

ČASOPIS

V. VYDÁNÍ 2019/2020 OSTRAVA

SEMESTR

PSYCHOLOGIE

PROČ LÉKY

NESTAČÍ

Hlavní téma

MUDR.

SAMUEL

AMBROŠ

Rozhovor

KDYŽ DUŠE

DOSTANE SVŮJ

PROSTOR

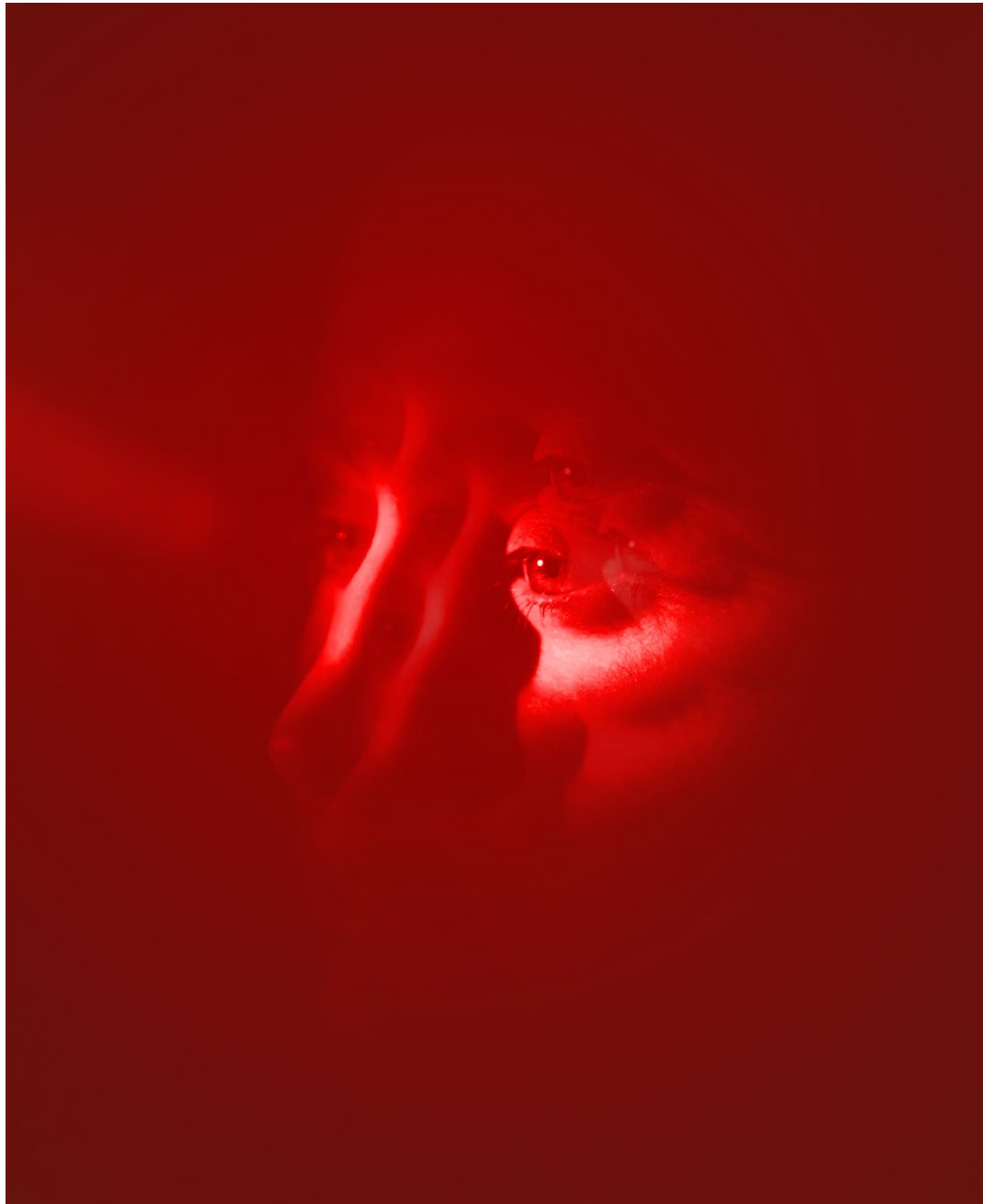
Rubrika psychohygieny

SCHIZOFRENIE

+ ODBORNÉ OKÉNKO

NOTÝSEK STUDENTA

Samostatná příloha



SEMESTR PSYCHOLOGIE



EDITORIAL REDAKCE

Vážení vyučující, milé studentky, milí studenti, naši čtenáři!

Tenkrát, když jsme začínaly pracovat na prvním čísle ostravského Časpisu, jsme byly nesmírně nadšené z toho, že budujeme něco nového. Užívaly jsme si, že naše nápady můžeme přetvářet do něčeho hmotného, do něčeho, co si můžete osahat, čím můžete listovat



při dlouhých večerech, do něčeho, co zanechává nesmírné ohlasy. Vždycky jsme se moc rády scházely a diskutovaly celé hodiny o tom, jak bude vypadat další číslo. Jezdily jsme po celé republice, jen abychom získaly zajímavý rozhovor. Zkrátka jsme se v tomto projektu našly. Jak šel čas, přibíraly jsme další a další nadšené pisatelky. Avšak nerostla jen redakce, ale i dosah samotného časopisu. Za to jsme nesmírně vděčné.

Jeden by řekl, že to prvotní nadšení jednou pomine. Možná ano, ale ještě ne teď. Společně strávený čas při práci na Časpisu nás neskutečně nabíjí. Z redakce se stala nerozlučná banda a z časopisu a časopisáckých večírků zase tradice. Děkujeme všem, kteří prošli tuto dlouhou cestu s námi, ale i těm, jež drží toto psychologické studentské periodikum poprvé. Vězte, že pořad máme čím překvapit.

Tentokrát je hlavním tématem Schizofrenie. Společně se podíváme, jaké to je žít s takovou diagnózou. Jak se vlastně taková schizofrenie projevuje? Jsou schizofrenici nebezpeční svému okolí? To vše se určitě dozvíte. Kromě obvyklých rubrik jako jsou Příběhy

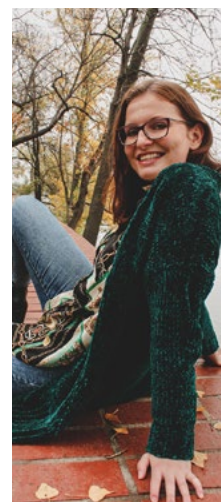
ze života, Odborné okénko, Psychohygienu, Novinky v psychologii, Rozhovory, Osobnost či Recenze, najdete tentokrát uvnitř i nějaké novoty. Můžete se těšit třeba na článek o tom, jak probíhá proces diagnostiky. Také vám poradíme, kam v Ostravě zajít na skvělou kávu nebo něco na zub. Zaměřily jsme se i na to, proč léky nestačí. A v neposlední řadě jsme se koukly na to, co všechno může dělat psycholog, a to zdaleka není vše! Tak honem otočte stránku.

Přejeme příjemné počtení plné inspirace.

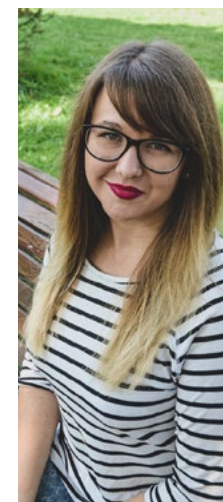
Děkujeme, že jste s námi.

Za celou redakci,

Debra Janáčková ■



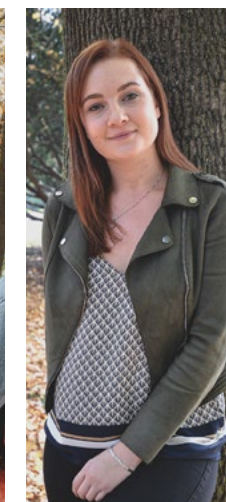
Janáčková



Hana Křiváková



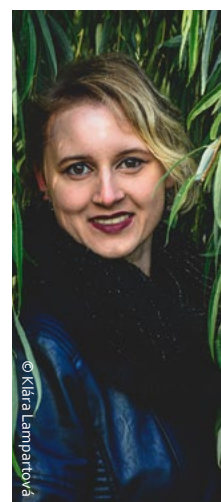
Klára Lampartová



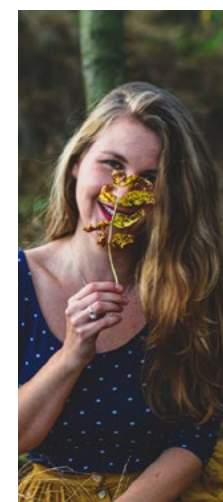
Barbora Křiváková



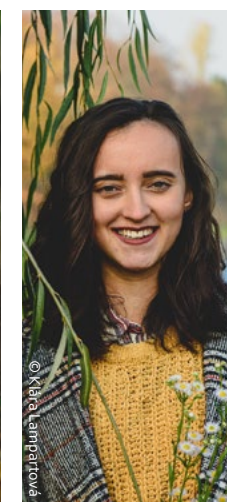
Barbora Křiváková



Klára Lampartová



Klára Lampartová



Klára Lampartová



Klára Lampartová



Klára Lampartová



K novému číslu časopisu studentů psychologie

Vážená redakce, milí příznivci a příznivkyně Časpisu: Semestr psychologie.

Dovolte mi, abych Vás jménem vedení Filozofické fakulty alespoň tímto způsobem pozdravila, a zároveň si přeji, aby tato kratičká zdravice nebyla brána pouze jako formální kompliment. Na fakultě totiž není mnoho podobných studentských aktivit, které by měly takto trvalý charakter a stály za nimi "hmotné" výsledky, například v podobě kvalitního a zajímavého periodika, jako je právě Časpis.

Toto číslo je věnováno schizofrenii, duševnímu onemocnění, jež bylo známo již starým Egypťanům. Dnešní hektická a náročná doba klade na nás na všechny

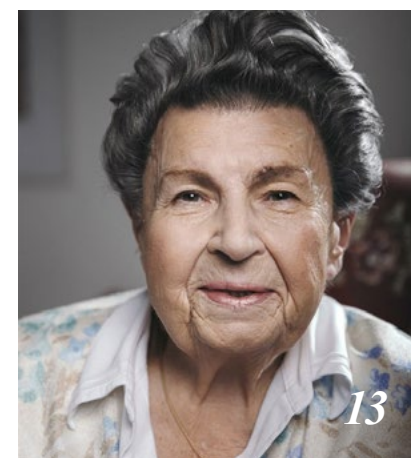
vysoké nároky a bohužel příliš nepřeje duševní pohodě, klidu a soustředění. Stres a dlouhodobá duševní zátěž mohou být spouštěčem této nemoci, jež provází lidstvo od pradávna a v minulosti její příznaky vedly ke stigmatizaci nemocných a jejich vyčlenění ze společnosti. Domnívám se, že stigmatizace duševně nemocných je jev, který přetrvává i v dnešní době. Jedním z účinných prostředků proti němu je osvěta a snaha o duševních nemocech otevřeně hovořit a informovat. A přesně takovou službu vykonává Časpis a jeho skvělá redakce.

Chci proto Vašemu úspěšnému časopisu popřát mnoho dalších úspěšných let a čísel plných zajímavých článků

věnovaných nejen otázkám a problémům z oblasti psychologie. Celé redakci přeji mnoho elánu, dobrých nápadů a neutuchajícího entuziasmu, a čtenářkám a čtenářům příjemné chvíle nad stránkami Časpisu!

À propos, už jste viděli Jokera?

Daniela Rywiková



Obsah

Editorial	1
Semestr Psychologie	
Zdravice	4
K novému číslu časopisu studentů psychologie	
Pohled dovnitř České asociace studentů psychologie	7
Časp připravuje	9
Co se událo	10
Časp	
Jiřina Prekopová	13
Osobnost	
Říkali jste schizofrenie? Aneb 5 mýtů o schizofrenii!	15
Hlavní téma: Schizofrenie	
MUDr. Samuel Ambroš	18
Rozhovor	
Aplikace	24
Rubrika	
Myslela jsem si, že jsem klon pravé Kláry	25
Hlavní téma: Schizofrenie	
Když duše dostane svůj prostor	31
Rubrika Psychohygieny	
Agresivní schizofrenik je atraktivní téma	34
Proč léky nestačí	38
Hlavní téma: Schizofrenie	
Čistá duše	40
Střed se hroučí zevnitř	41
Recenze	
Jednou a dost	42
Novinky v psychologii	46
Rubrika	
Kam v Ostravě	48
Tipy	
Bc. Vendula Bechná	52
Rozhovor	
Budete překvapeni, co vše může dělat psycholog	58
Rubrika	
Začátek	61
Sbírka básni od Sill	62
Vlastní tvorba	

POHLED DOVNITŘ ČESKÉ ASOCIACE STUDENTŮ PSYCHOLOGIE

SÁRA LAKOMÁ

Na těchto stránkách se zpravidla můžete dočíst, co se právě děje ve studentské asociaci, nejčastěji vystupující pod zkratkou ČASP. Na tuto otázku znají nejlépe odpověď ti, kteří stojí v jejím středu. Oslovili jsme několik studentů zapojených v ČASP a položili jim otázky týkající se jejich aktivity a zhodnocení přínosů, ale také slabin této studentské asociace. Následující řádky nabízejí pohled na ČASP očima jejich členů a zároveň jsou přehledem jejího aktuálního dění.

ze strany nezkušeného nováčka.

Co ti ČASP dává?

Myslím, že ČASP je skvělá asociace dávající nám, studentům, možnost realizovat se i mimo školu a podílet se tak na nejrůznějších projektech, akcích i exkurzích, spojených právě s psychologií. Také jsem velmi ráda za příjemný kolektiv ostravské pobočky, jenž tvoří ti nejšíkovnější lidé pouštějící se do všeho s obrovskou vervou a s úsměvem na rtech.

Jak jsi v asociaci zapojena?

Jsem zapojená do projektu Psychotalks a do časopisu Časpis: Semestr psychologie.

Co ti ČASP dává?

Působení v ČASP mi poskytuje nezměrné množství zkušeností. Studium na vysoké škole je hodně teoretické, ale z knížek se člověk moc praktického nenaučí. ČASP je poskytuje možnost, jak se dostat se ke kousku psychologické práce v reálném světě. Dala mi možnost poznat spoustu zajímavých lidí, komunikovat s nimi a do značné míry mě naučila být i tolerantnější. Kromě praktických zkušeností z oblasti psychologie mě dost potrénovala v plánování času, zodpovědnosti a organizaci. Zároveň je to takové bezpečné místo, ve kterém vím, že když něco pokazím, tak mi hlavu neutrhnou.

Dorota

Jak jsi v asociaci zapojena?

Členkou ČASP jsem se stala minulý rok, jakožto studentka prvního ročníku. Konkrétně jsem se přidala k týmu realizující přednášky pod názvem Psychotalks. Pro tento rok jsem se navíc připojila k projektu Buddy, který jsem si v minulém roce mohla sama vyzkoušet

Co ti v ČASP chybí? Napadá tě něco, co bys změnila?

Zatím jsem nepřišla na nic konkrétního, co by mi v ČASP chybělo. Avšak velká část členů naší pobočky jsou studenti třetího ročníku, proto si myslím, že postupem času by mohlo přibýt více nových „časpáků“.



Co ti v ČASP chybí? Napadá tě něco, co bys změnila?

Neumím říct konkrétní věc, která by mi scházela... scházela... Ale každá nová aktivita bude přínosná a myslím, že jí s radostí uvítáme.

Katka

Jak jsi v asociaci zapojena?

Po členském shromáždění ČASP v prvním ročníku, jsem si vybrala dva týmy. První byl Akční tým Tým propagace a akcí, kde jsem působila jako pomocná síla na Psychoparty. Druhým týmem je Tým projektů a vzdělávání a zde mě konkrétně zaujalo Psychotalks. Velmi se mi líbila myšlenka tohoto projektu a tím, že se v Ostravě tehdy otevřel poprvé, toužila jsem toužila být u zrodu. V současnosti jsem tedy členem Akčního týmu Týmu propagace a akcí a koordinátorem projektu Psychotalks.

Co ti ČASP dává?

Působení v ČASP mi dává možnost zlepšovat se v mnoha směrech. Ať je to učení se komunikaci s druhými lidmi, prezentace před davem posluchačů či vedení týmu lidí. Dále je to zodpovědnost, která se pojí s funkcí koordinátora.

Posun v těchto dovednostech začínám vnímat i já sama na sobě. Ze začátku uvádění Psychotalks jsem bývala velmi nervózní. Postupem času se člověk zlepšuje, dostávám i hezké zpětné vazby od svých spolužáků z týmů, za což jsem velmi vděčná a svým způsobem je to i tím, že mě na každé přednášce podporují svou přítomností. Psychotalks spojuje nové lidi, jejich příběhy a cesty, dává jim nový náhled na individualitu psychických problémů a za to jsme všichni vděční!

Karin

Jak jsi v asociaci zapojena?

V letním semestru prvního ročníku jsem se do ČASP přihlásila a hned se přidala do Týmu projektů a vzdělávání, v němž jsem se zapojila do projektu Bylo nebylo a následně jsem se stala koordinátorkou Buddy. Myslím si, že to tímto u mě ještě nekončí, protože se ráda přidám i do jiného týmu/projektu.

Co ti ČASP dává?

ČASP mi přijde jako úžasná asociace, kterou jen tak každý studijní obor nemá. Jsem vděčná za angažovanost všech členů, za příležitost

se psychologii věnovat zajímavým způsobem i ve volném čase (přednášky Psychotalks, čtení dětem v nemocnici v rámci Bylo nebylo, pomoc studentům v rámci Buddy projektu). Také bych chtěla zmínit, že na naší pobočce v Ostravě působí i velmi skvělý kolektiv, ve kterém se cítím moc dobře.

Co ti v ČASP chybí? Napadá tě něco, co bys změnila?

V ČASP nic osobně nepostrádám. Myslím si, že by obecně mohlo ale přibýt více nových členů, protože jich několik za rok ubyde.

Zuzka

ČASP PŘIPRAVUJE

SÁRA LAKOMÁ

Česká asociace studentů psychologie realizuje pro studenty aktivity prostřednictvím týmů, jakými jsou například Tým propagace a akcí či Tým projektů a vzdělávání. Zimní semestr již tradičně zahajuje služba vítající studenty prvního ročníku – Buddy. Utéci od knih a socializovat se mohou studenti několikrát do roka na Psychoparty a každý měsíc probíhají pravidelné přednášky Psychotalks. Kromě těchto opakujících se aktivit se v průběhu semestru koná řada dalších událostí vzdělávacího či socializujícího charakteru.

Než se podíváme na to, co se chystá v zimních měsících tohoto roku, zastavme se na chvíli u výsledků dotazníku, který byl na začátku školního roku vypuštěn mezi studenty a jehož cílem bylo zmapovat jejich zájmy a zjistit, jaké aktivity by uvítali. Všichni respondenti se shodli na tom, že by ocenili vzdělávací kurzy. Jejich odpovědi se lišily v částce, kterou by byli do něj ochotni investovat a v oblasti kurzu, která

by je zajímala. Mezi tématy zazněly například: projektivní metody, terapeutické techniky, neuropsychologie, mindfulness, personalistika, environmentální psychologie... Téměř všichni projevíli zájem o exkurze a mezi návrhy byly uvedeny např.: Psychiatrická léčebna, SVP, Národní ústav duševního zdraví, krizové centrum... Toto je pouhý výťah z výsledků dotazníků, který je v rukou vzdělávacího týmu a snaží se najít způsob, jak zrealizovat alespoň některé z výše zmíněných požadavků.

