlouho, tak je pak i obtížný takový návrat do běžného normálu. Měla by být lepší informovanost všeobecně o neurotických poruchách, aby se tito lidé dostali včas k lékařům, a platí to co při depresích.

2.8.9 První a druhá fáze snížení úzkostnosti

První fáze snížit úzkostnost léky, druhá fáze kognitivně behaviorální provést analýzu tzv. bludného kruhu neurotických poruch, jaké jsou spouštěče, změnit je, rozbít je, nacvičit nové konstruktivní spouštěče a udržovače a profilakticky pak udržovat sníženou úzkostnost a změnu takového toho životního standardu. Všechno jde zlepšit a musí se pro to hodně udělat. Normálně úzkost a strach patří k běžným emocím a každý den se setkáme s malým stráškem a úzkostičkou jenom proto, abychom z hlediska pudu sebezáchovy jednali optimálně. Úzkost je v zásadě nepříjemný emoční stav, kterého příčinou nelze přesně definovat, je doprovázen vegetativními příznaky. Strach je emoční a fyziologická odpověď na rozpoznatelné nebezpečí. Strach zpravidla trvá po dobu jeho existence nicméně úzkost i strach mají stejnou symptomatologii, přestože vyvolávající podněty jsou různé nebo neexistují. Spontánní úzkostnost, úzkost je stav, který čeká na nečekaný podnět, dochází k jeho velmi vysoké intenzitě, rozvoji a dochází velmi často k rozvoji paniky. Panika má extrémně bohatou symptomatologii, může se týkat všech orgánů, které k dispozici máme. Může se týkat dýchání, krevního oběhu, slinění, může se týkat čehokoliv a ve velmi krátkém období a ve velmi intenzivním provedení. Panika je velmi těžký stav, na paniku lze zemřít.

Situační nebo fobická úzkost se vyskytují za určitých okolností jak situační tak vyvolávající fobií. Lze ji předvídat v mnoha případech a opět při určité intenzitě se na situační a fobickou úzkostnost nabaluje panika.¹⁶⁵

K některým poruchám jako je generalizovaná úzkostnost tzn. úzkostnost, která se vztahuje k čemukoliv co je kolem nás

generalizovaně, všeobecně, všeobecná úzkostnost, ta se velmi často nabaluje na tzv. anticipační úzkostnost a anticipace je přebytí vnímání, tzn., předjímám, že mě něco vystraší nebo předjímám, že mě něco složí na kolena nebo se rozvine a vystupňuje se úzkost a strach. Spouští myšlenka.¹⁶⁶ Je možné si udělat orientační screening úzkostných poruch, dvě pozitivní odpovědi, existuje něco jako orientační screening a my si takové něco můžeme zkusit na svých klientech a budeme jim lépe rozumět.

2.8.10 Pravděpodobnost rozvoje neurotických poruch

Jaká je pravděpodobnost rozvoje neurotických poruch? Můžeme jim lépe přiměřeně pomoci. Dvě pozitivní odpovědi znamenají padesáti procentní pravděpodobnost rozvoje neurotických poruch, ještě nevíme jakých, my jenom sledujeme, zdali někde je ten vnitřní konflikt evokuje rozpínání té úzkostnosti a common sence. Jste podrážděný (-á), býváte nějak pravidelně podrážděná (-ý)?¹⁶⁷

Takže býváte z nějakého podnětu nebo všeobecně najednou jste podrážděný.¹⁶⁸

Základ duševního zdraví je osm hodin spánku denně. Jestli to nejsme schopni docílit, tak si musíme pomoci nějakými medikamenty. Není to nic zvláštního, že v České republice spí čtyřicet procent populace jenom díky lékům na spaní.¹⁶⁹

^{165,166,167,168,169} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8,8.4.2019

¹⁶⁵ Tzn. autonehoda, nerozvážené jednání. Tzn. skok z mostu nebo do vody z výšky apod.

¹⁶⁶ Někdy při té generalizované úzkostné poruše to ani nemusí být nic konkrétního, jenomže se stalo, že foukl kolem větřík. Nic jiného. A vypukne v podstatě taková ta neurčitá narůstající úzkost a strach.

¹⁶⁷ Jeden klient vyprávěl, že když jí, tak musí být v místnosti sám, protože je extrémně podrážděný ze zvuku žvýkání těch svých spolustolovníků, to je jenom jako příklad, co a jaký je banální podnět. Není to hádka, není to konflikt, je to, že jenom něco naslouchá, dokonce naslouchá věci tak příjemné, že docela někomu chutná.

¹⁶⁸ Máte problémy se uvolnit? Tzn. do jaké míry pevně, svou duší, svojí náladou, svým laděním v rukou dokážu se uvolnit, dokážu se pochválit, dokážu se na sebe do zrcadla usmát, tzn., reguluji to napětí, které může produkovat vnitřní konflikt a nárůst neklidu. Jak spíte? Kolikrát se v noci vzbudíte? Jaký to má důvod? Nemůžete pak usnout? Vtírají se vám myšlenky, co hrozného vás čeká, jak něco zase zbabráte, nedokážete atd. Takže ten spánek. Spíte špatně?

¹⁶⁹ Takže spíte špatně? Máte bolesti hlavy? Máte bolesti za krkem? Bolesti hlavy, ztuhlá šíje od jednotvárné práce, koukání do monitorů apod.

Někdy to může být, co lékaři mají rádi za diagnózu syndrom zamrzlého ramene při nadužívání malých a ještě menších mobilů a tabletů atd. Takže velmi často se vyskytují bolesti hlavy, ztuhlá šíje od jednotvárné činnosti.

2.8.11 Třesy

Jaká je velmi těžká otázka? Velmi těžká otázka a těžko si ji přiznat nebo naši klienti nám ji obtížněji přiznávají. Míváte třesy? Chvění, závratě, pocení, časté nucení na moč nebo stolicí. To je základ neuróz, neurotických poruch. A navíc. Děláte si starosti o svoje zdraví? Je tam něco takové jako malinký hypochondr. Teď a pro budoucnost? Usínáte špatně? Takže pokud jste si odpověděli dvakrát ano, nebo klient vám řekne dvakrát ano, nebo to zaškrtně, tak se zamyslíme a pak můžeme jít hlouběji dál, ale je to opravdu kodifikovaný screening úzkostných poruch, kdy ani dvě z těchto otázek by neměly být pozitivní.¹⁷⁰ Uvolnění k reakci, práci, každodenní práci apod. Spát bychom měli v noci a bez problémů, a když ne tak od toho jsou tabletky. Dlouhodobě velmi pozitivně působící na fázi melatomu apod, takže to problém by neměl být. Bolesti hlavy a ztuhlá šíje. Jednotvárnost atd. Tyhlety třesy, chvění, závratě jsou nebezpečné součásti neurotické poruchy tam, kde už vypukla.¹⁷¹

^{170,171} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

¹⁷⁰ Neměli bychom být podráždění to je nerovnováha mezi podnětem a reakcí. Měli bychom mít takovou vůli a takovou psychohygienickou dovednost, abychom se udržovali v optimálním výkonu, tzn., soustředění, klidní, pozitivní ne přesláblí, protože musíme reagovat jako normální člověk, ale ne abychom byli jako připraveni ke skoku útokem.

¹⁷¹ Děláte si starosti? Někdy nás to ani nenapadne. Kdo si dělá starosti o své zdraví? Ano, když je smog, tak děláme si starosti o zdraví, ale to má příčinu, že? Všeobecně si v krásném dni nemáme důvod pokládat si otázku, co mám udělat pro své zdraví? Starat se o své zdraví, vynakládat námahu a nějaké zvláštní opatření. Usínáte špatně opět s tím, že se dokážeme zklidnit.

2.8.12 Neurotické ladění

Co říká současná koncepce? Současná koncepce říká, že se nepoužívá pojmů neurotická porucha, ale o neurotickém ladění hovoříme. Nejspíš pro celou tu skupinu nepoužíváme ten termín neuróza, protože je natolik vnitřně diferencovaný. Takže to je jediný důvod. Ty všechny neurotické poruchy, do teď jsou napřed funkční poruchy adaptace vůči prostředí a vůči sobě samému.

2.8.13 Opakovaný stres

Nepřizpůsobivost, neschopnost zadaptovat velmi často souvisí a je zapříčiněn opakovaným stresem. Takovým stresem, který nebyl vyřešen, zklidněn, odsunut, zapomenut, ale stresem který narůstá někde uvnitř a vytváří předpoklady pro konflikt. K tomu jsou náchylní lidé, kteří mají tendenci se stále obviňovat, mají tendenci se analyzovat, jsou k sobě přehnaně nároční nebo mají přehnaně náročné prostředí kolem sebe. V tom partnerství, v rodině není to dost dobré, dostačující, opakující se a eskalující se konflikt jednoznačně tam pak kumuluje úzkost, úzkostnost a nepřiměřenou reakci na prostředí. Té úzkostnosti a teorii těchto funkčních poruch a z pozice strachu má samozřejmě jednu teorii, která se přímo nabízí, je to psychoanalytický přístup, který založil a v rámci psychoanalýzy Freud zpracoval ve své době teorii nevědomí, v dětství používání obranných mechanismů ke zvládnání úzkosti atd. Úroveň zpracování těchto nevědomých konfliktů a kumulovaných stresorů je velmi významně ovlivněná druhem, typem a integritou osobnosti člověka. Nejbezpečnějším přístavem pro dobré zvládnání stresorů a ovládnání toho ďábla konflikt vlastně poskytuje rodina, nebo velmi pevné partnerské vztahy. Pevné, posilující, podporující partnerské vztahy a rodinné vztahy, protože v každém přirozeném sociálním uskupení dochází ke konfliktu, ale to podporující prostředí umožnilo tomu člověku dobře se naučit, dobře zvládnout mechanismus racionálních modelů chování. To dobré a podporující prostředí sociální umožnilo člověku opakovaně zvládnout mechanismy racionálních modelů chování. To je nesmírně důležité, to je základ. Mnohokrát se v životě setkáte s klienty, kteří nemají svůj

názor. Který působí velmi nevybalancovaně, který na velmi malinký podnět projevu nedůvěry nebo jakýkoliv tlak na buď výkon, nebo lepší odpověď reagují tím, že jsou úplně rozhozeni. Protože neměli k dispozici takové sociální prostředí, kde by se utvrdil ten model těch racionálních reakcí. Ten pozitivně utvrzující model toho očekávaného, akceptovatelného chování. Vždycky je základem láska, pevné sociální vztahy, které nás naučí v pozitivním prostředí optimálně reagovat a nereagovat tím, že nám začne jinak proudit krev, že začneme jinak dýchat, že srdce reaguje bušením, neodpovídající námaze a situaci. A to nám umožňuje, že vlastně kognitivně behaviorální přístup jako taková opozice ke zkreslenému vnímání a interpretování.

2.8.14 Fobické úzkostné poruchy

Každý má nějakou fobii, něco má rád víc a něco má rád méně. S něčím se vyrovnává snáze, s něčím jiným se vyrovnává hůře.

Každopádně fobie znamená, že určitý konkrétní vyvolávající podnět způsobuje tedy určitá dobře definovaná simulace způsobuje odpověď zvýšenou úzkostí a úzkostností. To se jedná o dobře definované situace, které nejsou pro nás nebezpečné. Pokud bychom stáli někde na vrcholku skály, tak je docela přirozené mít velký strach. Protože je to nebezpečná situace, ale my jsme v bezpečném prostředí, je to jenom dobře definovaná situace, která při opakování vyvolává opakovanou paniku. Opakovanou úzkostnost, intenzivní úzkostnost se všemi těmi vegetativními psychickými projevy. Zpravidla se člověk takovým to vyvolávajícím podnětům vyhýbá, pokud tak nedělá, pokud se nevyhýbá těmto situacím, prožívá obrovský strach. Prožívá obrovskou úzkostnost. V těchto situacích, kdy vypukne ta extrémně

172 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4. 2019

¹⁷² Často jsou tytohle pocity bušení srdce, zrychleného dýchání spojenými s pocitem velkého strachu ze smrti, není to jenom bušení srdce, ale je to, že to srdce vypoví svoji službu a ten člověk zemře.

prožívaná situace fobií, tak se zpravidla ten klient ten člověk, pacient soustřeďuje na takové ty jednotlivé příznaky, že má pocit na omdlení.¹⁷² Lidé s těmi silnými fobiemi, mívají až ztrátu sebeovládání, neví, kam by utekli, kam by běželi, kam se schovali a konají velmi nebezpečně a ohrožují se a někdy mají pocit, že snad zešílí z té fobie, která vypukla třeba vlivem toho, že třeba viděli nějaké zvíře, nebo něco nechutné, něco hroživé apod. Fobie postupně pokud se neřeší nelze fobii vyléčit tím, že se do nekonečna budeme vyžívat v nějaké vyvolávající příčině, že vyloučíme MHD, že vyloučíme pobyt na slunci, že vyloučíme pobyt u řeky atd. Pobyt vyvolávajícím momentem může být cokoliv. Může být partner, může být nůž, může být krev, může být vlastní byt, může být část bytu, může být nějaký profesní postup. Postupně pokud se s tou fobií nezabývá lékař, pokud není ta míra úzkostnosti snižovaná anxiolytiky, tzn. léky, které snižují úzkostnost. Takže anxiolytika jsou první volbou. Pokud bychom tu fobii její intenzitu prožitků nesnížili, tak se může ta fobická reakce rozšiřovat. Rozšiřovat na všechny lidi, na všechny dopravní prostředky, na všechny tělní tekutiny a cokoliv, ta fobie má tendenci jednoho vyvolávajícího podnětu se rozšiřovat na další a někdy může přeskočit ta fobická situace, tak může se nabalovat na to další nějaká duševní porucha a může to být duální postižení tzn. fobie plus depresivita, fobie plus něco dalšího. Takže ta fobická úzkost a provázející depresivita se mohou kombinovat a vlastně ten člověk nebude potřebovat jenom anxiolytika, ale bude potřebovat ještě k tomu antidepressiva apod. Může se stát, že ta fobie z věcí, předmětů, lidí, činností může přeskočit a stát se vlastně takovou všeobecnou anticipační úzkostí. Jenom půjdu ven z bytu a už začnou palpitace, začne bušení srdce, začne strach, který mi nedovolí ani vykročit z bytu. Takže může ta fobická situace přeskočit z vyvolávajícího podnětu na představu o působení toho vyvolávajícího fobického podnětu nejen na předmět, věc a činnost, ale jen na představu toho, že bych měla jít ven koupit si noviny a láhev mléka. Někdy ten člověk, který má takovou anticipační úzkost a není jich málo, už nevychází z bytu, někdy má ten člověk tak ohromný problém otevřít dveře a ty

noviny a tu láhev toho mléka si vzít, že raději ty noviny bude číst, až tehdy, až je do bytu přinese ten spolubydlící atd. Takže má problém otevřít ty dveře a vzít tu věc, která je před bytem, tak obrovskou úzkost prožívá při opuštění na dvě vteřiny u toho bytu.

Tyto fobie jsou takové, že ony se samy od sebe neztratí, že tyhle ty neurotické duševní poruchy nemají tendenci, že si na ně zvykneme, zvykneme si na to, že nám některé věci působí špatně, působí obtíže atd. Není to řešení, protože je tady jedna jediná tendence při opakování těchto podnětů se ten radius podnětů zvětšuje a intenzita projevů se také stupňuje.

Je velmi důležité hovořit s klienty, kteří trpí nějakou úzkostnou poruchou typickou pro fobie, s nimi o tom jejich příběhu i osobě, tzn aby se nám otevřeli, a aby ten člověk začal přemýšlet o tom, čím to začalo, jaký byl spouštěcí mechanismus a k tomu mechanismu a v té druhé fázi té léčby hledat účinnou psychickou obranu. Z jaké negativní myšlenky se tomu klientovi vybavují, které posilují ten vnitřní konflikt a zintenzivní pocit toho úzkostného strachu k neudržení. A s těmi myšlenkami udělat si jejich repertoár a k těm myšlenkám hledat a nacvičovat myšlenky obrácené, pozitivní, otevřené do budoucnosti.¹⁷³

2.8.15 Agorafobie

Velmi častou je tzv. agorafobie, co je nejčastější fobie? Agorafobie je soubor nejen jedna, agorafobie souvisí s tím prostorem, že máme strach z prostoru, opakem agorafobie je klaustrofobie. Máme strach z prostoru a máme strach z uzavřených prostor. Ovšem není to jenom takový nedefinovatelný strach z prostoru jít ven, jít mezi lidi, jít do lesa, projít se parkem apod. Na úplném začátku je strach

173 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

173 Ne ani jsem dnes neuvařila oběd, protože jsem nenakoupila, protože jsem absolutně neschopná, nic jsme nenakoupila, nic jsem neuvařila, nikdo mě nemá rád. A už ta vnitřní konfliktnost narůstá právě z té základní myšlenky, že se cítím vnitřně nejistá.

z opuštění domova, a když si to promítneme do toho základu toho strachu, tak je jasné, že se něco muselo té osobnosti stát, co jí začalo přetvářet vztahy k lidem, ke zvířatům, vztahy k přírodě, že se při opuštění domova a z uzavřeného prostoru, kde toho člověka nikdo nešikanoval, neurážel, neponižoval, neubližoval mu, že se tam něco muselo stát a velmi často najdeme u agorafobiků nějaké znaky domácího týrání. Dochází tam k domácímu násilí, najdeme tam šikanované žáky.

Takže strach z opuštění domova má zpravidla někde svoji hlubokou příčinu, protože kde jinde bychom se měli na tomto krásném světě cítit bezpečně a sebejistě atd., než doma. Ale mnozí to štěstí nemají. Agorafobie se týká omezeného nebo neschopnosti vstoupit do obchodu. Nebo není obchod jako obchod. Nějaká ta hokinárna, kde je prodavačů dva a půl nebo ta klasika a jsou tam tři nakupující i s tím klientem to nemusí vyvolat až zas takový problém, ale ty obrovské supermarkety, kde se člověk stává tím člověkem, který naplňuje vozík a neznamena nic, protože ty prostory bývají obrovské, to je velký problém. Je velký problém pokud se ten člověk třeba i s jednou agorafobií nemá dostupný obchod.

2.8.16 Organizace provozující službu košík.cz na internetu

Naštěstí existuje košík.cz a internet a podobné instituce a nedovedeme si představit, jak to úžasně funguje a nejsou to jenom senioři, kteří ví, co jsou to košíky.cz a přivezou jim nákup domů, ale je to spousta lidí, kteří trpí agorafobií.

Agorafobií z velkých obchodů super, hyper atd. Jsou to lidé pak s agorafobií, kteří nesnášejí veřejná prostranství, náměstí, ulice, kteří nejsou schopni sami cestovat, anebo vůbec cestovat autobusem, v letadle a nejsou proto schopni cestovat v letadle, protože tyto velké prostory vyvolávají tak kumulované projevy vnitřního konfliktu a tak silné úzkosti, že u nich vypuká až panická fobie.

2.8.17 Panika, panická situace

Panická porucha je častá v minulosti, přítomnosti, budoucnosti. Panika, kdo už ji jednou měl, znamená, že je ohrožen ten člověk na životě a že se ještě více než do té doby vyhýbá vyvolávajícím prostorům.

Někdy je panická porucha zvládnutá léky, psychoterapeuticky, kognitivně behaviorálním výcvikem, ale může třeba přejít nebo se přetransformovat do generalizované úzkosti, ne tak expresivní a tak silné, ale do generalizované tzn., všeobecně se vztahující na všechno. Nebo na téměř všechno. Generalizovaná úzkost, a pokud se přidá depresivita a obsedantní symptomy a sociální fobie znamená, že člověk zůstává osamělý, člověk zůstává ohrožený na zbytku duševního zdraví, protože sám člověk nemůže existovat, že člověk přichází o ekonomické zázemí, že přichází o kvalifikaci není schopen pracovat apod.

Častým rysem současného Homo sapiens sapiens je tendence vyhýbat se fobickým situacím, vyvolávajícím situacím. Někteří agorafobici jsou schopni vymyslet neuvěřitelné věci ze stran toho vyhýbání se vyvolávajícím faktorům, ale agorafobie se může vyskytovat bez panické poruchy anamnéze a může se vyskytovat s panickou poruchou. Pokud je tam panická porucha s agorafobií, je to stav na léčbu, je to stav ohrožující život.

2.8.18 Sociální fobie

Nejčastější fobií je sociální fobie. Obava z konfrontace s ostatními vlivy, vyhýbání se. Strana psychické symptomatologie, orgánové symptomatologie, vegetativní symptomatologie se týkají i sociálních fobií. Jsou neuvěřitelně časté, nemají přímou vazbu a vůbec fobie, a neurotické poruchy nemají přímou vazbu na vyšší intelekt, nebo úroveň mentálního zpracování. Je to něco, co je mimo cestu mentální existence, je to průvodní paměť, fobické obsedantně kompulzivní poruchy jsou průbojné. Takové ty těžší sociální fobie jsou vždycky když analyzujeme, jsou vždycky spojené s takovou tou nízkou sebeúctou, se strachem, s kritikou a vždycky tam najdeme něco

jako sociální nezralost nebo jde o sociální deprivaci, která způsobila nějaké jiné vývojové cesty v té psychice, nějakou desintegraci psychických funkcí, vždycky tam něco je, protože existuje spousta knih, které byly napsány proto, aby si vychovatelé, aby si rodiče a prarodiče uvědomili, jak se musí chovat, jak nesmí vychovávat své děti, aby je nezlomili a nevytvořili z nich potenciální sociální fobii. Ale právě důrazem na schopnosti a evidenci těch schopností těch dětí, každý z nás něco umí, když vychováváme tak lépe vychováme, když vsadíme na pozitivní kartu a budeme posilovat to, co to dítě umí, to co mu jde, to co má rádo, než když to dítě budeme lámat a odnaučovat je tomu, co mu nejde a tvrdě mu dávat direktiva, co se mu nepovedlo.

2.8.19 Sociální nezralost

Nízká sebeúcta a strach z kritiky znamená určitou sociální nezralost nebo důsledek nějaké psychosociální deprivace. Je účinná psychoterapie dospělých a poměrně dobře účinná. Je to otázka, jakou si musíme položit, do jaké míry vůbec můžeme se sociálními fobikou pracovat. Když si uvědomíme kolik brutálního násilí a bez trestu víceméně se vyskytuje v médiích. A lidé, kteří mají nízkou sebeúctu, bojí se kritiky, nejsou dostatečně psychosociálně zralí, mají tendenci k tomu reagovat nepřiměřenou agresivitou. V každé sociální struktuře. Tzn., v každé rodině existuje boj o pozice a určitá ostrakizace před boji za své pozice, výsady apod. Každá sportovní, výuková, vzdělávací, pracovní skupina v sobě nese prvky ostrakizace a šikany. Ještě navíc je taková to agresivní reakce natolik posilovaná médii.

Je otázkou co se nám povede s lidmi, jak je vrátit k radosti ze života, který se při jakýmkoliv sociálním kontaktu projevuje červenáním, třesem rukou, potí se ruce, mají pocity na zvracení, nauzeu, mají pocity nucení na močení apod. Takže ta sociální fobie může být rozličné podoby, není to jenom bušení srdce a tréma z toho mezilidského kontaktu, ale velmi těžké sebeobviňovací ataky, které uvnitř v rámci těch konfliktů probíhají.

2.8.20 Důsledky sociální fobie

Jaké bývají první důsledky sociální fobie? Klienti budou přesvědčení o tom, že ty důsledky té sociální fobie, to červenání a třes rukou, nauzea atd., že jsou vlastně prvotní. Že je to opravdu kumulace tlaku, kumulace stresoru, kumulace konfliktu, které se transformují do silných pocitů úzkostí a ty silné pocity úzkosti vyvolávají nauzeu, vyvolávají bušení srdce, takže jsou vlastně sekundární. Opět u sociální fobie ty příznaky se mohou stupňovat, mohou probědovat, samozřejmě až na úroveň panické ataky. Může to být antropofobie, může to být sociální neuróza, to co zbyde vlastně za léčení.

2.8.21 Hodnocení sociální fobie

Je velmi důležité, abychom s klientem, který trpí homosociální fobií a vůbec fobií z lidí, aby se dokázal vrátit ve svém životním příběhu do minulosti a odhalit od kdy, někdy on neodhalí proč, čím, jakým jednáním, koho, jakou situací, ale zhruba od kdy se u něj vyskytují takovéto reakce na přítomnost cizích lidí, neznámých lidí atd. Jde o to fobii odhalit a popsat takové situace, které u klienta vyvolávají strach, úzkost, na které reaguje nepřiměřenou úzkostí. Situace nejsou bezpečné a přitom v něm vyvolávají obrovský pocit ohrožení. Hovoříme s ním na téma, jak strach probíhá, co mu způsobuje v těch jednotlivých oblastech symptomatologie. Jaké tělesné reakce se objevují, jak se při vystavení situace chová a zda prodělává paniku, jak řeší paniku, jak je to po stránce emoční, kognitivní a vegetativní, jaké ty reakce v těchto oblastech jsou. Je důležité a mnohem důležitější než to zahájení odhalit jaké má vyhýbavé chování. Popsat své vyhýbavé chování, čím si pomáhá, čemu se vyhýbá, jaké je to zabezpečovací chování, jaké je to vyhýbavé chování, co to ty jednotlivé techniky a techniky, které si zavedl, aby se mu ulevilo s jeho životem co do kvality a perspektiv, co to s tím životem vlastně dělá, kudy ho nutí jít, aniž by si to sám přál. Nepředstavujme si, že jakoukoliv fobii nebo neurotickou reakci typu, až poruchy a nemoci lze překonat vlastní vůlí. Nelze zlomit vlastní

vůli, závislost, nelze zlomit vlastní vůlí depresivitu, depresivní neurotickou duševní poruchu.

2.8.22 Zabezpečovací a vyhýbavé chování

To zabezpečovací a vyhýbavé chování potřebujeme k tomu, abychom nastartovali a přežili první sociální situace, aniž by se vyskytla panika. Je velmi důležité, abychom odhalili, že něco takového je u pacientů, u klienta, zdali je tam, zdali probíhá, zdali se vyskytuje anticipační úzkost. Běžný člověk on jí neodhalí, on ji nepojmenuje, napadlo by nás, že můžeme mít někdy anticipační úzkost.¹⁷⁴

Je to příliš vážná životní zkouška, je to příliš, ale neumí to pojmenovat každý student. Někdy ani medik to neumí pojmenovat, protože vlastní rodina a sebe samého nemůžeme diagnostikovat, ta diagnostika nemůže proběhnout objektivně. Snažíme se odhalit, ta probíhá ta anticipační, předjímaná úzkostnost a co s člověkem dělá? To znamená, že je potřeba jej naučit dýchacím cvičením, uvolňovacím cvikům, všem těm cvikům a polohám a postupům mentálním, pomocí kterých lze docílit úlevy, relaxačním technikám, které opravdu fungují. Proto odhalujeme anticipační úzkost, proto pracujeme s panikou jako takovou a odhalujeme ty praktiky a techniky, jak se tomu člověk vyhýbá.

2.8.23 Reminiscence

To jsou takové ty záblesky a vzpomínky ne na celé události, ale na části událostí. Událost. Hovoříme o tom a vzpomínáme spolu s tím člověkem, jaké bylo emoční prožívání první, druhé, třetí, ixté, zvláštní, paniky a ataky.

Hovoříme o tom, jakým způsobem a v čem fobie omezuje klienta v životě. Na jaké oblasti fungování, jaké dopady, pracovní, rodinné, volnočasové, jakých koníčků se vzdal, protože nesnáší kolektiv sportovců. Jak se mu rozpadla rodina, protože neplní ty a ty funkce. Jak se mu zastavila kariéra, protože je málo výbojný, protože nevystupuje samostatně, protože neprosazuje své nápady. Takže tu

sociální fobii zhodnotit musíme, protože ovlivňuje všechny oblasti života a vyhýbá se ani tomu soukromému prostředí. V minulosti fobie zvláště označovaly, byly pojmenované podle specifických vyvolávacích aspektů. Tzn., že se pojmenovaly zvláštní situace, které velmi často u fobiků tu fobii vyvolávaly. Subtypy podle objektu fobie, která vyvolává fobii. Například bouřka, někteří lidé se extrémně bojí průběhu bouřky. Moc vody a blesky a hromy apod. Je i subtypem, kdy vyvolávajícím objektem té fobie je voda, výška, tma, létání nebo blízkost některých zvířat nebo blízkost jakéhokoliv zvířete a je podle toho pojmenovaná jako zoofobie, arachnofobie, entomofobie z hmyzu. Požívání určitých jídel, nemoci, poranění, ošetření u stomatologa nebo pohled na krev apod. Takže jsou to agorafobie, zoofobie, klaustrofobie. Ty subtypy fobií se velmi často liší věkem, kdy vznikly, kdy nastartoval ten extrémní strach a konflikt.¹⁷⁵

Ta fobie, a zejména sociální fobie je nejčastější duševní porucha vůbec a v průběhu života v nějakém období dochází k nějaké provokaci nárůstu konfliktnosti, nárůstu úzkosti a určité podněty až v jedenácti procentech lidí. Takže v průběhu života na určitou dobu to postihne až 11,3 procenta populace. Je zcela logické, vzhledem k emočním reakcím, že se tyhle ty fobie vyskytují častěji u žen a méně častěji u mužů. Ten poměr je asi jedna ke dvěma přesněji je dvakrát častější u žen a je to 15,5 a 7,8 procent. Co do genderového rozlišení je vyšší ten rozdíl, jsou zachyceni samozřejmě ti fobici, kteří nejsou ti odhadovaní, ale ti kteří byli léčeni nebo, u kterých byla lékařsky diagnostikována fobie a tím se vlastně dostala do statistik.

^{174,175,176} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8,z 8.4.2019

¹⁷⁴ Když jsme vylétli od státnic poprvé, podruhé je stoprocentní, že před třetím termínem u státnic ten student bude prožívat určitou míru anticipační úzkosti.

¹⁷⁵ Někdy to může být podmíněno, víte, jsou takové rodiny, kde se všichni extrémně bojí pavouků a přitom u těch dětí, by ta arachnofobie, by se vůbec nerozvinula do takových parametrů, pokud by se při každém pavoučkovi neutíkalo z bytu a z domu a volali se pomalu hasiči, aby to odstranili a sousedi apod. A přitom u těch dětí ta panika vlastně byla způsobena tím napodobovacím reflexem těch arachnofobiků, kteří byli rodiči apod.

¹⁷⁶ Např. taková zoofobie mezi které patří ty arachnofobie, entomofobie, ta vzniká nejčastěji kolem čtvrtého, mezi čtvrtým, až pátým rokem věku a např. situační fobie u 23 letých mladých dospělých, je ten průměrný věk situační a sociální fobie.

2.8.24 Jak nejčastěji vznikají fobie

Fobie vznikají nejčastěji v dětství, vlivem rodinného prostředí, vlivem chyb v rodinném prostředí nebo někdy vlivem prostředí té sociální integrace do těch školních žákovských, a sportovních kolektivů. Ale skutečně je to v mládí, kdy se zakládají ty strachy a úzkosti. Neléčené fobie trvají desítky let, mění celý život u fobiků a jejich projevy. Dokonce se liší jednotlivé fobie podle toho, v jakém věkovém období nejčastěji vznikají a utvrzují se nebo se rozšiřují.¹⁷⁶

2.8.25 Základ pro jiné anxiózní poruchy

To je další skupina poruch, ke kterým dochází k symptomatologii poněkud odlišné, ale základem je u každé anxiózní poruchy.

Úzkostnost. Jiné anxiózní poruchy jsou, kde je hlavním příznakem úzkost, která není provokovaná, spouštěná jakou konkrétní fobickou atakou příčinnou podnětu. Takže jiné anxiózní poruchy nemají objekty vyvolávající fobie. Není omezena na nějakou zvláštní situaci, událost, předmět atd. Může se stát, že na skupinu anxiózních poruch bez vyvolávající fobie mohou nasedat ty depresivní nebo obsedantní poruchy, ale zpravidla nejsou tak závažné. Zpravidla jsou jenom zatěžující, nejsou ovládající. Není to tak, že by v takovém to případě anxiózních poruch vyvolávajícího objektu byla současně provázející těžká depresivní porucha. Zpravidla jsou to mírné depresivní poruchy. Jsou to dystymické poruchy nebo cyklotymické poruchy. Považují se za méně závažné, za sekundární. Vyskytuje se u těchto anxiózních poruch, ale za určité situace je ta epizodická porucha záchvatovitá úzkostnost. Ale ta panická záchvatovitá úzkostnost neodhalíme jí, není vyvolávající, není konkrétní, ale v nějaké zvláštní konstelaci, v nějaké zvláštní situaci přicházejí i paniky, přicházejí epizodické záchvatovité úzkosti. Tyto panické poruchy jsou typické tím, že se jedná o zrychlené dýchání, zrychlený tlukot srdce, mražení nebo pocení a podobné věci.

Tím že se nám nepovede odhalit tu příčinu, zvláštní situaci nebo zvláštní souhru, tak s tím nemůžeme nic konkrétního dělat. Nemůže ji ten člověk tu zvláštní situaci vlastně vyloučit, vytěsnit ji, nejezdit tou

MHD, chodit pěšky do práce. Prostě nemůže si uspořádat takovým způsobem, aby se vyhnul panickým atakám. Aby se vyhnul těm extrémně zatěžujícím situacím. A přitom prožívá bolesti na hrudi, pocity dušení, závratě, pocit neskutečnosti to je ta derealizace, ta personalizace, často je tam přítomný až strach ze smrti, umírání, ztráty sebeovládání nebo zešílení, všechno to, co se váže na panickou ataku i v případě té objektem zpuštěné fobie. Panická porucha není hlavní diagnóza jenom anxiózní porucha nemá vyvolávající podnět, tak je o to složitější ta psychoterapeutická péče, platí, že na prvním místě je léčba léky, na druhém místě je léčba slovem, psychoterapií a až na třetím místě, pokud je ta ataka silná neurotická porucha je intenzivní, těžká tak je to profylaktická celoživotní metoda, kde dominuje neurolog a podobné.

2.8.26 Generalizovaná úzkostná porucha

Těžká situace, kdy tato úzkostná porucha mívá velmi velkou sílu devastační a nemívá vyvolávající podnět. Nemá objekt spouštějící generalizovanou úzkostnou poruchu, protože je generalizovaná, je všeobecně působící, nebo všeobecně reagující na nedefinované situace, nedefinované podněty. Nejsou to tedy žádné zvláštní vnější okolnosti a říká se, že je volně těkající, že si nalezne způsob, na co má zareagovat. Volně těkající. Opět ty hlavní příznaky jsou různé, ale vždycky tam bude ta nervozita, ten pocit nervozity, třes, svalové napětí, pocení, světloplachost. Někteří generalizovaně úzkostní klienti nevycházejí ve dne nebo mají problém v létě, kdy svítí velmi ostré silné slunce.¹⁷⁷

Takže strach a obavy kulminují k té generalizované úzkostné poruše. Je tedy generalizovaná na cokoliv, dominuje léčba léky, ve druhé fázi dominuje psychoterapeutická podpora, změna kognitivních témat, ale nevíme přesně, které jsou vyvolávající. Takže je to taková kognitivně behaviorální péče o pacienta a hledá se to, co mu vyhovuje nejlépe. Musí se vyhovět nelze jít ani na tyhle, ani na předchozí diagnóza nejsou v psychoterapii řešitelné, žádným nátlakem, všechno

musí proběhnout volně, má pacient volnou ruku a to i při rozvíjení těch negativních schémat, které vlastně dělají u těchto panických ataků nesnesitelné období v životě. Oni sice mají strach ze smrti, ale jsou opravdu na životě ohroženi?

177 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.8, 8.4.2019

177 Palpitace, závratě, tlak od žaludku, bolesti. Velmi často jsou přítomny strach a jiné obavy nejen o sebe, ale i o své přátele, o své příbuzné apod. Předjímají, že bude nehoda, že se jim něco stane apod.

2.9 ÚZKOSTNÉ PORUCHY

2.9.1 Úzkost

Jak dochází k rozvoji úzkostné poruchy například ty fobie.

Cyril Höschl – říká:

„Úzkost je subjektivní nepříjemný emoční stav, jehož příčiny a podněty, které ho spouštějí, nejsou zprvu zřetelné. Postupně ten diskomfort ovládne člověka celého a znemožní mu pozitivně vnímat, pozitivně myslet a uvolnit se.“¹⁷⁸

2.9.2 Ti co ještě neprožili úzkost, tak jsou ještě mladí na úzkosti

Teď si neuvědomují, že by pocítli úzkost, ale určitě by to bylo kvůli dětem, kdyby se jim něco stalo nebo něco nepříjemného s dětmi. Pocit úzkosti jeden pán zažil, když se vrátil z války na mostě nad Hornádom potkal kamaráda a on říkal, že nikoho nenajde, že všichni jsou deportováni. Patnáct tisíc Košických Židů je deportováno. Tak pocítil velikou úzkost a přesto musel domů a to proto, že doufal, že alespoň u úkrytu, který si jako chlapeček vybudoval před válkou, schoval fotografie své rodiny, zejména maminky, tatínka a svých sourozenců a doufal, že ten úkryt nikdo nenašel a skutečně fotografie tam byly. Trošku ho ta úzkost přešla, která ho chytila na mostě, že od té doby přece ví, jak vypadala jeho rodina, jinak po šedesáti pěti letech by nikdy si to nedokázal ani představit.

¹⁷⁸ (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050002-zahada-uzkosti/>)

Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9,15.4.2019

¹⁷⁸ Žena, která se v metru snaží nastoupit na jezdící schody a sjet dolů. Co se v ní teď odehrává? Co je modelem úzkostného vztahu a v jakých fázích a projevech probíhá. Je tam nějaký spouštěč, v tomto případě ty schody míří někam do hlubiny, jsou tam myšlenky, které to vybaví a ty jsou spojené s emocemi a ty emoce se projeví také tělesnými příznaky z toho, že se rozklepete, podlamují se vám kolena, rozbuší se vám srdce, sucho máte v ústech a to potom vede k nějakému chování a v těch důsledcích je to chování vyhýbavé tzn., vyhýbáte se situacím, kde se toto mohlo odehrát a to má potom důsledky často až sociální.

2.9.3 Strach jakožto obava z něčeho konkrétního

Ze tmy, z výšky, z pavouků, z hadů, i úzkost jako taková nepocítí tíseň z něčeho, co by se mohlo potenciálně stát, ale ještě se neví, co to je. Mechanismy, které jsou nesmírně prastaré, a které jsme si z dávných hlubin svého vývoje lidstva přinesli jako ochranné mechanismy, které nám umožňují přežít do dnešní doby ve své normální podobě. Jestliže se něco hrozného stane, až naše smysly zachytí nějakou hrozbu, různého typu ohrožení, tak ta informace se potom mozkiem šíří dvěma různými cestami.

U většiny pacientů používá pan Cyril Höschl takovou paralelu, jako že se ocitá v pravěku, ale tím pádem je přede mnou velký úkol, zvládnout mamuta. Ale když jsme v úzkosti a když před námi ten mamut nestojí, když tomu nerozumíme, tak samozřejmě také příznaky nás děsí a považujeme je za jakýsi projev onemocnění. To je problém úzkostných poruch, že vlastně člověk reaguje úzkostně, spouští tuhle stresovou reakci opakovaně i na podněty, které vlastně člověk normálně ohrožující nevnímá.¹⁷⁹ Problém spatřujeme velmi v tom, že úzkost je obava o život.

Jedna paní trpí velkými úzkostmi a ty vlastně pocházejí z doby ještě jejího dětství, kdy dobře nevycházela se spolužáky na Základní škole a tam úplně znejistěla a sebevědomí jí pak kleslo a od té doby se bojí projevovat před lidmi, že se jí budou smát, že co udělá tak je špatně.

2.9.4 Rozhovor s dalším klientem

„Já jsem tady s panickou depresivní poruchou, která mě hodně omezovala chováním v životě tím, že jsem měl, řekl bych strach z normálních věcí, které musí člověk překonávat dennodenně a pak, když už jsem byl v těch stavech deprese, že mě to vlastně omezovalo

¹⁷⁹ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁷⁹ Takže pak se může snadno stát, že já si toho mamuta vlastně vyrobím z čehokoliv. Já se můžu začít bát i přecházením přechodu, můžu se začít bát i knoflíků, počasí.

úplně ve všem. Strach z normálního života, strach z toho chodit ven, bavit se s lidmi, chodit do společnosti, navazovat kontakty s holkama. To byl u mě velký problém. Poznával jsem věci, které pro mě byly složité, komplikované. Dělal jsem cokoliv jiného, než to co bylo důležité. To sice říká i slovo prokrastinace normálně on toho má leckdo.¹⁸⁰

2.9.5 Fobie, strach z něčeho konkrétního

Když má člověk nějaký konkrétní spouštěč, kdy konkrétně něčeho se bojí a přímo vám to označí, pak se jedná o fobii, strach z něčeho konkrétního.

Tam patří jednodušší fobie, strach z jednotlivých věcí, jako je třeba strach ze zvířat anebo strach z hromu, z výšek, z pavouků např. arachnofobie a obdobně. Pak jsou ale fobie komplexnější, kdy vlastně těch situací, kdy se člověk bojí a musí se jim vyhýbat daleko více, tam patří např. agorafobie strach z otevřených prostor, ale vlastně ze všech situací, kde tomu člověku hrozí, že bude na zdraví ohrožen a nedosáhne včas lékařské pomoci, kdyby se mu něco stalo nebo, že z nich není snadný únik. Pak je známá sociální fobie, to je strach ze všech sociálních kontaktů, posuzovat, hodnotit kvalitu negativní, nedokáže ten člověk vystupovat, mluvit na veřejnosti, nemůže se třeba na veřejnosti najít, protože se bojí, že se přitom nějak ztrapní, znemožní, že toho ostatní lidé nějak využijí proti němu. Pak máme širší, už takové úzkostné poruchy, kam patří například generalizovaná úzkostná porucha, při které vlastně ta úzkost je přítomná tak, že ten člověk má nepříjemné vegetativní somatické projevy úzkosti a napětí po celý den, takže často i v noci. K tomu má výrazné starosti, obavy, ale ze všeho si dělá hlavu, ze všeho je problém, který on řeší, čili je to takové chronické úzkostné nastavení duševní tělesné parkety.

¹⁸⁰ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁸⁰ Je to vlastně jako když někdo pije a stane se z něj alkoholik, tak se s ním nedá žít. Mně se to stalo do té míry, že pak mi na ledasčem nezáleželo, že jsem to nebyl schopen s úzkostí dělat. Byl jsem tak sevřenej, že jsem pak neudělal nic. Ty omezení byly hlavně v tom, že jsem si to pak časem ani neuvědomoval a víc a víc jsem do toho zabíhával a pak se třeba stalo, že jsem byl čtrnáct dní úplně třeba zavřený doma.“

2.9.6 Panická porucha

Jak se projevuje panická porucha? Pak je tam např. panická porucha na rozdíl od té generalizované úzkostné poruchy, v panické poruše je člověk v klidu a pak přicházejí záchvaty, záchvaty masivní úzkosti, které jsou provázány hlavně těmi vegetativními, tělesnými příznaky, při kterých ten člověk má najednou bušení srdce, návaly, pocity na zvracení, pocit, že se dusí, motání hlavy, spoustu příznaků najednou, které ho samozřejmě vyděsí.

2.9.7 Délka trvání panické ataky

Jak dlouho může trvat panická ataka? Taková panická ataka může trvat pár minut až třeba do hodiny.

2.9.8 Obsedantně kompulzivní porucha

Pak máme velice zvláštní úzkostnou poruchu, která se jmenuje obsedantně kompulzivní porucha.

Obsedantně znamená, že se mi nutkavě do hlavy vtírají nějaké myšlenky, že jsem se nakazila nebo že jsem se znečistila, že bude průšvih, že se stane něco strašného apod. a kompulze jsou vlastně nutkavé akty neboli nutkavé chování, které má za cíl zneutralizovat to nepříjemné myšlení.¹⁸¹ Problém je v tom, že když člověk rozumově tápe a že by to všechny problémy jen tak nevyřešilo, tak zkusit jak do toho kompulzivního jednání cítím pořád dokola, čím více se ten člověk myje, tím více má pochybnosti, jaký obsah má obsesí a jaký komparz zaujímá. Kromě těchto umývačů, kterým tak pacientům říkáme, že mají hygienické rituály jsou obsese a kompulze zaměřené i na jiná témata, že člověk musí nutkavě počítat, aby se nestalo něco strašného, zkontrolovat v tom bytě, aby vlastně nedošlo ke katastrofě, to patří k jedním z nejčastějších projevů této poruchy, před odchodem z bytu

¹⁸¹ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁸¹ Takže v těch myšlenkách mě napadlo, že jsem se někde znečistila a na madlu v metru určitě chytanu žloutenku, nebo dokonce něco horšího nebo začnu doma nutkavě hnit, to je kompulze abych tu nečistotu smyla, dokud je to krátký pocit pro toho klienta.

zpravidla to začíná tak, že člověk začne se ujišťovat, jestli vypnul všechny spotřebiče, jestli jsou knoflíky na sporáku v poloze vypnuto, jestli není nějaká zásuvka třeba teplá, vytahuje ze zásuvky všechny spotřebiče, počítače, vodu, elektřinu, okna, těsnění a postupně čím více tím věcí přibývá, tím už mu nestačí jedno kolečko, tak v tom bytě začne dělat těch koleček několik. A obchází ho dokola, a když skončí, tak začne mít pochybnosti o tom, co se stalo na tom začátku a musí znovu, když opouští byt, tak opakovaně lomcuje dveřmi, odemyká a zamyká, aby se ujistil o tom, že je to skutečně důkladný, poodejde pár kroků, zase se musí vrátit, protože je tam ta nejistota. Zase brzy následuje to, že člověk začne jedno kolečko v tom bytě a pak tak kolečka začne dělat opakovaně několikrát, protože když je na konci, tak si uvědomí, že neví, co se děje na tom začátku a že musí to zopakovat. Stále více věcí přibírá do toho kontrolování vlastně časově i fyzicky ty obsese a kompulze neuvěřitelně narůstají, protože neustále má pocit, že je vlastně další a další problém, který spěje k nějaké katastrofě.

2.9.9 Posttraumatická stresová porucha

Mezi závažné obsesné poruchy patří také posttraumatická stresová porucha vzniklá v návaznosti na takové trauma, kterým je nejčastěji u žen znásilnění, přepadení nebo úmrtí dítěte, k velice závažnému traumatu, u mužů se často setkáváme např. s válečnými traumaty apod. nebo po autonehodách. Ta posttraumatická stresová porucha je trochu zákeřná v tom, že se vyvíjí v určitém období latence, klidu od té traumatické události, že se vlastně ano vůbec nečeká, často že se tam jeví problém. Naopak zdá se, že ten jedinec problém přestál vlastně dobře a že se začlenil do společnosti, kde tam pracuje a funguje dál.

182 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050002-zahada-uzkosti/>)

¹⁸² Najednou se přibližně po několika těch měsících začínají vracet reminiscence, což jsou vlastně opakované návraty toho zážitku traumatického, který vlastně ten problém spustil. Nejčastěji se to vrací jakoby takové krátké filmy, které se problesknou tomu člověku a samozřejmě že vedou k obrovskému vzestupu negativních emocí, podobných emocí jako vlastně ten člověk měl v době toho traumatu.

2.9.10 Cyril Höschl ¹⁸²

Když se podaří rozpoznat úzkostnou poruchu, zajít k odborníkovi a diagnostikovat jí, tak přichází další krok, jak jí léčit. A v případě úzkostných poruch to nejsou jenom psychofarmaka, která zde hrají roli spíše pomocného prostředku, ale hlavně psychoterapie. A v poslední době se důraz při léčbě úzkostných poruch klade na tzv. kognitivně behaviorální psychoterapii.

2.9.11 Psychoterapie v kognitivní části psychiatrie

Co se dělá v té kognitivní části té psychoterapie? V této části zpracováváme své automatické negativní myšlenky, které nás napadají při jednotlivých situacích. Pracujeme s myšlením a to ne s ledacjakým, ale myšlením které je pro nás negativní, s tím co nás automaticky napadá při dané situaci.

2.9.12 Behaviorální terapie

Co děláme v té behaviorální terapii? Behavior z angličtiny chování, co se tam děje? Co se tam odehrává dál?

Dostáváme se postupně do situací, které jsou pro nás bolestné, a musíme se s nimi nějakým způsobem sžít. Je to tam tak pěkně popsáno, jak tomu říkáme odborně, expozice, že se vlastně vystavují tomu, co mě škodí, co mě bolí a snažím se tu situaci vydržet, zvládnout. Jak vlastně tělesné příznaky souvisí s naším myšlením, s našimi emocemi a ta kognice jako chování, toto téma nám pomůže pochopit souvislost mezi potížemi.

Na začátku všeho máme spouštěč, to je nějaká situace kde dochází k rozvoji těch potíží. Ten spouštěč a ta situace spustí tzv. automatické diagnózy, když mě v nějaké situaci začnou napadat obtížné negativní myšlenky, tak se stane to, že na to určitě zareaguji emocemi. Dostanu strach. Ta četba ani negativní emoce a pomůže mi třeba překonat strach, úzkost, vztek na sebe a teď se spouští ta stresová reakce, takže další podmnožina jsou určitě tělesné příznaky, a když jsem v nějaké situaci, když mám černé myšlenky, ošklivé emoce, spoustu tělesných příznaků, tak to vede ve výsledku k nějakému chování.

2.9.13 Bludný kruh

Které chování uzavírá bludný kruh? Zabezpečovací chování. Co to je za zvláštní termín? Místo aby to zvládla sama, tak si musí ujistit, že je to nějaká překážka, kterou zvládneme v situaci, ale za pomoci tabletů, kamarádů, čili je tam nějaká berlička. To je zákeřný, protože i když tu situaci zvládnete, tak protože jsem si k tomu vzala nějakou berličku nebo duchaplnou pomůcku, tak si vlastně nevěřím a říkám si, to jsem jí zvládla já, to zvládl ten prášek nebo to zvládl ten kamarád. A když použiji zabezpečovací vyhýbavé chování, tak se bludný kruh uzavírá, že příště ty situace mě zase napadají ty automatické negativní myšlenky, zase to vede k rozvoji těch nepříjemných emocí, k tělesným příznakům a k vybavení zabezpečovacího chování. Takže co je váš tradiční spouštěč.¹⁸³

2.9.14 Cyril Höschl. Záhady duše.

Dost možná se vám mnohému stalo, že se ve filmu spatřil a najednou si uvědomil, že potíže, o kterých hovoříme, jste u sebe někdy pozorovali, to není důvod k obavám. Je to důvod pouze k zamyšlení nad tím, jak hranice mezi tzv. moralitou a duševní poruchou je neostrá a kdyby nic jiného, byl bych rád, kdyby náš cyklus přispěl k určité demitizaci, nebo lépe k destigmatizaci psychiatrie k tomu zbavení se negativního puncu a postupu, který k tomuto odporu k pacientům mnozí dosud neoprávněně cítí.