Na řadě je představení novinek, které se v tomto akademickém roce uskuteční. Ostravská pobočka ČASP navazuje opět spolupráci se zařízením Menssana, kde již v minulosti studenti docházeli jako dobrovolníci. Jedná se o organizaci, která poskytuje sociální rehabilitaci, podporu samostatného bydlení, terapeutické programy, kognitivní rehabilitaci... V rámci Týmu projektů a vzdělávání bude brzy uvedena aktivita s názvem Na Kávičku, aneb má cesta praxí, která bude probíhat

formou povídání lidí z praxe o své profesní cestě, po kterém bude následovat neformální posezení s přednášejícími u kávy. Cílem tohoto projektu je rozšířit studentům povědomí o možnostech uplatnění a o jeho podmínkách, přiblížit zájemcům o studium psychologie tento obor a propojit studenty s absolventy, akademiky a lidmi v praxi. Na tento semestr jsou naplánované dva tréninky, které studentům předávají praktické dovednosti. Zatím se uskutečnil trénink se zaměřením na Konfliktní situace a před námi je trénink, který otevře téma time managementu. Příznivce deskových her zajisté potěší, že Tým propagace a akcí plánuje obnovit událost Hry o páté. V rámci spolupráce s mezinárodní asociací sdružující studenty medicíny IMFSA se budou moci studenti zúčastnit školení první pomoci pod vedením mediků. Bližší informace o výše zmíněném vám neuniknou, když budete pravidelně sledovat stránky ČASP na facebooku. ■

CO SE UDÁLO

SÁRA LAKOMÁ





Zdroj: Michal Sváček

JIŘINA PREKOPOVÁ

MICHAELA KRAKOVSKÁ

Doktorka Jiřina Prekopová patří mezi nejkontroverznější osobnosti současné dětské psychologie. Proslavila se nejenom svými osobitými, často svéráznými názory, ale i jako zakladatelka světoznámé formy psychoterapie, jež nese název „Terapie pevným objetím podle Prekopové“. Rovněž je označována za popularizátorku vědecké psychologie, se kterou seznamuje široké publikum díky vydávání populárně naučné literatury. Její studie vyhledávají z laické veřejnosti zpravidla rodiče pátrající po informacích týkajících se „nezvladatelných“, v rodinném prostředí dominujících dětí, kvůli nimž dochází k nerovnoměrnému rozprostření moci v rodině.

Po mnoha letech v ústraní se dostavil úspěch

Jiřina Prekopová se narodila 14. října 1929 v Prostějově. Studium psychologie absolvovala na Univerzitě

Palackého v Olomouci. Po dokončení vysoké školy pro své antikomunistické názory, které sdílela se svým manželem, který za ně byl dokonce jako politický vězeň zajat, v oboru pracovat nesměla. Po řadě různých, na psychologii nezaměřených, zaměstnání získala místo odpovídající jejímu vzdělání až v západním Německu, kam s manželem krátce po jeho propuštění roku 1970 emigrovali. Pracovala v domě

Tělesný kontakt, konkrétněji tedy objetí, je nejpřirozenějším prostředkem, který jedince navrátí do pokojného stavu.

pro osoby trpící mentální retardací, poté následoval nástup do diagnostického a terapeutického centra pro autisty a pozice na dětské klinice. Při práci s autisty se seznámila s myšlenkou terapie pevným objetím (holding therapy), kterou na základě znalostí práce

Niko Tinbergena a Berta Hellingera přetransformovala do nové podoby, jejíž hlavní myšlenkou je potřeba vcítění se a znovunastolení lásky (Prekop, 2007).

Terapie pevným objetím podle Prekopové

Jedná se o léčebnou terapeutickou metodu, která má své kořeny v léčbě autistických dětí, pro něž je typický odpor vůči fyzickému kontaktu. Právě znalost této informace způsobila, že se na psycholožku lidé dívali s despektem. Byla vnímána jako někdo, kdo cíleně omezuje osobní svobodu těch, kteří o kontakt nestojí, bojí se ho. Psycholožka naopak věří, že právě děti, které jsou extrémním úkazem tohoto odporu, potřebují největší pomoc. A to nejenom ony, ale i jejich rodiče, kteří nedobrovolně odloučení špatně snášejí. Díky tomu dochází k ohrožení vazby, která je jednou ze základních lidských potřeb, neboť se váže k pocitu bezpečí.



Prekopová vychází ze znalostí o nutnosti přilnutí, které je podle jejích názorů u autistických osob nerozvinuté. Tělesný kontakt, konkrétněji tedy objetí, je nejpřirozenějším prostředkem, který jedince navrátí do pokojného stavu. Jedinec s narušenou vazbou díky fyzické přítomnosti jiné osoby, kterou může být matka, otec, či opatrovatel, cítí lásku, kterou dříve nepociťoval a dochází ke snížení jeho tenze.

Sama se způsobu této terapie obávala, považovala jej za formu útlaku osobní svobody, ale poté, co zjistila, že i na ni fyzický kontakt působí v rozrušeném stavu dobře, se jej po domluvě s rodiči pokusila aplikovat i na autistické dítě, které měla zrovna v péči. A její práce byla úspěšná. Za svou osobní zkušenost vděčila manželovi, kterého léčbu objetím naučil jeho dědeček, když se jej coby

dost energické dítě snažil uklidnit.

Terapie objetím se nevyužívá pouze u nemocných dětí, ale i v těch případech, kde je podezření na narušenou vazbu: „Počáteční způsob terapie vznikl ze snahy zprostředkovat lidem s autismem připoutání k jejich blízkým. Dnes je cílem terapie dát možnost všem členům rodiny, aby byli bezpodmínečně milováni a aby se v rodinných vztazích nastolily vztahy tvořené láskou“ (Prekop, 2009).

Osvěta vedena láskou

Aktuálně doktorka Prekopová působí v Německu pod pseudonymem Jirina Prekop a pokračuje ve své osvětové práci. Její knihy, které se staly bestsellery, byly přeloženy do 23 jazyků. Mimo jiné se svými žáky zakládá vzdělávací instituty a přednáší.

Díky tomu šíří svůj koncept lásky po celém světě.

Publikace

Malý tyran. Co vlastně děti potřebují

Děti jsou hosté, kteří hledají cestu

Neklidné dítě

Když dítě nechce spát

Jak být dobrým rodičem.

Krůpěje výchovných moudrostí

Empatie – Vcítění

v každodenním životě

Nese mě řeka lásky

Odhalte poklad u svého dítěte.

Kniha pro zvědavé rodiče

Kdybyste věděli, jak vás miluji. Jak pomoci obtížně vychovatelným dětem postavením rodinného systému a terapie pevným objetím

Prvorozené dítě.

O sourozenecké pozici

Pevné objetí. Cesta k vnitřní svobodě

I rodiče by měli dělat chyby

Jsem tu pro lásku

Jiřina Prekopová, Jaroslav

Šturma – Výchova láskou

Jen v lásce přežijeme

Literatura

Prekop, J. (2007). Nese mě řeka lásky. Brno: Cesta.

Prekop, J. (2009). Pevné objetí: cesta k vnitřní svobodě. Praha: Portál.



ŘÍKALI JSTE SCHIZOFRENIE? ANEB 5 MÝTŮ O SCHIZOFRENII!

HANA PEIGEROVÁ

„On je schizofrenik? Jó, to je to, když má ty dvě osobnosti. Rozštěpení osobnosti se tomu říká.“

Jednou z možností původu tohoto mýtu může být původ samotného slova schizofrenie, které pochází z řečtiny (od základu slova „schizo“, které znamená štěpit, a „phren“, které znamená rozum a myšlení). Tento název měl zdůraznit přítomnost rozštěpení (schizma) mezi myšlením, emocemi a chováním. Termín schizofrenie je však mylně vykládán širokou laickou veřejností jako „rozštěpení osobnosti“, kdy jako by současně existovaly dvě nebo více odlišných osobností (Doubek, 2012).

Dále mě napadá film, který se často udává jako doporučení, pokud se zajímáte o schizofrenii – Já, mé druhé já a Irena. V anotaci filmu se o schizofrenii nic nepíše, nicméně ve filmu zazní diagnóza schizofrenie, a i na wikipedii se můžete tuto mylnou informaci dočíst. Ve skutečnosti by se pravděpodobně jednalo o disociativní poruchu osobnosti (DID, dříve známá jako mnohočetná porucha osobnosti). Pokud si tedy chcete pustit odpovídající film, zkuste raději Čistou duši, film inspirovaný autentickým životním příběhem Johna Forbese Nashe ml., nositele Nobelovy ceny za ekonomii.

„Vy chcete na to pracovní místo vzít Frantu? Já slyšel, že má schizofrenii, ještě nám to tu rozmlátí. Co když někomu ublíží?“

Mýtus o nevypočitatelnosti a nepředvídatelnosti schizofrenních pacientů posilují prakticky všechna média, která často nadužívají termínu „schizofrenie“. Můžeme jen polemizovat o tom, zda je to tím, že se stalo onemocnění díky filmovým zpracováním a snaze o destigmatizaci žádoucím a zajímavým. Pravdou je, že nebezpeční pro své okolí mohou být pacienti, kteří se nacházejí v akutní atace s těžce narušeným kontaktem s realitou. V tuto chvíli mají pacienti některé poruchy vnímání a myšlení, cítí se být ohroženi, brání

se domnělým nepřátelům nebo slyší hlasy nabádající je k agresivnímu chování. Do tohoto stavu se však nedostanou lusknutím prstu. Takovéto atace předcházejí různé prodromální příznaky, signály, které nám hlásí, že něco není v pořádku. Pacienta s diagnózou schizofrenie, který nevykazuje tyto signální příznaky a je zamedikovaný, není důvod se obávat a jednat s ním jinak než s běžným člověkem. Naopak nemocní se schizofrenií jsou častěji oběťmi násilného jednání ze strany lidí bez diagnózy závažné duševní poruchy (Skopová, 2016).

„No tak s Pepíčkem je to konečná. Mánička odvedle říkála,

že s tím už se nic nedá dělat, je to neléčitelné.“

Jednoduše řečeno – schizofrenie je léčitelné duševní onemocnění (Doubek, 2012; Skopová, 2016). Samozřejmě záleží, v jaké fázi ji začneme léčit, jakými prostředky a zejména záleží na míře spolupráce a náhledu samotného pacienta! Základem léčby zůstává farmakoterapie antipsychotiky. Komplexní léčba však zahrnuje i psychoterapii, kognitivní remediaci (trénink pracovní paměti) a sociální přístupy, které zahrnují rehabilitační přístupy s cílem pomáhat klientovi při začlenění do společnosti (Rodriguez, 2017).

„Ty prášky, co berou, z nich prý dělají chodící zombie.“

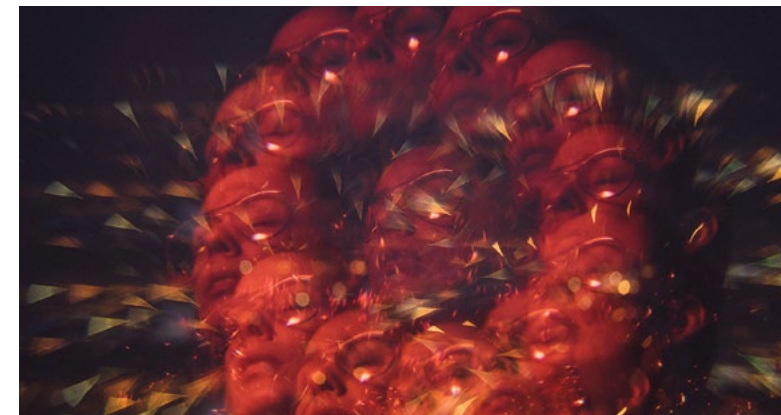
Tento mýtus pochází zřejmě z doby užívání klasických antipsychotik, které sice poměrně dobře léčily pozitivní příznaky (halucinace, bludy), avšak při léčbě negativních a afektivních příznaků (více informací o příznacích onemocnění se dočtete v odborném okénku) nebyly tak účinné a měly spoustu nežádoucích účinků, mezi které se řadil tzv. extrapyramidový syndrom, kterému se také říká parkinsonoid, protože připomíná Parkinsonovu chorobu. Uvedený syndrom spočívá ve zvýšeném svalovém napětí, které vede k tomu, že nemocní jsou v mírném předklonu, chodí malými šouravými krůčky, chybí souhyby paží, obličej má maskovitý výraz, může se objevit slinění. Pokud jsou tyto potíže výrazné,

jsou zřejmé na první pohled a postiženého handicapují. V dnešní době se však užívají antipsychotika druhé generace, která se vymezují především dobrou snášenlivostí (zejména absencí extrapyramidových příznaků) a jsou účinná nejen při léčbě pozitivních, ale i negativních, afektivních a kognitivních příznaků (Rodriguez, 2017).

„Jsou přítěží, dostávají invalidní důchody, a přitom jim nic není a mohli by vydělávat. Jsou jenom líní a vyhýbají se práci.“

U pacientů se schizofrenií se často hovoří o třetinovém pravidle, kdy:

- třetina nemocných se po první atace uzdraví úplně nebo téměř beze zbytku a epizoda onemocnění se již neopakuje;
- u třetiny nemocných probíhá onemocnění v atakách s reziduální psychopatií mezi atakami;
- více než třetina nemocných trpí dlouhodobě chronickým průběhem s kolísavou intenzitou téměř trvale přítomných příznaků onemocnění (Doubek, 2012; Rodriguez, 2017; Svoboda, Češková, & Kučerová, 2015).



Invalidní důchody jsou uznávány většinou v druhém a třetím případě, kdy, jak sami můžete posoudit, není jednoduché věnovat se práci. Možná vás napadá, že jsme zmiňovali možnosti léčby tohoto onemocnění a nyní hovoříme o trvale přítomných příznacích onemocnění. Tak, jako je každá osoba jedinečná, je i její průběh duševního onemocnění velmi individuální.

V mnohém je schizofrenie jako (skupina) onemocnění záhadou a my postupně odkrýváme jednotlivé vrstvy. Pacienti schizofrenií trpící jsou do ní však vtaženi a musí ji žít, nemají na výběr. Až 10 % schizofreniků končí svůj život sebevraždou (Doubek, 2012) a kdoví, každý jeden výše uvedený mýtus mohl být stavebním kamenem jejich rozhodnutí. Mějme proto mysl otevřenou a nevnímejme nemocné jen jako diagnózu, jsou to stále osobnosti.

Zdroje:

Doubek, P. (2012). *Schizofrenie*. In J. Raboch & P. Pavlovský, Psychiatrie (pp. 244-256). Praha: Karolinum.

Rodriguez, M. (2017). *Schizofrenie*. In P. Kulišťák, Klinická neuropsychologie v praxi (pp. 515-533). Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.

Skopová, J. (2016). *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění*. Praha: Galén.

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy* (Vydání třetí). Praha: Portál. ■



MUDR. SAMUEL AMBROŠ

KATEŘINA LUDVÍKOVÁ
KATEŘINA MÜLLEROVÁ

Narodil se na Slovensku, kde vystudoval všeobecné lékařství na Univerzitě Komenského v Bratislavě (2009 - 2015). Po škole začal pracovat na oddělení psychiatrie FN Ostrava, kde působí dodnes. Od roku 2018 působí jako odborný asistent na Ostravské univerzitě.

Co všechno je potřeba, abychom určili diagnózu schizofrenie?

Diagnostický proces v psychiatrii se opírá o několik zdrojů informací, základním vyšetřovacím nástrojem je diagnostické interview. Kromě toho, co pacient sám řekne, popisujeme obecnou psychopatologii, pak získáváme informace od rodiny. Specificky v případě schizofrenie jde ale o onemocnění principiálně dlouhodobé, často chronické, takže diagnózu nelze určit z jednoho pohovoru. Neznáme žádný jednoznačný a specifický příznak schizofrenie ani v oblasti psychopatologie,

ani v oblasti laboratorní a zobrazovací diagnostiky. Časové kritérium sehrává významnou roli při stanovení diagnózy, měli bychom poznat pacientův životní příběh a znát dlouhodobý průběh jeho psychopatologie. Pro diagnostiku schizofrenie jsou mimořádně důležité tzv. Schneiderovy příznaky I. řádu (ozvučování myšlenek, slyšení hlasů ve formě konverzace nebo diskuse, slyšení hlasů, které doprovázejí vlastní činnost poznámkami, tělesné

...diagnózu nelze určit z jednoho pohovoru. Pro diagnostiku schizofrenie jsou mimořádně důležité tzv. Schneiderovy příznaky I. řádu.

prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek a další ovlivňování myšlenek – vysílání myšlenek, bludné vnímání, všechny další prožitky ovlivňování vůle, emocí, impulsů). Tyto prožitky se však vyskytují i v rámci jiných psychotických poruch, a proto nelze jen na podkladě symptomů prvního řádu vyloučit ostrou hranici mezi schizofrenií a jinými psychopatologickými stavy. I přes veškerou snahu Světové zdravotnické organizace a odborné společnosti o destigmatizaci toto onemocnění s sebou i v dnešní době přináší jistou míru diskriminace, proto bychom měli k diagnostice přistupovat s opatrností a rozvahou.

Může se i psychiatr v diagnostice zmýlit?

Psychiatrie má mezi ostatními medicínskými obory zvláštní postavení také v tom, že staví diagnostiku zejména na zmíněném pohovoru s pacientem, kde paraklinické, „objektivní“ (laboratorní, zobrazovací) metody hrají spíše druhořadou úlohu, často slouží jen k vyloučení jiné příčiny duševní poruchy. Může to budit dojem, že jde o „dojmologii“, že převažuje subjektivní pohled vyšetřujícího, ale v pohledu na jednoho pacienta většinou panuje shoda a diagnostické jednotky jsou v dnešním systému MKN-10 pevně zakotvené a určují další doporučené postupy léčby i prognózu nemocných. Takže na vaši otázku odpovím samozřejmě kladně, každý se může zmýlit, ale např. s vyloženými simulanty se setkáváme jen vzácně. Existuje řada hraničních stavů, kdy si s definitivní diagnózou nevíme rady a je třeba

...každý se může zmýlit...

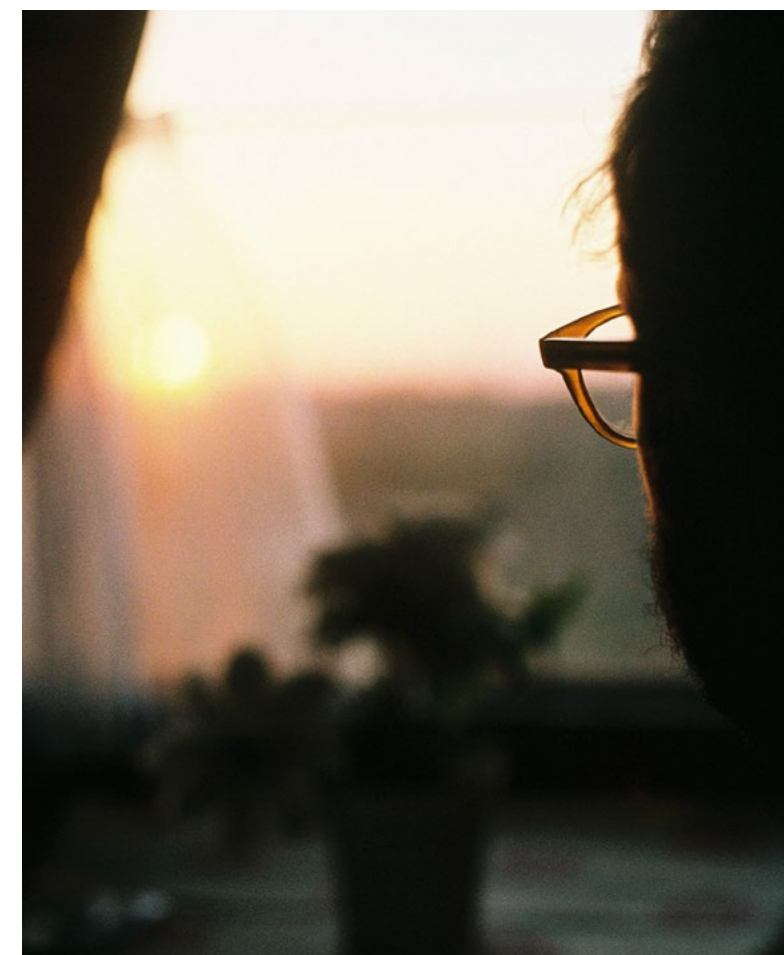
připomenout, že i schizofrenie jako taková je vnímána spíše jako „skupina schizofrenií“, jde o značně heterogenní onemocnění s řadou klinických obrazů... Nicméně jak jsem

uvedl, diagnózu schizofrenie stanovujeme až po delším sledování klienta a tudíž k omylům v tomto případě dochází jen málokdy.

U kterých lidí hrozí větší riziko tohoto onemocnění?