Ve filmu bylo zmíněno, že malé děti tu úzkost až tak neprožívají. Není to docela pravda. Tu první obrovskou úzkost prožívá novorozenec, kterému nedopřejí, aby se na tu maminku po porodu přilepil. Pokud se to dítěti neumožní navázání pevného bezpečného kontaktu pevné vazby těsně po porodu nebo v prvních dvanácti hodinách po tom

183 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁸³ Spouštěč je takový, že třeba chceme namazat chleba s medem. Jak zareagujeme? Všechno bude zalepené, ano. Co to znamená? Že bude všude špína, bude to všechno znečištěné, špína.

Jaké emoce se projevují? Bezmocnost, bušení srdce, klepou se mi ruce, celá se rozklepu, třes a k čemu to vede? Vede to k tomu, že ten med nekoupím a nemůžu ten chleba namazat. Příště se stane to, že já potom vůbec ten med nekoupím.

porodu, někdy se zachraňuje dítě, ošetřuje dítě, zachraňuje matka v podstatě platí aby to dítě bylo a disponovalo základem pro rozvoj duševního zdraví, tak to pevné navázání a ta pevná vazba na mámu s její vůní, s její barvou hlasu atd. si musí umožnit novorozenci v průběhu prvních dvanácti hodin po narození a v rozsahu nejméně jedné celé hodiny v klidu a osamění, v tom klidu a osamění vzniká velmi pevná vazba na mámu, ten vstup do toho neznámého světa je tím zmírněn, ta bolestivost a ten strach z toho neznáma do kterého ten novorozenec vplul nebo vstoupil. Dneska dokonce disponujeme, s důsledky vědeckého výzkumu, které nám říkají, že pokud se navázání to prvotní nebo pak následuje jiný attachment, jiný druh vazby v průběhu růstu a dozrávání, pokud se tohleto dítěti neumožní, tak té skupině dětí, které k tomuto neměly příležitost a podmínky, tak z této skupiny dětí vykazuje až šedesát procent dětí v mládí nebo v dospělosti vznik duševních poruch.¹⁸⁴

Představte si, že šedesát procent dětí, u kterých nedošlo k vytvoření pevné citové vazby s matkou po narození má v důsledku nevytvoření toho pevného bodu ve vesmíru jistoty na maminku, má problémy s duševními poruchami. Je asi čtyřiceti procentní pravděpodobnost, že z této skupiny dětí u těchto dětí se diagnostikuje ADHD, poruchy pozornosti a hyperaktivita.

Až ve čtyřiceti dalších procentech je předpoklad těchto poruch, čili specifické poruchy učení mohou mít základ pouze v emoční nevyváženosti v období těsně po porodu.¹⁸⁵

V těch osmdesátých a devadesátých letech byla ta medicína snadněji vítězná a tam neexistovalo v těch našich podmínkách, aby ženy nerodily v bezpečném prostředí porodnic řízených lékaři, ale bohužel na druhé straně byl právě ten nedostatek toho kontaktu, kdy se dítě ošetřilo, zabalilo, ukázalo mámě a odvezlo na dětský pokoj, kde

¹⁸⁴ (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050002-zahada-uzkosti/>)

¹⁸⁴ Krahulcová, B. UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁸⁴ Jsou to zejména emoční poruchy, afektivní poruchy typu depresivní, depresivity, jsou to neurotické poruchy založené na strachu, úzkosti, panice, obsesivně konvulzivních poruch a na spoustě dalších atd.

bylo padesát dalších novorozenců a k maminkám se vozily děti pouze na kojení. Takže snad to už bude minulostí, protože se vlastně tomuto aspektu věnuje velká odborná pozornost, mělo by to tak být, ale je důležité, abychom my všichni o tom věděli a abychom se ve svém životě a v životě klientek tohoto tvrdě náročně prostě dožadovali. Máme na to právo, ale hlavně na duševní zdraví mají právo děti. Takže o některých těch poruchách jsme něco slyšeli, tyhle filmy jsou takové hodně vděčné proto, že se v nich mluví lidovým jazykem, ale pravda je ta, že se všechny obdobné aspekty k těm jednotlivým diagnózám nepovede do toho filmu vtěsnat například, že ta psychotherapeutická skupina, kterou jste viděli, by nemohla pracovat se středně těžkými, a těžkými poruchami, aniž by před tím neproběhla ta první fáze léčby a snižování úzkosti pomocí léků. Takže ten první krok bojující se strachem, úzkostí, panikou a dalšími formami velmi silných strachů a úzkostí je věcí, která se léčí léky.¹⁸⁶

2.9.15 Fobický strach

Co to způsobuje, co se nabaluje, jak se na úzkostnost nabaluje fobický strach, strach ze smrti, strach z úplného zešílení a ztráty kontaktu s realitou. Až v takovém to případě dosažení snížení úzkostnosti rozpoznání těch jednotlivých fází, jakými probíhá strach, úzkost, úzkost vyvolaná specifickými vyvolávajícími faktory nebo všeobecná úzkostnost nebo nějaká jiná specifická úzkostnost jako např. generalizovaná úzkostnost, až pak se s nimi může pracovat tím, že jim ten klient ten člen té skupiny tomu rozumí, může s tím pracovat.

^{185,186} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁸⁵ Měli bychom se opravdu začít ve stu procentech chovat jako orangutanní máma, které nikdo to orangutanní mládě by ho nenapadlo vzít a mýt a značkovat a balit, ale nechají, ať se vytvoří ta první bezpečná vazba na maminku. Ví se to, ale ne ve všech případech se to v našich nemocnicích umožňuje, je to nesmírně důležité, je to jeden z důvodů, proč mnohé mámy volí tu nebezpečnější variantu porodu a to porod doma. Nebo v jiném zařízení, kde umožňují právě vytvoření té bezpečné citové vazby. Je to opravdu tak.

¹⁸⁶ Pokud se povede snížit úzkostnost, může nastoupit psychotherapeutická skupina do práce s kognitivně behaviorálními postupy a tito lidé, u nichž již byla snížená úzkostnost prožívání nových neznámých náročných situací, můžeme přistoupit k tomu, aby se naučili tito lidé a nejsou to všichni toho schopni, aby se naučili kognitivně zpracovat tu svoji vlastní úzkost. Aby dokázali pochopit, jaké jsou ty iniciační mechanismy, které uvnitř vyvolávají tak silné pocity strachu a úzkosti.

My musíme přesně vědět, co je to ten bludný kruh u mě. Tím bludným kruhem při samozřejmě snížené úzkostnosti a strachu pomocí léků. Ten člověk se naučí zacházet s těmi jednotlivými fázemi, dokáže od nich vykročit, nepodlehne, nebude mít strach ze smrti, ale řekne si, ano to je negativní myšlenka, s tou negativní myšlenkou mě učili tak a tak pracovat. Vůlí nevyhrajeme nad depresí a bojem nevyhrajeme nad neurotickými poruchami. My se je musíme naučit rozpoznávat a až pojmenovat a udělat nějaký úkrok. Ne utéct od té fobické úzkosti, ale udělat úkrok a pojmenovat proč tak k silnému pocitu strachu došlo.

2.9.16 Beáta Krahulcová, uvádí:

„Říkalo se tam, že nejčastější je sociální fobie atd., to všechno je pravda a z hlediska sociální fobie proto, že mění úplně z gruntu život člověka“.

Ten člověk není schopen dostudovat, člověk není schopen často si udržet zaměstnání, být ekonomicky soběstačný a v důsledku toho mít vlastní rodinu, navázat sociální vztahy, vytvořit si okruh přátel, mít koníčky, mít radosti ve svém životě, protože prochází z jedné úzkostnosti a strachu do dalšího, jeho život je jako kdybychom procházeli nebo pluli od jednoho ostrova strachu a úzkosti k ostrovu jinému mnohdy většímu. Takže není to otázka vůle, je to otázka velmi sofistikovaného promyšleného postupu, kterým se těmto lidem pomáhá snižovat úzkostnost a pokud toho jsou schopni, ne každý je schopen sebereflexe v této diagnóze si s tím pohrát, rozbit ten bludný kruh. Naučit se utéct nějakým způsobem od toho nejděsivějšího okamžiku, kdy se lidé dusí, kdy mají pocit, že umírají a to pouze v důsledku strachu, neřízeného strachu.¹⁸⁷ Takže ne u každého se rozvine strach a úzkost v tomto konečném patologickém slova smyslu. Ale u těch osobností, které si oni prožili, tím peklem ponižování, zneuznávání a pomlouvání, šikanování nejrůznějšího druhu, tak tohle je ta pravá příčina, proč člověk v pubescenci, adolescenci, mladé, staré dospělosti, v seniu si nevěří sám sobě a trpí neodůvodněnými úzkostmi. Velmi špatně prožívanou je úzkostnost, které říkáme generalizovaná, je tzv. volně těkající.¹⁸⁸

Se strachem, s úzkostí, s pocity nedostačivosti, s dušením, s představou, že se zastavuje strachy srdce atd. Ta generalizovaná úzkostná porucha není tedy vztažená k žádným zvláštním okolnostem, faktorům, věcem, lidem k ničemu takovému, činnostem nic opakovaně nespouští generalizovanou úzkostnou poruchu, ale může to být cokoliv. Cokoliv pro nás naprosto bezvýznamné a nepochopitelné. Proto se velmi často lidé trpící generalizovanou úzkostnou poruchou setkávají s takovým ohromujícím nepochopením.¹⁸⁹

Většinou u generalizované úzkostné poruchy, jde o takovou expozici extrémní nervozity, třes rukou, třes hlasu, třes nohou, podlamují se kolena strachy a to jenom se něco stalo, jenom projel třeba kolem autobus a nic víc. Třes, svalové napětí, pocení, někdo má takovou světloplachost, která je součástí obrazu generalizované úzkostné poruchy, že nevychází přes den. Vychází v noci. Může normálně žít? Asi obtížně, když je světloplachý. Závratě, tlak v žaludku, ve střevech.¹⁹⁰

2.9.17 Obsedantně nutková porucha

V americkém seriálu Můj přítel Monk je krásně umělecky zobrazená obsedantně nutková porucha, která začínala v dětství, má velmi problematické dětství a měl představitel, vypukla v plné síle, když zemřela manželka, na kterou byl ten představitel ten Monk velmi silně

^{187,188,189,190} Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁸⁷ Když bychom se chtěli podívat na úplný začátek této cesty, tak bychom tam našli něco v životě, co si ten člověk prožil velmi zle a v jeho životě to znamenalo, že ta jeho osobnost je dezintegrovaná. Je dezintegrovaná absencí pevné vazby k dospělému člověku. Absencí pocitu dobrého zdravého sebevědomí a prezentace vlastních schopností v Mateřské škole, Základní škole to dítě bylo vystaveno ponižování, posměchu a v důsledku takových to epizod, se ten člověk stal bojácný. Nedůvěřoval sám sobě, svým schopnostem, ztratil víru v sebe samého, nepovažuje se za pěkného.

¹⁸⁸ Tzn., že generalizovaná úzkostná porucha se neodráží od pavouka, od ohně, od krve, od výšky, od bouřky, od čehokoliv, ale je volně těkající a může jí spustit třeba mravenec, který proběhl kolem nebo slunce, které bylo náhle zakryto pod mrakem, nebo foukl větřík a ten spustil generalizovanou úzkostnou poruchu se vším všudy.

¹⁸⁹ Co to je? Proč se mám bát pavouka, proč spouští nějaká hnědá židle tu úzkost, proč když foukne větřík, tak to fouknutí toho větříku spouští úzkost.

¹⁹⁰ Velmi často při generalizované úzkostní poruše se takto promítá do budoucnosti a vztahů tzn., že ten člověk předjímá a co když havarují autem, co když do nás vrazí kamion, co když ta rodina celá umře, co bude se mnou apod. Čili vztahuje se vlastně ta úzkostná porucha na předvídaní všech katastrof, které si dovedete představit.

citově vázán, a manželka byla schopná ty jeho specifičnosti týkající se hygieny atd. akceptovat. Obsedantně nutková porucha je typická tím hlavním rysem a to jsou obsedance, to jsou vtíravé myšlenky, ty mohou být absolutně jakékoliv, ale zásadně jsou neakceptovatelné do běžného života, nelze je akceptovat, nelze těm myšlenkám podléhat a pokud se ten člověk, pokud toho člověka napadne nějaká vtíravá myšlenka nebo člověka trpícího touto diagnózou, tak ta obsedance má opakující úzkost, zrychlený dech, se tendenci a způsobuje ta vtíravá myšlenka, že to napětí, tlak na srdci, píchání v boku, všechno cokoliv má takový kumulativní účinek, silnější a silnější. Opakuje se ta myšlenka a nechod' tam a nepustil jsi plyn a nezabezpečil jsi okna a nezavřel jsi dveře, nezamkl jsi a odcházíš atd. Víme, že jsme se už třikrát vrátili zamknout ty dveře na tom bytě, na tom domě, na tom autě atd, ale ta vtíravá myšlenka rotuje dál a dál a tím stupňováním vnitřního napětí nutí toho člověka opakovaně vykonávat ty samé činnosti. Kdyby na ty obsese, na ty vtíravé myšlenky ten nemocný člověk nereagoval, tak má pocit, že zešílí. Že mu prasknou plíce, že umře tam, kde je, takže musí se podvolit a upustit trošku ten kotel toho vnitřního napětí a zopakovat nejdříve je to jednoduchá činnost, když je to po deváté a devatenácté zamykání vchodových dveří domku, tak pak zjistí, že to musí být rituál, který mu pomůže, tak ti lidé skáčou, dělají přemety, mění auta, dělají spoustu věcí, pomocí kterých snižují tyhle ty představy, pudy atd. Je to nesmírně obtížné pro tyto lidi, nedokáží obsese potlačit. Každé potlačení obsese znamená, že ta další přijde rychleji a bude intenzivnější, takže lze reagovat jediným způsobem vyhovět tomu nutkání a vykonat ty jednotlivé dílčí úkony, nebo dokonce celé rituály, někdy jsou to rituály velmi protivné, odporné, nehezké nebudu je tady jmenovat a přitom není možností, jak se vzepřít.

Ta obsese, ta nutková porucha je nesmírně silná. Co to znamená pro běžný život? Takže zase je to diagnóza, která brání plné socializaci, brání plnému uplatnění, brání u lidí, kteří jsou kvalifikovaní, kteří jsou disponovaní k docela vysokým intelektuálním výkonům, brání jim vlastně tyto své schopnosti uplatnit, protože

obsese a kompulze mohou přijít a přicházejí vždycky tam, kde je nějaká forma vypětí, kde je nějaký stresor, kde je nějaká situace ve které se cítí nejistí a ty jsou spouštěči negativních obsesivních myšlenek a posléze kompulzí, pomocí kterých se snižuje to napětí. Zpravidla konání těchto lidí je bezúčelné, nesmyslné a opakovaně se snaží tito lidé odolat, zastavit, zabrzdit, omezit to svoje jednání, ale ta úzkost a strach je všudypřítomná a stupňuje se to vnitřní napětí, ta intenzita té kompulze. Obsedantně kompulzivní porucha, pokud je to neurotická porucha je něco jiného než obsedantně kompulzivní osobnost. Je to pravda, ale ten rozdíl není v obsedancích a kompulzích, ale v tom, jakým způsobem ten člověk svoji duševní poruchu prožívá. V tom prožitku. Pokud se jedná jak o poruchu osobnosti, tak jakákoliv porucha je tak hluboce inkorporovaná do osobnosti, schopností, cílů, nadějí atd, že je člověk ztrácí, možnost pokud je to porucha osobnosti člověk ztrácí schopnost vzhledu a svoji poruchu neprožívá jako poruchu. Neprožívá ji jako nemoc. Je tak hluboce ztotožněný s paranoidní poruchou osobnosti, s obsesivně kompulzivní poruchou osobnosti, že ji považuje za svoji mnohdy přednost, že dokáže udělat ty a ty věci konkrétním způsobem. V každé formě této obsedantně kompulzivní poruchy je základem vždycky strach a základem je taková osobnostní neukotvenost, nejistota, sebedoceňování, mikromanie a podobné vztahy k sobě samému. Jedna taková trojskupina poruch neurotického typu se vyskytuje poměrně často, protože se poměrně často vyskytují v životě lidí vyvolávající faktory. Všechny tři poruchy ať je to porucha přizpůsobení jako taková nebo která vzniká v důsledku akutní stresové reakce nebo protražované, odložené stresové reakce. Obě jsou založené na reakci na závažnost.

2.9.18 Reakce na stres snižuje adaptabilitu člověka

Nebo vycházejí z reakce na závažný stres, ta je tak silná, že snižuje adaptabilitu člověka. V minulosti tedy někdy se tedy všechny poruchy, reakce na stres, na akutní stres, na stres akutní s odloženým začátkem, někdy se používá jenom jeden název a to je adaptační stres, používalo se pojmenování toho, co po těchto poruchách zůstává. Je to

snížená až neexistující schopnost přizpůsobovat se měnícím se podmínkám.¹⁹¹

Kdo prožil povodeň v Troubkách, tak tam je jasná u devadesáti procent obyvatel. Posttraumatická nebo akutní stresová porucha, tzn., že voda je jasný stresor, je tam povodeň. To jsou lidé, kteří dodnes, se jim zdá o té vodě. To jsou dodnes lidé, kteří se budí s úzkostí, s tím, že nemohou dýchat, že přichází velká voda apod. Ti lidé se většinou do dnešních dnů z těch těžkých stresujících situací nedostali. Může to být domácí násilí, které způsobuje těžkou stresovou reakci, může to být těžká zdravotní diagnóza, která tohle to spouští, může to být autonehoda s vážnými důsledky.

Může to být jakákoliv živelná katastrofa, která působí faktorem, že se jedná o velmi těžký stres a na ten ta osobnost člověka, která je vnitřně nevybalancovaná opět tady něco v osobnosti a osobním příběhu je, co spouští tyhle ty poruchy, silný, zdravý, vyrovnaný člověk s pevnými sociálními vazbami. Ten hůře podlehne stresoru a hůře podlehne těmto diagnózám, protože něco v něm je jako pevná záruka jistoty, ale ta pevná záruka jistoty nemusí vypadat jako pořádně urostlý člověk se silnou fyzičkou. Mezi somatickým a psychickým neexistuje rovná se a závislost.

Takže nebudeme odvozovat ani od pohlaví, ani od fyzických dispozic zvýšenou nebo sníženou schopnost se zadaptovat pro prožití nějakého těžkého stresu. Akutní reakce na stres, to je ta první z těch dva a půl nebo tří diagnóz. Známe vyvolávající příčinu toho, že člověk se hůře pak přizpůsobuje změnám.

¹⁹¹ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁹¹ Znáte takové lidi, kteří tu knížku potřebují mít vždy na svém místě položenou, kteří potřebují mít ty tužky seřazené podle barev a všechny stejně zastrouhané. Potřebují mít kolem sebe neměnné prostředí, jinak třeba neusnou a taková to adaptační porucha může postihnout dítě, může to být mladistvý, může to být kdokoliv další, ale vždycky v té anamnéze najdeme, že je tam nějaká reakce na velmi silné stresory. Je tam velmi těžký stres a ten způsobuje buď akutní změnu přizpůsobení, nebo odloženou změnu přizpůsobení, posttraumatická stresová porucha, akutní stresová porucha, ale vždycky je to těžký stres, který tohle spouští. Je to jedna z mála psychiatrických diagnóz, kdy vždycky známe příčinu.

2.9.19 Akutní reakce na stres je závažná duševní porucha

Akutní reakce na stres je závažná duševní porucha o které víme, že zpravidla, jakoby rychle odezní. Ale je to jenom jakoby, ta reakce, to zoufalství, beznaděj, agresivita, zloba, kterou ta povodeň způsobila, autonehoda, nebo nějaká živelná katastrofa spustila, ta zpravidla odezní rychle, ale u mnoha lidí, kteří k tomu mají sklony nebo dispozice u mnoha lidí to není jenom agresivita, zloba, takové ty akční reakce, ale může to být spíše takové ustrnutí, až takové ztuhnutí z toho leknutí. Někdy to může být hyperaktivita, někdy to může být panika, únik podle typu osobnosti.¹⁹²

Důležitost znát tyhle ty stavy a tyhle možnosti je podmíněna tím, že vždycky u těchto lidí, kteří prožili tyto extrémně silné stresory, vždycky pátráme po tom, jaké jsou osobnosti, jak máme na ně odborně jít, jak máme na kterou složku osobnosti působit, co můžeme od nich vyžadovat. Velmi často naměříme jaká je individuální výkonnost. Jaká je závislost, jak je ten člověk citlivý, jak je zranitelný a od toho pak odvozujeme způsob, jakým s tímto člověkem pracujeme po tom silném prožitku. Reakce na těžký a dlouhodobý stres, ne akutní stres, ale reakce na těžký a dlouhodobý stres a poruchy přizpůsobení, poruchy adaptace jsou nejčastěji v oblasti snížení schopnosti sociální adaptace. Snížení schopnosti nebo kvality sociální adaptace. Ten těžký a dlouhodobý stres bývá zpravidla kumulací vícero stresorů. Třeba člověk onemocní a přestěhuje se, člověk se přestěhuje a nakonec přijde o někoho blízkého, kumulace stresující dlouhodobá, kumulace stresujících faktorů pak ovlivňuje celkovou sociální přizpůsobenost, schopnost přizpůsobenosti. Klinicky se tahle ta porucha jako reakce na těžký a dlouhodobý stres se projevuje buď jako krátkodobá sociální vytěsňenost, nebo nepřizpůsobenost, nebo protrahovaná zpravidla prodlužovaná depresivní reakce.¹⁹³

Zpravidla selhávají mechanismy úspěšného vyrovnání se stresory, tato diagnóza vede k narušení sociálního fungování a je součástí práce s každým klientem, kdy ho máme v nějaké krizovce, nebo kdy se

k nám dostane, protože oněměl, ztratil schopnost mluvit, hýbat se apod., kdy došlo k takové reakci, které se říká únava z boje. Tzn., že se vyčerpaly veškeré rezervy v případě toho člověka při těch snahách adaptaci a adjustaci a už víc ten člověk nemůže, je v kritickém stavu a v psychickém šoku. Nejlépe známé a nejčastěji se setkáváme s diagnózou, které se říká posttraumatická stresová porucha. Ona začíná po velmi silné extrémní stresující události a začíná jako taková opožděná odpověď.

Posttraumatická stresová porucha. Ta živelná katastrofa, která vyvolává tuto odpověď, může být velmi krátká, může být krátkodobá, ale může to být i dlouhodobá zátěž. Predisponující faktory k tomu, aby někdo v konkrétní situaci trpěl posttraumatickou stresovou poruchou, jsou jeho osobnostní vlastnosti nebo osobnostní rysy, jeho struktura a integrita osobnosti. Může to být nutkavá astenická reakce, kterou pak objevíme, můžeme tam najít nějakou neurózu v anamnéze. Najdeme tam mnohdy čím je odloženější začátek stresové reakce, tím víc tam najdeme rizikových predisponujících faktorů, které jako kdyby čekaly v záloze, až se něco hrozného stane a pak se vybarví v plné nahotě.

Typické je, že neexistuje žádné rovná se, neexistuje žádné pravidlo. Každý z nás je jiný, každý z nás ve stejné situaci reaguje trochu jinak, někdo zvedne hlavu a uteče, jiný skloní hlavu a počká, až ho to mine ta katastrofa, další oněmí na dlouhé období, a někdo další má takovou odloženou reakci poststresovou, že onemocní duševní poruchou půl roku po Troubkách například. Takže neexistuje žádné pravidlo, je to jenom vážná situace, která proběhla v životě člověka a u každého takového to prožitku musíme apriori předpokládat, že

192,193 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁹² Někdy bývá akutní stresová reakce provázená takovým dílčím výpadkem paměti, že ten člověk si něco z toho filmu té živelné katastrofy nepamatuje. Vypadlo mu to z paměti. Protože jeho psychika navykla na určitou chvíli tu hrůzu, protože ji ten člověk nebyl schopen vnímat.

¹⁹³ Velmi často dochází u těchto lidí k poruchám identity, ztrácejí vztah k sobě samému, ztrácejí sebeúctu k sobě samému, neváží si sebe, nevystavují se nějakému posuzování, nevznikají sociální kontakty. Ta reakce na těžký a dlouhodobý stres zpravidla směřuje do rozbití sociálních vztahů a vazeb. Mnohdy se povede té osobnosti dostat se k tomu, čemu říkáme adjustace, tzn., je to přizpůsobení se nevyhnutelnosti.

může dojít k té odložené stresové reakci. Musíme s tím prostě počítat. Velmi dá se říct i typické pro posttraumatickou stresovou poruchu jsou ty reminiscence, které se v myšlenkách, anebo ve chvílkách, kdy je klid, nebo ve spánku vracejí. Říká se jim flashbaky, jsou to takové záblesky nebo krátké situační příběhy z té katastrofy, která proběhla třeba před měsícem nebo před půl rokem.