Statisticky jde o onemocnění s celosvětově přibližně stejným výskytem, který je někde pod 1% populace z hlediska celoživotní prevalence,

až na několik výjimek, jako jsou izolované populace... Vyskytuje se o něco málo častěji u mužů než u žen. Významnou roli hraje genetika a také prenatální vývoj. Známe vyšší riziko v rodinách, kde např. monozygotní dvojče pacienta má až 40% pravděpodobnost, že onemocní také. Je také prokázán vztah k užívání drog, které ale slouží spíše jako spouštěč, nejedná se o příčinnou souvislost.



Dá se říci, že preventivní programy zaměřené na mládež v tomto ohledu působí i jako prevence onemocnění schizofrenií.

Jací jsou schizofrenici jako klienti? Jaká má práce s nimi úskalí?

Na tuto otázku není jednoznačná odpověď. S klienty se setkáváme v různých fázích onemocnění... V akutní fázi je namístě trpělivý, empatický přístup, jelikož se pacient pod vlivem psychotických příznaků (bludy, halucinace) nachází ve velmi nepříjemném až trýznivém stavu, při němž samozřejmě může ohrožovat i sebe nebo své okolí, tento stav je však utrpením zejména pro něj samotného. Psychotické příznaky jsou v tu chvíli pro něj mnohem významnější než okolní realita a jedno od druhého není schopen odlišit. Za druhé pak pečujeme o pacienty více či méně stabilizované, plánujeme pokračovací a udržovací léčbu a snažíme se posilovat jejich motivaci k dlouhodobé spolupráci. Obecně je práce s těmito klienty jistě náročnější než třeba u neurotiků, vyžadují více času a energie, dá se říci, že zejména v prvních fázích onemocnění se „hraje o hodně“, mnoho

se dá správnou léčbou zachránit, ale také mnoho nenávratně ztratit. Dobře cílená léčba vede v řadě případů k výraznému zlepšení psychického stavu i kvality života nemocného, což je samo o sobě satisfaktivní i pro ošetřujícího lékaře.

Co se typickému schizofrenikovi honí hlavou?

To je těžká otázka, snažit se tak různorodou skupinu nějak zprůměrovat. Úplně nejčastěji vidáme v akutní fázi onemocnění tzv. paranoidně-halucinatorní syndrom, v rámci něhož nemocný vnímá neutrální podněty ze svého okolí, jakoby se k němu nějakým způsobem vztahovaly, přisuzuje jim nereálné významy. Navíc často trpí halucinacemi, nejčastěji sluchovými, kterým říkáme auditivně-verbální a klienti

V akutní fázi je namístě trpělivý, empatický přístup. Snažíme se posilovat jejich motivaci k dlouhodobé spolupráci.

jim říkají „hlasy“. Někdy se ale setkáme i se stavy, kdy v akutní fázi pacient nekomunikuje vůbec nebo je jeho projev zcela nesouvislý

a můžeme se tak jen domnívat, co skutečně zažívá... Ve fázi stabilizace to jsou však lidi, kteří řeší běžné otázky každodenního života.

Koluje mnoho mýtů o hrozícím nebezpečí ze strany schizofreniků, jsou ale skutečnou hrozbou?

Otázka souvisí s problémem stigmatizace duševně nemocných, která se ale právě schizofreniků dotýká asi úplně nejvíc. Stigma schizofrenie pramení z nedostatku vědomostí, strachu a z předsudků, které se stále ještě nedaří odbourat. Donedávna byly tyto stereotypy stigmatu předávány z generace na generaci a bohužel i posilovány za pomoci médií. Je nutno v této souvislosti připomenout, že drtivá většina pacientů s tímto onemocněním nikdy nespáchá žádný násilný čin a také to, že většina trestných činů je spáchána duševně zdravými osobami. Pokud si uvědomíme, že se jedná o nemocné lidi, tak toto nebezpečí odráží v mnohém stav psychiatrické péče (zejména ambulantní a terénní služby) a za případné násilné činy nelze vinit pacienty samotné. I u nás se snad nyní blýská na lepší časy, reforma psychiatrické péče

se konečně rozběhla, zakládají se Centra duševního zdraví a další centra sociální pomoci, přestože v celkových výdajích na psychiatrickou péči hrubě zaostáváme za průměrem EU.

Toto onemocnění propuká v dospívání, nicméně je možné, aby se určité příznaky manifestovaly už v dětském věku jedince?

Příznaky typicky začínají u mužů okolo 20. roku života, u žen asi o 10 let později. Známe případy jak dětské schizofrenie, tak i vzniku v pozdějším věku, ale jedná

...drtivá většina pacientů s tímto onemocněním nikdy nespáchá žádný násilný čin

se spíše o raritní případy. U dětí je pak často onemocnění spojeno s nepříznivým, chronickým průběhem, s progresí a často trvalou invaliditou.

Objevují se přidružené choroby? Jestli ano, co podle vás představuje největší problém?

Určitě ano. Častou komorbiditou u pacientů se schizofrenií je abúzus návykových látek, zejména amfetaminů, alkoholu a marihuany, což značně zhoršuje spolupráci, prognózu a celkový výsledný stav. Ze somatických chorob pacienti častěji trpí kardiovaskulárními chorobami, zvýšenou hladinou cholesterolu nebo diabetem, což je dáno jak špatným životním stylem a nežádoucími účinky léčby, tak i horší dostupností zdravotní péče. V důsledku





toho je průměrná délka dožití u pacientů se schizofrenií kratší o 22,5 roku. Uvedené problémy jsou výzvou pro další organizaci péče a možností, jak významně ovlivnit průběh onemocnění.

Existuje u schizofrenika náhled na nemoc? Pokud ano, kdy si uvědomí, že je něco špatně?

Náhled na nemoc, kterému jinak říkáme nosognose, je zde velmi důležitým faktorem. V akutním stadiu nemoci náhled není přítomen vůbec, ale jak pokračuje úspěšná léčba, jsou pacienti stále více schopni rozlišit

příznaky, které nejsou reálné, vytvořit si odstup, hovořit o tom a za pomoci terapeutů si náhled vytvářet. Ten hraje klíčovou úlohu v dalších fázích léčby a v prevenci opakovaných relapsů onemocnění.

Jakými způsoby se můžeme postarat o blízkého, který trpí

Co pacienti potřebují, je jednoduše sociální přijetí, zázemí, snahu zabránit primitivní stigmatizaci a ostrakizaci.

schizofrenií, i když jsme laikové?

Je potřeba znovu zdůraznit, že se jedná o onemocnění heterogenní, kde se zhruba 1/3 pacientů po první atace zcela uzdraví a prakticky jim nemoc nepřináší žádná omezení do dalšího života. Co pacienti potřebují od svého laického okolí úplně nejvíce, je jednoduše sociální přijetí, zázemí, snahu zabránit primitivní stigmatizaci a ostrakizaci. Dobré sociální zázemí má významný pozitivní vliv na další rozvoj onemocnění bez ohledu na jeho povahu a případně úspěšnost biologické terapie.

Jakým způsobem se může jedinec s tímto onemocněním začlenit do normálního života?

Jedním z mýtů o schizofrenii je přesvědčení, že tito lidé jsou trvale odtrženi od reality a že není možné s nimi navázat validní kontakt. Skutečnost je však úplně jiná. Mám v ambulanci řadu pacientů, kterým by tuto diagnózu rozhodně nikdo nehádal. Jak jsem uvedl

...zdravotníci se domnívali, že problém by mohl „být v hlavě“.

výše, tak se v dnešní době valná většina pacientů se schizofrenií pohybuje volně po světě, jsou úspěšně léčeni moderními antipsychotiky, často pracují ať v chráněných dílnách, nebo v běžných zaměstnáních a ani nežádoucí účinky léků už nejsou tak limitující, jak tomu bylo dříve. Principiálně ale pacienti potřebují naši podporu i v této oblasti, zejména bezprostředně po psychotické epizodě. Potřebují úlevy, sociální pomoc, jejich tolerance zátěže zůstává často dlouhodobě snížena. Troufám si ale říct, že velká část z nich žije zcela plnohodnotným životem.

Je v dnešní době možné stabilizovat, popřípadě vyléčit schizofrenii?

Zde vstupuje do hry řada faktorů. Jednak je to charakter onemocnění samotného, který nedokážeme ovlivnit vůbec, a který může být tedy velmi nepříznivý až maligní, spějící k rychlé progresi a invalidizaci pacienta. Pak je ale řada faktorů, které ovlivnit můžeme a můžeme tak prognózu onemocnění významně zlepšit. Ze studií vyplývá, že tím úplně nejdůležitějším je setrvání pacientů v léčbě, tj. řádné užívání antipsychotik v době po odeznělé psychotické epizodě. Abych se ale vrátil k vaší otázce, tak prognóza onemocnění je s vývojem nových léků stále lepší a obecně se dá stabilizovat u většiny nemocných.

Máte nějakou perličku ze setkání se schizofrenikem?

V médiích je k nalezení mnoho příběhů o lidech se schizofrenií, a jelikož vyplývají ze samotného charakteru onemocnění, jsou častokrát vtipné až bizarní, a tedy pro laického čtenáře i „populární“. Rád bych ale zmínil perličku z trochu jiného soudku. Jak jsem již výše zmiňoval, v naší společnosti nadále přetrvávají

představy a postoje, které vedou ke stigmatizaci duševně nemocných. Bohužel obdobné postoje vykazují nejen laici, ale častokrát i zdravotníci zaměřující se zejména na tělesná onemocnění. Perličkou, tentokrát v negativním světle, pro mne bylo setkání s klientem schizofrenikem, který vyhledal lékařskou pomoc pro bolesti břicha. Byl jsem přizván ke konziliárnímu psychiatrickému vyšetření a zhodnocení psychického stavu ještě dřív, než pacient podstoupil zobrazovací a laboratorní vyšetřování, protože zdravotníci se domnívali, že problém by mohl „být v hlavě“. Klíčem k destigmatizaci jsou různé programy zajišťující kontakt mezi lidmi se zkušeností s duševní nemocí a těmi, kteří tuto zkušenost nemají. Stejně tak přispívá i vyšší informovanost a vzdělanost populace v problematice duševního zdraví. Za zmínku rozhodně stojí projekt Na Rovinu pod záštitou Národního ústavu duševního zdraví (narovinu.net).

Pane doktore, velmi Vám děkujeme za rozhovor!

APLIKACE

KATEŘINA BAROŠOVÁ



Nepanikař

Pomalu mi připadá, že v dnešní době existují aplikace téměř na všechno. Ale taková, která by mohla pomoci v prvních chvílích úzkosti, při depresivních stavech či při myšlenkách na sebevraždu, zde na českém trhu chyběla. Deficit takové obdoby pomoci pocítila právě spoluautorka aplikace

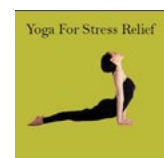
Nepanikař Veronika Kamenská. Proto v březnu tohoto roku společně s dalšími studenty VUT v Brně ve spolupráci s brněnskými psychology, psychiatry a také organizací Nevypusť duši tato česká aplikace přišla na svět. V aplikaci naleznete nabídku 5 hlavních témat podle typu problémů: Deprese, Panika a úzkost, Chci si ublížit, Myšlenky na sebevraždu a nově také modul Poruchy příjmu potravy. Dále nabízí i kontakty na odbornou pomoc. Taková aplikace u nás určitě najde využití.

Neúprosné statistiky z roku 2017 totiž ukazují číslo 1395. 1395 lidí, kteří se rozhodli spáchat sebevraždu. Proto můžeme doufat, že třeba právě díky aplikaci Nepanikař se toto alarmující číslo začne snižovat. ■

Android



iOS (Iphone)



Yoga For Stress Relief

Moc práce, stres a málo času pro odpočinek. Kývete souhlasně hlavou? Pokud ano, máme pro vás aplikaci, která vám může pomoci. Yoga For Stress Relief nabízí ukázky jógových ásan, a to i s návodem k provedení a také vysvětlením benefitů jednotlivých ásan.

Nezáleží na tom, zda v józe patříte mezi začátečníky či pokročilé, protože aplikace vám dá na výběr ze tří různých úrovní náročnosti. Pokud však s jógou máte zatím nulové zkušenosti, vždy je lepší projít alespoň kurzem pro začátečníky, abyste tam pochytili základní know-how. Ásan na uvolnění stresu najdete v aplikaci celkem 15. Nabízí však ukázky ásan i s jiným zaměřením (např. při bolestech zad či na podporu

hubnutí). Pokud vám tedy nedělá problém angličtina a chcete se naučit najít si každý den chvíli pro sebe, můžete směle stahovat! ■

Android



MYSLELA JSEM SI, ŽE JSEM KLON PRAVÉ KLÁRY

DEBORA JANÁČKOVÁ

Ahoj, jmenuji se Klára a již delší dobu se potýkám s paranoidní schizofrenií.



Klára Javůrková, 24 let,
studentka DAMU

Já osobně jsem se s negativními reakcemi na moji diagnózu nesetkala, ale jsem si vědoma toho, že lidé s psychickým onemocněním často čelí předsudkům. Jednoho dne jsem začala natáčet na youtube, pravidelně tam mluvím o své nemoci a obecně o svém

životě. Chci, aby lidé viděli, že jsem úplně normální člověk, že MY jsme úplně normální lidé. Ze stejného důvodu se chci o svůj životní příběh podělit i s vámi.

Co se týče mého dětství, bylo bezvadné, byla jsem spokojená. Až do svých 21 let jsem byla v pořádku. Dokonce jsem se dostala na DAMU, tak jsem byla šťastná. V té době jsem nezažila žádný velký stresor, který by mohl moji nemoc spustit. Nevím, proč to všechno vzniklo, ale začala jsem najednou být často smutná, pořád jsem plakala a bála jsem se lidí. Hrozně jsem se bála, že ti lidé mi vidí do hlavy.

Hrozně jsem se bála, že ti lidé mi vidí do hlavy.

Rodiče samozřejmě ani netušili, že se u mě začala projevovat schizofrenie, ale cítili, že se se mnou něco děje. Moje mamka si myslela, že jsem zlá. Myslela si, že se mi změnila povaha a ona jako matka zklamala. Byla jsem tou dobou hodně vztahovačná, myslela jsem si, že rodiče proti mně něco kujou. Když se spolu bavili, hned jsem si myslela, že se baví o mně. Mamka se bála, že beru drogy. Prohledávala mi dokonce pokoj. Nenapadlo ji, že bych mohla být nemocná. Oba se mě ale snažili podporovat. Třeba táta mě vzal na dovolenou do Řecka, abych si odpočinula.

Doma jsem mamce brečela, že se do školy vrátit nemůžu. To bylo někdy po skončení prváku. Mamka mě poslala

k psychiatrice. A to jsem jí zdaleka neříkala všechno. Třeba že jsem měla pocit nereálna, anebo že mi vidí lidi do hlavy. Dostala jsem antidepresiva. Tak jsem si říkala, že mám teda asi depresi, když mi napsala antidepresiva. Brala jsem je, jenomže to nepomáhalo. A začaly se dít ještě divnější věci. Třeba jsem se změnila v zrcadle. Když jsem se viděla, v podstatě jsem tam vypadala jako nějaký ďábel nebo něco takového. A některé objekty mě hrozně zajímaly. Třeba židle. Koukala jsem na židli a přišlo mi, že ta židle na mě kouká. Nechácala jsem, jak je možné, že ta židle na mě kouká, ale prostě na mě koukala. A taky jsem četla nějaké nápisy jako třeba na billboardech nebo někde něco nasprejované a ty nápisy ke mně promlouvaly. Říkaly něco ke mně, třeba že mám zachránit svět. A s tím souvisí i to, že jsem třeba koukala na hodiny a přemýšlela jsem, co ty čísla znamenají a absolutně mi nedošlo, že jsou to hodiny. Nevím proč. Nevím, jak se to mohlo stát, ale prostě to tak bylo. Jednou zase mluvil učitel ve škole, to už jsem byla v druháku, a já jsem najednou přestala rozumět tomu, co říká. Prostě jsem najednou nerozuměla

řeči a on se mě zrovna na něco zeptal. Řekla jsem mu, že jsem nerozuměla a on si myslel, že jsem jenom nepochopila to, co říká. Ale já jsem mu opravdu nerozuměla. Děly

Mamka se bála, že beru drogy.

se mi takovéto zvláštní věci. Jednou mě dokonce někdo v noci škrtil a přitom tam nikdo nebyl. To si pamatuji, to jsem si myslela, že jsem posedlá ďáblem. Myslela jsem si, že tyhle věci se mnou dělají antidepresiva.

Měli jsme na škole učitele psychologie, tak jsem se ho zeptala, co se to děje. Vysvětlila jsem mu, že mám deprese, beru antidepresiva a až se mi dějí tyhle věci. Řekl mi, že to asi nedělají ty prášky a ať to řeknu své doktorce. Ve škole jsem se setkala s pochopením. Měla jsem tam v ročníku osm spolužaček. To ony mě nabádaly, ať to řeknu psychologovi. Jedna mi i nabízela, že se mnou někam zajde, ale já jsem nechtěla, protože jsem si nepřipouštěla žádný problém.

Doktorka mi tedy dala antipsychotika,

že prý je to psychóza. Přibližně po třech týdnech jsem zase začala vidět úplně reálně. Začala jsem zase cítit emoce. Předtím jsem byla úplně emočně oploštělá. Všechno bylo zase fajn. Začala jsem chápat, že to bude asi nějaká nemoc. Moc jsem tomu v té době nerozuměla. Tak jsem chodila dál do školy. Problém ale byl, že jsem ty léky nebrala pravidelně. Nikdo mi neřekl, že takové léky se musí brát pravidelně. Takže jsem si sem tam léky nevzala, třeba když jsem potřebovala být dlouho ve škole, protože jsem po nich byla ospalá. Tím pádem se to pořád vracelo a k tomu všemu jsem začala slyšet hlasy. Když jsem to řekla své nové psychiatrice, zvýšila mi léky. Ale já je opět nebrala pravidelně. Potom už jsem musela školu přerušit, protože už jsem to nezvládala. Chtěla jsem se vyléčit, nevěděla jsem vůbec, co mi je. Jenom jsem věděla, že mám nějaké psychické problémy. Nikdo mi ale nevětlil, co se to se mnou děje. Potom jsem začala chodit do stacionáře.

jsem tam vypadala jako nějaký ďábel

Později jsem se snažila s mými spolužáky zase spojit,



ale když jsem jim psala, často neměli čas. Když už jsme se viděli, chtěli se bavit hlavně o mojí nemoci, ale já se chtěla bavit i o jiných věcech. Je možné, že se mi někteří vyhýbali, protože nevěděli, jak se mnou mluvit. Já si myslím, že se mnou všichni můžou mluvit jako s jakýmkoliv jiným člověkem.

Jedla jsem třeba jen jednu okurku denně.

S mou nemocí bylo spojeno i to, že jsem měla změněnou chuť k jídlu. Takže jsem hubla. V tu dobu jsem neřešila, jestli hubnu nebo tloustnu, pak se mi to hubnutí ale začalo líbit. A tak jsem to podporovala. Někdo v mojí hlavě mi zakazoval jíst určité potraviny.

Až jsem přešla na jedení jen zelené zeleniny. Jedla jsem třeba jen jednu okurku denně. Měla jsem anorexii. To doktorka vyřešila tak, že mi nasadila antipsychotika, po kterých se přibírá. Když jsem tyhle nové léky brala, tak jsem po nich hodně jedla a pak i zvracela. Bála jsem se, že budu tlustá. Tím pádem jsem zvracela i ten lék, a tak se není čemu divit, že mi pak úplně nezabíraly. Když jsem léky vysadila, zase jsem přestala tolik jíst a ani jsem nezvracela. A to jsem teda dělat neměla, protože tak měsíc po vysazení jsem zase začala slyšet hlasy – každý den. Byly útočné, mluvily o mně, říkaly mi věci, kterým jsem věřila. Bála jsem se hrozně lidí, i těch, co znám, protože mi přišli cizí. Přemýšlela jsem, proč mi přijdou i moje

vzpomínky jako cizí. Připadalo mi, jako by nebyly moje. A tak jsem došla až k tomu, že jsem naklonovaná.