Tato stresová porucha kromě ztráty identity způsobuje poruchu a přerušení časové kontinuity v tom osobním příběhu někdy chybí půl rok, rok z toho období, kdy ten život byl třeba nejtěžší nejvíce ponižující apod. Takže identita, časová kontinuita. Dále pak způsobují poruchy sebehodnocení a pak ten dlouhodobý stres a násilí způsobují tzv. disociativní fenomény, ten disociativní fenomén může být vnímán, jako vnímání sebe sama, jako cizince někoho koho vůbec neznáme, nebo vnímání toho příběhu toho života toho proudění času, jevu a událostí jako naprosto neznámých, ke kterým člověk nemá žádný vztah. Takže buď je ta derealizace orientovaná proti sobě a vnímání sebe sama nebo života jako takového. Velmi často posttraumatická stresová porucha pokud není dobře profesionálně ošetřena, končí poruchami osobnosti nebo minimálně depresivními paralelními diagnózami. Takže je tam neurotická porucha, plus depresivní provázející duální diagnóza je depresivita.¹⁹⁴

2.9.20 Prodloužená latence

Někdy se může stát, že se setkáme s klienty, s PTSP s posttraumatickou stresovou poruchou s tzv. prodlouženou latencí. S prodlouženým obdobím těch projevů, těch adaptačních problémů, které nejsou vypuklé, neprojevují se navenek, pouze někde v té osobnosti čekají na nějaké oslabení.

¹⁹⁴ Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁹⁴ Dlouhodobý stres a násilí, intenzivní stres, násilí vyvolávají zaprvé ztrátu identity vlastní jedinečnosti o jména, osobního příběhu, vytváření se sebe sama apod.

Někde je to zátěž sociální, někde je to nějaká projevená nelibost, někde je to vzpomínka na nějaké oslabení, vyprovokovaná nějakým zážitkem apod.¹⁹⁵

2.9.21 Ztráta identity

Dlouhodobý stres a násilí vyvolávají ztrátu identity, ztrátu časové kontinuity, poruchy sebehodnocení, disociativní fenomény a poruchu paměti.

Ta, která trvá méně než jeden měsíc, to je krátkodobá porucha a ta ztráta těchto schopností, která trvá déle než jeden měsíc, tak je protrahovaná, ta je často spojena s depresivitou, s úzkostí, s agresí. Ta ztráta vnímání reality sebe sama v realitě a toho životního příběhu v realitě, tahleto porucha při dlouhodobém stresu a zatížení se jmenuje odborně disociativní konverzí.¹⁹⁶ Ztrácí se totiž v případě disociace a konverze, ztrácí se kontinuita časová, logická, kontinuita vlastního života.¹⁹⁷

2.9.22 Disociativní konverzní porucha

Kdysi dávno byly všechny ty typy konverzí, tzn. ztráty vnímání reality života, že to byly poruchy hysterické, ale z důvodů genderových a opravdu, že tomu tak není ty příčiny jsou obtížně pojmenovatelné, se používá v současnosti v psychiatrii název disociativní konverze nebo konverze všech druhů, ale nikoliv hysterie, hysterická konverze se nepoužívá, ona se zdaleka totiž netýká těch poruch. Předpokládá se u všech těch konverzních poruch, že se jedná

195,196,197 Krahulcová, B.,UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁹⁵ Ta prodloužená latence, to překrytí těch maladaptivních problémů, může mít různou dobu trvání. Může to být několik týdnů, může to být několik měsíců. V určitém počtu u pacientů může nastat chronický průběh po léta nebo zůstává trvalá změna osobnosti.

¹⁹⁶ Disociativní konverze je porucha, která vlastně znamená, jako kdybychom měli velmi složité puzzle a někdo nám do toho bouchl a už je to o tisících dílkách a nejasných konturách to nedáme dohromady.

¹⁹⁷ Jako, kdyby ten náš život, ten náš osobní příběh bylo to puzzle, co nám rozbili, ztrácí se kontinuita minulosti, přítomnosti a budoucnosti, to nedává smysl, všechno je to nějaké nereálné, smíchané, nevíme si s tím rady, je to velmi vážná duševní porucha.

o důsledek násilí a traumatu plus k disponované osobnosti i k nevyváženosti, příliš velké citlivosti, vulnerabilitě, zranitelnosti atd. Ale každý z nás je jiný a neplatí tedy žádné pravidlo, že bychom tady měli váhu a odvážili a odměřili takové to násilí, taková to katastrofa způsobí konverzi toho a toho stupně. Nic takového neexistuje a každý z klientů a pacientů reaguje pak na léčbu svým způsobem, ale tady je tím základem neurotická porucha tzn., že se léčí potlačení strachu, snížení strachu a snížení úzkostnosti.

2.9.23 Konverze

Konverze, ztráta schopnosti vnímat realitu může být velmi vážná a může se projevat, až takovou disociativní anamnézou tzn., že člověk ztrácí svůj osobní příběh.

Neuvědomuje si svůj vlastní život jako něco jedinečného, co je pouze jeho. Může se projevat jako disociativní fuga, tzn. slovo fuga znamená, je doslova jako kdyby v té paměti vznikaly mezery a díry neuvědomuje si tu celkovou kontinuitu sebe sama a ztrácí zájem tím pádem o realitu nebo to může být stupor, disociativní stupor tzn., že člověk, jako kdyby ztuhl a jeho celková psychomotorika je velmi zpomalená, až může ztuhnout na třeba tzv. voskovou flexibilitu a to je už stav, který se léčí elektrošoky.¹⁹⁸ Takže jakékoliv pěstounství, ať již je krátkodobé, nebo dlouhodobé, aby to nebylo pár dnů je lepší než nemít rodiče žádného nebo odmítajícího. Může to být opuštění rodiče, nebo tělesné napadání, život ohrožující zážitek apod. Nebo nevhodné výchovné prostředí.

¹⁹⁸, Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁹⁸ Když hledáme příčiny, co tohle všechno způsobuje, může způsobit, tak tam vždycky najdete něco z toho, co může být sexuální zneužívání v dětství, tělesné zneužívání nebo týrání v dětství, může to být nějaké dlouhodobé emoční odmítání rodiči, narodilo se třeba páté děvčátko nebo se narodilo dítě, které není zrovna pěkné. To je spojeno s vnímáním velmi obtížného těhotenství nebo to je nechtěné dítě, nebo je to dítě, které bylo v raném dětství velmi často nemocné a tím způsobovalo neúměrnou zátěž při výchově, že ho prostě mají rodiče tak rádi, že tak ty ostatní nemají rádi. Takže emoční odmítání dítěte může být příčinou této rané traumatizace a duševních poruch. Může to být opuštění rodiči v dětství nebo to pevné emoční navázání na rodiče, na mámu, na tátu, je tak nesmírně důležité, že změnilo celé zákon o pěstounské péči, protože my víme, že třeba i ten roční pevný vztah k dospělé osobě, která je tam každý den a pečuje profesionálně, nebo jakkoliv jinak o to dítě, dokáže vykompenzovat tu absolutně nenahraditelnou absenci pevného vztahu k nějaké jistotě dospělého člověka.

2.9.24 Spouštěč disociativních poruch

Tam, kde je narušeno vnímání identity sebe sama, reality kolem, může spustit nehoda jakéhokoliv typu, automobilová, úraz, požár, mohou to být kumulace životních stresorů, jsou velmi nebezpečné, finanční potíže plus vztahový nesoulad plus třeba alkoholismus to je sociální smrt. Zdravotní, ztráta práce, konflikty v práci, kumulace těchto faktorů opravdu může u disponované osoby méně sebejisté, méně dobře integrované, příliš zranitelné atd. způsobovat a spustit disociativní poruchu.¹⁹⁹

Poslední skupina neurotických duševních poruch jsou tzv. **somatoformní poruchy, to jsou takové psychické změny, které imaginárně spouští a vyvolávají pocity, jako kdyby byl ten člověk nemocen.** Jako kdyby prodělal infarkt, jako kdyby měl tuberkulózu. Jako kdyby měl nějaké střešní potíže, jako kdyby měl bolesti kloubů, jako kdyby měl spoustu dalších příznaků spousty dalších nemocí. Laboratorně, fyziologicky, jakýmikoliv diagnostickými postupy se ta nemoc neprokáže, ona má svoje centrum v mozku, v odlišném rozumovém zpracování reality.

2.9.25 Somatoformní poruchy

Jsou ty, které se projevují jako kdyby člověk měl somatickou nemoc, tělesnou nemoc nebo tělesnou somatickou nemoc, ale ta somatika té nemoci se z hlediska objektivního vyšetření nemoci neprokáže. Takže hlavním takovým rysem je opakované stížnosti na tělesné symptomy, tělesné znaky nemoci, které se ale lékařským vyšetřením nepotvrdí. Patří sem hypochondrická porucha, ta je založena na

199 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

¹⁹⁹ U některých vnímavých osobností a nevyvážených osobností může i tzv. změna duševní role tzn. rozvod, sňatek, nástup do práce, takové to závažné události spustit disociativní poruchu tedy tu poruchu adaptace, poruchu přizpůsobit se měnícím životním podmínkám, tato maladaptace může být začátkem některé z těch konverzních disociativních poruch. Může to být náhlá a vážná nemoc, může to být chirurgický zákrok, může to být úmrtí blízké osoby, může to být vztahový konflikt, rozchod, rozvod, opuštění, závažná sexuální událost to ve smyslu menopauzy ve smyslu zahájení sexuálního života, ve smyslu incestu, ve smyslu homosexuálního zážitku, znásilnění atd. To všechno může být spouštěčem disociativních poruch.

domnělém somatickém onemocnění, jenomže to domnělé somatické onemocnění není somatické ale duševní. Mozek funguje jinak, mozek pracuje tak, že je spouštěčem představy že prožívám ty a ty příznaky zdraví, nebo je to tzv. somatizační porucha jako taková, té a té nemoci. Někdy to začíná přehnanými obavami o vlastní ten člověk užívá nadměrné množství léků, libuje si, objednává si potravinové doplňky a tabletky nejrůznějšího druhu atd. A i v důsledku toho neúměrného požívání léků, které v podstatě jeho organismus nepotřebuje, protože se jedná o somatizační poruchu, může prožívat i nějaké somatické nevolnosti, somatické symptomy. Existuje somatoformní vegetativní disfunkce tzn., že to je takové vymývání takových symptomů, které se systémově vážou třeba ke kardiovaskulárnímu systému, nebo cerebrovaskulárnímu systému nebo urologogonitálnímu systému. Takže jsou to takové systémové onemocnění. Ten člověk žije v přesvědčení a také tím trpí, že má nějakou systémovou disfunkci a potlačení této disfunkce požaduje. Velmi podobná je diagnóza, které říkáme neurastenie, je to velmi bohatá symptomatologická diagnóza. Hypochondrie je diagnóza, ale diagnóza, která se jeví jako somatická a ona je přitom v oblasti duševní. Neurastenie ta má dvě základní varianty.

Neurastenie protože toho člověka předčasně aniž by se extrémně duševně zatěžoval, vyčerpává duševní práce. To je první typ. Extrémně ho vyčerpává duševní práce.²⁰⁰

Tito lidé neurasteničtí, oni opravdu tu smrtelnou únavu cítí, opravdu je nepřesvědčíme, že je to pouze diagnóza a jinak jenom fantazie, oni ji opravdu takhle vnímají tu svoji nemoc a svoji vyčerpanost. Někdy pociťují přímo svalové bolesti a neschopnost relaxovat, neschopnost se vyspat z té únavy apod.²⁰¹

Spíše do toho fyzického a duševní oblasti. Ten depersonalizační a derealizační syndrom, ten se může vyskytovat i samostatně, nemusí být součástí další neurostenické poruchy. Takže není to jenom obyčejná neuróza, není to jenom duševní porucha, není to porucha, kterou odstraníme vůlí, ona se opravdu zakládá na celkové kvalitě a integritě osobnosti a každý rok a každý začátek života, každá vazba

na člověka, každá sociální jistota v tom vnímání sebe sama a své vlastní role je velmi důležitá. Nelze nic vynechat, nic vyřešit násilím, ale v první řadě se ve všech těchto diagnózách používají anxiolytika, pak se používají nejčastěji to že jsou nejúčinnější kognitivně behaviorální zvládnutí té nemoci a pak u mnoha lidí zůstává to zbývajících období v životě těch několik desítek let na profilaxi tzn., udržování té úzkosti, udržování těch strachů, fobií a panik atd. nebo obsedancí, kompulzí na určité přijatelné úrovni, snesitelné úrovni, tak aby člověk mohl být socializován, aby mohl vykonávat práci, aby mohl mít koníčky, hlavně aby to byly radosti ze života, ale žádná z těch diagnóz není pro legraci, je to velmi vážná věc.

200,201 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019

²⁰⁰ Stačí, když přečte hlasitě půl stránky nebo potichu, přemýšlí o tom a je unaven. Nebo druhá varianta neurastenických obtíží je, že ho extrémně vyčerpává fyzické zatížení. Ale třeba přeložit dvě, tři knihy přes druhé a je tak unavený, že si musí jít do postele odpočinout.

²⁰¹ Tady neplatí nic jiného než se neprovdát nebo neoženit s neurastenikou, ale někteří neurastenikové jsou nesmírně milí společníci, jsou inteligentní, jenom je klátí příliš rychle únava, ať již jednoho nebo druhého typu.

2.10 PORUCHY OSOBNOSTI A CHOVÁNÍ U Dospělých F60-69

První skupina poruch chování u dospělých, je to velmi rozsáhlá kapitola, skupina nejen poruch osobnosti a specifických klasifikací, ale i fakta F63 skupina návykových a kompulzivních poruch, všechno to gamblerství, nezávislosti, které v podstatě vyplývají ze zvláštností činnosti mozkové a zpěvračí celý život, celou hodnotu života zcela naruby, to je druhá velká skupina poruch osobnosti a chování dospělých a patří sem i porucha pohlavní identity a orientace. Což je opět velmi velká kapitola.

2.10.1 Poruchy osobnosti

Co vlastně je osobnost? Abychom pak mohli od struktury osobnosti přemýšlet o tom, na čem si zakládá a z čeho vyplývá ta patologie a jak ta rozhodná patologie může být, protože ta mozková činnost může být narušená sto, dvě stě, tři sta variantami odlišných funkcí. Každopádně v té rovině zdraví nikoliv nemoci osobnost tvoří, že osobnost je vždycky individuální, protože se rodíme jako individuality. Neexistuje, aby se narodili dva stejní jedinci, a někdy se stává u identických jednovaječných dvojčat, že jsou fyzicky podobní. Zpravidla, jako kdyby jedno to dvojče mělo energii a výkonnost dávalo živiny tomu druhému apod. Takže ani jednovaječná dvojčata nebývají identická, o nich hovoříme, že se jedná o dvě individuality, které se narodily. Takže je to vždycky individuální soubor duševních a tělesných vlastností. Ty vlastnosti se utvářejí v průběhu individuálního života, tzn. pod vlivem různých podmínek a různorodost lidí, jak daná geneticky predisponovaná individualita jako dispoziční individualita je ještě navíc vystupňovaná odlišným vlivem různorodých podmínek. Ale, i kdyby ty vlivy z prostředí byly identické na dva různé lidi, tak nevyvolávají úplně stejnou odezvu, rozvoj, dozrávání atd., u obou nebo u všech oslovení. Takže ta individualita je různorodá z hlediska odpovědi na endogenní a exogenní vlivy. Některé schopnosti, vlastnosti, danosti člověka jsou víceméně, když se to dítě narodí. Tzn., že například základ pro temperament je, jako kdyby byl daný, jsou to vrozené dispozice, které

jako kdyby byly hotové, když se narodíme. Ale i ty se v průběhu individuálních vlivů nakonec liší, neexistují tedy dva stejné odlitky, ani když se o to úporně snaží. Některé ty vlastnosti, které tvoří osobnost, jsou geneticky predisponované navíc a druhé jsou geneticky predisponované méně.²⁰²

Charakter hodně, takže je to získaná vlastnost, která se formuje do určité konstanty vlivem vnějších činitelů. Takže to je individuální soubor, kterému říkáme osobnost, jsou to veškeré kognitivní procesy, jsou to veškeré vlastnosti, jsou to dispozice, to všechno vytváří osobnost a osobnost je opravdu velice individuální napodobitelná, neexistuje další odlitek, co s námi pak později udělá inteligence.

Co jsou to poruchy osobnosti? To jsou odchylky, které mohou být maličké, ale mohou být i signifikantní velké, významné, od takových projevů, způsobů chování, jednání, myšlení, hodnocení, které je obvyklé nebo které je považováno za přijatelnou normu, standard. Jsou to odchylky od způsobů jednání, chování, činění, kterým se řídí nebo které vykonává průměrný člověk dané kultury. Kultura nám v rámci vědomého podvědomého přijímání modelů chování sociokulturních vzorů, cílů, hodnot, postojů atd.

Ta společnost dává určité obrazy, modely, ke kterým se upínáme nebo díky kterým můžeme i vyhodnotit člověka, který se chová jinak a to odlišné chování, odlišné jednání, odchylky od přijímaných standardních způsobů. Mohou být odchylné natolik, že jim říkáme patologické vzorce.

2.10.2 Patologické vzorce chování

Bohužel ty patologické vzorce chování se odvíjejí od odlišnosti myšlenkové, nebo duševní činnosti, myšlenkového zpracování reality. Patologické vzorce chování mají velkou tendenci stát se hluboce zakotvenými, pevně ukotvenými a neměnnými vzory chování.

²⁰² Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.10, 29.4.2019

²⁰² Např. ten temperament zdali, jsme sangvinický, cholерický, melancholický, flegmatický-apatický, to je více méně dáno, dispozicí, pro temperament se více méně rodí jinak a výchovou lze ty základní dispozice nebo vlivy, my tu základní dispozici měníme jen malinko, např. jsou i takové vlastnosti, které prostě získáváme v průběhu vývoje, v průběhu života a mezi typickou vlastností, která se vyvíjí v průběhu toho vlivu endogenního a exogenního, roztrdit je na charakter.

Tedy mají tendenci patologické vzorce chování být stabilní. Zpravidla ty patologické vzorce chování, když zkoumáme a hledáme jejich původ, jejich intenzitu měříme, vážíme atd. ty patologické vzorce chování, abychom pak k tomu zaujali postoj nebo nějaké nápravné opatření. Bohužel nějaká nápravná opatření, co se týká poruch osobnosti, nefungují, poruchy osobnosti nevyléčí. Poruchy osobnosti neodstraní, na poruchy osobnosti nemáme pilulku, nemáme prášky, nemáme metody, pomoci, kterých bychom je třeba chtěli zmírnit. A zpravidla někdy ty patologické vzorce chování mají své kořeny v tom, že se ten člověk ve svém vývoji někomu narodil a po-dědil určitou genetickou dispozici, podle které vyhodnocoval svět, život a všechnu úkony. Kdy se člověk dostal do nějaké krizové situace, byl deprimovaný co do informací, byl týraný, zneužívaný, byl velmi nemocný a zůstal obtížně přizpůsoben nebo zůstal maladaptovaný, tzn. v takovém stadiu, v takovém stavu, že se obtížně adaptuje, obtížně se přizpůsobuje cizímu prostředí, proměnlivému prostředí apod. Měl problémy ten člověk při dosahování cílů, do-statečně ho nechválili, dostatečně ho nevychovávali, dostatečně ho nemilovali a všechno tohleto, ta tíseň, krize, deprivace, maladaptivita, to všechno se pak promítá do odlišných způsobů reakce na úplně stejné situace, ve kterých jsou i ostatní jiní lidé a patologické vzorce chování, pak my zpravidla jako sociální pracovníci hodnotíme, jak se promítají do charakteru ve skladbě. Jaký žebříček hodnot má ten člověk, který je tak a tak odlišný v tom jednání, chování atd.

2.10.3 Maladaptivita, vysoká zranitelnost

Způsobují, že tito lidé s poruchami osobnosti, s těmi patologický-mi vzory chování selhávají při dosahování cílů, při zvládnání vzdělávání, při získávání kvalifikace, při uplatňování v zaměstnání, při udržování partnerských vztahů, při vychovávání dětí atd. Takže patologické vzory chování se promítají a zpravidla se s nimi setkáváme jako s příčinou osobního a sociálního selhání. Co je osobnost a co je základ pro poruchu osobnosti. Poruchy osobnosti to není jenom nějaká jedna diagnóza, ale ty specifické poruchy osobnosti

těch je asi patnáct. Pak jsou to smíšené poruchy, přetrvávající změny osobnosti, návykové impulzy respektive kompulzivní, poruchy pohlavní identity, sexuální prekadence atd. První skupina specifických poruch osobnosti, v ní vždycky nalezneme člověka, soubor trvalých povahových odchylek.²⁰³

Ta trvalá povahová odchylka ovlivňuje a mění celkové prožívání čehokoliv, radosti, smutku, snahovosti, dosažení, nedosažení výsledků atd. A tady je uvažování, tady je jiný hodnotový systém, jiné priority apod. Je to velký problém pro tyto lidi zařadit se do jakékoliv skupiny²⁰⁴ k ostatním členům skupiny, udržovat je a tak trochu se i přizpůsobit, protože člověk pokud chce vydržet manželství, partnerství v jakékoliv skupině musí hodně ubrat ze své individuality, musí se snažit zaujmout svou společenskou roli, pozici, v ní setrvat a dokonce se naučit být šťasten, spokojen v té pozici jakou dosáhl. Tyto problémy při zařazování a prožívání celého života ztěžují zařazení do jakékoliv skupiny a vůbec do společnosti obecně. Ty odlišnosti se nejvíce začínají promítat v postpubescentním období. Do toho postpubescentního období je to dítě ve vývoji, ano třeba nemá dvacet kamarádů, má jenom jednoho nebo si vystačí s nějakými hračkami, vystačí si s počítačem, mobilem, tabletem, co mu koupíme. Vlastně tohle nejčastěji nahrazuje sociální vztahy. Takže v tom období dětství je to méně výrazné a vždycky si najde ta rodina důvod, který ho omluví z toho, že nemá tolik kamarádů, nemá zájmy apod.

203,204Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.10, 29.4.2019

²⁰³ Ty trvalé povahové odchylky, někdy se setkáme s označením, že někdo je zvláštní, je to podivín, chová se jinak, jedná jinak, přemýšlí jinak, jako kdyby ho z toho puzzle těch duševních vlastností, schopností, vlivů atd. špatně poskládal, v něčem selhával, je prostě podivínský, nepřizpůsobivý, je prostě jiný. A ty povahové odchylky, které takto mění osobnost člověka, jsou trvalé. Je to nevyvážená používá se pojem nenormální osobnost, osobnost jiná je lepší pojem. Některé složky osobnosti jsou příliš potlačené, jiné složky jsou příliš neřízené. Prostě ty poruchy negativního typu povahové odchylky, ta porucha ovlivňuje chování, prožívání a uvažování.

²⁰⁴ Je to skupina rodiny nukleární nebo vícegenerační, je to skupina obyvatelů nějakého domu, nějaké ulice, je to skupina, která preferuje nějaký sport, je to skupina, která chodí někde do školy, někde se chodí bavit tam či atd. Něco čte ráda atd.

Ale v období postpubescentním, tam už začínají fungovat běžné ty cílové skupiny, jako jsou velmi významný socializační faktor a znak kvality života, že dostudujeme, že máme kvalifikaci, že se v práci uplatníme, to všechno je výsledkem vlastně toho skupinového socializačního dozrávání a schopnosti, své danosti, svůj talent, své schopnosti v tu správnou chvíli, v té správné skupině projevit, dát najevo. Takže začíná to v tom postpubescentním období a to podivínství a většinou i stupňování těch zvláštností se pak stupňuje až do smrti. Trvá po celý život. Někteří lidé říkají, že v tom vysokém stáří pak to podivínství trošičku ustupuje, že není tak výrazné, ale kdo ví, jestli ono opravdu ustupuje. Nemění se, v tom je ta snížená schopnost té adaptability, schopnost přizpůsobovat se měnícím podmínkám je základní znak inteligence schopnost se přizpůsobovat tzn., že ta snížená adaptivita, nebo maladaptivita ta vlastně způsobuje, že máme omezené šance se projevit, uspět, mít a zažít si úspěch a být spokojen se svým životem, protože ta porucha osobnosti ovlivňuje všechny sociální skupiny a ovlivňuje ten život ve všech jeho fázích. Ovlivňuje tedy veškeré oblasti života a nejen to, mnoho poruch osobnosti, ten člověk se rodí do nějaké rodiny, rodí se do nějaké skupiny sociální a zpravidla ta porucha osobnosti tohoto člověka ovlivňuje i ty životy těch ostatních členů nukleárních rodin, vícegeneračních rodin atd. Hluboká, zakořeněná, povahová, osobnostní odlišnost. To co je ještě problém pro sociálního pracovníka a takového to klienta a pro všechny rodiny atd. je ten fakt, že člověk s poruchou osobnosti je tak ztotožněn se specifičností své poruchy osobnosti, že ji nevnímá jako poruchu, když někdo nevnímá své zvláštnosti jako poruchu, tak jej nepřesvědčíme, že se má měnit, nepřesvědčíme ho, že by se měl nějakým způsobem jiným vhodnějším atd. chovat. Ten člověk s poruchou osobnosti mnohdy vnímá své podivínství, své zvláštní chování, které je zakořeněné, stereotypní atd. Nevidí ten problém, že by měl on, že by byl on nositelem toho problému, ale vidí ten problém u ostatních, kteří nejsou schopni a velkorysí ho chápat nebo tolerovat v jeho zvláštnostech.

2.10.4 Specifické poruchy osobnosti

Paranoidní, schizoidní, disociální, emočně stabilní, hystriónská, anankastická, anxiózní, závislá, jiné specifické a nespecifikované. Vždycky ta psychiatrie si našla takové ty ixsté dvířka, kterými může utéct, nebo skupinku specifikovaných, nespecifikovaných, kam se vejde všechno to, co nejsme schopni dobře, rychle a přesně diagnostikovat. Specifické poruchy osobnosti jsou opravdu velkým problémem psychiatrie. Kdysi v té staré literatuře psychiatrické se pro tuto skupinu specifických poruch osobnosti používal pojem psychopatie, ale dneska pojem psychopatie není psychiatrickou diagnózou, začali s tím Američané ve svém diagnostickém manuálu a akceptovala to i Mezinárodní klasifikace nemocí Evropská, nebo zbytek světa MKN, Američané mají svoji klasifikaci, ovšem velmi se podobají, protože se podobají duševním poruchám. Ta psychopatie zmizela, nemá své diagnostické číslo, není jako samostatná jednotka, třeba že v politice je nejvyšší počet psychopatů atd. Proč to možné je, ono to opravdu tak je. Většinou tyto specifické poruchy osobnosti způsobují, že ten člověk má rád sebe, akceptuje pouze své psycho, své patologické vzory, ty mu vyhovují, v těch je doma, ty ho uspokojují, není ochoten se přizpůsobit, nesoucí s dalšími lidmi, není schopen empatie se svou obětí, není schopen sebekritičnosti, považuje se za mesiáše. Takže takové to bezbřehé uctívání sebe samého, s tím se opravdu setkáme u mladých, střednědobých i déledobých politiků, tam je ne podle názoru někoho, ale podle hodnocení skupiny psychiatry, tam je nejvyšší počet.

2.10.5 Specifické poruchy osobnosti trvalé, povahové o dchylky od normy

Příčinou je soubor genetických a psychosociálních vlivů tzn. vrozených dispozic a získaných změn chování, ale převažuje to vrozené, méně účinkuje nebo méně se podílí na tom to psychosociální. Diagnostická kritéria jsou založená na tom, že ty trvalé výrazně disharmonické postoje a chování se promítá zejména na tom zhoršeném přizpůsobování se. Třeba to dítě je na škole, na Základní, Střední, Vyšší, Vysoké a není schopen se přizpůsobit třeba rozvrhu nebo tomu sedadlu, které na něj zbylo prázdné do té přednášky. Není schopen se trvale přizpůsobovat nejrůznějším změnám. Zpravidla se dostává do situací, že nezvládá, co zvládat má, nedosahuje cílů vzdělávacích.

205 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.10, 29.4.2019

²⁰⁵ Nejčastější poruchou je paranoidní, paranoia je osobnost, která v každé situaci, za každých podmínek, kterékoliv části průběhu svého života nikomu nevěří, každého podezírá a k nikomu nemá otevřený přátelský vroucí upřímný vztah, je nadměrně podezíravý, je nadměrně nedůvěřivý, to jsou ty žárlivci ve vztazích, které nikdy nikdo neodnaučí a nepřesvědčí, že není možná nevěra pro co toho partnera, nebo partnerku podezírá z hlediska fyzikálních zákonů, protože ten patologický vzorec v tom chování mu znemožňuje objektivně vyhodnotit pro a proti a racionálně se postavit k jakémukoliv problému. On je nadměrně nedůvěřivý ke všem ostatním a on sám je na sebe extrémně přecitlivělý. Každý pohled považuje za urážlivý, každé fouknutí větříčku považuje za komplot vůči své osobě, všechno co se jemu stane, mu někdo zprostředkoval a zařídil, má sklon k trvalé zášti, brání své soukromí, skrývá své nedostatky.

3. PRAKTICKÁ ČÁST

Jak již jsem se zmínila v úvodu, *velmi podstatnou inspiraci pro napsání této diplomové práce jsou opřeny o praktické poznatky a zkušenosti v organizaci Dobré místo. V této organizaci pracuji již od roku 2012. Kromě jiných aktivit mám zde především na starosti správu webového portálu Lidémezilidmi. Sama jsem autorkou několika článků, které jsou na tomto webovém portále publikovány.*

Portál je určen především pro lidi se zdravotním postižením, ale také i pro širokou veřejnost. Za celou dobu své dosavadní existence má portál „lidemezilidmi.cz“ velkou sledovanost. (Přehled návštěvnosti webového portálu – viz příloha 6.6 na str. 248). Zpětnou vazbou máme potvrzeno, že je oceňován zejména lidmi, kteří mají problémy s duševním onemocněním.

Právě většina lidí s duševním onemocněním má ve svém každodenním životě mnoho problémů a obtíží, o kterých veřejnost nemá dostatek informací. Na stránkách portálu jsou z mnoha pohledů tyto problémy nejen publikovány, ale také jsou zde uváděny příklady a zkušenostmi mnoha lidí, jak se s podobnými potížemi vyrovnávají.

Praktické zkušenosti v organizaci Dobré místo, z.s. a především moje osmileté zkušenosti se správou webového portálu této organizace mě přivedly k myšlence zvolit si jako téma diplomové práce „LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM A INTERNET“.

3.1 LIDÉ MEZI LIDMI - PORTÁL

3.1.1 Spolek a jeho charakteristika

Dobré místo, z.s. je spolek, který vznikl v roce 2007 a který se řídí vlastními Stanovami. Jeho cíl je umožňování lidem s handicapem aktivní účast v životě a zapojení do společnosti, také jim poskytuje sociálně-zdravotní poradenství a řešení konfliktů v životě.

Spolek poskytuje informace, poradenství, vzdělávání, pečovatelskou službu, hledání zaměstnání pro OZP. Začátek této činnosti byl od roku 2009. V současnosti Dobré místo zaměstnává 40 OZP jako redaktory webového portálu Lidémezilidmi. Projekt je podporován Evropským sociálním fondem ČR. Zaměstnanci jsou skupinou osob s převážně duševním onemocněním a pomáhají jim peer konzultanti z pavilonu č.19 v PNB. Více na [webu Dobrého místa](#)

Spolek Dobré místo, z.s. je podporován:

- Evropským sociálním fondem České republiky
- Magistrátem hlavního města Prahy
- Ministerstvem zdravotnictví ČR
- Úřadem vlády ČR
- Nadací BONA

Spolek Dobré místo, z.s. spolupracuje s těmito dalšími organizacemi a spolky:

- ČESKOU ASOCIACÍ PRO PSYCHICKÉ ZDRAVÍ a časopisem ESPRIT (www.capz.cz)
- SYMPATHEOU o.s. (www.sympathea.cz)
- GREEN DOORSEM (www.greendoors.cz)
- FOKUSEM PRAHA (www.fokus-praha.cz)
- KOLUMBUSEM (www.os-kolumbus.org)
- DENNÍM PSYCHOTERAPEUTICKÝM SANATORIEM ONDŘEJOV (www.ondrejov.cz)
- VIDOU (www.ivida.cz)
- BAOBABEM (www.osbaobab.cz)
- PSYCHIATRICKOU NEMOCNICÍ BOHNICE (www.bohnice.cz)
- OBČANSKÝM SDRUŽENÍM ONDŘEJ, Nad Ondřejovem 36, 140 00 Praha 4
- CANAPEM CAFÉ & BAREM (www.canapecafe.cz)

- NA KRAJI, z.s. (nakraji.8u.cz)

Webový portál Lidémezilidmi se zaměřuje především na sociální práci s klienty, kteří jsou duševně nemocní a ti se také na Dobrém místě z.s. stávají redaktory, kteří píšou odborné texty a pořizují fotografie pro tento webový portál.

Seznamování veřejnosti, jednotlivé rubriky lidémezilidmi:

Well being – Plnohodnotný život

Péče

Krátké zprávy

Představujeme

Příběh

Mise pro duševní zdraví

Servis užitečné informace

Blog – Co hlava to názor

Novinky – akce a informace, spolupráce s Helpnetem

Art Brut - duše a umění

Dílna – literární tvorba

O nás – kdo jsme a co děláme

Jak je seznamovaná veřejnost s informacemi o zdravotně-sociální oblasti.

Jedná se formou zpracování reportáží a rozhovorů s lidmi, kteří mají nějaký handicap v zdravotní či sociální oblasti. Fotografie a články pořizují reportéři **Dobrého místa**.

Intervence a podpora sociální práce. Zlepšováním technik a metod sociální práce lidé tak získávají formou prohlížení webových stránek kompletní a cenné informace a rady, které jim pomáhají například vyřešit jejich problém s duševním onemocněním.

Jakou roli má sociální práce, že stát poskytuje sociální dávky např. invalidní důchod prvního až třetího stupně, webový portál seznamuje veřejnost s průběhem psychiatrické reformy a o co se vlastně jedná.

Stupně invalidity:

1. stupeň – pokles nejméně o 35% a nejvýše o 49%

2. stupeň – pokles nejméně o 50% a nejvýše o 69%

3. stupeň – pokles nejméně o 70%

(pokles zdravotního stavu)

O sociální dávku invalidního důchodu lze žádat na ČSSZ Praha, Křížová ulice.

Popis portálu Lidé mezi Lidmi

Se zdravotním postižením žije v ČR téměř každý desátý člověk.

Lidé mezi lidmi je internetový portál, který je určen lidem převážně s dlouhodobými a sociálními problémy. Podává informace také rodinám pečujícím o postižené děti třeba autismem, zdravotně postiženým, dlouhodobě nemocným, seniorům. I tito lidé mohou svým počínáním poskytovat společnosti nějaké služby a mohou žít plnohodnotným životem. Ti kdo píší příspěvky pro tento webový portál jsou OZP.

Charakteristika jednotlivých rubrik

Well Being

Tato rubrika rozebírá problematiku zdraví, sociálního zajištění, rodinného prostředí, seberealizování, pracovního poměru za odměnu, vlastní život a jeho plánování, záliby ve volném čase. Zdravotně sociálním znevýhodněním osobám pomáhá najít cestu do normálního života jako je rehabilitace, rodina, přátelé, práce.

Nejstarší článek:

3.2. 2012 Občanské sdružení VOR: Vzájemnost-Opora-Radost, autorka Hana Korbičková

Nejnovější článek: (průběžně se mění datum a název článku)

3.3. 2020 Psychoterapeutický výcvik, autorka Lenka Nováková

Péče

Na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti mají podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením lidé, kteří jsou v důsledku nemoci nebo úrazu zdravotně postižení. Je důležité vytvoření zdravotně-sociálního systému, který na medicínu, drahé léky a operace navazuje, jako je např. komplexní rehabilitace a sociální služby v jednotlivých regionech. Také tato rubrika poskytuje informace ze zdravotně-sociálního systému v ČR, politikou, pečovatelských institucích, službách a výrobcích klientů. Jak lze klientům i zjednodušit život.

Nejstarší článek:

9.4. 2012 Lidé se zdravotním postižením mají právo žít doma, autor Mgr. Josef Gabriel

Nejnovější článek:

19.9. 2017 Alkoholismus a věci s ním související, autorka Lenka Nováková

Krátké zprávy

Webový portál Lidémezilidmi spolupracuje s webovým portálem Helpnet.cz a to zejména ve výměně informací určených pro OZP. Také spolupracuje s webovkami orgánů státní správy a samosprávy NRZP, poskytovatelích zdravotních a sociálních služeb, jedná se také o zprávy z regionů a patientských a rodičovských organizací.

Nejstarší článek:

17.2. 2012 Bílý kruh bezpečí otevřel poradnu v Jihlavě, autorka Eva Vorálková

Nejnovější článek:

19.12. 2017 15.ročník FOKUS CUPU, autor Luboš Hora

Představujeme

Mnohé neziskové organizace pomáhají lidem s postižením či zdravotním znevýhodněním. Tyto organizace zde webový portál prezentuje – představuje. Jsou to převážně informace od patientských a rodičovských organizací. Co je trápí, co vymýšlejí a realizují, v čem podnikají a mají úspěch.

Nejstarší článek:

3.2. 2012 Občanské sdružení VOR: Vzájemnost-Opora-Radost, autorka Hana Korbičková

Nejnovější článek:

3.3. 2020 Psychoterapeutický výcvik, autorka Lenka Nováková

Příběh

Poté co člověk onemocní, potýká se také se sociálními, vztahovými či zdravotními problémy. Zde webový portál uvádí příběhy těchto lidí. Popisuje jak tito lidé zvládají nejrůznější překážky a potíže, jak problémy řeší a tím v podstatě dávají návod ostatním – převážně čtenářům webu.

Nejstarší článek:

16.2. 2012 Život se mi změnil při fotbale, autorka Hana Korbičková

Nejnovější článek:

28.2.2020 Klavír, hudba a cestování: to je moje radost, autorka Dana Mičolová

MISE PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ

Na psychiatrické pacienty veřejnost pohlíží s podezřením a obavami. Mise se podílí na odstranění této stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Tak navazuje na proměnu systému a na tzv. reformě psychiatrické péče v ČR.

Mise přináší články a novinky z péče o duševní zdraví v ČR a reformy psychiatrické péče. Mise je také podporována Úřadem vlády ČR a Magistrátem hl.m. Prahy.

Nejstarší článek:

16.12. 2013 Dva semináře, autor Josef Gabriel

Nejnovější článek:

1.8.2019 Duševně nemocný člověk může pomáhat, autor Josef Gabriel

SERVIS

Servis obsahuje tyto rubriky: Senioři, Rodiče a děti se ZP, Duševní nemoci, Kombinované postižení, Vnitřní nemoci, Mentálně postižení, Tělesně postižení, Sluchově postižení, Zrakově postižení, Informační portály, Legislativa, Dokumenty, Novinky.

Blog

Blog na webu slouží ke komunikaci s organizací Dobré místo a klienty-pacienty. Jednotliví čtenáři si zde mohou přečíst názory a příběhy klientů, kteří na Blog přispívají svými články.

Nejstarší článek:

20.2. 2012 Smrt v síťovém lůžku, autor MUDr. Martin Jarolímek

Nejnovější článek:

2.3.2020 Významný den republiky, na který se rádo vzpomíná, autor Luboš Hora

Novinky

Jedná se o služby pro zdravotně postižené, akce a projekty organizací, upoutávky na produkty zmíněných organizací.

Nejstarší článek:

13.9. 2012 Superden nejenom pro pejskaře HELPPES, autor Stanislav Šumbera

Nejnovější článek:

1.8. 2019 Po stopách Keroacka, autor Josef Gabriel

Art Brut

Jedná se o umění v syrovém stavu, které tvoří většinou lidé s duševním onemocněním, ale i jinak handicapovaných (nemocných, po úraze atd.). Nejsou to školení výtvarníci. Vyjadřují své psychické pocity, které prožívají a cítí a tím se vlastně léčí. Jedná se pak o očištění vlastní duše.

Art Brut Galerie

Autoři jsou neznámé osoby vzdálené od uměleckých profesionálů. Hlavním představitelem Art Brut Galerie byl francouzský malíř a sochař Jean Debuffet, který proces nazval „Syrové umění.“ Je zde dán prostor lidem se zdravotně-sociálními problémy.

Art Brut pohledy

Zde si lze přečíst rozhovory s autory obrazů a kreseb umístěných na webu a které míří k zamyšlení nad Art Brut.

Dílna : Poezie, Próza, Reflexe

Je určena lidem, kteří píšou fejetony, povídky či básničky, chtějí se podělit o svůj deník či román nebo chtějí vyjádřit literární formou svůj názor na svět.

Kritiky

Pro ty kdo se zajímají o krásnou literaturu či antropologii i filosofii, psychologii, historii, kteří sledují tvorbu současných autorů a ví, co je nového v knihkupectvích a knihovnách. Jedná se o to, zda-li vás kritika dokáže nadchnout či rozzlobit.

3.1.2 Dotazníkové internetové šetření

V každodenním životě většiny lidí s duševním onemocněním se projevuje množství problémů a obtíží, o kterých veřejnost nemá dostatek informací. Pracovníci spolku Dobré místo, z.s. se formou anonymního internetového dotazníku zeptali přibližně osmi set lidí s vážným duševním onemocněním na to, s čím se potýkají a jakou pomoc jim poskytuje okolí.

Formou internetového dotazníku byli osloveni pouze ti lidé s psychiatrickou zkušeností, jejichž e-mailové adresy měl spolek Dobré místo k dispozici. Dotazník byl poslán na 800 adres. Předpoklad byl v tom, že se bude jednat o lidi komunikující se svým okolím a že na dotazník odpoví ti, kteří byli aktuálně v lepším zdravotním stavu.

Byla jsem aktivním členem pětičlenného týmu, který sestavoval otázky pro anonymní internetový dotazník. Internetový dotazník byl vytvořen v programu Survio.com. Po schválení dotazníku jsem umístila na e-mail odkaz na tento dotazník. Následně jsem rozeslala na e-mailové adresy, (které má náš spolek ve své databázi) žádost o vyplnění dotazníku. Jednalo se o pětičlenný tým, kdy 4 členové rozeslali každý po dvaceti e-mailů celkem na deset adres v databázi klientů Dobrého místa. Pátý člen vyhodnocoval výsledky tak, že spočítal procenta lidí u jednotlivých odpovědí. (Dotazník a výsledky viz příloha 6.7 na str. 249 – 253).

Dotazníkové internetové šetření probíhalo od dubna 2015 do června 2016. Opakovaný výzkum jsme v tomto směru již neprováděli.

3.2 METODOLOGICKÁ ČÁST

3.2.1 Přehled o problematice lidí s duševním onemocněním

Cílem výzkumu bylo získat podrobnější přehled o problematice lidí s duševním onemocněním a na základě výsledků prezentovat tyto poznatky šířeji na webovém portále Lidémezilidmi. Nosným motivem je, aby se zkvalitnila prezentace sociální práce, kterou publikujeme na našem webovém portále a naši klienti a také veřejnost, která nás sleduje, nacházeli na našich stránkách odpovědi na otázky, které je trápí a se kterými si mnohdy sami neumějí poradit.

V tomto směru jsem si při připravovaném výzkumu stanovila základní klíčové otázky, které se také staly jedněmi z nosných otázek pro celý výzkum.

Souhrnně jsem si pro svou diplomovou práci stanovila tuto základní výzkumnou otázku:

ZVO: Jak je prezentovaná sociální práce a její intervence a podpora směrem ke klientům na webovém portále Lidémezilidmi seznamující veřejnost s informací z této oblasti?

Klíčový termín: prezentace sociální práce směrem ke klientům na webovém portále Lidémezilidmi.

Ostatní termíny: intervence a podpora sociální práce, webový portál Lidémezilidmi, seznamování veřejnosti, informace o zdravotně-sociální oblasti.

Jednalo se o tyto podklady pro dílčí výzkumné otázky:

Současný stav psychiatrické péče v ČR

Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním

Udržování partnerského vztahu

Podpůrné aktivity pro lidi s duševním onemocněním

Soužití duševně nemocných lidí

Finanční situace

Bydlení a odborná pomoc a její využití klienty

Využití odborné pomoci v životě

Vlastnosti ideálního odborníka

Služby organizacemi či zařízeními a jejich využití klienty

Věk a pohlaví

Otázky v internetovém dotazníku byly následně sestaveny v tomto pořadí:

DVO 1: Jaký je současný stav psychiatrické péče v ČR ?

DVO 2. Jaké je zaměstnávání lidí s duševním onemocněním?

DVO 3. Jak navazují a udržují partnerský vztah lidé s duševním onemocněním?

DVO 4. Jaká je oblast podpůrných aktivit pro seberealizaci lidí s duševním onemocněním?

DVO 5. Jaké soužití mají duševně nemocní s blízkými a přáteli po propuknutí onemocnění?

DVO 6. Jaká je finanční situace a hospodaření s penězi v době trvání onemocnění?

DVO 7. Jaké mají duševně nemocní bydlení v době trvání onemocnění?

DVO 8. Jaké odborné pomoci (jako duševně nemocní) jste v životě využili?

DVO 9. Jaké jsou pro vás vlastnosti ideálního odborníka dle důležitosti?

DVO 10. Jakých služeb organizací či zařízení jste v životě využili?

DVO 11. Jaké je věkové rozhraní? DVO 12. Jsem muž, žena.

Tyto otázky byly podrobněji zformulovány do následujících oblastí:

Intervence a podpora sociální práce:

DVO 1: Jaký je současný stav psychiatrické péče v ČR ?

DVO 4: Jaká je oblast podpůrných aktivit pro seberealizaci lidí s duševním onemocněním?

DVO 6: Jaká je finanční situace a hospodaření s penězi v době trvání onemocnění?

DVO 7: Jaké mají duševně nemocní bydlení v době trvání onemocnění?

Prezentace sociální práce směrem ke klientům

DVO 2: Jaké je zaměstnávání lidí s duševním onemocněním?

DVO 9: Jaké jsou pro vás vlastnosti ideálního odborníka dle důležitosti?

Informace o zdravotně sociální oblasti

DVO 3: Jak navazují a udržují partnerský vztah lidé s duševním onemocněním?

DVO 5: Jaké soužití mají duševně nemocní s blízkými a přáteli po propuknutí onemocnění?

DVO 8: Jaké odborné pomoci jako duševně nemocní jste v životě využili?

DVO 10: Jakých služeb organizací či zařízení jste v životě využili?

DVO 11. Jaké je věkové rozhraní?

DVO 12. Jsem muž, žena.

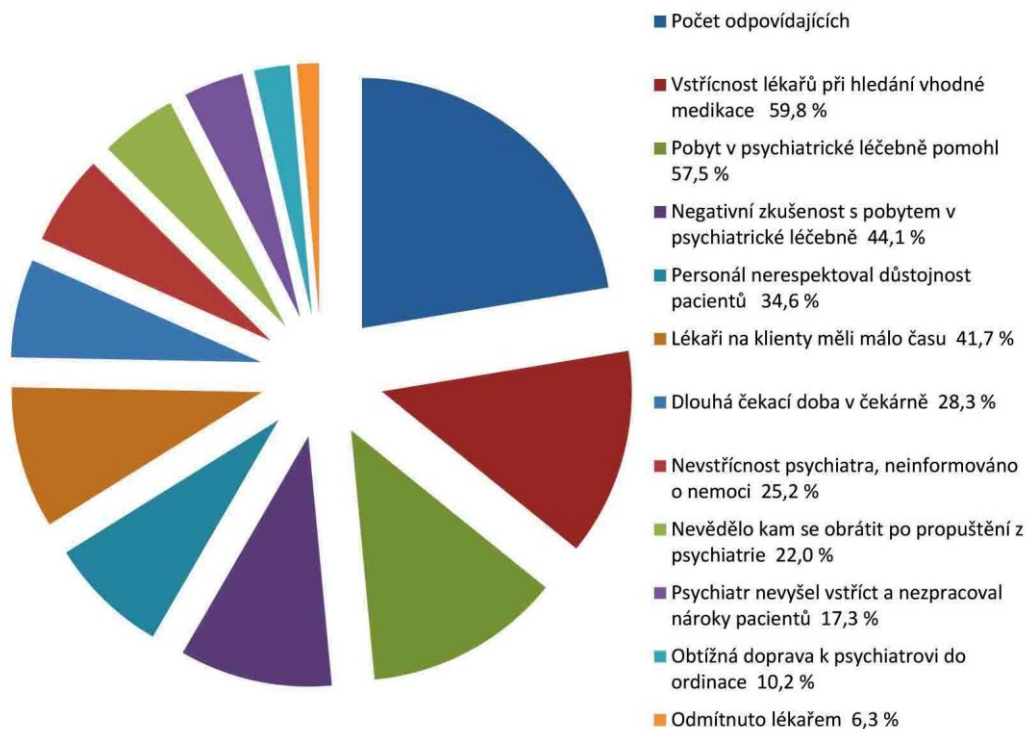
Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila metodu diskursivní analýzy²⁰⁶, protože se převážně jednalo o pořízení rozhovorů v oblasti duševního zdraví a popis webového portálu lidémezilidmi, který se věnuje této oblasti. Výzkum byl prováděn formou dotazníku posíláném e-mailem. Jedná se o replikaci výzkumu (průzkum).

²⁰⁶ Tomáš Řiháček, Ivo Čermák, Roman Hytych a kolektiv, Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy, Masarykova universita Brno, 1. vydání 2013, ISBN 978-80-210-6382-2

3.2.2 DVO 1: Jaký je současný stav psychiatrické péče v ČR? Graf č. 1, Tabulka č. 2

K této otázce se vyjádřilo 127 respondentů. Z jednotlivých odpovědí vyplývá, že pobyt v psychiatrické léčebně pomohl většině dotazovaných což představuje 57,5% a také vstřícnost lékařů při hledání vhodné medikace je pacienty velmi kladně hodnocena (60%). Poměrně ovšem vysoké procento (42%) upozorňuje, že lékaři mají na pacienty málo času. To, že personál nerespektuje důstojnost pacientů označilo 35 % respondentů. Na dlouhou čekací dobu v čekárnách jich upozorňuje 28%. Výsledky na jedné straně potvrzují, že se pacientům s duševním onemocněním dostává kvalitní lékařská péče, ale na druhé straně se ukazují problémy, které by neměly být zanedbávány.