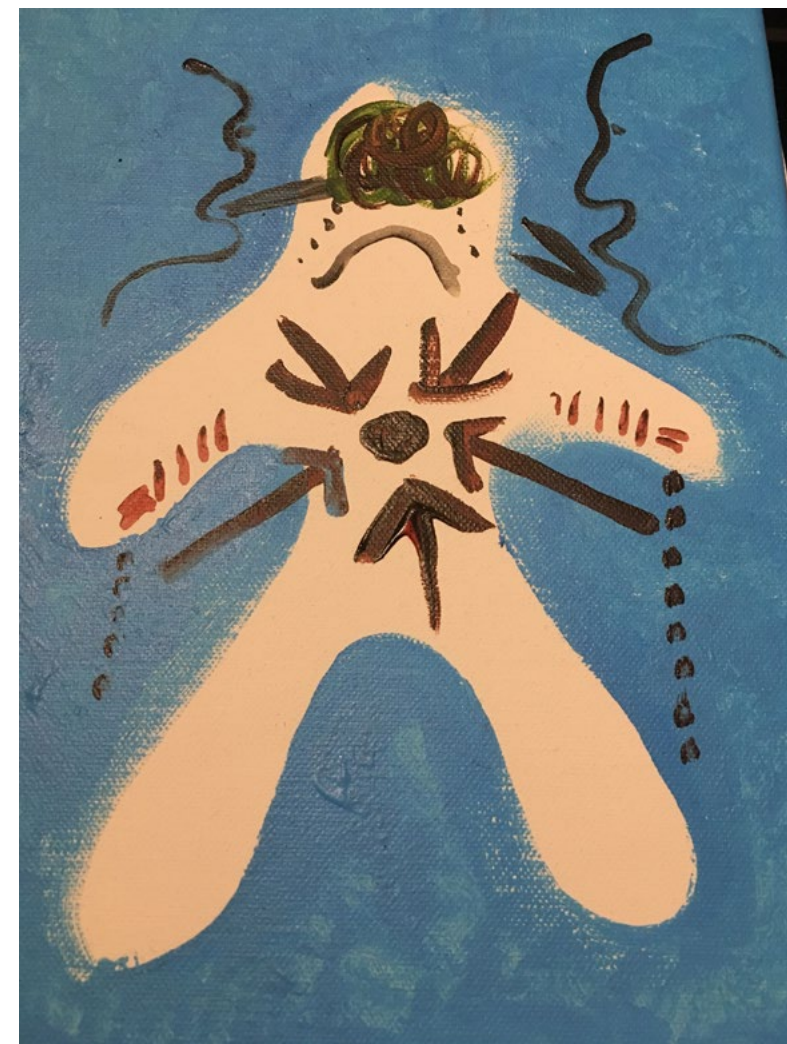
Mluvila jsem s těmi lidmi, co mě naklonovali.

Myslela jsem si, že jsem klon pravé Kláry. Tím jsem žila půl roku. Mluvila jsem s těmi lidmi, co mě naklonovali. Ti na mě mluvili těmi hlasy, co jsem měla v hlavě. Snažila jsem se zachránit pravou Kláru. Ona na mě taky mluvila a chtěla zachránit. Říkala mi, že jsem jí sebrala život. Byla jsem z toho úplně hotová. Říkala jsem to rodičům. Ti si mysleli, že je to hloupost, ale stejně jsem si to nenechala vymluvit. Ve stacionáři jsem také říkala, že se toto děje. V arteterapii jsem namalovala

svůj život jako klonování. Říkali mi, že mám jen bujnou fantazii, ale já jsem tomu fakt věřila. Když to takhle šlo dál, doktorka si uvědomila, že opravdu něco není v pořádku. Já jsem jí teda neřekla, že jsem naklonovaná. Nepřišlo mi, že to má něco společného s ní, že je to prostě pravda, tak proč bych jí to říkala. Já jsem jen řekla, že se necítím dobře. Změnila mi léky, a kdyby nezabraly, musela bych do nemocnice. Tak mi dala další antipsychotika. Nezabraly. Skončila jsem v psychiatrické léčebně. Tam mi nejprve diagnostikovali akutní přechodnou psychotickou poruchu s příznaky schizofrenie. To bylo poprvé, kdy mi někdo řekl nějakou diagnózu od doby, co jsem začala mít psychické problémy.

Chtěla jsem se zabít.

Dokud jsem nešla do té nemocnice, tak jsme se doma o mém stavu vůbec nebavili. Nikdo nechápal, co se se mnou děje, a ani se na to nikdo nesnažil přijít. V nemocnici se potom nabízely edukace i pro rodiče. Tehdy teprve pochopili,



o co se jedná. Teprve pak jsme o tom začali hodně mluvit. Už si nemysleli, že jsem jenom náladová, už věděli, že jsem nemocná. Před bráchou se to dlouho tajilo. S ním se o tom nikdo nebavil. Asi aby se před tím ochránil, vlastně sama nevím. Teď už o tom ví víc. Když budu mít nějaký problém,

můžu za ním klidně přijít. Mám v něm oporu.

Jak jsem začala chodit na edukace, tak jsem konečně všechno pochopila. Dozvěděla jsem se víc o té nemoci a všechno to na mě sedělo! Teď už mi bylo všechno jasné. Jenže já jsem v té nemocnici nechtěla zůstat, nelíbilo



se mi tam prostředí a ani přístup některých sester. A tak jsem jim tvrdila, že už je mi dobře. Tak mě pustili. Ale ono to teda ještě dobré nebylo. Zase se to všechno začalo zhoršovat. Dopadlo to tak, že mi hlasy říkaly, že si pro mě přijdou a budou mě mučit. Strašně jsem se bála. Chtěla jsem se zabít. Tak jsem spolykala nějaké prášky. Naštěstí to nevyšlo. Normálně jsem se ráno probudila, akorát jsem byla o něco víc omámená než obvykle. Řekla jsem to doktorce. Ta mě poslala do jiné nemocnice, do NÚDZu (Národní ústav duševního zdraví, pozn. red.) Prý je to tam na vysoké úrovni, že mi tam snad dokáží pomoci. Vzali mě hned, protože jsem tam byla zároveň zapojená do jedné studie. Byla jsem tam dva měsíce. Hrozně mi to tam pomohlo. Řekla jsem si, že teď už fakt neodejdu, i kdyby se mi tam nelíbilo. Změnili mi zase léky. Jelikož moje nemoc trvala už déle než rok, usoudili, že se jedná o schizofrenii. Později jsem v NÚDZu byla ještě dvakrát. Vždycky mi moc pomohli.

A jak se mám teď?

Teď už je to celkem dobré. Jsem stabilizovaná a vrátila jsem se do školy. A povedu

teď dramaťák pro lidi s duševním onemocněním. Na to se těším. Našla jsem si přítele, teda on si našel mě, paradoxně to bylo během jedné velké psychózy. Byla jsem na tom dost špatně, ale on mě hodně podporoval. Báł se, že když mi bude dobře, tak ho opustím, ale je to naopak. Čím je mi líp, tím je to lepší i s ním. Teď dokážu ty emoce cítit.

Mám se ráda taková, jaká jsem.

Díky edukacím teď už poznám, když má přijít relaps. V takovém případě to řeknu mojí psychiatři a ta mi podle potřeby upravuje medikaci. Když je mi špatně, hodně mi pomáhá malování. Tím vyjadřuji svoje pocity. Taky mi pomáhá psát básničky. Píšu si deník, to mi poradil jeden psychiatr. Píšu si každý den i o běžných činnostech. Z toho pak můžu vidět, jestli jsem se nepřetěžovala, nebo proč přišel další relaps. Psaní deníku mi moc pomáhá.

Co se týče mých plánů do budoucna, budu mít svůj vlastní byt. Rodiče budou mít byt ve stejném domě, takže je budu mít nablízku. Chci dokončit školu a učít

dramatickou výchovu. Chtěla bych se věnovat lidem s duševním onemocněním. Když se zamyslím nad tím, zda chci mít někdy děti, trochu se bojím, že by byly nemocné. Na druhou stranu, kdyby byly, já bych je určitě mnohem více pochopila než třeba někdo, kdo nemocný není. Dovedu si to představit, ale ještě teď nevím, jestli je chci nebo nechci. Uvidíme.

A co já a moje váha? Teď nepřibírám, nehubnu, prostě to neřeším. Mám se ráda taková, jaká jsem. ■

KDYŽ DUŠE DOSTANE SVŮJ PROSTOR

KATEŘINA MÜLLEROVÁ

„Nebojíme se mluvit o duševním zdraví a ukazujeme, jak o něj pečovat. Šíříme fakta, boříme mýty, sdílíme příběhy a baví nás prevence.“ Jak je vidno už z úvodu, autoři tohoto prohlášení hodlají udělat všechno proto, abychom my ostatní nevypustili duši! Přesně takovým názvem se totiž pyšní nádherný projekt, který bychom vám rádi skromně představili.

Kampaň „Nevypuť duši“ vznikla v roce 2015 a dnes je z ní úspěšná nezisková organizace, která se zaměřuje na osvětu v rámci duševního zdraví a psychohygieny. Řídí se jednoduchým heslem „Šířit fakta, bořit mýty, vzdělávat a pomáhat.“

Jedním z mýtů, který se snaží vyvrátit, je mýtus o tom, že mladí lidé nemají psychické problémy. Pravdou však

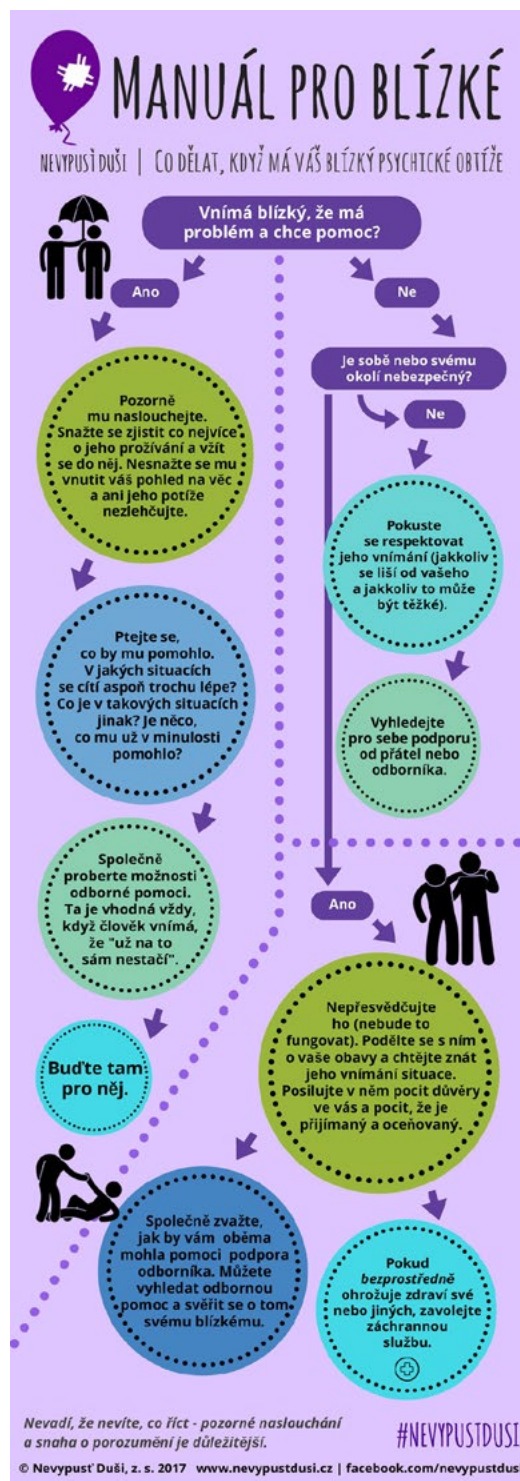
je, že 20 % lidí ve věku 13 – 18 let se potýká s duševními obtížemi a z chronicky duševně nemocných lidí jich onemocní 50 % před 14. rokem života, 75 % před 24. rokem. Cílovou skupinu „Nevypuť duši“ tedy představují především teenageři, kteří jsou v mnoha případech ohroženi. Komunikaci nejen s adolescenty se snaží navázat svými aktivitami na sociálních sítích jako Instagram či Facebook. Důležitou roli mají také workshopy, které se konají především na středních školách. A jak asi vypadá takové setkání?

Jednotlivé třídy jsou vždy nejprve seznámeny s různými mýty a fakty týkající se duševního zdraví, následně se žáci dozvědí o nejčastějších psychických diagnózách, jádro však tvoří především prevence – „Snažíme se se studenty

DUŠEVNÍ ZDRAVÍ NENÍ ČERNOBÍLÉ - JE TO SPEKTRUM NAPŘÍČ CELOU POPULACÍ

MARTINA PÁKRÁT ZA MĚSÍC NEMŮŽE SPÁT KVŮLI STRACHU Z TESTŮ VE ŠKOLE.	DANIEL CHCE ZHUBNOUT A NĚKDY CELÝ DEN NIC NESNÍ. RODIČŮM O TOM LŽE.	LUCIE NĚKDY SLYŠÍ JAK K NĚ MLUVÍ HLASY, KTERÉ OSTATNÍ NESLYŠÍ.	TOMÁŠ UŽ ROK VĚTŠINU SVÝCH PENĚZ UTRÁCÍ V HRACÍCH AUTOMATECH.
PAVEL KAŽDÝ PÁTEK V HOSPODĚ ZAPÍJÍ STAROSTI Z PRÁCE.	KLÁRA SE ČASTO PŘED LIDMI PŘIPADÁ TRAPNÁ A NEZAJÍMAVÁ.	LUKÁŠ MÁ NĚKDY DĚSIVÝ POCIT, ŽE ON NEBO SVĚT OKOLO NĚJ PŘESTÁVÁ EXISTOVAT.	ANNA KAŽDÝ DEN PLÁČE, CÍTÍ SE BEZNADĚJNĚ A SEBĚPOŠKOŽUJE SE.
			JANA NEVYTJDE VEN Z DOMU, POKUD NEJDŘÍVE NESPOČÍTÁ VŠECHNY PŘEDMĚTY.

mluvit o tom, co je to duševní zdraví, proč je důležité, jakým způsobem o něj pečovat, co dělat a kam se obrátit v případě nouze, jak pomoci blízkému, jak zvládnout stres apod." Příjemným, a dle mého názoru velmi užitečným doplňkem je potom tzv. „True story“, ve kterém vždy vystoupí jedinec se svou vlastní životní zkušeností. Síla vyprávění je umocněna tím, že se jedná o člověka přímo ze skupiny lektorů. Krom příběhu samotného hraje velmi důležitou roli také moment překvapení. Jak říká jedna z lektorek Klára Badurová: „Dostane je to, že zkušenost s psychickým onemocněním má i někdo, od koho to vůbec nečekali. Navíc mají jedinečnou příležitost položit danému jedinci konkrétní otázky teď a tady.“ K častým námětům „True story“ patří například: sociální fobie, úzkostné poruchy, problémy s poruchou příjmu potravy



a podobně. Velkou výhodou je také to, že se nejedná o pouhou přednášku, účastníci si tak mohou vyzkoušet různé aktivity, prostřednictvím kterých mohou sami dojít k určitému uvědomění, či novým poznatkům.

Nevypusť duši nabízí také workshopy pro firmy, ve kterých se věnují například syndromu vyhoření, zvládnání zátěže a stresu atd. Korporace mohou objednávkou workshopu přímo finančně podpořit středoškolské programy. Současně se od letošního školního roku rozjíždí program na podporu učitelů, který můžete nalézt pod názvem „Duševní zdravotní péče pro učitele“ – jedná se o vzdělávací program pro učitele akreditovaný Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy. Samozřejmě nabízí přednášky také pro veřejnost, například „Základy duševní resuscitace“, „Duševní zdravotní péče“ a podobně. Jejich stánky jste rovněž mohli najít například na festivalu Mezi ploty či na TEDxPrague.

Mimo přednášek a seminářů se také fundraisingově podílelo na vývoji aplikace „Nepanikař“, což je mobilní aplikace, která zdarma poskytuje rychlou psychologickou první pomoc, která je první svého druhu v českém jazyce. Více o tomto zajímavém počínu si pak přečtete v rubrice Aplikace.

Nejaktuálnějším počinem je kampaň s názvem „Mluvíme o tom“, která byla zahájena na Světový den duševního zdraví - 10. října 2019 ve spolupráci s básníkem Petrem Soukupem. Jádrem celé věci je přitom snaha nabourat příslovné stereotypy, na jednotlivé výtvořky se pak můžete podívat skrz sociální síť.

Jestliže se vám článek a především nápad „Nevypusť duši“ líbí stejně jako nám, určitě se vám budou hodit odkazy níže, na kterých zjistíte víc. ■



Youtube

1. PAMATUJ NA SVOU POHODU – UJISTI SE, ŽE MÁŠ DOSTATEK SPÁNKU, ČERSTVÉHO VZDUCHU A VYVÁŽENÉ STRAVY.
2. POHYBUJ SE – NAJDI SI NĚJAKOU FYZICKOU AKTIVITU, KTERÁ TĚ BAVÍ A PO KTERÉ JE TI DOBRĚ.
3. UDĚLEJ SI ČAS NA SVÉ MYŠLENKY A POCITY – KAŽDÝ DEN NA NĚJAKOU DOBU VYPNI POČÍTAČ, TELEFON A TELEVIZI.
4. BUĎ SOUČÁSTÍ SKUPINY – VĚNUJ ČAS LIDEM, SE KTERÝMI JE TI DOBRĚ.
5. MĚJ REALISTICKÁ OČEKÁVÁNÍ OD SVÝCH NÁLAD – VŠICHNI MÁME NĚKDY ŠPATNOU NÁLADU, KDY NEZVLÁDÁME BÝT POZITIVNÍ (POKUD MÁŠ ALE ŠPATNOU NÁLADU NĚKOLIK TÝDNŮ V KUSE, VYHLEDEJ POMOC).
6. NASTAV SI DOSAŽITELNÉ CÍLE – ZVOL SI CÍLE, KTERÉ TĚ MOTIVUJÍ, ALE NEPOHLCUJÍ.
7. BUĎ NA SEBE HODNÝ – POKUD JSI V TĚŽKÉ SITUACI, DÝCHEJ ZHLUBOKA A ZKUS K SOBĚ MLUVIT TAK, JAK BYS MLUVIL K DOBRÉMU PŘÍTELÍ.

#NEVYPUSŤDUŠI



instagram.com/nevypustdusi/



facebook.com/nevypustdusi/



nevypustdusi.cz/

AGRESIVNÍ SCHIZOFRENÍK

JE ATRAKTIVNÍ TÉMA

DEBORA JANÁČKOVÁ



Petr Salamon, 32 let

Kdybych měl říct něco o sobě, asi bych začal tím, že mě baví kultura, filmy, divadlo a koncerty. Rád se na organizaci kulturních akcí také podílím, aktuálně jsem členem Kulturní komise ve své rodné obci. Jsem fanoušek občanské společnosti a různých neziskových organizací, kulturních, lidskoprávních, ekologických apod. Píšu články pro webový informační portál o duševním zdraví www.produsevnizdravi.cz, díky tomu se vzdělávám v oblasti sociálních služeb pro lidi s duševní

nemocí. Ve volném čase rád jezdím na kole, procházím se po krajině v okolí mého bydliště nebo chodím do čajoven nebo na pivo (na birella, alkohol skoro nepiju). Hodně času ale i proflákám třeba chozením po bytě sem a tam. Jmenuji se Petr Salamon a mám schizofrenii.

A o to, jaké to je žít s takovou nemocí, bych se s vámi chtěl podělit.

Začněme od začátku. Určité predispozice ke schizofrenii se u mě projevovaly již v dětství. Zhruba od věku třinácti let se u mě střídaly pozitivní stavy nadšení se stavy deprese a úzkosti. Míval jsem období, kdy jsem intenzivně meditoval, byl nadšený do spirituální tematiky a s radostí jsem to sdílel s mými přáteli. Míval jsem ale i období, kdy jsem se dostal do úzkosti. Měl jsem například

strach z toho, že dostanu AIDS kvůli tomu, že jsem dělal dobrovolníka v jednom sportovním areálu a píchnul jsem se do špendlíku, který ležel na zemi. Stejně tak jsem měl i stavy intenzivního smutku, kdy jsem měl pocit, že jsem úplně k ničemu.

Nemoc mi ale byla diagnostikována až ve třidvaceti letech v roce 2010. Pár měsíců předtím jsem se jednostranně zamiloval do jedné slečny, která mne ovšem nechtěla. Dva měsíce jsem se ji snažil sbalit, ale pak jsem získal pocit, že jsem to celé zkazil. Dostal jsem se kvůli tomu do stavu, kdy jsem několik nocí nebyl schopen usnout. Jedno ráno jsem okolo sebe spatřil takovou auru temné energie. Následně jsem byl u svého kamaráda na terapii, která kombinovala návrat do minulých životů s rodinnými konstelacemi. Pár dní nato jsem cítil, jak se ve mně probudilo velké

množství energie a také silnou záři kolem svého těla. Cítil jsem se ve velké pohodě. Tento stav trval několik týdnů. Obecně se dá říci, že před příchodem každé ataky jsem zažíval stavy intenzivní energie.