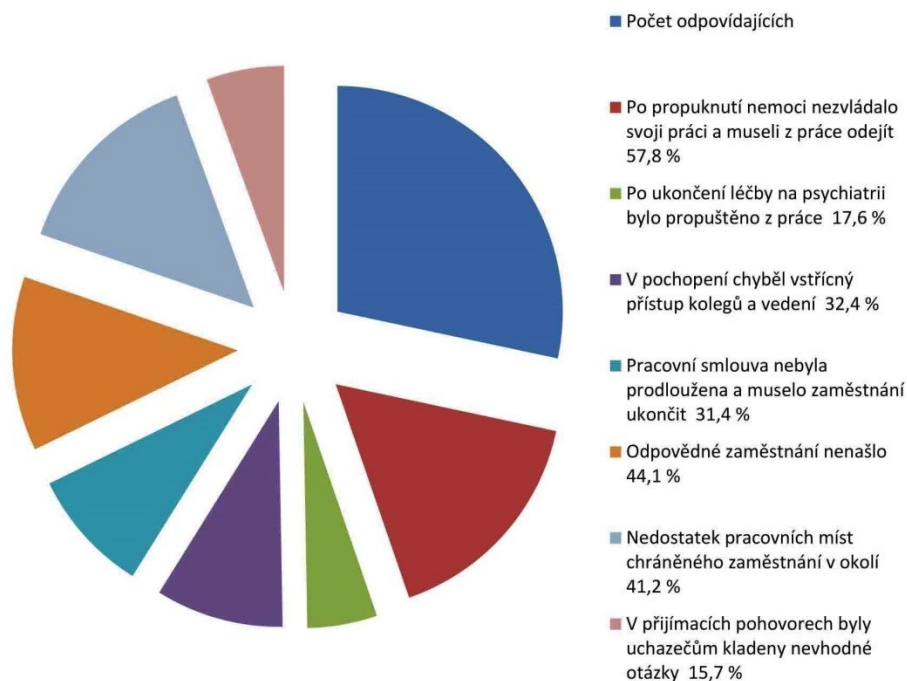
Počet odpovídajících	127
Vstřícnost lékařů při hledání vhodné medikace 59,8 %	76
Pobyt v psychiatrické léčebně pomohl 57,5 %	72
Negativní zkušenost s pobytem v psychiatrické léčebně 44,1 %	56
Personál nerespektoval důstojnost pacientů 34,6 %	44
Lékaři na klienty měli málo času 41,7 %	52
Dlouhá čekací doba v čekárně 28,3 %	36
Nevstřícnost psychiatra, neinformováno o nemoci 25,2 %	33
Nevědělo kam se obrátit po propuštění z psychiatrie 22,0 %	28
Psychiatr nevyšel vstříc a nezpracoval nároky pacientů 17,3 %	22
Obtížná doprava k psychiatrovi do ordinace 10,2 %	13
Odmítnuto lékařem 6,3 %	8



3.2.3 DVO 2. Jaké je zaměstnávání lidí s duševním onemocněním? Graf č. 2, Tabulka č. 3

K této otázce se vyjádřilo 102 respondentů. U případů (58 %) muselo po propuknutí nemoci odejít ze svého zaměstnání. Z toho téměř 18 % bylo z práce propuštěno po ukončení léčby v psychiatrické nemocnici. U 31 % nebyla po onemocnění prodloužena pracovní smlouva a museli své zaměstnání ukončit. Vstřícný přístup od kolegů a vedení chyběl 32 % nemocným. Nedostatek pracovních míst chráněného zaměstnání ve svém okolí uvádí 41 % a 44 % nenašlo odpovědné zaměstnání. V 16 % byly respondentům při přijímacích pohovorech kladeny nevhodné otázky. Výsledky průzkumu v této části otázek potvrzují, že ve zdravé společnosti hledají lidé s duševním onemocněním velmi obtížně své zaměstnání. Tento faktor ovlivňuje i to, že je nedostatek míst chráněného zaměstnání.

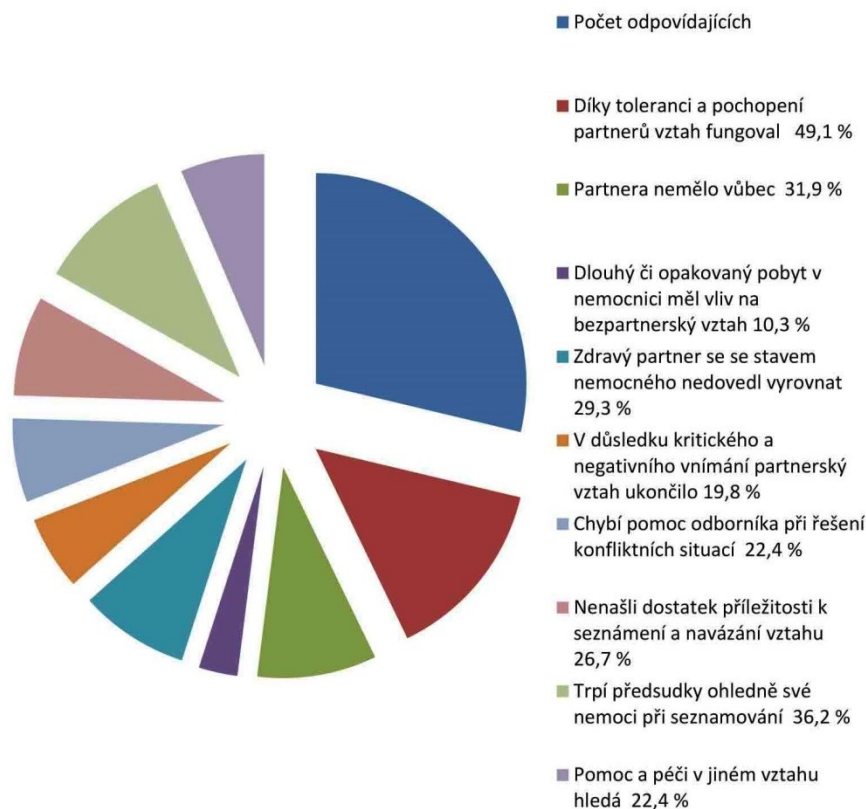
Počet odpovídajících	102
Po propuknutí nemoci nezvládalo svoji práci a museli z práce odejít 57,8 %	59
Po ukončení léčby na psychiatrii bylo propuštěno z práce 17,6 %	18
V pochopení chyběl vstřícný přístup kolegů a vedení 32,4 %	33
Pracovní smlouva nebyla prodloužena a muselo zaměstnání ukončit 31,4 %	32
Odpovědné zaměstnání nenašlo 44,1 %	45
Nedostatek pracovních míst chráněného zaměstnání v okolí 41,2 %	51
V přijímacích pohovorech byly uchazečům kladeny nevhodné otázky 15,7 %	20



3.2.4 DVO 3. Jak navazují a udržují partnerský vztah lidé s duševním onemocněním? Graf č. 3, Tabulka č. 4

K této otázce se vyjádřilo 116 respondentů. Tolerance a pochopení ve vztahu má 49% partnerů. Zdravý partner se se vztahem nedovedl vyrovnat ve 29%. Bez partnerského vztahu je 32 %. V důsledku kritického a negativního vnímání byl partnerský vztah ukončen téměř ve 20 %. Předsudky ohledně své nemoci při seznamování trpí 36 %. Pomoc a péči v jiném vztahu hledá 22 % a stejně tak 22 % postrádá pomoc odborníka při řešení konfliktních situací. Okruh těchto otázek a výsledek hodnocení může být vhodným námětem jak těmto lidem pomoci pozitivními příklady a rady na webovém portále lidémezilidmi.

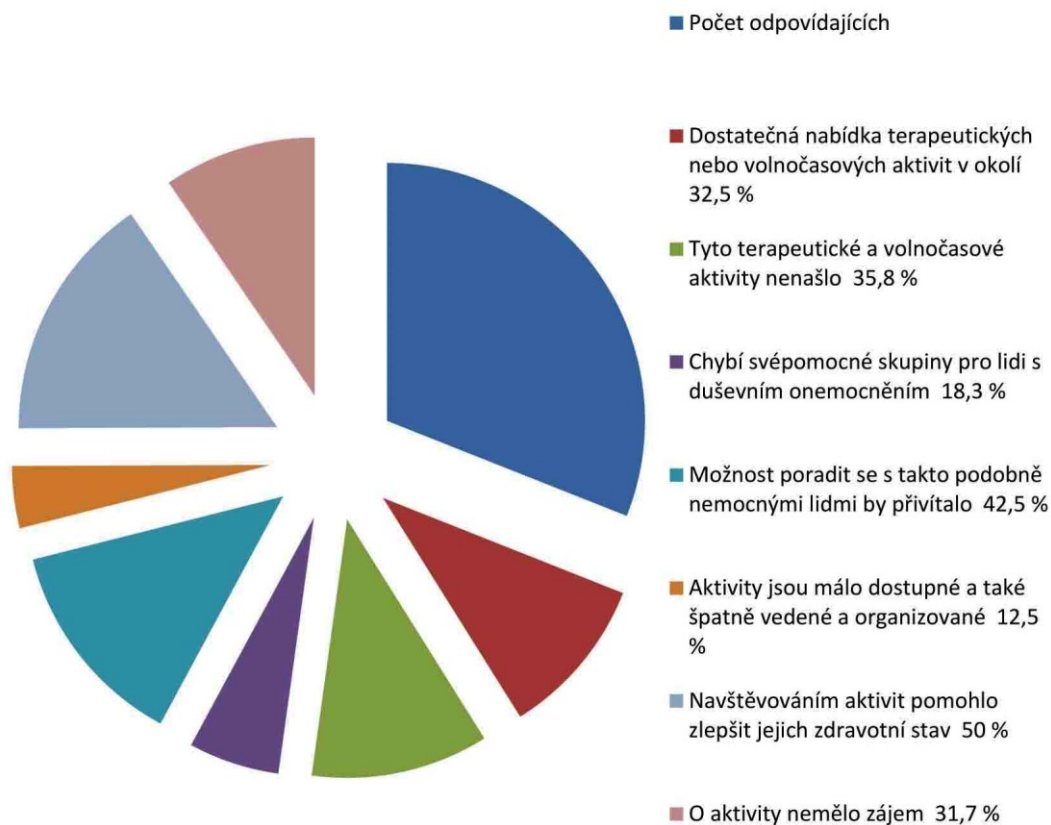
Počet odpovídajících	116
Díky toleranci a pochopení partnerů vztah fungoval 49,1 %	57
Partnera nemělo vůbec 31,9 %	37
Dlouhý či opakovaný pobyt v nemocnici měl vliv na bezpartnerský vztah 10,3 %	12
Zdravý partner se se stavem nemocného nedovedl vyrovnat 29,3 %	34
V důsledku kritického a negativního vnímání partnerský vztah ukončilo 19,8 %	23
Chybí pomoc odborníka při řešení konfliktních situací 22,4 %	26
Nenašli dostatek příležitosti k seznámení a navázání vztahu 26,7 %	31
Trpí předsudky ohledně své nemoci při seznamování 36,2 %	42
Pomoc a péči v jiném vztahu hledá 22,4 %	26



3.2.5 DVO 4. Jaká je oblast podpůrných aktivit pro seberealizaci lidí s duševním onemocněním? Graf č. 4, Tabulka č. 5

K této otázce se vyjádřilo 120 respondentů. Polovině z nich 50% pomáhá zlepšit jejich zdravotní stav návštěva těchto aktivit. Možnost poradit se s podobně nemocnými lidmi o využití podpůrných aktivit by přivítalo 43%. Neodborně vedené, organizované a málo dostupné aktivity označilo 13%. Svépomocné skupiny pro lidi s duševním onemocněním chybí v 18 %. Výsledek hodnocení dává podnět, aby se těmto podpůrným aktivitám věnovala vyšší pozornost.

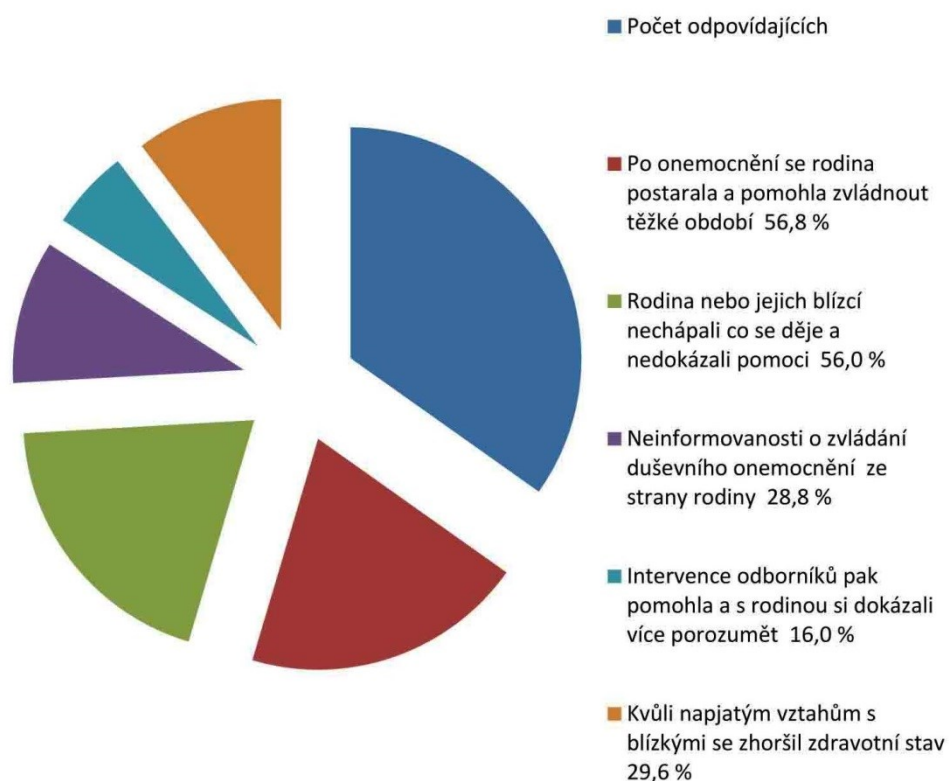
Počet odpovídajících	120
Dostatečná nabídka terapeutických nebo volnočasových aktivit v okolí 32,5 %	39
Tyto terapeutické a volnočasové aktivity nenašlo 35,8 %	43
Chybí svépomocné skupiny pro lidi s duševním onemocněním 18,3 %	22
Možnost poradit se s takto podobně nemocnými lidmi by přivítalo 42,5 %	51
Aktivity jsou málo dostupné a také špatně vedené a organizované 12,5 %	15
Navštěvováním aktivit pomohlo zlepšit jejich zdravotní stav 50 %	60
O aktivity nemělo zájem 31,7 %	37



3.2.6 DVO 5. Jaké soužití mají duševně nemocní s blízkými a přáteli po propuknutí onemocnění? Graf č. 5, Tabulka č. 6

K této otázce se vyjádřilo 125 respondentů. V téměř 57% se rodina postarala a pomohla nemocnému zvládnout těžké období. Přesto však v 56% bohužel někteří blízcí nechápali co se děje a nedokázali pomoci. Kvůli napjatým vztahům s blízkými se zdravotní stav zhoršil téměř v 30%. K tomu též přispívá i to, že je stále velká neinformovanost o zvládání duševního onemocnění ze strany rodiny (29 %). Intervence odborníků pomáhá tuto situaci ve spolupráci s rodinou jen málo zmírnit (16 %). Toto je též významný podnět pro rozbor tohoto tématu na webových stránkách lidémezilidmi.

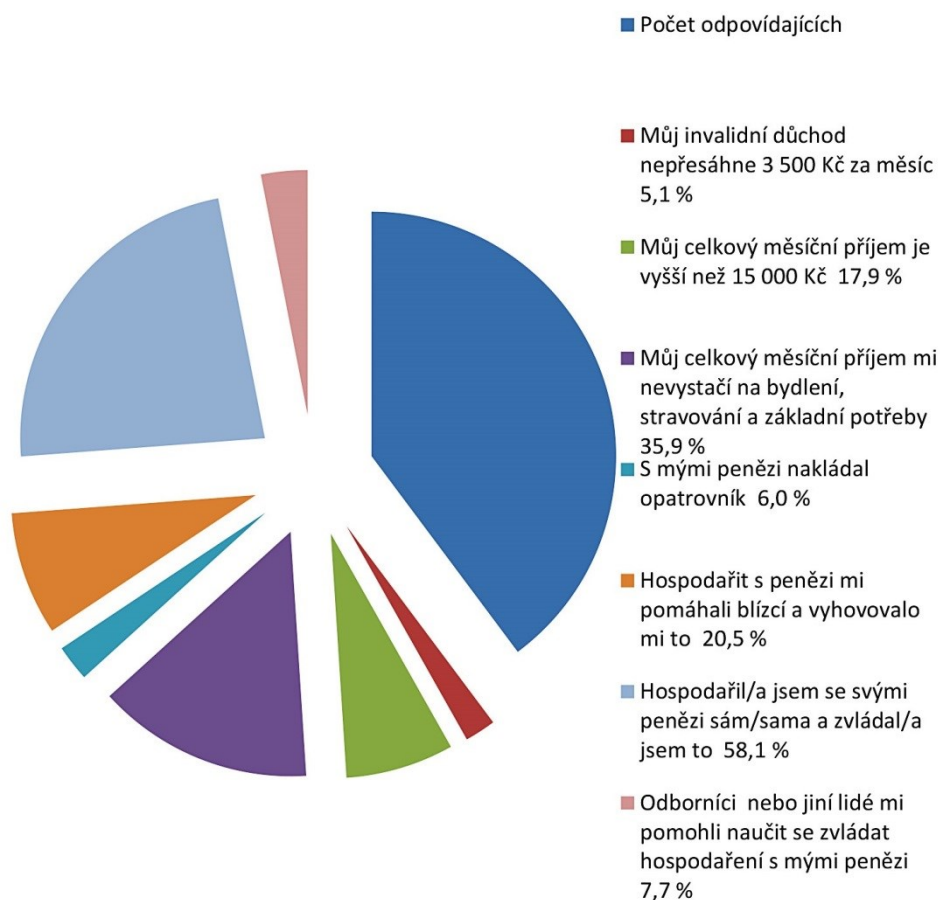
Počet odpovídajících	125
Po onemocnění se rodina postarala a pomohla zvládnout těžké období 56,8 %	71
Rodina nebo jejich blízcí nechápali co se děje a nedokázali pomoci 56,0 %	70
Neinformovanosti o zvládání duševního onemocnění ze strany rodiny 28,8 %	36
Intervence odborníků pak pomohla a s rodinou si dokázali více porozumět 16,0 %	20
Kvůli napjatým vztahům s blízkými se zhoršil zdravotní stav 29,6 %	37



3.2.7 DVO 6. Jaká je finanční situace a hospodaření s penězi v době trvání onemocnění? Graf č. 6, Tabulka č. 7

K této otázce se vyjádřilo 117 respondentů. Zvládnutí hospodaření potvrdilo 58%. Téměř 36% však se svým měsíčním příjmem nevystačí na náklady spojené s bydlením, stravováním a základními osobními potřebami. Tato skutečnost bohužel není zcela brána v potaz odpovědnými pracovníky sociálních správ, kteří se řídí úředními předpisy a mnohdy neberou patřičnou zřetel na odborné vyjádření psychiatrů k jednotlivým pacientům. Důsledkem potom nastává situace, že jsou pacientům snižovány stupně invalidních důchodů, což následně vede k dalším problémům včetně zhoršení zdravotního stavu.

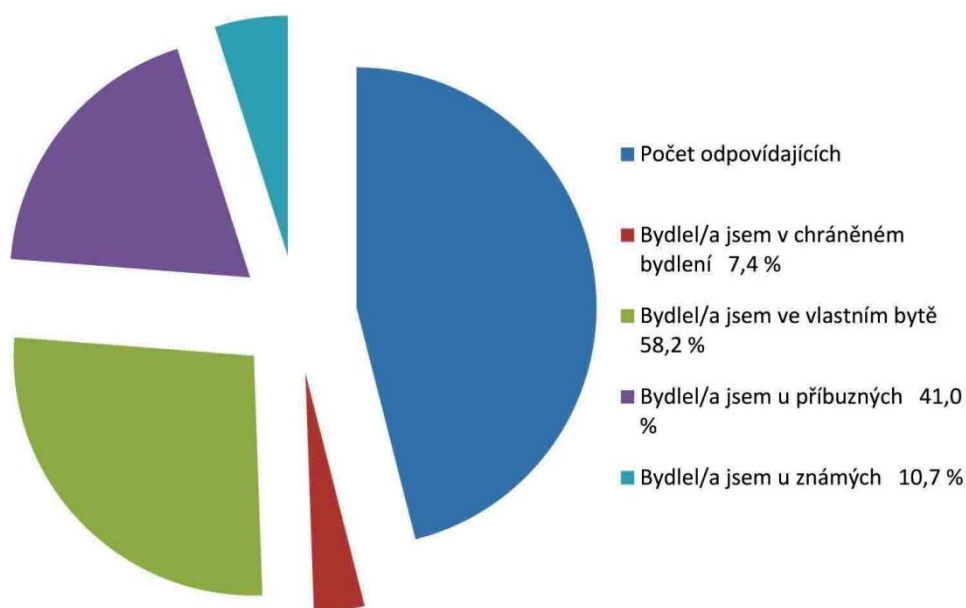
Počet odpovídajících	117
Můj invalidní důchod nepřesáhne 3 500 Kč za měsíc 5,1 %	6
Můj celkový měsíční příjem je vyšší než 15 000 Kč 17,9 %	21
Můj celkový měsíční příjem mi nevystačí na bydlení, stravování a základní potřeby 35,9 %	42
S mými penězi nakládal opatrovník 6,0 %	7
Hospodařit s penězi mi pomáhali blízcí a vyhovovalo mi to 20,5 %	24
Hospodařil/a jsem se svými penězi sám/sama a zvládal/a jsem to 58,1 %	68
Odborníci nebo jiní lidé mi pomohli naučit se zvládat hospodaření s mými penězi 7,7 %	9



3.2.8 DVO 7. Jaké mají duševně nemocní bydlení v době trvání onemocnění? Graf č. 7, Tabulka č. 8

K této otázce se vyjádřilo 122 respondentů. Ve vlastním bytě jich bydlelo 58% a příbuzných střídavě bydlelo 41%. V chráněném bydlení bydlelo pouze 7%. Otázka bydlení je v současné době velký společenský problém zejména pro mladou generaci. Otázkou zůstává, zda chráněné bydlení z pohledu odpovědných orgánů není v mnoha směrech dáváno na vedlejší kolej.

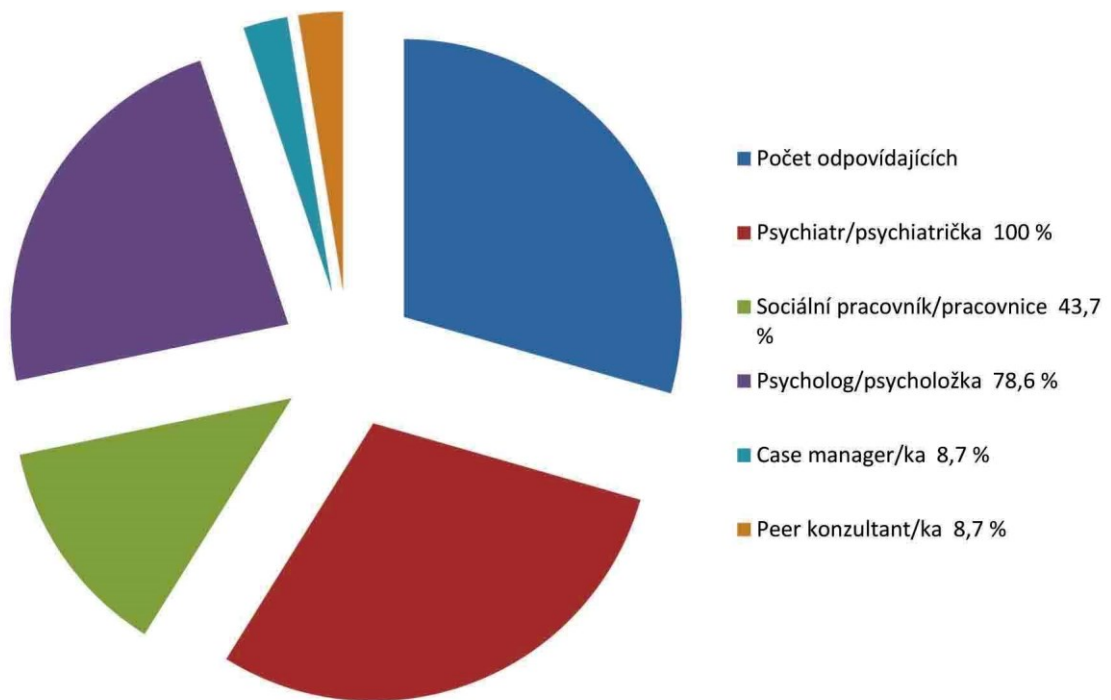
Počet odpovídajících	122
Bydlel/a jsem v chráněném bydlení 7,4 %	9
Bydlel/a jsem ve vlastním bytě 58,2 %	71
Bydlel/a jsem u příbuzných 41,0 %	50
Bydlel/a jsem u známých 10,7 %	13



3.2.9 DVO 8. Jaké odborné pomoci (jako duševně nemocní) jste v životě využili? Graf č. 8, Tabulka č. 9

K této otázce se vyjádřilo 126 respondentů. Všichni dotazovaní potvrdili, že využili odbornou pomoc psychiatra (psychiatricky) a téměř v 80 % také psychologa (psycholožky). Nezanedbatelná pomoc je též ze strany sociálního pracovníka nebo pracovnice (44 %).

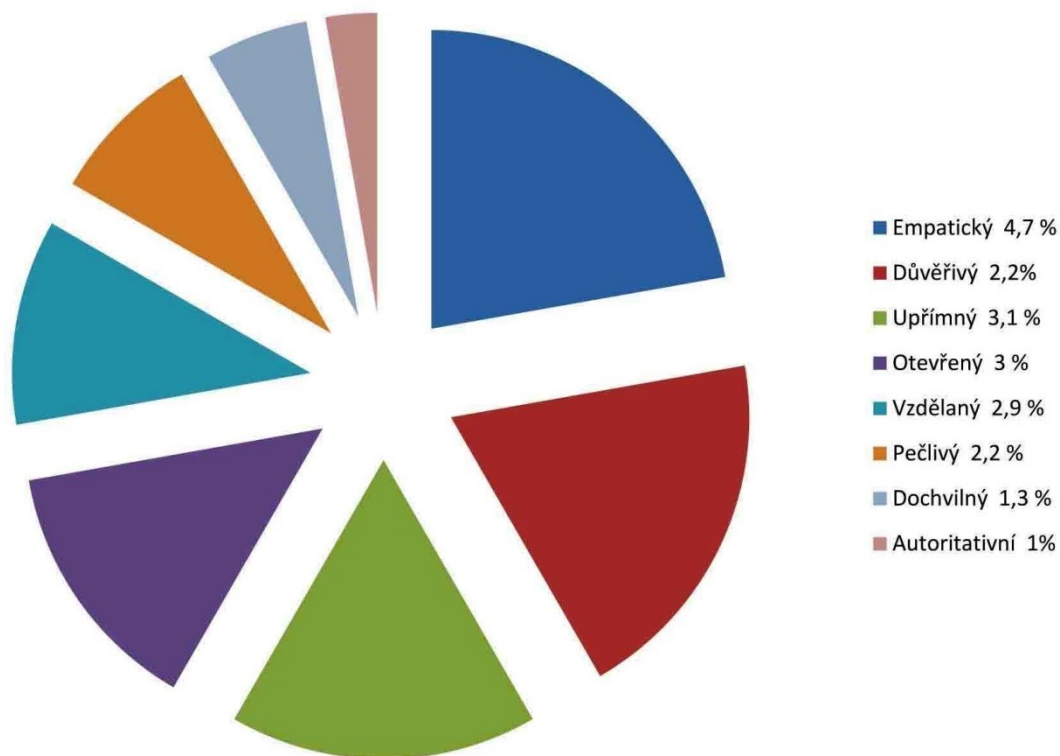
Počet odpovídajících	126
Psychiatr/psychiatricka 100 %	126
Sociální pracovník/pracovnice 43,7 %	55
Psycholog/psycholožka 78,6 %	99
Case manager/ka 8,7 %	11
Peer konzultant/ka 8,7 %	11



3.2.10 DVO 9. Jaké jsou pro vás vlastnosti ideálního odborníka dle důležitosti? Graf č. 9, Tabulka č. 10

Respondenti udávají, že si z hlediska důležitosti nejvíce cení empatického odborníka. Naopak na poslední místo posunuli odborníka s autoritativními vlastnostmi.

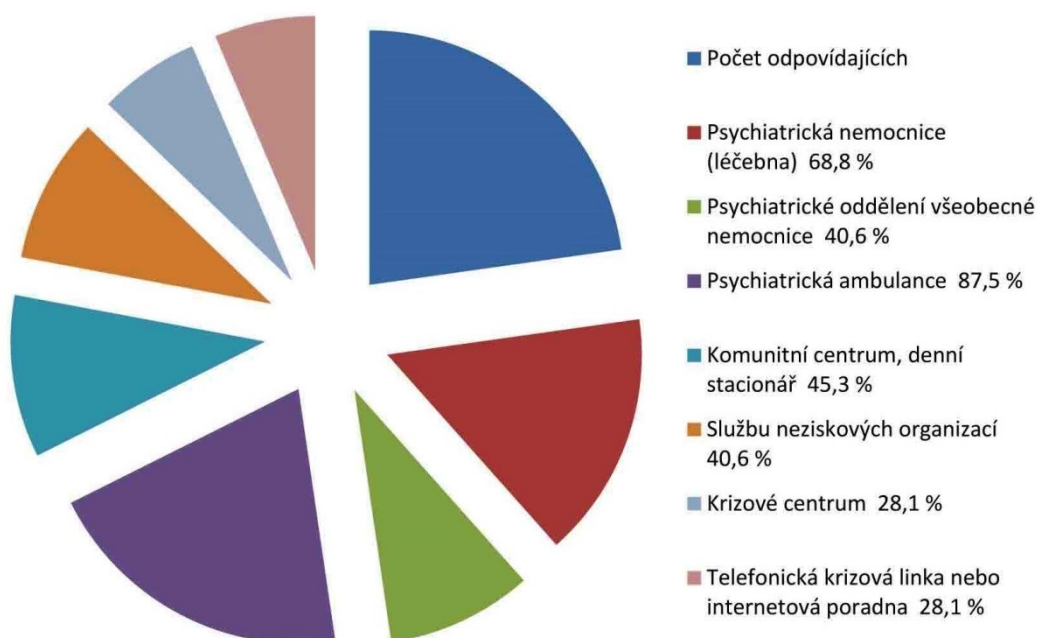
Empatický 4,7 %	8
Důvěřivý 2,2%	7
Upřímný 3,1 %	6
Otevřený 3 %	5
Vzdělaný 2,9 %	4
Pečlivý 2,2 %	3
Dochvilný 1,3 %	2
Autoritativní 1%	1



3.2.11 DVO 10. Jakých služeb organizací či zařízení jste v životě využili? Graf č. 10, Tabulka č. 11

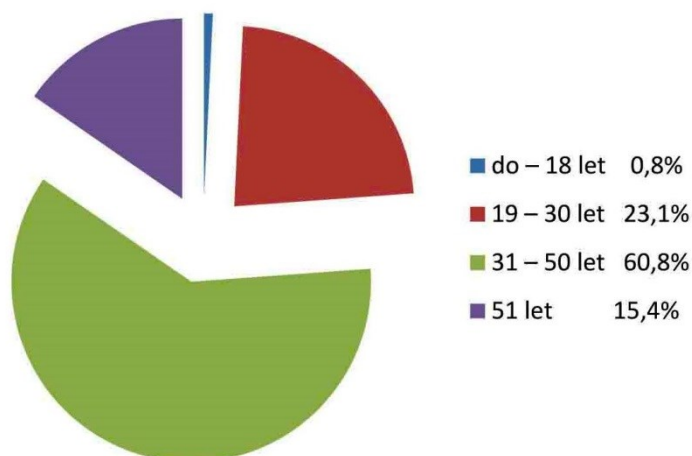
K této otázce se vyjádřilo 128 respondentů. Většina z nich (87%) využila psychiatrické ambulance. Téměř 70 % využilo psychiatrické nemocnice nebo léčebny. Krizové centrum, krizovou linku nebo internetovou poradnu využilo shodně 28%. Nezanedbatelné je také využití komunitního centra (45 %) a služeb neziskových organizací (41 %). V této otázce je přímo otevřená nabídka pro spolek Dobré místo, z.s., aby prostřednictvím svých webových stránek ještě více nabízel své odborné služby pro lidi s duševním onemocněním.

Počet odpovídajících	128
Psychiatrická nemocnice (léčebna) 68,8 %	88
Psychiatrické oddělení všeobecné nemocnice 40,6 %	52
Psychiatrická ambulance 87,5 %	112
Komunitní centrum, denní stacionář 45,3 %	58
Službu neziskových organizací 40,6 %	52
Krizové centrum 28,1 %	36
Telefonická krizová linka nebo internetová poradna 28,1 %	36



3.2.12 DVO 11. Uved'te prosím, do které věkové kategorie se řadíte. Graf č. 11, Tabulka č. 12

do – 18 let	0,8%	1
19 – 30 let	23,1%	30
31 – 50 let	60,8%	79
51 let	15,4%	20



3.2.13 DVO 12. Jsem muž, žena. Graf č. 12, Tabulka č. 13

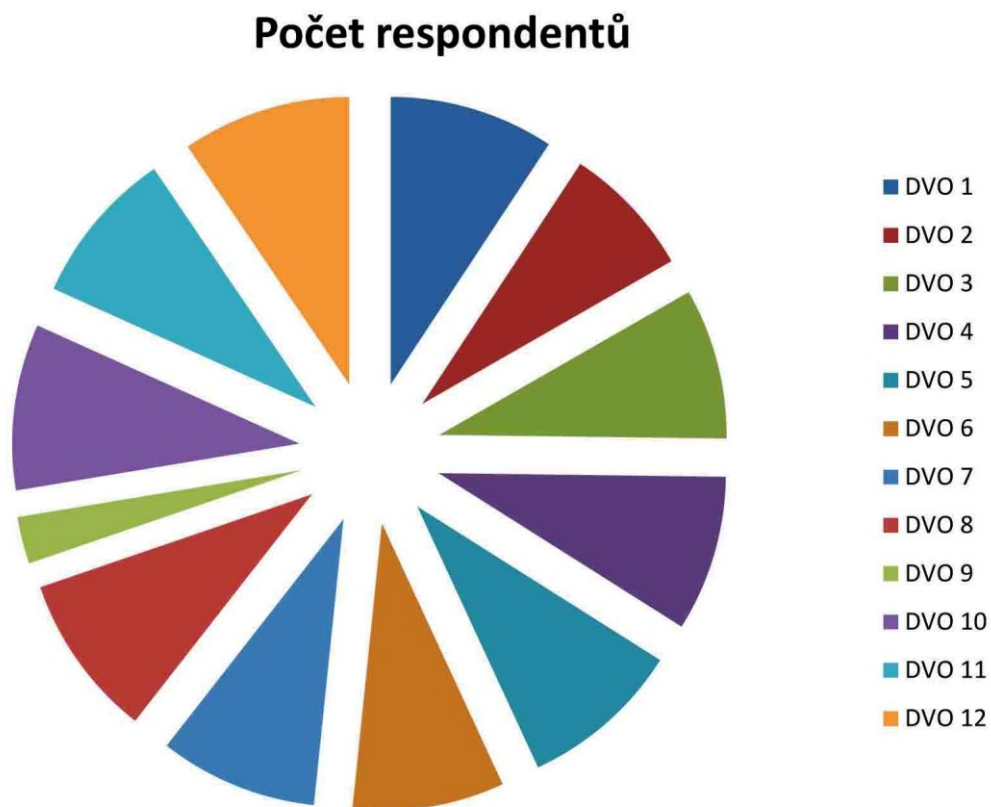
Odpovědi:

Muž	49	37,70%
Žena	81	62,30%



3.2.14 Počet respondentů u jednotlivých dílčích otázek, Graf č. 13, Tabulka č. 14

Otázky	Počet respondentů
DVO 1	127
DVO 2	102
DVO 3	116
DVO 4	120
DVO 5	125
DVO 6	117
DVO 7	122
DVO 8	126
DVO 9	36
DVO 10	128
DVO 11	120
DVO 12	130
Celkem	1369



3.2.15 Počet zodpovězených otázek, Graf č. 14, Tabulka č. 15

Otázky	Počet zodpovězených otázek
DVO 1	440
DVO 2	258
DVO 3	288
DVO 4	267
DVO 5	234
DVO 6	177
DVO 7	143
DVO 8	302
DVO 9	8
DVO 10	434
DVO 11	4
DVO 12	2
Celkem	2557

Počet zodpovězených otázek



3.2.16 Výsledky dotazníkového internetového šetření

Strukturu dotazníku tvořilo celkem 12 DVO (dílkách výzkumných otázek), které se ještě samostatně dělily na další otázky. K výzkumu se přihlásilo 130 respondentů (49 mužů a 81 žen), kteří celkem uskutečnili 2557 vyjádření k jednotlivým otázkám. Ne všichni se však vyjadřovali ke každé otázce. Někteří se ovšem vyjadřovali v několika otázkách vícekrát. Tím celkový počet respondentů u jednotlivých otázek dosáhl čísla 1369.

Zmiňovaná data byla získána při kvantitativním výzkumu, který provedlo Dobré místo v roce 2015-2016 formou dotazníku zasílaném e-mailem na získané adresy. Také byl proveden kvalitativní výzkum a sice diskurzivní a narativní analýza, formou rozhovorů s klienty, jak uvádím v mé diplomové práci.

3.3 OTÁZKA TRANSFORMACE SYSTÉMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR

Kromě dotazníkového internetového výzkumu organizovali pracovníci Dobrého místa z.s. strukturální rozhovory s odborníky v oboru psychiatrie a s vybranými duševně nemocnými pacienty společně také s jejich rodinnými příslušníky.

Strukturální rozhovory se týkaly transformace celého systému psychiatrické péče v ČR.

„Na potřebu transformace celého systému psychiatrické péče v ČR se shodují jak uživatelé a rodinní příslušníci, tak odborníci a v posledních pěti letech i představitelé státu – především ministerstva zdravotnictví. V deklaraci Platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR, která sdružuje jak zástupce pacientů, rodičů i odborníků, se uvádí“: ²⁰⁷

Česká republika má v poměru k počtu obyvatel stále velmi vysoký podíl psychiatrických lůžek následné péče dislokovaných ve velkých psychiatrických léčebnách. V České republice je nedostatečný podíl lůžek akutní péče na psychiatrických odděleních nemocnic a zejména

se nepodařilo vybudovat dostatečnou síť zdravotních komunitních služeb. Rozvoj těchto služeb je především podvázán celkově nízkým objemem finančních prostředků pro psychiatrickou péči, je de facto blokován vázáním finančních prostředků v systému péče postaveném na péči v psychiatrických léčebnách. Mimonemocniční služby nemají definované spádové oblasti a nastavení stávajícího financování ambulantních služeb nepodporuje časově náročnou péči o závažněji duševně nemocné.

Uspořádání celého systému nevytváří podmínky k potřebné koordinaci jednotlivých složek péče. Z důvodů systémového nastavení existuje značná nepropojenost obzvláště mezi lůžkovou a mimo-lůžkovou péčí. Sociální komunitní služby není v podstatě možné rozvíjet vzhledem k limitovanému rozpočtu na všechny sociální služby. Malá rozšířenost a dostupnost se týká rovněž psychoterapie, která plní léčebnou a profylaktickou roli nejen v psychiatrii, ale i v ostatní medicíně. Nedostatečné zajištění mimonemocničních (ambulantních a komunitních) služeb vede k nadbytečným hospitalizacím duševně nemocných lidí a k jejich setrávání v lůžkových zařízeních.

V posledních letech přitom narůstá počet lidí potřebujících psychiatrickou péči. V České republice vzrostl za poslední dekádu počet léčených psychiatrických pacientů o desítky procent. Tento trend by bylo potřeba zohlednit v programech primární i sekundární prevence duševních onemocnění; prostředky vynakládané na preventivní programy se však snižují. Podle informací z terénu se také zvyšuje podíl lidí s duševním onemocněním mezi bezdomovci. Přitom psychiatrická péče v České republice je oproti psychiatrické péči ve zbytku EU podfinancována. Podle údajů Evropské komise (2005) je ČR řazena na předposlední místo v poměrném vynakládání prostředků na psychiatrickou péči v rámci EU.

²⁰⁷ Josef Gabriel, Michal Kašpar, Tomáš Vaněk, Kam jdou lidé s nemocnou duší, 2014 ISBN 978-80-260-6746-7, str.105-123

Základem moderní péče o vážně duševně nemocné nemohou být dlouhodobé hospitalizace ve velkokapacitních psychiatrických léčebnách, které vzhledem ke svému geografickému umístění a v podstatě nezměnitelnému institucionálnímu charakteru péče (i přes maximální snahu a profesionalitu managementu i zaměstnanců), podporují segregaci a sociální vyloučení velké části pacientů. Taková praxe je v rozporu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením, která se od února 2010 stala součástí našeho právního řádu.

V devatenáctém článku Úmluvy je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí.“

Řešením uvedených nedostatků je komplexní proměna existujícího systému tak, jak proběhla či probíhá ve většině západních zemí. Proces transformace bude vyžadovat přechodné navýšení finančních zdrojů (investičních i neinvestičních) převážně ve fázi, kdy bude zapotřebí zajistit rozvoj nových služeb, a paralelně bude po jistou dobu nutné provozování současných institucionálních služeb, než dojde k jejich proměně. Na toto přechodné navýšení by bylo velmi vhodné využít možných zdrojů strukturálních fondů na období 2014–2020.“

3.3.1 Přímo vedené rozhovory s odborníky

Názory odborníků získané na základě přímo vedených rozhovorů byly podrobnější a více zaměřené na objektivní fungování celého systému psychiatrické péče. Jejich hodnocení však v zásadě koresponduje s malou spokojeností uživatelů psychiatrické péče.

Podle odborníka č.1:

Stát vynakládá na psychiatrii v porovnání s ostatními medicínskými disciplínami z celkového zdravotnického budgetu nejméně peněz. Ambulantní psychiatr má v průměru třicet pacientů denně. Na jednoho pacienta má čas dvanáct minut jednou za měsíc.

„Dvanáct minut v ambulanci psychiatra stačí tak na otázku ‘Ještě máte ty hlasy?’ nebo ‘Ještě po vás jde ruská mafie?’ Průměrný ambulantní psychiatr (podobně jako lékař na psychiatrickém oddělení) podle něj věnuje pozornost pouze psychiatrickým symptomům, které se snaží zvládnout s pomocí léků, a nestará se o člověka, o jeho život. „Každého se zeptá na zdravotní potíže, předepíše léky a ve čtyři hodiny odpoledne odchází spokojeně domů s tím, že udělal všechno, co bylo v jeho silách.

Čerstvý absolvent medicíny může sbírat zkušenosti u psychiatrického lůžka, v ambulanci nebo v terénu. Zakonzervovaný model psychiatrické péče rychle zlikviduje snahu většiny mladých lékařů pracovat nějak jinak nebo dělat pro pacienty něco navíc, ať začínají v léčebně, v ambulanci nebo v neziskovce. Rezignaci (pro většinu aktérů nakonec pohodlnou), si dotyčný psychiatr omlouvá tím, že nic jiného za daných okolností dělat nemůže. [01:26]

Obdobný názor má i další psychiatr č. 2: Na otázku, zda v souvislosti s přípravou reformy psychiatrické péče vidí posun v postojích mladých lékařů, kteří dnes pracují v psychiatrických nemocnicích, odpověděl: „Pro mladé lékaře je to často problém. Sice mohou souznít s ideou reformy, ale každodenní praxe je výrazně ovlivňuje. Jako mladý lékař mohu být identifikován s tím, že by péče měla probíhat jinak, ale pak když chci sehnat při propuštění pacienta nějakou fungující komunitní službu a vidím, že nic není, tak mě to vede ke skepsi. Každodenní praxe mladé lékaře mnohdy převálcuje a jejich naděje na změnu přístupu má jenom nějaké trvání. Není to úplně tak, že by mladá generace nezatížená rigiditou a fragmentací stávajícího systému byla nositelkou nových trendů. Myslím, že mnozí mladí lékaři zavedeným poměrům velmi rychle podlehnou nebo jimi načichnou. [01:03]

Další odborník č. 3: Je kritický k současné úrovni poskytované psychiatrické péče. Nedostatková je komunitní péče a ambulantní služby mimo nemocnice existují ve velmi omezené míře a nejsou tudíž schopny pojmout potřebný počet klientů. Psychiatrům podle něj chybí další spolupracovníci. „Ambulantní lékař pracuje tak, že pomáhá

lidem, kteří za ním přijdou do ordinace, jenže v psychiatrii je to mnohem komplikovanější. Když u duševně nemocného nastane nečekaný problém, sám ambulantní lékař ho obvykle nedokáže vyřešit 'ze židle'. Pak přicházejí na řadu terénní pracovníci, což jsou sestry, psychologové, sociální pracovníci apod., ale ti tady právě chybí. Závažným problémem je podle něj také to, že řada pacientů navštěvuje několik psychiatrů současně a jiní zase mohou z jakýchkoliv důvodů úplně lékařské kontroly vynechat, aniž to ambulantní lékař zaregistruje. [01:00]

Další odborník č. 4 upozorňuje: „Chtěli jsme podle zahraničního vzoru vytvořit podmínky pro lidi se závažnější psychickou diagnózou, aby měli dostupnou veškerou zdravotní péči, a zároveň mohli žít ve svém domácím prostředí. Tato možnost u nás zdaleka není samozřejmostí. Dnes jsou tito lidé de facto trestáni za svoji nemoc a odsouzeni k dlouhodobým pobytům na nemocničních odděleních. [00:25]

3.3.2 Vyjádření několika klientů s duševním onemocněním a jejich pohled na otázku transformace systému psychiatrické péče v ČR

Kladené otázky: **Intervence a podpora sociální práce.** Zlepšováním technik a metod sociální práce lidé tak získávají formou prohlížení webových stránek kompletní a cenné informace a rady, které jim pomáhají například vyřešit jejich problém **s duševním onemocněním.**

- 1) **Co si myslí, že by se v péči o duševně nemocné mělo zlepšit?**
- 2) **Co očekávají od reformy psychiatrické péče?**

Odpovědi nemocných:

Pacientka č. 1:

Vyhovoval mi pan doktor z NUDZU a ten mi vyhovoval./smích/
Byl příjemný a myslím, že i dost kompetentní. Ale tam také, tam hrálo roli, že jsem hned po hospitalizaci nastoupila do stacionáře.

Pravidelně jsem docházela do skupiny, kde jsem se dozvěděla něco víc o nemoci a setkávala se tam s lidmi, kteří měli podobnou zkušenost, a s kterými se občas stýkám doteď. To, myslím, bylo hodně dobré.... V podstatě se mluvilo o problémech, o tom, jak nemoc vzniká, o hormonech, co dělají léky, aby člověk věděl, proč je vůbec bere, protože hodně pacientů se zalekne vedlejších účinků a přestane je brát. Takže je dobré, když jim někdo vysvětlí, co vlastně ty léky dělají.

A co by bylo nejlepší? / zaváhání s odpovědí / Bylo by nejlepší, kdyby se povedlo – nevím, jestli to může ta reforma nějakým způsobem docílit – aby lidé nemuseli být hospitalizováni. Aby se dřív přišlo na to, že se něco děje a tím pádem se třeba zvýšily léky. Anebo by za člověkem docházela v tom krizovém období nějaká psychiatricka nebo pracovnice.[01:27]

Pacient č. 2:

Více naslouchajících a trpělivých lékařů / to by bylo dobré, smích / a ostatních zdravotních pracovníků. Méně zavřených pavilónů, kam mnoho nemocných nepatří a ani se tam nemůže dobře cítit. Malá moderní zařízení a velká společenská agitace k pochopení těchto nemocí. Všechno vyžaduje více peněz, takže především přejí více peněz.[00:21]

Pacient č. 3:

Přeju nám všem co nejvíc lékařů, kteří jsou ochotní měnit tu medikaci a uzpůsobovat ji klientovi, pacientovi, kteří jsou schopní a empatičtí a ochotní naslouchat a motivovat nás k nějakým žádoucím změnám a zvládnutí té nemoci, no a nejenom lékaře, ale všechny ty spolupracující sociální pracovníky, terénní sestry, psychology, psychoterapeuty a podobně, asistenty bydlení a tak..... No a přeju si, /smích/...abychom vybudovali dostatek kapacit,/ jestli to půjde vůbec/ toho chráněného bydlení pro ty lidi, kteří jsou dnes zavřeni v těch léčebnách v podstatě desítky let kolikrát, na těch chronických odděleních, a kteří by měli možnost takhle žít trošku důstojnější život v otevřenější komunitě někde v nějakém komunitním bydlení a

podobně i pro tu fůru lidí, kteří jsou dneska na ulici kvůli duševnímu onemocnění a v podstatě jsou nezachytitelní, takže takhle.[01:39]

Pacientka č. 4:

Důležité na psychiku člověka je i v jakém se nachází prostředí, nejen jakou máš péči. Třeba Karlák je strašný. Myslím, že by se do povědomí veřejnosti mělo dostat, že mít psychický problém neznamena dostat se automaticky mimo společnost a být vyvrhel....