Začal jsem potkávat různé lidi, kteří vypadali jako satanisté

Pak jsem potkal ve studentském rádiu metalového fanouška, který byl taky tak trochu šílený. Zrovna ten večer, kdy jsem ho potkal, se u mne začaly projevovat vizuální halucinace. Měl jsem vjem, že pod mojí postelí jsou temné kořeny či provazy, které mne chtěly spoutat. A měl jsem pocit, že za to může zmíněný kolega. Protože na mne začala přicházet ataka, stal se pro mne hlavní postavou všeho zla.

Jednu noc jsem ležel v posteli a náhle mne přepadla velká slabost. Chvilí trvala a následně jsem začal mít pocit, že do mé hlavy a hrudi proudí shora pozitivní energie. Další den už to ale začalo. Začal jsem mít pocit, že na mne někdo energeticky útočí, ve městě jsem potkal člověka, o kterém jsem si myslel, že po mně jde.

Začal jsem potkávat různé lidi, kteří vypadali jako satanisté (měli na sobě černo – červené oblečení, které bylo v té době v módě, nebo měli výraz ve tváři podobný čertům). Myslel jsem si, že po mně jdou, konkrétně že mě chtějí získat do svých řad. A to už mi v plné síle probíhala první ataka. Při první atace jsem věřil v přelomové datum 21. 12. 2012, kdy měl podle některých teorií nastat nový věk. Také jsem si myslel, že to můžou negativní bytosti (zmínění satanisté a podobně) překazit. Myslel jsem si, že disponuji zvláštními schopnostmi, které by mohly být v přechodu do nového věku užitečné, a že disponuji velkým množstvím energie, které může pozitivně ovlivnit přechod do nového věku. V mém bludu záležela úspěšná transformace planety na tom, jak se chovám. Záleželo například na tom, na jaké straně usnu.

To mí blízcí ještě nevěděli, co mi je. Snažili se mě přesvědčit k návštěvě psychologa tak dlouho, až se jim to podařilo. Pro rodinu to byla úleva, že mě někdo přesvědčil, abych v mém stavu vyhledal odbornou pomoc, což převážilo i ten fakt, že trpím paranoidní schizofrenií. Rodina měla

naději, že mě někdo mých obtíží zbaví. Navíc jim psychologka řekla, že patřím k pacientům, na které nebude mít nemoc příliš velký dopad, že je možné, že zažiju jen jednu ataku.

Strávil jsem pět týdnů v léčebně a postupně mě paranoidní bludy opouštěly. Dlouho jsem nevěřil, že mi prášky pomohou, ale ony fungovaly i bez mé víry. Jako by mi slupku po slupce odebíraly mé nezvratné přesvědčení o tom, že mě někdo pronásleduje. Díky práškům jsem si začal postupně uvědomovat realitu, až jsem se vzpamatoval úplně a mohl se vrátit domů. U mě zabraly léky ihned v rámci pěti týdnů, ale jsou lidé, u kterých zaberou až časem.

Strávil jsem pět týdnů v léčebně

Pak jsem měl takový blbý rok, kdy jsem měl většinu přátel a aktivit v Brně, ale doktorka chtěla, ať jsem u rodičů na severní Moravě. Navíc našim řekla, že bych neměl být moc aktivní, abych nedostal další ataku a rodiče ji poslouchali. Tak jsem se hodně nudil, pomohla mi kamarádka, která

se mnou několikrát za měsíc šla do čajovny na vodní dýmku. Za pár měsíců jsem měl několik paranoidních myšlenek, ale nebyly to bludy a nebylo to ani moc intenzivní, ale doktorka se rozhodla, že mne znovu pošle do psychiatrické léčebny. Tam jsem ale slyšel doporučení na dobrého psychiatra v Brně, a tak jsem mamku poprosil, jestli bych nemohl změnit doktora. Mamka souhlasila, ozvala se mu a on mě přijal mezi své pacienty. Hned na první návštěvě nám řekl, že mohu být aktivní, jak jen chci a že mohu bydlet u tety v Brně. Jsem u něj dodnes a jsem velice spokojený. Tento můj druhý pobyt v léčebně měl jedno plus, že jsem poznal skvělého psychiatra, ale taky jedno mínus. Začal jsem totiž kouřit.

Potom byly dva roky klid, ale pak jsem se zase platonicky (pouze jednostranně a tedy i nešťastně) zamiloval do jedné dívky, a tak se objevila další ataka. Při druhé atace po mně nešli satanisté, ale katolíci. To ale nebyla hlavní podoba mého druhého onemocnění. Měl jsem totiž pocit, že já škodím druhým lidem. Měl jsem pocit, že posílám na druhé lidi negativní myšlenky typu „debil“, což jsem rozhodně nechtěl. Tuto ataku

se zmíněnému doktorovi podařilo zaléčit bez nutnosti pobytu v léčebně. Musím ještě dodat, že druhá ataka byla slabší než ta první, možná kvůli alternativní medicíně, kterou jsem také vyzkoušel.

Už asi dvacetkrát jsem se nešťastně zamiloval.

Když jsme u těch platonických lásek, musím říct, že v partnerských vztazích mám docela smůlu. Už asi dvacetkrát jsem se nešťastně zamiloval. Četl jsem, že i neschopnost uzavírat partnerské vztahy je příznakem schizofrenie. Přátelské vztahy mám ale kvalitní. Naše stará parta, která vznikla kolem jedné čajovny ve Frýdku-Místku, se sice už tak často neschází, ale když se občas sejdem, tak si vzájemné společnosti hodně užíváme. Vedle toho mám kamarády ze škol, které jsem studoval, tedy z gymnázia a z vysoké školy, zejména z oboru žurnalistika. Mám pár přátel z občanské sféry, ze Strany zelených, jejímž členem jsem byl, nebo přátele z oblasti spirituality, se kterými se taky občas potkávám a užívám si kontakt se vzdělanými lidmi.

Později jsem se přesunul z Brna zpátky na severní

Moravu, kde jsem měl jednak práci z domu a jednak jsem pracoval pro jednu firmu v Ostravě. Do toho jsem se učil na státnice, které jsem úspěšně udělal. Připadalo mi to, jako bych se při nich „přesoustředil“, pár dní jsem nebyl schopen usnout, a tak mi začala třetí ataka. V té době jsem se rozhodl, že si zkusím najít psychiatra na severní Moravě. Slyšel jsem o dobré lékařce, která mi později přišla velmi dobrá v oblasti psychoterapie. Když jsem byl ve třetí atace, tak jsem ji zkusil poprvé navštívit. Zvýšila mi množství prášků, což zčásti pomohlo, ale nezbavilo mne to ataky úplně. Tak jsem byl tři měsíce doma a v hlavě mi probíhaly různé podivnosti. Myslel jsem si, že negativně působím na své sousedy. Získal jsem pocit, že člověk, se kterým jsem se v té době domlouval na pracovní spolupráci, je hlava mafiánů. Později mi začala telepatická komunikace s různými lidmi. Tak jsem se s rodiči domluvil, že zkusím pobyt na psychiatrii.

Aktuálně jsem už čtyři roky bez ataky, ale pravidelně zhruba jednou za týden mě přepadne úzkost, kdy mám naléhavý pocit, že mne něco ohrožuje, že si o mně někdo myslí něco špatného. Abych uvedl příklad, třeba mám strach, že si nějaká

paní v autobuse bude myslet, že ji chci pronásledovat, což samozřejmě není pravda.

Když mám takovou krátkodobou úzkost, tak mi vždy pomůže si tak na půl hodiny lehnout do postele a hned mne to přejde. Když mám ataku, tak mi hodně pomáhá fyzická práce, třeba na zahradě. Dojde totiž k tomu, že všechna ta energie v hlavě, které mám velké množství, se přesune více do těla, do nohou, rukou, a už nemám prostor uvažovat nad domnělým nebezpečím.

Co se týče reakcí okolí na mou diagnózu, musím říct, že jsem až překvapen, jak to u mě většina lidí přijala. Občas někdo mluvil o nějakém svém známém nebo příbuzném, který opravdu blbne a škodí druhým lidem. Ale když

někomu řeknu, že trpím paranoidní schizofrenií, tak se s negativními reakcemi nesečkávám. Jediné, co mi trochu ublížilo, bylo to, že si někdo vymyslel, že jsem v atace po svých spolubydlících ve studentském bytě v Brně házel talíři, což nebyla pravda. Nikdy jsem nikomu takovým způsobem neublížil.

Pravdou je, že hodně lidí má předsudky vůči pacientům s duševním onemocněním kvůli špatné práci novinářů. Agresivní schizofrenik je pro ně atraktivní téma. Někteří psychiatři s nadsázkou říkají, že o útočnickovi s nemocnou ledvinou nenapiše nikdo. Ale i novináři mohou být moudří a podílet se na osvětě. Mně se podařilo dostat se do kontaktu s dobrou novinářkou, která pro zpravodajský server idnes.cz napsala článek



o mém příběhu, o mém životě s psychiatrickou diagnózou. Iniciativa Na rovinu se snaží s novináři pracovat. Upozorňuje je, když se dopustí předsudků vůči lidem s duševní nemocí v článku. Iniciativa také vydala příručku, jak s tímto tématem pracovat. Takže i v této oblasti se to může změnit. Pak existují taky psychologicky orientovaná média, kde se naopak snaží podílet na destigmatizaci, na zmírňování předsudků.

Na závěr bych lidem, jako jsem já, chtěl něco vzkázat. Existuje spousta služeb, které jsou určeny nám nemocným. Jsou tady denní centra, terénní služby, kavárny, sociálně rehabilitační dílny, chráněná bydlení. Stojí za to je vyhledat a podle potřeby využívat. A pokud nejste spokojeni s psychiatrem, je dobré zkusit vyhledat jiného. Jsou takoví, kteří pacientovi věnují pět minut, a pak takoví, kteří se mu budou věnovat i půl hodiny.

A pro vás ostatní mám tuto zprávu: Duševně nemocní bývají často velice zajímaví lidé. Kreslí obrazy, píšou básně, povídky i úvahy, tvoří hudbu, točí videa atp. Rozhodně stojí za to se s nimi a jejich tvorbou seznámit. ■

PROČ LÉKY NESTAČÍ

HANA PEIGEROVÁ

Zapomeňte na chvíli, kým jste. Nechte tento text vejít do své mysli a představujte si spolu s ním...

Sedíte v autobuse a z ničeho nic jste schopni slyšet myšlenky jednotlivých lidí. Nejde o to, že byste přemýšleli o tom, na co asi tak mohou myslet. Vy je skutečně slyšíte! Slyšíte, jak k vám ti lidé promlouvají, aniž by se na vás museli koukat. Někdo má tajemství. On ví, že se blíží katastrofa. A díky tomu, že vy máte možnost teď ty myšlenky slyšet, o ní víte taky. Můžete jí předejít. Vycházíte z autobusu a vidíte postavu, která se na vás upřeně dívá. Má křídla, je to anděl. Jdete za ním. „Jsi vyvolený zachránit tento svět, jsi vyvolený, protože jsi mě byl schopen spatřit,“ promlouvá poloprůsvitná bytost.

Četli jste tento text jako senzací? Jako fiktivní příběh, do kterého se vám nepodařilo vcítit? Je to v pořádku, protože my se s takovými příběhy skutečně setkáváme

ve filmech a knihách, víme, kde jsou hranice mezi fantazií a realitou. Ovšem člověk trpící atakou schizofrenie tuto hranici postrádá. Vy sedíte před televizí a vnímáte, že popcorn po vaší pravé ruce je reálný, ale honička s mafiány už se odehrává na obrazovce.

... nemocný nedokáže v mozku vystavět velkou čínskou zeď mezi fantazií a realitou.

Schizofrenik je vcucnutý do filmu a realita je nejen popcorn, ale i ti mafiáni. V tuto chvíli je medikace velkým pomocníkem – antipsychotika druhé generace pomáhají postupně zmírnit halucinace, bludy, ale i negativní příznaky onemocnění nebo kognitivní deficit. Takže i když nevěříte, že vám ty tabletky nějak pomohou, ony fungují navzdory vašemu přesvědčení a najednou utichají ty hlasité

myšlenky lidí kolem vás, andělé už se vám nezjevují, a dokonce začínáte vnímat, že někde je ta hranice mezi obrazovkou a gaučem. Nejprve možná ne tak jasně, protože je to matoucí: „Vždyť já žil s tím, že tohle všechno byla pravda...“ Ale postupně začnete být kritičtější k atace, kterou jste si v danou chvíli prošli. A proč tedy ty prášky nestačí?

Nebyli byste v tu chvíli zmatení? Možná by vás napadly mnohé otázky: Co se to stalo? Kdo jsem? Kde je pravda? To jsem nemocný? A jak? A co s tím? Byla bych schopná v takovou chvíli chrlit stovky otázek a potřebovala bych na ně odpovědi. Potřebujeme věcem rozumět, škatulkovat – náš mozek to potřebuje. V tuto chvíli je důležitá **edukace**. Psychiatr či psycholog by měl nemocnému zodpovědět jeho otázky

a osvětlit mu, o jaké onemocnění se jedná a jaké kroky budou následovat. Psychiatři mají různé letáčky nejen pro nemocné, ale také pro jejich rodiny, které mohou mít podobně jako my problém si představit, že by nebyli schopni rozeznat hranici mezi fantazií a realitou. Psychiatři však často nepodávají tak hlubokou edukaci, jaká by byla potřeba (důvodů může být spousta a úkolem tohoto článku není se jimi nyní zabývat), proto je důležité, abychom i my, pokud máme v okolí schizofrenního pacienta, byli

proaktivní a edukovali se sami, komunikovali s nemocným nebo nejlépe navštěvovali např. **rodinnou terapii**, pokud jde o blízkého příbuzného. Nemocnému by jistě prospěla i **individuální terapie**. Otázky totiž neustanou po pár odpovědích, nemocný nedokáže v mozku vystavět velkou čínskou zeď mezi fantazií a realitou. Navíc... představte si, že skutečně žijete ve světě, kde jste nejdůležitějším člověkem na planetě, vaše existence má pro vás obrovský smysl, zažíváte velká dobrodružství – a pak vám někdo řekne,

že nic z toho není pravda a vy se najednou propadnete do „obyčejného“ života. Někdy není nejtěžší zbavit se příznaků, ale naučit se žít opět spokojeně.

Navíc se v rámci schizofrenie objevují různé další příznaky, mezi které spadá zhoršení pracovní paměti, ztráta motivace, apatie, ochuzení emocí, řeči, myšlení... Proto je důležité **trénovat paměť**, i kdyby mělo jít o zapamatování si nákupního seznamu, když jdete nakoupit. Je důležitý **denní řád**, aby vás nepřeválcovaly černé myšlenky. Je velmi důležité **mít kolem sebe blízké**, kteří při vás stojí, nestránit se společností. Je důležité mít smysl, mít záliby, umět mít radost...

Pokud ty, který to čteš, ses se schizofrenií nikdy nesetkal, žádám tě, aby ses snažil být ohleduplný a chápavý, až se s takovým člověkem někdy setkáš. Pokud ty, který to čteš, máš blízkého člověka, který touto nemocí trpí, existuje spousta dalších možností, které zde nezazněly a můžeš se o nich dozvědět u psychiatra, psychologa nebo i google toho spoustu napovídá – přeji hodně sil. A pokud ty, který to čteš, ses ocitl v obrazovce toho akčního filmu, nevzdávej to, svět umí být taky nádherné místo. ■



ČISTÁ DUŠE

MARKÉTA ZAJÍCOVÁ

Film „Čistá duše“ sleduje příběh mladého ekonoma Johna Forbese Nashe ml., který po vymyšlení geniální matematické teorie, jak on sám nazývá „originální myšlenky“, získává prestižní místo na Princetonově univerzitě, kam vchází jako talentovaný vědec. Zdá se, že je jeho životní dráha rozjeta správným směrem. Mezi kolegy je uznávaný, ožení se s krásnou a oddanou ženou a později se stane otcem.

Co na tom, že je zkrátka trochu podivinský. Že nesdílí zájmy se svými vrstevníky, že se vyhýbá společnosti a že občas odpoví někomu, kdo kolem něj není. Situace se ale začne velmi rychle měnit k horšímu. Až jsou John i s manželkou nuceni uznat, že se jedná o mnohem těžší záležitost, než si původně mysleli. Jak se s nastalou situací vyrovnají? Jak John přijme skutečnost, že přichází o své postavení a zároveň

o schopnost poznat to, „co je skutečné“?

Příběh Johna Forbese Nashe ml. je založen na skutečných událostech ze života amerického profesora matematiky a ekonomie. Za své geniální myšlenky a teorie dostal ve spolupráci s několika dalšími odborníky v roce 1994 Nobelovu cenu. Tak jako je pro člověka trpícího schizofrenií těžké rozeznat, co je reálné a co není, tak bude pro vás náročné poznat, kde ve filmu nakonec leží pravda. Dílo je zdařilou sondou do života člověka s diagnózou jednoho z nejtěžších duševních onemocnění. Sledujeme, jak se vypracovává nahoru k úspěchu a jak mu nemoc pomalu, ale jistě zase všechno bere zpět. Vidíme, jak bojuje, i jak prohrává. Vidíme, jak si s ním pohrávají jeho halucinace a jaký dopad to má na jeho rodinu. Je to ten typ příběhu, který si rádi pustíte znovu. A scéna, při které mu jeho manželka se slovy: „Tohle je skutečné...“ přikládá ruku na srdce, nenechá jedno oko suché.



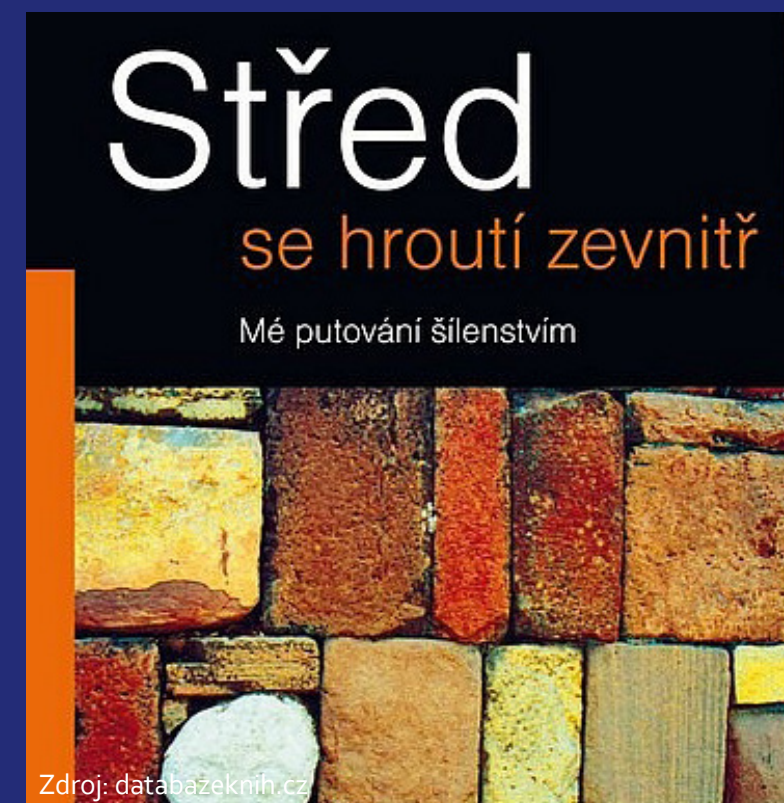
Zdroj: Imagine Entertainment

STŘED SE HROUTÍ ZEVNITŘ ELYN R. SAKSR

KATEŘINA LUDVÍKOVÁ

Víte, jaké to je, když vaše myšlenky mohou zabít miliony lidí? Elyn to ví... Protože ona svými myšlenkami zabíjet může! Nebo si to aspoň myslí, když má svou psychotickou ataku. Když ji nemá, tak vyučuje práva na univerzitě nebo čte Aristotela. Hlavně však bojuje proti své nemoci. Nebyla by to Elyn, kdyby svou diagnózu – schizofrenii přijala. O jejím boji se životem, boji sama se sebou, ale i se společenskými předsudky si můžete přečíst v poutavé autobiografii Střed se hrouťí zevnitř.

Je to kniha, kterou jsem přečetla jedním dechem a doporučuji ji. Je napsána s příměsí černého humoru. Ač mě osud autorky zasáhl, mnohdy jsem se i od srdce zasmála. Nejde však o autorčin pokus napsat,



jak to má těžké. Kniha se věnuje i mnoha odborným tématům a je v jistém smyslu edukační.

V neposlední řadě vyobrazuje, jak k velkému progresu došla psychiatrická péče v posledních desetiletích.

JEDNOU A DOST

KATEŘINA MÜLLEROVÁ

„Jednou a dost“ je článek o muži, který s diagnózou schizofrenie sice nemá nic společného, ale i přesto si rozhodně zaslouží vaši pozornost. Jedná se o velmi otevřenou zpověď o tom, jak může vypadat diagnostický proces, který zpravidla podstoupíte, když se rozhodnete řešit své problémy s odborníky... Více se už dozvíte v samotném příběhu.

Mé jméno je Adam. Momentálně studuji 3. ročník Ostravské univerzity. Jsem kluk, který má rád knihy, běh a malování. Občas můžu působit nepřítomně, koukám jinam, než bych měl a nesměju se asi tolik jako ostatní lidi v mém věku. Už jsem mockrát slyšel, že zbytečně moc přemýšlím nad věcmi, které nejsou pro život důležité. Často se mi stává, že nestíhám a chodím pozdě. Mívám období, kdy je mi hodně smutno, cítím úzkost a v hlavě mám tolik myšlenek, že je ani nedokážu uchopit. Jednou jsem navštívil psychiatra, jen jednou a stačilo mi to k tomu, abych leccos pochopil. V následujících

Kde v tomhle končím a začínám já?

řádcích s vámi budu sdílet kousek svého příběhu.

Já nevím... Nevím, proč a co se mi to vlastně děje. Je to, jako bych to chvílemi vůbec nebyl já, nejsem to já, cítím to, ale jak to zastavit? Pláču, hodně a často, bez důvodu. Přemýšlím nad tím, jaký je život, kdo jsem já, a proč tu vlastně jsem. Proč jsme vůbec my jako lidstvo, proč existuje planeta a život?

Ztrácím se ve svých pocitech vůči sobě, vůči dívce, kterou miluju... Neumím, neumím

si pomoci. Letargie, strach, otupělost, náhle přílišná vnímavost, jak je to možné? Kde v tomhle končím a začínám já? Jak se mám ráno donutit vstát z postele? Jak mám bojovat? Topím se. Topím se ve své hlavě, točím se v kruhu, je to jako bych se točil ve víru všech událostí.

Snažím se skrýt to, zamaskovat, co se mi honí hlavou, udržet slzy, být „normální“, ale čím dál tím víc vnímám, že jsem jiný, že jsem častokrát jinde než všichni ti, co jsou kolem mě...

Sedíš vedle mě na posteli a jsi tak daleko a já nedokážu, nedokážu nikomu vysvětlit, co se to se mnou vlastně děje.

Bojím se, mám strach mluvit o tom, co se mi honí hlavou, strach z toho, že nejsem jako všichni ostatní.

Vím, že sis všimla, že se na mě najednou díváš jinak, že mi zvedáš telefon s jiným tónem v hlase, s napětím a očekáváním

a v duchu si říkáš: „Tak kdo, kdo budeš dneska?“ „Budeme se dnes milovat, nebo budeš plakat a říkat, že nejsem to, co chceš, že nevíš, co cítíš.“...

Mám strach si tě držet blízko, někdy chci, abys odešla, jindy toužím po tom, abys

zůstala se mnou, jenže potom se přistihnu, jak zase sedím na posteli a nechápu, co se děje... Mám strach z toho, že i ty najednou pochopíš, že vlastně nejdu pochopit. A přesto.

Mám strach z toho, že i ty najednou pochopíš, že vlastně nejdu pochopit.

Svým přístupem si získáš mou důvěru. Věřím ti a potřebuju ti to říct. Už jsem tě od sebe odehnal, už mě k tobě neváže nic, ale najednou, najednou cítím tu důvěru, kterou ve mne máš, kterou já můžu mít v tebe. Drž mě za ruku, pojď do toho se mnou. Budu to řešit, půjdu kamkoliv, třeba i za lékařem.

Teď se s tím chci porvat, chci zahnat všechny ty myšlenky, chci se ráno probudit a říct: „Dobře jsem se vyspal, těším se na nový den.“ Chci zase normálně dýchat a nepřemýšlet (zbytečně moc). Čekám, co mi doktorka řekne, je to dětská pediatrička. „Jste jenom unavený a přetažený“... Fajn, uspokojivá odpověď.

„Nejsi jenom unavený, já na tobě vidím, že se trápíš, že tě něco žere uvnitř tebe.“ Máš pravdu, úzkost ve mně se neustále prohlubuje. „Opravdu



bys měl vyhledat odbornou pomoc, zkus to znovu, třeba tentokrát na něco přijdou.“ Fajn, u dalšího praktika už nečekám na to, jaké otázky mi položí, nečekám úplně na to, že zjistí, co mi je a začínám sám – „Myslím, že mám deprese“ tak, a je to venku. Co teď? „Napišu Vám žádanku na psychiatrii do Vítkovické nemocnice.“ Dobře. Půjdu tam.

Pohlaví, věk, místo ambulance, to všechno je mi jedno, už mi jen probiha dejte nějakou diagnózu, dejte mi šuplík, do kterého se vlezu já a celá moje hlava, všechny mé myšlenky, slzy a hnusy. Napište mi, že jsem kdokoliv, zařadte mě, kam jen chcete, jen aby to už konečně přestalo...

Mám strach. Ne z toho, že jdu k psychiatrovi, ne z toho, že mi lidi řeknou, že jsem blázen, bojím se toho, že mi neporozumí, že nedokážu slovy vyjádřit to, co chci, že nebudeme na stejné vlně, že se prostě nesejdeme.

V čekárně je cítit dezinfekce, nevnímám nic jiného než šedé lino. Čekám a jsem nervózní, přemýšlím o tom, jaké otázky by mohly zaznít, v duchu si přehrávám ty nejlepší odpovědi, na které bych mohl rychle a adekvátně reagovat. Vcházím dovnitř...



Je to klasická ordinace, ale jsou tu sošky, které okamžitě upoutají mou pozornost. Vidím velkou knihovnu, pomalu a pozorně studuju knihy v policích a čekám, co mi asi řeknou o svém majiteli a jeho kvalifikaci, uvažuji nad tím, jak mi může zrovna tahle doktorka pomoci... Je o tolik starší než já, nemůže mi přece rozumět.

Ale ona mi rozumí, poslouchá mě a vnímá úplně naplno! Celou tu hodinu věnuje svou pozornost jen mně a je to tak příjemné! Otevírám se, mluvím páté přes deváté až si myslím, že to dohromady vůbec nemůže dávat smysl, chrlím ze sebe skoro všechno, co mě napadne a snažím se celý svůj život vtěsnat

do těch 60 minut. Sezení je super, cítím se dobře, odcházím s předepsanými antidepresivy.

Když přijdu domů, je mi lépe. Jsem rád, že jsem se někomu svěřil, že jsem dostal škatulku, že jsem dostal léky, že už si stačí jen zobnout pár těch pilulek a budu v pořádku...

Uběhne pár dní a můj stav se nelepší, naopak, je mi mnohem hůř. Prospím klidně celý den, nedokážu se aktivizovat, nechci se smát, necítím nic, a to je to nejhorší... Je mi z toho zle. Nerozumím tomu, vždyť všechno užívám tak, jak bych měl, vždyť se tak snažím a ono nic. Má jediná naděje ztroskotala. Komu to mám říct? Jsem divný, protože to na mě nefunguje? Jak mám jít na další sezení k psychiatrovi, když ty prášky nedokážu brát, nepůjdu nikam, nezvládl jsem to, selhal jsem i v tomhle...

NE! Pročitnu, takhle to nechci. Nemůžu pustit všechn ten strach, co mám v sobě. Nenechám tu skálu, která se tvoří mezi mnou a okolím, aby mě oddělila. Musím s tím začít pracovat, musím tu skálu ve své hlavě začít opracovávat, zmenšit, změnit nebo zešílím...

Když nad tím teď tak přemýšlím, tak vlastně děkuji

za to, že jsem nevěděl, že jsem nepřemýšlel o tom, že léky nemusí být mé jediné východisko, protože ten šok, který jsem zažil, mne posunul mnohem dál. Teďka už vím, že musím především přijmout sám sebe, se špatnou i dobrou náladou, že se prostě občas cítím úplně na nic a že jsem to pořád já. Nedefinuji mě mé pocity a myšlenky. JÁ JSEM TOTIŽ MNOHEM VÍC.

Tohle je Adamův příběh. Způsob, kterým

„Myslím, že mám deprese“ tak, a je to venku

se vám ho snažím přiblížit, je zvolen úmyslně, protože ne vždy se vám naskytne příležitost přečíst si otevřený deník někoho jiného. Ráda bych upozornila na to, že se jedná o skutečný příběh, a tedy o jednu konkrétní zkušenost jednoho z nás. Mým cílem bylo zachovat autentičnost, atmosféru a pocit, který ve mně Adam vyvolal, když povídal a já jsem poslouchala. Velmi si vážím toho, že mě Adam pustil k sobě a nechal mě nakouknout tam, kam se mnoho lidí nedostane.

Adamův příběh je zvláštní tím, že zkusil vyhledat odbornou pomoc... A i když se mu pomoci dostalo, bylo

to jinak, než očekával. Adam nebyl upozorněn na to, že antidepresiva způsobují na začátku užívání propad. Častokrát umocňují negativní pocity, které v sobě máte, napomáhají únavě a celkově často přispívají ke zhoršení stavu. Trvá nějakou dobu, než si na ně člověk zvykne, pokud přímo narazí na typ, který mu bude vyhovovat. Jednotlivá antidepresiva se totiž neliší pouze názvem, ale samozřejmě především obsahem a způsobem, kterým na člověka působí. Důležitou roli hraje také to, za jakým účelem je jedinec užívá. Stručně řečeno, ve hře je vždy více faktorů, které rozhodují o tom, zda léky pomohou, či nikoliv. Vždy je však potřeba mít na paměti, že léky samy o sobě nedokážou vyřešit problémy, které nemocného v případě psychických problémů sužují...

Přestože je Adamova zkušenost svým způsobem negativní, dostatečně mu pomohla k tomu, aby podnikl nějaké kroky a snažil se svůj život změnit. Současně bych ráda upozornila na to, že sám Adam na odborníky z řad psychologie a psychiatrie nezanevřel, konkrétně říká: „Jsou to lidé, kteří vám pomohou najít cestu k tomu, abyste si dokázali pomoci sami.“ ■

NOVINKY

V PSYCHOLOGII

MARKÉTA ZAJÍCOVÁ

Ovlivňuje práce kvalitu života schizofreniků?

Schizofrenie patří bezpochyby k nejzávažnějším duševním onemocněním. Pro společnost je důležité zvládnout pozitivní příznaky onemocnění a omezit počet relapsů a negativních příznaků na minimum.

Jaké priority však mají sami nemocní? Česká přehledová studie Simony Venclíkové a Libora Ustohala zmapovala, jakým způsobem ovlivňuje

zaměstnání kvalitu života pacientů trpících schizofrenií. Toto onemocnění člověka vyřazuje z běžného pracovního poměru, čímž přichází o společenské postavení, materiální zajištění, možnosti seberealizace a povšechně důstojnost vlastní existence. Uvedené příklady studií zaměřených na toto téma se však shodují na tom, že zařazení do pracovního procesu u nemocných zlepšuje

jednak subjektivně vnímanou kvalitu života, jednak také objektivní hodnocení jejich klinického stavu.

Venclíková, S. & Ustohal, L. (2016). Vliv zaměstnání na kvalitu života u pacientů trpících schizofrenií. Česká a Slovenská psychiatrie, 112(4), 172-176.



Jak zní hlasy ve schizofrenikově mysli?

Zkusili jste si někdy představit, jak doopravdy zní sluchové halucinace, které slyší člověk trpící schizofrenií? Studentka hudby Bethany James si vzala za inspiraci obraz malovaný schizofrenikem, který výtvarně znázorňuje to, co se odehrává v jeho mysli. James se pokusila zkomponovat takový sluchový záznam, který by co nejvěrněji odpovídal zkušenosti nemocných. Záznam se skládá z kombinace běžných denních zvuků, které jsou ztišeny a zvuků znázorňujících halucinace. Zkombinovala záznamy z platformy Youtube a TED Talks a přidala vlastní hudební kompozice. Výsledek je dle kritiků zdařilým dílem, které věrně znázorňuje,

co se v mysli schizofreniků odehrává. Její počín je vskutku originální, ne však ojedinělý. Znázornit uměleckým způsobem prožívání lidí trpících schizofrenií se pokusilo již mnoho dalších. Za všechny přikládáme názorné video: <https://www.youtube.com/watch?v=xho6HsxBXql>

Flavin, M. & James, B. (2018). 'To give an outsider an idea of what it could be like': A case study of the creative representation of hearing voices. Arts & Humanities in Higher Education, 17(1), 134-147.

Temperament a charakter

Jak souvisí temperament nebo charakter s onemocněním schizofrenie? Podle nedávné

brněnské studie značně! Tento výzkum ukázal, že největší prevalenci najdeme u schizotypního typu charakteru v kombinaci s asociálností. Také se zde vyskytuje pesimismus až úzkostnost, nízký zájem o společenský kontakt, magické myšlení, nezodpovědnost, bezradnost, nedostatek empatie a další. Ovšem k čemu je dobré toto všechno vědět? Měření osobnosti přispívá nejenom ke zjištění deficitů, ale také k nalezení silných stránek osobnosti. S těmi pak můžeme pracovat a podporovat je, což napomáhá ke zvýšení psychosociálního fungování a nepřímo tak k dosažení remise symptomů. Poznatky z monitoringu osobnosti v různých fázích onemocnění mohou přinést personalizaci léčby a také zvýšit účinnost farmakoterapie, psychosociálních intervencí a prevenci relapsů. Stále však schází praktické kroky k zakomponování těchto poznatků do procesu léčby.

Hublová, V., Stehnová, I., Ustohal, L. & Příkrylová Kučerová, H. (2016). Temperament a charakter u schizofrenie. Česká a Slovenská psychiatrie, 112(4), 165-171. ■

KAM V OSTRAVĚ

KATEŘINA LUDVÍKOVÁ

Ať už jste z okolí nebo přespolní, studium na OSU přináší i spoustu času stráveného v centru Ostravy. Čím však zaplnit okna mezi přednáškami? Co s načatým večerem nebo rovnou celým volným dnem? Přece nebudete zírat do bílých stěn kolejí či studentských bytů. Jak zahnat žízeň, hlad a nudu vám právě tady a teď poradím.

Studenti a žízeň:

Každé malé dítě ví, že bez kávy na přednášku nedojdeš. O stálý přísun kofeinu se stará přešřel ostravských kaváren. Kterou si ale vybrat?

Já, jako správný kavárenský povaleč, mám své srdcovky, o které se s vámi podělím.

V AlterNativa Café

si výbornou kávu vypijete ve vkusném prostředí. K výtečné kávě se hodí i nejlepší dortík na světě. Korpusy dortů z AlterNativy




se rozplývají na jazyku a přivádějí do euforie. Dříve byl tento ráj jen v Porubě naproti rektorátu VŠB. Než se však rozběhnete na tramvaj číslo osm, která by vás tam dovezla, slyšte dobré zprávy. V centru se otevřela nová pobočka. A to v Domě umění. Dobré zprávy nekončí... Lidi, sleva na ISIC!

 facebook.com/alternativacafeporuba/



„Que será, será. Whatever will be, will be.“ Zní mi v uších, když se řekne Daniel. **Kavárna Daniel** na vás dýchne minulým stoletím, útulností a romantickým pološerem. Pokud ji tedy najdete... Je schovaná v panelovém domě na zastávce Důl Jindřich. Můj osobní tip: Kávu, čaj, drink si můžete vychutnat s kaštanovým pyr, pro které bych zabíjela.

 facebook.com/KavarnaDaniel/




Pant, Pant, ach Pant. Kdopak by neznal hnízdo kultury a kofeinu nacházející se v blízkosti naší Alma mater. Kromě pití a něčeho k zakousnutí nabízí Centrum Pant i řadu akcí, na kterých se doufám potkáme. I zde můžete uplatnit 15% slevu na ISIC.

 facebook.com/centrumpant/




Pokud už máte z kávy záškuby ve svalech, je nejvyšší čas přesedlat na čaj. Nemusíte však pít hektolitry Jemči z Kauflandu. **Čajovna u Sýkorova mostu** vás přivítá vůní exotiky a asi trilionem druhů čajů. Pro mlsné jazýčky doporučuji karamelový.

 facebook.com/Čajovna-U-Sýkorova-mostu-142153557818/



Když nastane večer, tak to chce něco ostřejšího než kávu nebo čaj. **Realita Gaming Bar** dozajista svlaží vyschlá hrdla a nabídne i zábavu ve formě virtuální reality, Xboxu a Playstationu.

 facebook.com/realitabar/

Jestliže vás žádný z mých favoritů neosloví, pak neváhejte navštívit například **Co Kafe, PetPunk, Čauky mňauky, CrossCafé, Cukrárnu u Babičky** nebo **Sladké časy**.

Studenti a hlad:

Pokud slyšíte kručení v břiše a přemýšlíte, kde by vám nejvíce chutnalo a vaše studentská peněženka nebyla tolik ztratná, tak jste právě nalistovali na správnou stranu. Kromě studentských menz či známých fastfoodů je možné vyzkoušet i některé z ostravských restaurací.




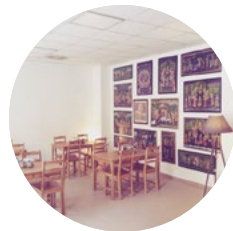
Když na vás něco leze, dejte si česnečku. Když mrzne, až praští, dejte si vývar. Když padáte hlady, dejte si hráškový krém. Polévka je v naší zemi neodmyslitelná součást obědového menu. A na poctivé polévky může natrefit na ulici Českobratrská. Právě tam naleznete **Polívkárnu**.

 facebook.com/Polivkarna/



Jednou jsem slyšela, že z Ruska nepřišlo nikdy nic dobrého. Každému, kdo to říká, bych zacpala pusku Pelmeněm. Tradiční ruské knedlíky Pelmeně naplněné špenátem, dýňovým krémem, sýrem, brambory nebo povidly jsou tak dobré, že mám chuť odstěhovat se na Sibiř. Dát si je můžete v ruském bistru **Pelmeški**.

 facebook.com/pelmeski.ostrava/



Pokud jste zarytí masožravci, můžete tento odstavec klidně přeskočit. **Restaurace Burfi** je totiž ráj vegetariánů, veganů i lidí s bezlepkovou dietou. Na každý den je jedno menu, které obnáší polévku, hlavní chod, salát a dezert. To vše se cenově pohybuje okolo 100Kč. Můžete si i přidat (bez příplatku). Výhodou je bezesporu i fakt, že se na jídlo nečeká dlouho.

 facebook.com/BurfiOstrava/

Bohužel nemáme prostor pro recenzi všech výborných podniků v centru, ale za zmínku a návštěvu stojí i špagetárna Fasta Pasta, Dock, Polo Caffé, Mery Jane Bistro, Happy Banh Mi a FaencyFries.

Studenti a nuda

V průběhu studia nebudete sedět jen zavaleni knihami, proto je dobré vědět, jaké možnosti trávení volného času Ostrava skýtá.

Jistě jste si stačili povšimnout obrovského klasicistního divadla Antonína Dvořáka...