Určitě si myslím, že by bylo fajn, kdyby se zvýšil počet psychiatrů, protože ani v nemocnicích na člověka nemá doktor vůbec čas. Je to hodně náročná práce, zejména na akutních lůžkách. Určitě by mělo být i víc komunitních center a možností i mimo hospitalizaci, různé stacionáře i alternativní terapie. Mělo by být i povědomí o tom, v jakých podmínkách ten pacient žije. To se může na psychice hodně promítnout. Ale mám obavu, že to zase vyšumí, a že se reforma nebude týkat žádných velkých změn, protože si myslím, že tato společnost je opravdu dost netolerantní.[01:10]

Pacientka č. 5:

Bylo by potřeba více místa v léčebnách a nemocnicích, více lidského a individuálního přístupu k pacientovi (tzn. i více lékařů, aktivních a otevřených). Bylo by skvělé, kdyby lékaři předepisovali rovnou ty nejkvalitnější léky, s minimem vedlejších účinků, tzn. více peněz do zdravotnictví. Za sebe mohu říct, že mi chybí skupinky, které fungují v zahraničí, kde by se scházelo více lidí se stejnými potížemi, na nichž by pracovali a zejména si předávali zkušenosti. / A to by se mohlo zlepšit!/[00:36]

Pacientka č. 6:

Myslím, že by všechny hospitalizace měly vypadat podobně jako v PCP, kde k pacientům měli úctu, informovali nás o účincích léků a o průběhu nemoci. Nemyslím si, že by se úplně měla zrušit lůžková péče. Myslím, ale že by se mělo více investovat do prevence. Dobrý je projekt Blázníš no a, ale myslím, že by se zároveň měla do vzdělávání zařadit péče o svoji duši, například výuka meditace a porozumění svým emocím, již od dětství.[00:34]

Pacientka č. 7:

Četla jsem, že se psychiatrické nemocnice mají postupně rušit, a to se mi nelíbí./důraz/ Myslím si, že v první fázi onemocnění, třeba při nějaké atace, člověk potřebuje intenzivní péči a ne chodit domů. V nemocnici vidí sestry člověka celý den a tak mu spíš dají vyhovující medikaci, než v nějakém komunitním centru, kam by jen docházel. Spíš než doma se tu zvedne z postele, aspoň mně bohnický režim v první fázi hodně pomohl. Proti komunitním centrům nejsem, ale měly by fungovat i velké nemocnice.[00:35]

3.3.3 Názory rodičů a blízkých lidí s duševním onemocněním na reformu transformace systému psychiatrické péče v ČR

Žena A:

Nemohu pochopit, proč psychicky nemocní lidé nemohou dostat ZTP, vždyť mnohdy jsou „neschopnější“ než fyzicky postižení lidé. Nebo proč dcera nemá nárok na příspěvek na péči, když sama není schopna se o nic postarat, nic nezařídí, neudělá. Bohužel velká očekávání od reformy nemáme![00:21]

Žena B:

Očekáváme hlavně nové přístupy jak odborné veřejnosti, tak i tolik potřebnou větší osvětu a informovanost laické veřejnosti o tom, že potřebu vyhledat odbornou pomoc může potřebovat každý z nás, a že když se dostane do potíží není třeba se obávat, že to bude znamenat stigma „jsem blázen.“ Pokud se reforma konečně povede prosadit a dojde díky tomu především k větší veřejné diskuzi na toto nyní tabuizované téma, tak se dostane pomoci daleko více potřebným, než se v současnosti dostává.[00:35]

Žena C:

Psychiatrická reforma je veledůležitá, ale pokud nebudou jednotlivé rezorty spolupracovat, nebude kvalitní legislativa a ne-

vezmeme si příklad ze států, kde je psychiatrie na výši a péče funguje, zůstane psychiatrie tragickým kocourkovem.[00:16]

Žena D:

Já osobně mám z reformy trochu strach. Slyším, jak mnoho si toho lidé slibují od komunitních terénních center. Já se spíš bojím, že mě budou mít jako velký bratr stále pod kontrolou. Nechtěla bych, aby za mnou někdo docházel bez vyzvání domů. Také mám strach z toho, že bude málo lůžek. Sama jsem byla velmi vděčná, že jsem mohla využít možnost hospitalizace, když mi bylo velmi špatně. Ale umím si představit, že kdyby podobná péče probíhala u mě doma nebo v menším centru, jako bylo třeba PCP, byl by to velký krok správným směrem./úsměv/. [00:38]

3.3.4 Analýza diskursu:

Je metoda studia lidských zkušeností na základě analýzy toho, co lidé říkají a jakých symbolů či druhů chování využívají, aby se vyjádřili. Námětem výzkumů analýzy diskursu je tedy právě mluva a rozhovory. Analýza diskursu se nejprve soustřeďuje na získávání vzorků mluvy a teprve poté analyzuje, co z nich vyplývá. Hledají se opakované a opakující se vzorce, které se projevují na té úrovni analýzy, kterou volíme. Jaká realita je konstruována? Čeho se snaží dosáhnout? Co je zmiňováno, co je zamlčováno? Pomocí jakých prostředků? ²⁰⁸

Role: Společenská úloha, kterou jedinec hraje ve společnosti.

3.3.5 Diskurzivní analýza k hodnocení vyjádřených pacienty, jejich rodinnými příslušníky a blízkými k tématu otázky transformace systému psychiatrické péče v ČR

Jaká realita je konstruována? Ačkoliv výzkumné šetření proběhlo před 4 lety, tak výsledná analýza, opřená o názory respondentů má trvalou hodnotu pro hledání nových východisek a pro zlepšení kvality

psychiatrické péče. Přestože dochází k určitému kvalitativnímu posunu v této oblasti, přesto zde zůstávají mnohé problémy k řešení. Mozaika názorových hodnocení o tom jasně vypovídá.

Zvláště na příkladu **pacientky č. 1** bych chtěla poukázat na to, jak je důležité odborné lékařské vyšetření, když pacienti s duševním onemocněním jsou postiženi prvními ataky. Pacientka č.1 při svém onemocnění správně vyhledávala lékařské vyšetření s pocitem, že se s ní něco děje, ale nevěděla, o co se konkrétně jedná. Lékařských vyšetření absolvovala několik, ale její problémy to nevyřešilo. Teprve, když se dostala na specializované pracoviště, tak její pravá nemoc byla odhalena a mohla být i kvalitně léčena. Výhodou pro ní bylo, že po hospitalizaci nastoupila do stacionáře. Zde se setkávala s lidmi, kteří měli podobné zdravotní problémy jako ona.

Čeho se snaží dosáhnout? V komunikaci s těmito lidmi a při dohledu odborné asistence se o své nemoci dozvěděla mnohem víc. Dozvěděla se, jak nemoc vzniká, jaký význam mají hormony, co dělají léky, aby člověk věděl, proč je vůbec bere. S výměnou zkušeností mezi touto komunitou si také mohla více uvědomit a porovnat jak na mnohé z nich tato léčba působí. Co je zmiňováno? Co je zamlčováno?

Pomocí jakých prostředků? V takovýchto komunitách se odvíjí významná edukační činnost. Nejde jenom o význam užívání léků, ale jde také o léčbu slovem a o cenné rady, jak se s těmito nepříznivými zdravotními problémy vyrovnávat a jak je zvládat. Tato a jí podobné komunity, jako je například i spolek a webový portál „Lidémezilidmi“ jsou nezanedbatelnými pomocníky nejen pro tyto nemocné, ale i pro psychiatrickou odbornost. Nejen z průzkumu, ale i ze všeobecného podvědomí je zřejmé, že při nárůstu duševních onemocnění jsou psychiatrické ambulance neustále přeplňovány. Psychiatrům na své klienty zbývá jen velmi málo minut. Není prostor pro popovídání a odhalení dalších skrytých příčin nemocí a možnosti zabránění vzniku nových ataků. Každá návštěva u psychiatra většinou končí předepsáním dalšího receptu a vše je odvislé od toho, zda pacient léky pravidelně užívá, nebo ne.

Z tohoto pohledu se vracím k podtržení významu komplexnější psychiatrické péče. Nejde jen o poskytování psychiatrické péče v psychiatrických ambulancích a lůžkových psychiatrických zařízeních, ale jde také o kompletní komunitní péči. Tato komunitní péče je spojena s tzv. deinstitucionalizací, která má za cíl přesun pacientů s duševním onemocněním z velkých psychiatrických léčeben do menších komunitních zařízení. Neméně významnou úlohu v poskytování těchto služeb dále pak mají denní stacionáře, krizová centra, krizové mobilní týmy apod. Dále jsou to služby zahrnuté též do neziskových organizací, které se zabývají podporou zaměstnání v chráněných dílnách, nebo zajištění bydlení v chráněných bytech.

Z mého hlediska velmi významnou úlohu v této péči sehrává také společnost „Lidémezilidmi“, kterou blíže představuji ve své diplomové práci.

- 1) V tomto roce bylo přiznáno celkem 103 225 lidí s duševním onemocněním a invalidním důchodem. Je to o 7000 lidí více než v minulém roce. Z toho vyplývá, že počet duševně nemocných lidí v populaci stále přibývá.²⁰⁹
- 2) Více naslouchajících a trpělivých lékařů a ostatních zdravotních pracovníků.
- 3) Co nejvíc lékařů, kteří jsou ochotní měnit medikaci a uzpůsobovat ji klientům, pacientům, kteří jsou schopní a empatičtí a ochotní naslouchat a více je motivovat k žádoucím změnám a zvládnutí té, které nemoci.
- 4) Vybudovat dostatek kapacit chráněného bydlení pro ty lidi, kteří jsou dnes zavřeni v léčebnách a to v podstatě i kolikrát desítky let.

²⁰⁸ Nicky Hayesová, Základy sociální psychologie, Praha 2003, str.32
ISBN 80-7178-763-9

²⁰⁹ Zdroj informace: Rádio Impulz, 7.3.2020, 14:00 hodin

- 5) Lékaři a terapeuti by měli více získávat poznatky a zkušenosti z chráněných dílen. Lépe by tím pochopili, že i bez léků se dá hodně věcí změnit, a že není realistické očekávat od psychofarmak, že by vyřešily vše, co se děje člověku, který je nemocen.
- 6) Zřizovat více komunitních center a možností i mimo hospitalizaci, různé stacionáře i alternativní terapie.
- 7) Získávat více peněz do zdravotnictví a předepisovat kvalitnější léky, s minimem vedlejších účinků a tím více odbourávat nedobrovolné hospitalizace.
- 8) Dbát na to, aby při udělování ZTP měla vždy přednost vyjádření kvalifikovaného psychiatra před úředníkem Sociální správy.
- 9) Psychiatrická reforma musí být v souladu s kvalitnější legislativou a odbornou mezirezortní spoluprací.

3.3.6 Narativní analýza – příklad

K závěru mé práce se ještě krátce zmiňuji o příběhu pana Romana Charváta v tzv. narativní analýze. Takto vypadá prezentace sociální práce na webovém portálu Lidémezilidmi – příklad.

Roman - Chce to nějakou práci nebo sport

26. 7. 2012

Roman Charvát z Kladna měl v roce 2008 těžký úraz, spadl při práci z výšky a zlomil si obratle, má i přerušenu míchu. Od té doby nemůže chodit. Přestože je trvale odkázán na invalidní vozík, neztrácí vůli pro další plnohodnotný život, pracuje jako technik na plný osmihodinový úvazek, věnuje se rodině a závodně sportuje.

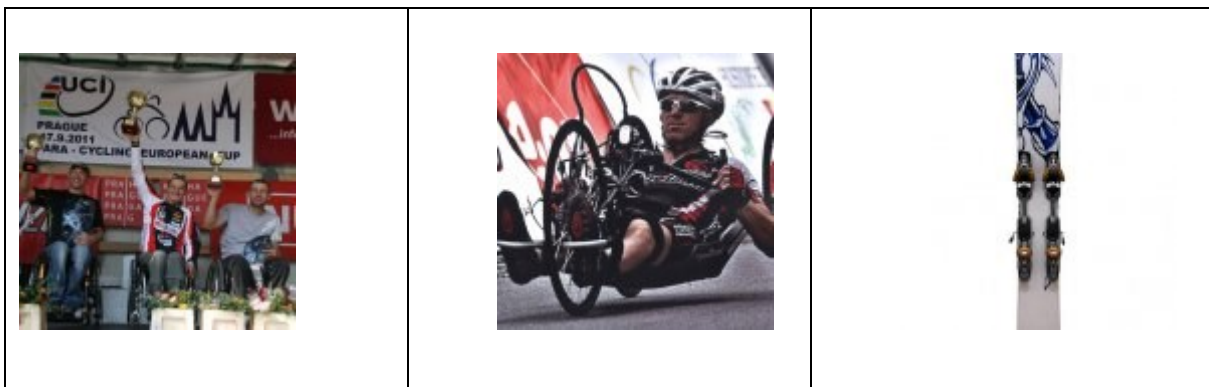


Jezdí na kole zvaném handbike, který je poháněn rukama. „Zatím nejsem tak dobrej, abych byl v reprezentaci a třeba teď na Paralympiádě v Londýně, ale loni jsem byl v Českém poháru druhý. Na kole jsem skoro každý den, to záleží na počasí. Člověk se výborně zrelaxuje, vybije se. Kolem Kladna je cyklostezka po které občas jezdím, ale většinou trénuji na silnici. Vyjedu na trasu, kde nejezdí moc auta, mám praporek a blikačky, aby mě řidiči viděli. Řidiči jsou tolerantnější, když jedu na handbiku, nezastaví mě nebo nevytlačí k příkopu. Sportovat jsem začal prakticky hned po úrazu. Zkoušel jsem všechny možné sporty - atletiku na vozíku, oštěp, disk, líbila se mi lukostřelba,“ říká

Roman. Kolo ale není jeho jediná sportovní aktivita. Pravidelně chodí plavat a v zimě je jeho sportem číslo jedna lyžování na monoski. Byl i v Alpách. Chodí také na rehabilitace a každý den cvičí protahovací cviky hlavně na nohy. Jednou si vyzkoušel i hipoterapii, jízdu na koni. Líbilo se mu to, uvolnila se mu páteř, posílilo svalstvo trupu.

Rodina mě podpořila

Roman byl po úrazu v nemocnici v Českých Budějovicích, pak v Motole a nakonec půl roku v Kladrubech. „Když se člověk takhle najednou ocitne v nemocnici, tak to vůbec pro něj není jednoduché. V Kladrubech jsem se učil věci zase úplně od začátku, takové základy jako se vůbec otočit, obléknout, přesuny z vozíku na postel, na záchod, umýt se, dostat se do sprchy, do vany. Ale poznal jsem tam spoustu nových lidí, co umějí žít i se svým zdravotním handicapem. Je to určitě přínos. Pro mě bylo dobré, že mě moc podpořila rodina. Byli tam lidé, kteří měli nějaký handicap a jejich partneři se s nimi rozešli nebo rozvedli. Moje rodina mi i přes onemocnění nadále pomáhá. Mám dva kluky (15 a 11 let), ty se narodili ještě předtím, než se mi stal ten úraz. Hlavně ten starší syn mi hodně pomáhá. Dělá mi servismana handbiku, když jezdím na závody, tak mi kolo skládá a rozkládá. Na závody se mnou jezdí všichni, když kluci nemůžou, jezdí a pomáhá mi manželka,“ pochvaluje si rodinnou spolupráci Roman.



Nezavřel jsem za sebou dveře

Roman absolvoval Střední průmyslovou školu strojní, pracoval v oboru, ale po úrazu si našel práci jako technik v Praze. „Zaměstnavatel mě vychází maximálně vstříc. Přizpůsobili mi pracovní prostředí, udělali bezbariérového přístupu, toaletu. Klobouk dolů. Mám invalidní důchod třetího stupně, ale nezavřel jsem za sebou dveře, snažím se pracovat především pro rodinu. Chce to nějakou práci nebo sport,“ radí Roman. V Kladrubech poznal, jak je pro lidi s handicapem důležité něco dělat. Jsou tam dobře vybavené dílny, truhlárna, kovodílna, tkalcovna, keramická dílna. Naučil se vyrábět šavle, příbory, svícný, sám si to vytepal, obrousil, natřel. Utkal celkem třicet šál, pro celou rodinu i pro kamarády, každému originál, aby se mu hodila podle koníčků nebo zájmů. Moc ho ta práce bavila. Ve výtvarné dílně dělal trička, technikou savování a barvami na textil. Také se naučil zahradničit a vyšívát, to podporuje motoriku prstů. S počítačem se seznamoval také až po úrazu. „Je to prostě obrovská změna, když se člověku něco takového stane a on je najednou nemocný a s handicapem. Je to takové dno, když se člověk ocitne v nemocnici. Naštěstí mám báječnou rodinu a prima kamarády. Chodili tenkrát za mnou každý den. Nebyl jsem na to sám. Stejně se člověk vyrovnává s osudem a nepříznivou situací skoro celý další život.“



Monoski je jízda na jedné širší lyži, kde lyžař má obě nohy pevně upnuté vedle sebe. Technika jízdy je do určité míry podobná jízdě na lyžích. Jeden z prvních typů monoski byl vynalezen v 60. letech a byl později propagován jezdcem Mike Doylem.

3.3.7 Narativní analýza: Jak jsem se s Romanem setkala

Roman Charvát je bývalým spolužákem mého staršího bratra Petra Nováka se kterým studoval Střední školu strojnickou v Kladně. Rozhovor jsme uskutečnili v autě na kladenském parkovišti.

Žánrová konfigurace – Romance

Dosažení – Úspěchu: i přes poškození míchy a ochrnutí může Roman řídit auto, účastní se parasoutěží a aktivně sportuje

Kontrola – Individuální: jedinec mezi ostatními

Řešení – Naděje: rodina mu hodně pomáhá a podporuje

Figurální postava – Hlava v oblacích: úspěchy v parasportu, v práci i partnerském životě

Životní filosofie – Idealismus: bytí idejí, materiální svět, možnost cestování i s handicapem po Evropě

Roman Charvát se postavil svému zdravotnímu problému čelem a nepodlehł nezdaru, který překonal a naučil se se svým handicapem žít. Využívá aktivně svých zbytkových schopností.

Životní témata

Roman spadl při česání ovoce ze stromu a stal se mu úraz páteře při kterém došlo k porušení míchy a ochrnutí nohou.

Myšlenka, že když se takhle najednou ocitne v nemocnici, tak to pro něj vůbec není jednoduché. Musí se se situací docela sám vyrovnat a smířit se s osudem, že se tomu tak stalo a že právě jemu. Okolo sebe měl lidi, kteří se naučili žít s handicapem a to mu dodávalo odvahu a sílu jít životem dál. Manželka a synové mu nadále pomáhají.

Ztvárnění jednání a míra aktérství

Roman za sebou nezavřel dveře, se svým osudem se dokázal vyrovnat, pracuje jako technik u Policie a zaměstnavatel pro něj vybudoval na pracovišti bezbariérový přístup.

Roman se snaží pracovat především pro rodinu, zvládl i několik řemesel při svém pobytu v sanatoriu v Kladrubech, kde se léčil. S Romanem Charvátlem byl také natočený dokument a rozhovor s Danou Morávkovou pro televizi o lidech, kteří překonali sami sebe. Pořad se jmenoval „Tenký led – Příběhy obyčejného života.“

Zdroj: webový portál www.lidemezilidmi.cz,

Příběh: autor-Lenka Nováková

4. ZÁVĚR

Internetový portál „*Lidé mezi lidmi*“, který provozuje zapsaný spolek „*Dobré místo*“ pod vedením pana předsedy Mgr. Jožky Gabriela, má bezesporu pro svou kvalitu a dostupnost velmi dobrou sledovanost. Portál, jehož vznik podpořil Evropský sociální fond, je věnován lidem, kteří mají dlouhodobé zdravotní a sociální problémy. Na svých stránkách ukazuje, že tito lidé mají co nabídnout a mají právo na plnohodnotný život.

Osudy lidí, kteří v důsledku onemocnění, úrazu nebo genetické dispozice žijí se zdravotním postižením, mají jednu společnou zákonitost – po zdravotních potížích přicházejí problémy sociální – pracovní, vztahové, atd. Příběhy jednotlivých lidí se zdravotně-sociálními problémy se však (navzdory této společné zákonitosti) velmi liší. Životní okolnosti, se kterými se zdravotně postižení lidé potkávali, osobní předpoklady pro zvládnutí nejrůznějších překážek a potíží, způsob, jakým se vyrovnávají se svou situací, to všechno je individuální a neopakovatelné.

Duševní onemocnění na rozdíl od fyzického postižení není na první pohled patrné, i když nemocnému člověku mnohdy přináší velké problémy. Psychiatričtí pacienti jsou diskriminováni v systému zdravotně-sociální péče a i veřejnost na ně pohlíží s podezřením a obavami. Nejen z tohoto důvodu bych byla moc ráda, kdybych svým skromným přispěním a náplní mé diplomové práce pomohla, jak k odstranění stigmatizace lidí s duševním onemocněním, tak k zásadní proměně systému psychiatrické péče v České republice.

V dotazníkovém šetření, které realizoval spolek *Dobré místo*, a o které se opírá i tento výzkum, se vrátilo 130 platných odpovědí. V mnohých z nich je patrné, že se lidé s duševním onemocněním velmi obtížně vyrovnávají se svými pocity, které je trápí a obtěžují. Vesměs jsou to diagnózy, které jsou specifikovány odbornou psychiatrickou společností. Domnívám se proto, že nejsem daleko od věci, když jsem se o těchto diagnózách ve své práci také přímo zmínila.

Již v úvodu své práce podtrhuji, že jsem chtěla především využít své poznatky získané při magisterském studiu Husitské teologické fakulty University Karlovy v Praze a také, jsem chtěla přispět k ozřejmění problémů lidí, které trápí duševní onemocnění.

5. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY:

Blinka Aleš, Jak na dlouhé dokumenty ve Wordu 2007/2010 aneb Píšeme diplomku, bakalářku, knihu, manuál, normu, výroční zprávu či jiný delší text, AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM, s.r.o., Purkyňova 95a, 612 00 Brno, vydání první 2012, ISBN 978-80-7204-786-4

Gabriel Josef, Kašpar Michal, Vaněk Tomáš, Kam jdou lidé s nemocnou duší, 2014 ISBN 978-80-260-6746-7, str.15-22

Hayesová Nicky, Základy sociální psychologie, Praha 2003, str.32 ISBN 80-7178-763-9

Höschl, C., Libiger, J., Švestka J.:PSYCHIATRIE, Druhé, doplněné a opravené vydání c TIGIS, spol. s.r.o. 2004, ISBN80-900130-7-4, str. 825-831

Höshl Cyril, Psychiatrie pro praktické lékaře, Nakladatelství a vydavatelství H&H, Komenského 236, 252 25 Jinočany, Vydání první, 1966,s. 108-109,ISBN 80-85-787-96-2

Janíček Jeroným, Höschl Cyril: *Kde bydlí lidské duše*, Portál, s.r.o., Praha 2004, ISBN 80-7178-954-2, s. 166

Lalík Michal, WWW pro každého, Grada Publishing a.s., ISBN: 978-80-247-4528-2 str.9, str.10

Milda Miroslav HTML pro začátečníky, Kopp nakladatelství České Budějovice,2000, ISBN 80-7232-052-1,str.19

Praško Ján, Prašková Hana, Prašková Jana, Deprese a jak ji zvládat, PORTÁL 2003,2008 ISBN 978-80-7367-501-1, str.60

Řiháček Tomáš, Čermák Ivo, Hytych Roman a kolektiv, Kvalitativní analýza textů: Čtyři přístupy, 2013 Masarykova univerzita, ISBN 978-80-210-6382-2,str.75-138 (Narativní a diskurzivní analýza)

Smolík,P., Duševní a behaviorální poruchy, Praha, Maxdorf, 1996, s. 454-473.

Styx Petr, O psychiatrii, Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi, Kdo je zdravý a kdo nemocný, Brno 2003, ISBN 80-7226-828-7, str.92

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1	str. 42 - 43
Graf č. 1	Tabulka č. 2 str. 192
Graf č. 2	Tabulka č. 3 str. 193
Graf č. 3	Tabulka č. 4 str. 194
Graf č. 4	Tabulka č. 5 str. 195
Graf č. 5	Tabulka č. 6 str. 196
Graf č. 6	Tabulka č. 7 str. 197
Graf č. 7	Tabulka č. 8 str. 198
Graf č. 8	Tabulka č. 9 str. 199
Graf č. 9	Tabulka č. 10 str. 200
Graf č. 10	Tabulka č. 11 str. 201
Graf č. 11	Tabulka č. 12 str. 202
Graf č. 12	Tabulka č. 13 str. 202
Graf č. 13	Tabulka č. 14 str. 203
Graf č. 14	Tabulka č. 15 str. 204
Graf č. 15	str. 248

INTERNETOVÉ ODKAZY:

- 2 Webový portál: www.lidemezilidmi.cz, <http://www.lmlarchiv.cz/o-nas>
str. 26
- 32 Cyril Höschl říká: (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)
str. 48
- 33 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)
str. 48
- 39 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)
str. 53
- 86 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)
str. 82
- 87 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050005-zahada-schizofrenie/video/>)
str. 83
- 109 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050003-zahada-deprese/>)
str. 99
- 110 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050003-zahada-deprese/>)
str. 102
- 112 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050003-zahada-deprese/>)
str. 103
- 178 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050002-zahada-uzkosti/>)
str. 152
- 182 Krahulcová, B., UK v Praze, HTF, nepublikovaná přednáška z psychopatologie č.9, 15.4.2019 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050002-zahada-uzkosti/>)
str. 156
- 184 (<https://www.ceskatelevize.cz/porady/10214731958-zahady-duse/209572231050002-zahada-uzkosti/>)
str. 159