Jen co přijde výplata, je třeba se rozšoupnout a „gastrocestovat“. Exotická chuť vietnamské kuchyně v bistro **Little Vietnam** není sice úplně low cost, rozhodně vás však nezruinuje. Hezké prostředí bistra si vychutnáte z barových stoliček za vůně pravé vietnamské kávy.

 facebook.com/littlevietnambistro/




Pokud jste si však zapomněli přibalit společenskou róbu, nemusíte zoufat. Ostrava disponuje **komorní scénou Aréna**, která je v oblékání frivolní a nikdo se na vás nebude koukat skrz prsty, když přijdete třeba v riflích. I ceny jsou zde příznivé. Lístek vás vyjde asi na 250 korun.

 divadloarena.cz/subdom/arena2/




Když se řekne langoš, co si vybavíte? Mastnou, kečupem a tatarkou překypující placku, tak jako já? **Bo bistro store** tyto stereotypní představy o langoších boří. Na výtečné sladké langonuty, popřípadě na slanou klasiku, si můžete skočit hned po hodině filozofie naproti budovy E. S cenou se opět vejde do stokoruny.

 facebook.com/bobistrostore/



Nezaujme-li vás program Arény, protože máte chuť se dnes od srdce zasmát, vaše touhy vyplní soubor **All Imp**. **Divadlo Odvaz** nabízí pestrou škálu představení plných improvizace. Nutno zmínit, že toto improvizáční divadlo je v naší republice raritou a je jediné svého druhu. Takže šup, šup, lístky jsou za stovku.

 odvaz.eu/



Někdy člověka dočista ovládne touha po seberozvoji a prostě musí jít na nějakou tu přednášku; besedu; workshop... Jindy se zase touží vlnit v rytmech balkánských písní; nahodit retro oblečení, popřípadě si poslechnout komorní koncert. Tohle všechno je v Ostravě možné na jednom místě. **Cooltour Ostrava** je kulturní centrum na Černé louce. Vyplatí se sledovat jejich stránky a mít přehled, co se tam právě děje.

 cooltourova.cz/

Nesmíme zapomínat, že v blízkosti Ostravy se nacházejí Beskydy. Výlet na Lysou horu vám jistě zpříjemní den i studium v Moravskoslezském kraji. Nejlépe se tam dostanete vlakem a ze stanice Ostravice už pěšky po červené. Pustevny máme také skoro za rohem a autobusem z nádraží tam budeme coby dup. Pokud nebudete mít čas na celodenní výlet, tak si můžete aspoň vyběhnout Haldu Emu či si užít relaxaci v Komenského sadech.



Milovníci filmů zbystřete! Velká kina právě nenabízejí žádný zajímavý repertoár? Nevadí, našťastí je tady **Minikino**. Útulná kavárna spojená s projekcí ne zcela komerčních filmů se postará o zábavu. A je to skoro za babku. Lístky se pohybují od 60 do 150 korun.

 minikino.cz/



Považujete se za akčnější typ, takže sezení v kině a divadle vás neosloví? To můžete rovnou zamířit do **Zábavního centra Horník**. Toto místo nabízí například Laser Game, hernu s virtuální realitou, pohybovou hru Archery Game a mnoho dalšího. Utkat se můžete v pravidelně pořádaných turnajích, kde to všem natřete... Třeba v lukostřelbě.

 zabavahornik.cz/cs



BC. VENDULA BECHNÁ

MARKÉTA ZAJÍCOVÁ
KATEŘINA BAROŠOVÁ

Bc. Vendula Bechná svůj bakalářský titul z jednooborové psychologie získala na FF OU, nyní ve studiu pokračuje na FF UP. Již v průběhu svého bakalářského studia prošla praxemi na různých místech. Jako praktikantka působila například v poradně pro primární prevenci, v krizovém centru či u policejní psycholožky. Nyní pracuje jako psycholožka ve Výchovném ústavu na oddělení s extrémními poruchami chování ve Frýdku-Místku.

Velmi by nás zajímalo tvé srovnání OU a UP. Kdyby se tě někdo zeptal: „Pověz mi, jaké bylo studium v Ostravě a jaké je to teď v Olomouci?“, co bys odpověděla? Plusy, minusy, to dobré i to špatné. Co by ti přišlo na mysli?

V Ostravě jsem studovala prezenčně, takže i studium

jsem vnímala jako záživnější a více obohacující než v Olomouci. Hodně záleží, zda člověk do školy chodí denně nebo občas. Ostravu jsem si hned oblíbila, i když je z mnoha stran vnímána negativně. Všude je plno kaváren, restaurací, hospod, akcí (ať už vzdělávacích či zábavních). Milovala jsem na ní například vánoční trhy nebo park Komenského sady. Několikrát jsem si do školy brala brusle a po přednáškách v parku jezdila. Jsem milovník sportu všeho druhu. Ostrava nabízí plno možností. Dojížděla jsem tam moc ráda.

...ráda se překonávám a vím, že je důležité občas vyjít z komfortní zóny.

Studium na OU jsem vnímala spíše teoreticky, prakticky mi otevřely oči až praxe, které jsem absolvovala. Například diagnostické metody, které

jsme ve škole probírali, mě vůbec nebavily. V praxi to však bylo jiné. Pochopila jsem, že jsou důležitou součástí psychologické práce a k čemu doopravdy slouží. První dotazník, se kterým jsem se setkala v praxi, byl MMPI při výběrovém řízení policistů. Také bylo super vidět, jak to na praxích funguje, co setýká organizace a podobně. Co se mi ještě vybaví, když se řekne psychologie a Ostravská univerzita, je sociálně-psychologický výcvik. Výcvik mě ovlivnil hodně. Pochopila jsem v něm spousty věcí. Například, že každý reaguje v různých situacích jinak na základě minulých zkušeností. Hodně věcí mi díky výcviku začalo docházet. Uvažovala jsem po něm jiným způsobem. Troufám si říci, že byl pro mě zlomovým bodem ve smyslu vnímání druhých lidí a mě jinak, ale mluvím za sebe, každý



to mohl mít různě. Dále nemůžu zapomenout na předmět „Základy meditace“ s panem doktorem Malušem. Při meditaci se mi chtělo hrozně smát a nešlo to zastavit. Byl to super předmět a mám na něho takovou vtipnou vzpomínku.

Co se týká Olomouce - dojíždím tam přibližně jednou až dvakrát za dva týdny a na každý předmět máme cca jednu tříhodinovou přednášku. Znalosti nyní získávám spíše doma než ve škole, a hlavně z mé práce a různých výcviků, popřípadě supervizí. Přednášky v Olomouci jsou velmi záživné, obohacující a baví mě. Učitelé jsou tam veselí a plní energie

– většinou (smích). Často mě mrzí, že tam nestuduji prezenčně. Z přednášek si hodně zapamatuji. Nebaví mě akorát dojíždění, ale všechno má své pro a proti.

Ve své bakalářské práci ses věnovala tématu vnímání životní smysluplnosti u křesťanů a ateistů a zkoumala jsi rozdíl mezi nimi. Takové téma zní zajímavě, ale zároveň i docela abstraktně. Podle čeho ses při výběru tématu rozhodovala? A čeho se bude týkat tvá diplomová práce?

To je dobrá otázka. Ptali se mě na ni i při přijímacím řízení do Olomouce. Chodila jsem na jazykovo-křesťanské

gymnázium ve Frýdlantu nad Ostravicí. Sama jsem agnostik, nejsem úplně věřící. Naše škola se skládala z věřících křesťanů a nevěřících nebo někoho jako já (smích). Jen co jsem na gymnázium nastoupila, vnímala jsem odlišné chování obou stran. Křesťané byli jiní než ateisté. V mnoha směrech. Celé čtyři roky jsem to pozorovala. Hodně jsem i přemýšlela o náboženstvích, smyslu života - znáte to, člověk se v pubertě hledá. Strávila jsem také celý měsíc na křesťanském campu v USA. Tuto možnost mi poskytla škola, a tak jsem neváhala a jela. Hned po campu v USA jsem jela jako instruktorka na tábor v Česku. Tam byli zase samí ateisté. Hodnoty i chování byly

naprosto odlišné, než měli křesťané v Americe. Jakmile jsem u paní doktorky Machů viděla téma týkající se křesťanů a ateistů, věděla jsem, že je mé.

Diplomová práce se týká rodinného prostředí adolescentů v zařízeních pro výkon ochranné a ústavní výchovy. Zvolila jsem si toto téma, protože v ústavu pracuji a také si myslím, že se na problémech adolescentů podílí z 90% rodina. V diplomové práci budu zkoumat také drogovou či alkoholovou závislost ze strany rodiny či adolescentů, jejich rizikové chování a depresivitu.

V rámci praxe jsi docházela do poradny pro primární prevenci. Mohla bys čtenářům přiblížit, co nejčastěji takováto poradna řeší? Jaké služby poskytuje?

Většinou zaměstnanci v poradně dochází do škol, kde přednáší o drogách, kyberšikaně, bezpečném sexuálním chování, rizikové elektronické komunikaci a šikaně. Dále poradna poskytuje adaptační kurzy pro školy, intervenční programy, diagnostiku třídního kolektivu atd..

A bývají studenti ochotni spolupracovat anebo ses setkávala spíše s nezájmem?

Záleží na věkové skupině dětí a taky na tom, jestli to umí preventista správně podat. Děti či adolescenty to musí bavit, jestliže je to pro ně zajímavé, tak i ta nejhorší třída spolupracuje. Také je důležité si uvědomit, v jakém je třída věku. Každé věkové skupině se věci vysvětlují jinak. Setkávala jsem se většinou se spoluprací.

Předtím jsem nikdy neviděla čtrnáctiletou těhotnou dívku, nikdy jsem neviděla dívku, která rozbíjí věci kvůli tomu, že chce pervitin.

Tvá další školní praxe byla u policejního psychologa, což je pro mnoho studentů velkou neznámou. Mohla bys nám přiblížit, jak to tam probíhalo? Co je náplň práce policejního psychologa a co je na ní podle tebe nejzajímavější?

Měla jsem to štěstí, že mě paní policejní psycholožka přijala. Musím říci, že byla velmi milá, ochotná mi vše ukázat a zodpovědět. Docházela

jsem do policejních kasáren, kde pracovala. První čtyři dny jsem byla při zaučení policejního interventu. Policejní interventy oznamují úmrtí, jezdí k různým nehodám (smrtným či jiným), řeší domácí násilí atd. Tyto čtyři dny mi poskytly základy krizové intervence. Paní psycholožka mi řekla, jak to v praxi chodí, jak reagovat a co nejlépe postupovat v různých případech. Řešili jsme i mnoho kazuistik. Poskytla mi také spousty materiálů.

Dále jsem byla u výběrového řízení policistů celý den. Policisté absolvovali tzv. psychotesty. Tam jsem se seznámila s dotazníkem MMPI, kresbou stromu, nedokončenými větami. Byla jsem u osobních pohovorů policistů. Paní psycholožka mi během tohoto řízení pokaždé říkala, jaké jsou její postřehy, jaké má z jednotlivých pohovorů pocity a taky jaké chování u pohovoru bylo zvláštní nebo naopak, co bylo v pořádku.

Co dál dělá policejní psycholožka? Má pod sebou tým policejních interventů, které vede. Poskytuje individuální poradenství policistům v těžkých situacích, je přítomna

u různých výslechů. Neustále ji během mé praxe někdo volal. V telefonu utěšovala, byla oporou. Byla to jedna z neuvěřitelně silných osob, které jsem kdy poznala. Bylo na ní vidět, že ji její práce baví, chtěla pomoci, vyzařovala neuvěřitelnou energii. Fascinovalo mě to, protože jsem věděla, jaké řeší případy, kolik má starostí a neustále zvládá být všem oporou. Má také malé děti a rodinu mimo práci. Co je nejzajímavější na této

práci? Nedokážu odpovědět. Tato praxe mi hlavně pomohla uvědomit si, jak je důležité pomáhat druhým lidem a dělat to, jak nejlépe člověk umí. Ujistila jsem se v tom, že právě toto chci dělat.

Pracuji na bázi emoční korektivní zkušenosti.

V současné chvíli pracuješ jako psycholožka ve Výchovném ústavu



s extrémními poruchami chování. Jak náročné je pro tebe skloubit práci se školou? A jde při tom i „normálně“ sociálně žít?

Náročné to pro mě není. V práci mi vychází vstříc se zkouškami, podporují mě. Máme skvělý kolektiv. Do práce chodím dvakrát týdně, takže to jde stíhat úplně v pohodě. Zkouškové je vždycky depresivní a člověk má pocit, že nestíhá, ale tak to bylo, i když jsem práci neměla, takže žádné výmluvy (smích)! Stíhám vše, chodím po horách, běhám, dokonce mám za sebou další sociálně psychologický výcvik, který mi poskytla práce, momentálně píš diplomovou práci, jezdím na chalupu pracovat a odpočívat. Nedávno jsem absolvovala B7. Je mi skvěle.

Musela jsi před nástupem do práce sama v sobě zpracovávat nějaké strachy či předsudky, nebo jsi přesně věděla, do čeho jdeš a v praxi se ti to pak akorát potvrdilo?

Vůbec jsem nevěděla, do čeho jdu. Pan ředitel mi před nástupem řekl, že je to dobře, aspoň nebudu mít právě ty předsudky, o kterých

se často mluví. Samozřejmě jsem se bála. Jsem ale taková, že se ráda překonávám a vím, že je důležité občas vyjít z komfortní zóny. Právě tehdy kolikrát začne nový život. Udělala jsem tu nejlepší věc, co jsem mohla. Právě strach a překonávání se ať už ve sportu či práci mě posouvá dále. Nebylo se vůbec čeho bát, ba naopak.

Ve své práci se setkáváš s dětmi s extrémními poruchami chování. Dovedeme si představit, že u lidí, kteří nikdy s takovými dětmi či ústavu nepřišli do styku, to musí vyvolávat spoustu doopravdy v praxi? Jaké jsou děti v ústavu a jak to tam funguje?

Ano, ve společnosti existuje hodně předsudků. Když někomu řeknu, kde pracuji, tak se na mě často divně podívá a řekne něco ve smyslu: „To musí být hrozné, jak to můžeš dělat“. Ano, první měsíc to pro mě bylo těžké. V ústavu mám na starost pouze dívky. Oddělení chlapců je v Ostravě. Dívky v ústavu jsou většinou závislé na drogách, nezvládají své emoce, mají abstinenční příznaky, jsou agresivní, sebepoškozují se.



K nám posílají dívky, s kterými si běžné ústavy neví rady. Předtím jsem nikdy neviděla čtrnáctiletou těhotnou dívku, nikdy jsem neviděla dívku, která rozbíjí věci kvůli tomu, že chce pervitin, nikdy jsem se nesetkala s takovou zlostí a agresí. Řešila jsem, když se dívka pořezala. Byl to pro mě zkrátka šok.

Ale když jsem se po prvním měsíci vzpamatovala, začala jsem více přemýšlet, proč se tak chovají. Začala jsem přemýšlet, jak bych jim mohla nejlépe pomoci a jak jim pobyt v ústavu co nejvíc usnadnit. Holky mám hrozně ráda. Vytvořila jsem si s nimi

důvěrný vztah a na tom pracuji. Většina je z rozvedených rodin, kde rodiče sami drogy užívají. Holky jsou ze života zklamané, nemají mnohdy nikoho. Otec je například pasák, matka prostitutka, oba dva uživatelé drog a mohla bych uvést mnoho dalších případů. Je jasné, že děti těchto rodičů nebudou bezproblémové. Pracuji na bázi emoční korektivní zkušenosti. Snažím se jim pomoci zvládat aktuální problémy, do minulosti zacházím velice opatrně. Je pro mě radost, když se dívka rozesměje nebo když se delší dobu sama nepoškozuje.

Snažím se s každou pracovat individuálně na jejich problémech a věnovat jim maximální pozornost. Dívky si toho velmi cení a věřím, že se dokáží změnit. Práce v ústavu mě naplňuje a cítím, že jsem tady pro někoho, kdo to potřebuje. K dispozici mám pak Snoezelen (terapeutickou místnost, pozn. red.), občas dělám muzikoterapii a zmíněnou krizovou intervenci. Jednou za tři měsíce máme supervizi s psychologem z jiných zařízení a s těžkými případy je mi vždy k dispozici kolega z Ostravy, který mi už mnohokrát pomohl. V ústavu u nás je to jak na houpačce. Někdy jsou dívky bezproblémové a je „klid“, jindy je celý ústav vzhůru nohama.

Kdybychom po tobě chtěli, aby sis představila, jak bude tvá psychologická kariéra vypadat za deset let, jak bys ji popsala? Máš nějakou vizi do budoucna?

To je pro mě těžká otázka, kterou si momentálně zpracovávám sama. Chtěla bych zůstat po studiu na zkrácený úvazek ve výchovném ústavu a na hlavní úvazek jsem si chtěla vyzkoušet psychologa ve věznicích. Zajímají mě příběhy a problémy ve vězení a taky

například to, co by vězni udělali jinak, co by poradili dětem v ústavech apod. Zajímá mě to porovnání. Hodně jedinců z ústavů pak končí během svého života ve vězení. Mohla bych pak něčím přispět adolescentům v ústavech. Určitě si hned po škole chci udělat pětiletý psychoterapeutický výcvik, o kterém doufám, že mě posune zase o něco dál. Celý život se dá na všem pracovat a zdokonalovat se. Další varianta je, že budu pokračovat na doktorském studiu na UPOLu a budu se dále zabývat výzkumem těchto adolescentů.

Mnoho lidí práci se závislými a problémovými vzdá, vyhoří. Taková já být nechci.

Určitě chci pracovat s lidmi závislými, delikventními, problémovými. Chci pracovat s lidmi, kteří se ocitli v závažné či krizové situaci a nemohou se z ní dostat. Toto u sebe vidím jako poslání.

Kdybys měla možnost jít znovu do prváku, udělala bys něco jinak? Změnil by se nějak směr, kterým se dnes ubíráš, nebo by vše zůstalo stejné?

Myslím si, že by vše zůstalo

stejně. Odmala mě zajímaly drogy, závislost, kriminalita. Nevěděla jsem, co chci přesně dělat, ale věděla jsem, že chci pracovat se závislými. To se mi svým způsobem splnilo, baví mě to a chci v tom pokračovat dále, ať už to bude cokoli. Mnoho lidí práci se závislými a problémovými vzdá, vyhoří. Taková já být nechci.

Chtěla bys něco vzkázat současným bakalářským studentům psychologie? Třeba něco, co bys sama ráda věděla, když jsi byla na jejich místě?

Bude to znít možná blbě, ale nestresovat se tak kvůli škole a zkouškám. V prváku jsem byla vystresovaná z každé zkoušky a kolik jich bylo... Vždycky jsem přibrala, měla akné, nesportovala, měsíc jsem žila v jednom pokoji, byla na všechny nepřijemná – myslím, že to většina známe. Studuji pořád a nervy ze zkoušek mám taky pořád, ale už jsem více v pohodě. Je důležité si uvědomit, že máme rodinu nebo jsme zdraví, máme kde spát, máme super lidi kolem sebe. Někdo to má třeba jinak. Taky se vždy snažím vše udělat hned, prokrastinace je potvora.

Vendy, moc děkujeme za rozhovor! ■

BUDETE PŘEKVAPENI, CO VŠE MŮŽE DĚLAT PSYCHOLOG

MARKÉTA ZAJÍCOVÁ
HANA PEIGEROVÁ

Aneb malá ochutnávka pralinek z psychologie

Pedagogického psychologa si umíme představit např. v pedagogicko-psychologické poradně, na školách nebo ve speciálně-pedagogických centrech. Zkusme však zapojit fantazii. Pedagogický psycholog se totiž může díky svému vzdělání a svým dovednostem podílet třeba na tvorbě vzdělávacích programů pro žáky, na jejich lektorování nebo vytváření edukačních pomůcek. Během studia se můžete věnovat zážitkové pedagogice v rámci různých dětských center, kroužků, táborů – pozorováním se toho také mnohé naučíte. Pokládejte si otázky: Kde končí role pedagoga a začíná role psychologa? Jak mohu uplatnit nově nabyté znalosti a dovednosti? A jsou v tuto chvíli skutečně přínosné nebo nadbytečné?

Muzikoterapie, Arteterapie, Taneční terapie... Většina studentů zná terapii spojenou s výtvarným uměním, méně už ví, že lze léčit i hudbou a fajnšmekři znají léčivé účinky tance a pohybu. Tyto terapie jsou doporučovány jako doprovodné k nějaké komplexnější péči nebo v rámci jiných tradičních terapií. Nepředpokládá se, že by v průběhu těchto terapií došlo k otevření hlubších témat, proto by mělo být relativně bezpečné využívat tyto techniky k práci s různými cílovými skupinami už v rámci studia. Budme však zodpovědní a nepouštějme se do takové práce opášení příručkou. Projděme si nějakým kurzem, kterých je dneska už tolik, že je z čeho si vybírat.

Zajímá tě směr klinické psychologie, tíhneš k medicínským oblastem, jako jsou neurologie, onkologie, rehabilitace nebo chirurgie a rád by ses jednou realizoval v rámci nemocnic nebo psychiatrických léčeben? Už jsi slyšel o kurzu **Psycholog ve zdravotnictví**? Tento kurz můžeš absolvovat už během nMgr. studia například v Olomouci pod patronátem UPOLu. Po jeho absolvování budeš schopen poskytnout první pomoc, vyznáš se ve zdravotnické legislativě a dokumentaci, dostaneš základy farmakologie a můžeš působit jako psycholog ve zdravotnických službách a snažit se o atestaci v klinické psychologii. Navíc před kámoši můžeš machrovat medicínskou hatmatilkou.

Krizový intervent je pracovník, který provádí tzv. první psychologickou pomoc. První pomoc známe z medicínského hlediska, ale ta psychologická by jistě neměla být opomíjena. Ať už člověk prožívá jakoukoli krizi (např. těžký rozchod nebo nedej bože státnice), může se obrátit na linku důvěry nebo dojít přímo do krizového centra, kde jim krizový intervent pomůže náhlou situaci zpracovat a společně vymyslí následný plán. Pozor! Na postu krizového interventa můžete působit už jakožto

bakaláři, pokud si uděláte kurz kompletní krizové intervence. Tyto kurzy každý rok pořádá např. Děčko Liberec, z.s.

Jestli tě zajímá práce ve firmách, s manažery, personalistika nebo koučink, zkus se podívat po pracovních nabídkách, jako je **HR Asistent**, pozorovatel nebo moderátor v **Development centrech** nebo hledej nějaká **Assessment centra**. Dostaneš se například k informacím, jak vypadají výběrová a přijímací řízení, co všechno spadá do oblasti

vzdělávání pracovníků nebo prostě a jednoduše, jak to ve firmách funguje. Navíc tyto pracovní pozice bývají i slušně zaplacené! Jako odrazový můstek ke koučinku pro tebe může být absolvování Letní trenérské školy ČASP, kdy se můžeš stát trenérem měkkých dovedností (např. asertivní komunikace nebo time management).

Říkáš si, že s bakalářem psychologie je to jako s gymplem? Je sice super ho mít, ale co s ním? Tak to tě možná překvapí, že už s bakalářem můžeš pracovat na psychiatrii jako **therapeut!** Konkrétně se jedná o psychiatrickou nemocnici v Opavě – jak je to jinde, to už si budeš muset zjistit sám/sama. Pravda, plat je oproti psychologům poloviční, ale zase se dostaneš do opravdové praxe. Zjistíš, jak vést skupinu a můžeš tu využít všechny kurzy z arte a muzikoterapií, které jsi absolvoval. Jo a neboj, oni si tě zaučí a budeš pod dohledem zkušeného psychologa! Pokud se vidíš v profesní dráze klinického psychologa, tak tohle by mohl být krok správným směrem.



Ahoj bojovníci!

Dovolte ještě pár slov. Mnoho z vás se miře cítil trochu mimo. Neví, kterým směrem jít, jestli si dobře vybrali obor nebo jestli na to někdy vůbec budou mít. Dlouhá léta jsem to tak měla taky. Za sebe musím říct, že nejdůležitější je se sám porozhlédnout po okolí a prostě zkoušet. Trochu teď je ten nejlepší čas nabírat zkušenosti a ujasnit si, co vlastně od života chcete a kdo jste. Pracujte na tom. Vědomě. Nenechte lenost nebo strach být důvod, proč to nejde. Naopak hledejte cesty, kterými to jde, a hlavně se přejte. Kdo se nereptá, nic se nedozví, nebo jak se to říká. Od pracovky ke klinice, od školní po poradenskou, psychologie je tak rozmanitý obor, že je škoda toho nezkusit víc. A můžete být i překvapeni, co vám nakonec zachutná.

S láskou, Markéta

Milí (spolu)studenti,

chápatě kývu klavou, když lamenujete, jak moc vám chybí větší kontakt s praxí, jak moc byste už teď chtěli pomáhat lidem a mít všechny kurzy světa. Domnívám se, že tento pocit zažívá většina z nás. Ale ráda bych vám chtěla položit jednu otázku: Cítíte se už kompetentní k tomuto bezesporu náročnému povolání? Protože já sama ne, a to už jedním titulem disponuji. Neodrazují vás od praxe, od kurzu, od učení. Jen ve vás samotných chci vzbudit diskusi, snahu být lepší, sebekritičnost a kopu trpělivosti. Učte se od nejlepších, jděte po možnostech, které se vám nabízejí, ale nespomínejte na bilanci.

S láskou, Chanka

ČASPIŠ

SEMESTR PSYCHOLOGIE

HLEDÁME NOVÉ ČLENY DO REDAKCE

KDO JSME?

Časpiš: Semestr psychologie je nový projekt vzniklý na ostravské pobočce ČASP. Časopis vychází jednou za semestr.

NAŠIMI HLAVNÍMI CÍLI JSOU:

- propojit život studentů s životem katedry
- informovat o činnosti ČASP (akce a projekty)
- přiblížit studentům obor psychologie (rozhovory, příběhy z praxe)
- poskytnout studentům prostor pro kreativní tvorbu

Jsi studentem psychologie a chceš se podílet na tvorbě článků z oblasti psychologie a života naší katedry a zvyšovat tím její kvalitu? Rád píšeš, fotíš nebo jinak tvoříš? Jsi aktivní a pracovitý a zajímáš se o oblast psychologie i mimo školní lavici?

Potom hledáme právě tebe! Neváhej a pošli nám svůj motivační dopis ještě dnes a my se ti jistě ozveme!

Dopis zašli na níže uvedenou emailovou adresu:
caspis.ova@gmail.com

V elektronické formě nás najdeš zde:
facebook.com/CaspisOstrava



ZAČÁTEK

KLÁRA

Zmatek v hlavě, zmatek ve mně.
 Tohle není moje země.
 Tak ztracená ve světě,
 Jsem na cizí planetě.
 Kdo to mluví? Kdo ho zná?
 V hlavě mé se vysmívá.
 Slyšelas ten hrozný smích?
 Vidím hrůzu v očích mých,
 V zrcadle ten pohled zřím,
 Kdo že tam je? Co já vím.
 Teď se odraz v ďábla mění,
 Směje se a zuby cení.
 Už dost! Svůj zrak odpírám.
 Co to jenom v hlavě mám?
 Je to sen, či realita?
 Už vím! Už mi v hlavě svítá.
 Najednou vše smysl dává,
 Nikdo mě však nepoznává.
 Všechno se mi v hlavě mění.
 Co je pravda? Co je snění?
 Prozřela jsem nejspíš. Asi.
 Vidím hrůzy, vidím krásy.
 Míň té krásy, víc té hrůzy,
 Vidím, co nevidí druzí.



I grieved for my loss so long
 Every night
 Covered in blood
 Drowning in tears
 My soul dying
 Ache breaking my bones
 But I survived
 And you will too

-Sill

I'm so sick of all these lies
 All these games
 I don't need another empty conversation
 Another soul overflowing with lust
 I need pure love
 Someone tired of this world
 Like me
 Is there anyone?
 I don't know anymore
 I'm lost

-Sill



So she tried
 To fit in those tiny shells
 Society made for girls like her
 Stubborn, unsteady, reserved
 She was like a bull in a china shop
 Until she broke those shells
 Exposed her true nature
 And raised fears
 In this world made from lies

-Sill

GDM GALERIE DOLU MICHAL | SPRCHY

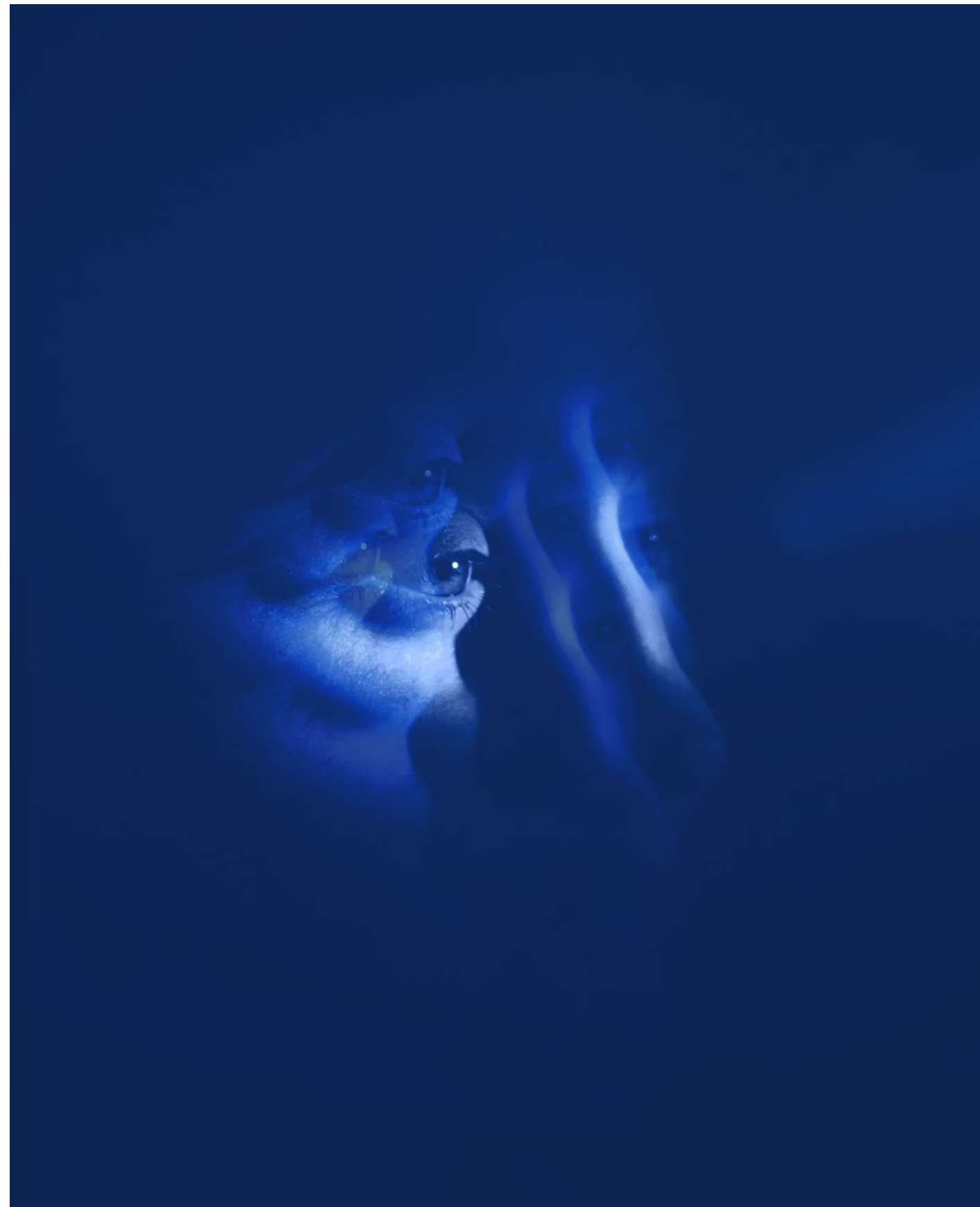
NĚKOLIK VĚT ...

DANIEL BALABÁN
PAVEL FORMAN
TOMÁŠ KOUDELA
FRANTIŠEK KOWOLOWSKI
JIŘÍ KUDĚLA
PETR LYSÁČEK
IVO SUMEC
JIŘÍ SURŮVKA

Vernisáž ve středu 13|11 v 18 h.
Cečovna Dolu Michal

Výstava potrvá do 08|12|19

Galerie Dolu Michal | ČSA 413/95 | Ostrava-Michálkovice | otevřeno út 13-17



ODBORNÉ OKÉNKO

NOTÝSEK STUDENTA

MARIE VONDRÁŠKOVÁ



OBSAH

1. Schizofrenie obecně, příznaky	3
1.1. Příznaky	3
1.2. Etiopatogeneze	5
2. Dělení	5
2.1. Paranoidní schizofrenie (schizophrenia paranoides, F20.0)	5
2.2. Hebefrenní schizofrenie (schizophrenia hebephrenica, F20.1)	5
2.3. Katatonní schizofrenie (schizophrenia catatonica, F20.2).....	6
2.4. Nediferencovaná schizofrenie (F20.3).....	6
2.5. Reziduální schizofrenie (F20.5).....	6
2.6. Simplexní schizofrenie (schizophrenia simplex, F20.6).....	6
2.7. Další subtypy	6
3. Dětská schizofrenie	6
4. Diagnostika a diferenciální diagnostika	6
5. Průběh	8
5.1. Časně varovné příznaky, prodromální fáze	8
5.2. Počátek onemocnění	9
5.3. Ataka.....	9
5.4. Remise a relaps	9
5.6. Typy možných průběhů.....	9
6. Prognóza	10
7. Léčba schizofrenie	10
7.1. Psychofarmakoterapie.....	10
7.2. Psychosociální intervence a psychoterapie.....	11
8. Neurobiologie schizofrenie.....	13
9. Problematika subjektivního prožívání	13
10. Stigmatizace a destigmatizace	14
11. Závěr.....	15
Zdroje.....	15

SCHIZOFRENIE

„...od té doby vím, že když chci pacientovi něco vzít, nějaké bludné přesvědčení, které mu však pomáhá přežít, musím mu zároveň nabídnout něco jiného. Především sám sebe.“

(Jarolímek, 2017)

Milí čtenáři,

dovolte mi vás přivítat u dalšího Odborného okénka, ve kterém se pokusím shrnout důležité a věřím, že i zajímavé informace k tématu schizofrenie, kterému je věnováno toto číslo časopisu. Pojdme se tedy společně podívat na schizofrenii, psychotické onemocnění, jehož název pochází od Eugena Bleuera, avšak které poprvé pojmenoval v roce 1899 německý psychiatr Emil Kraepelin jako dementia praecox (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Jako předčasnou demenci nynější schizofrenii Kraepelin popsal podle věku, ve kterém se začala projevovat – tedy mladá dospělost, a dále podle postupného zhoršení kognitivních funkcí (Vágnerová, 2004).

1. SCHIZOFRENIE OBECNĚ, PŘÍZNAKY

Schizofrenie je psychotickým onemocněním s velmi

rozmanitými symptomy, na které se v dnešní době nahlíží spíše jako na syndromy (Bankovská Motlová & Španiel, 2017), a které se ve svých fázích projevuje poruchami téměř ve všech psychických funkcích – v poruchách myšlení (jak dynamiky myšlení, formálního myšlení, tak obsahu), vnímání, emotivity či chování a jednání (zpomalení, vzácněji naopak nadměrná aktivita) (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012; Vágnerová, 2004; Bosco & Parola, 2017). S poruchou myšlení souvisí také poruchy verbálního projevu, kdy se u nemocného mohou projevovat bizarní výrazy, verbigerace, tvoření neologismů či komolení běžných slov. V extrémní situaci se může vyskytovat také slovní salát (Vágnerová, 2004). Právě díky tomuto zasažení několika psychických funkcí se schizofrenie řadí mezi nejzávažnější duševní onemocnění vůbec (Orel, 2016).

Hartl a Hartlová (2010) schizofrenii definují dle MKN-10 jako soubor schizofrenních poruch, které se projevují halucinacemi, bludy, ztrátou sociálních kontaktů a kognitivních funkcí, jako je racionální uvažování, abstraktní myšlení a plánování; namísto toho přicházejí bludné výklady, sluchové halucinace, nepřesné, nespojitě a neproniknutelné myšlení.

1.1. Příznaky

Co se příznaků týče, jsou obecně rozdělovány na pozitivní, negativní a kognitivní deficit, avšak u každého jedince se projevují velmi individuálně – proto se také schizofrenie někdy označuje jako „nemoc sta tváří“, protože její klinický obraz je nejednotný a různorodý.

Mezi pozitivní příznaky, nebo také příznaky psychotické, které jsou dávány do souvislosti se zvýšenou dopaminergní

aktivitou v určitých oblastech, zařazujeme bludy, halucinace a dezorganizaci (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012). Halucinacím mohou předcházet iluze a samotné halucinace bývají nejčastěji sluchové („hlasy“), ale mohou být mimo jiné také taktilní či zrakové. K halucinacím se pojí také to, jak je nemocný interpretuje. Člověk se schizofrenií je často interpretuje bludně, bez náhledu, což znamená, že si neuvědomuje, že se jedná o výtvar jeho psychiky, a nikoliv o realitu. To souvisí také s tzv. distorzi reality (= jeden ze základních příznaků schizofrenie), která je výsledkem opět špatné interpretace světa a neadekvátního zpracování běžných informací (jako příklad můžeme uvést, že nemocný vnímá třeba zazvonění zvonku jako určité znamení něčeho jen pro něj) (Vágnerová, 2004). Jsou to právě tyto psychotické příznaky, které mají často za následek hospitalizaci klienta.

Naopak negativní příznaky se projevují spíše utlumením, ochuzením psychiky (vliv snížené dopaminergní aktivity v části frontálního kortexu) (Češková, 2012). Nejvíce pak sledujeme útlum v oblasti emotivity a volní složky, což

se může projevovat apatií, ztrátou motivace, sociálním stažením, ochuzením řeči. V mnohém mohou připomínat depresivní příznaky – zde je na místě upozornit na důležitost odlišení deprese a negativních příznaků, protože deprese doprovázející schizofrenii je velmi rizikovým faktorem sebevražedného jednání, ke kterému se dostaneme o něco později (Skopová, 2016). Také lze vymezit sekundární negativní příznaky, které jsou v podstatě důsledkem příznaků pozitivních – např. při halucinování není jedinec schopen adekvátní komunikace s druhými (Češková, 2012).

Jádrovým příznakem pro schizofrenii je kognitivní dysfunkce, která je spojena s negativními příznaky. Tato dysfunkce je přítomná před manifestací psychózy a je zároveň jednou z hlavních příčin možné sociální maladaptace po odeznění psychotických příznaků (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012). Kognitivní dysfunkce je klíčovou diagnostickou komponentou i přesto, že není zařazena v současné klasifikaci. Také tento deficit nesouvisí se samotným intelektem, odráží se především v poruše paměti, pozornosti

a vyšší integrující exekutivy (plánování, řešení úkolů) (Češková, 2012). Kognitivní deficit je podstatným prognostickým faktorem, jelikož ovlivňuje pracovní výkon a celkové sociální dovednosti (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Samotné onemocnění má tendenci k chronickému průběhu, ne výjimečně vede k trvalé invaliditě a celosvětově je to právě schizofrenie, která je uváděna mezi deseti nejvýznamnějšími příčinami úplné invalidity (Češková, 2012).

Jako poslední skupinu symptomů bychom mohli vyčlenit symptomy afektivní, které lze rozdělit na depresivní a manické. Můžeme zde zařadit také úzkost, celkové vnitřní napětí, podrážděnost, a i přesto, že tyto poruchy nálad nespĺňují kritéria, aby dosáhly diagnózy afektivní poruchy, je důležité věnovat jim dostatečnou pozornost (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Také citové reakce mohou být neadekvátní, akcentované, někdy nemusí ani odpovídat podnětům, nebo mohou být dokonce opačné, než bychom očekávali (Vágnerová, 2004). Opakem je již zmíněná emoční oploštělost, kterou řadíme do negativních příznaků.

1.2. Etiopatogeneze

U schizofrenie nejsou dodnes známy přesné příčiny jejího vzniku (Skopová, 2016). Nicméně je předpokládána multifaktoriální etiologie, např. specifická biologická zranitelnost člověka, která může být jak vrozená, tak získaná a v případě, kdy je jedinec vystaven zátěži (nejčastěji je zátěží myšleno samotné náročné období puberty, ve kterém se schizofrenie obvykle objeví), ústí v manifestaci schizofrenních příznaků (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012). Právě koncept vulnerability je jednou z teorií vzniku tohoto onemocnění (Vágnerová, 2004). Avšak kromě této zranitelnosti se jistě jedná o střetnutí určité dědičné podmíněné neurobiologické citlivosti s vnějšími rizikovými faktory (Češková, 2012).

V případě genetických studií rodin, dvojčat, či adoptivních jedinců bylo poukázáno na to, že právě genetika je významným faktorem u schizofrenie. Např. děti rodičů s touto diagnózou mají až desetkrát vyšší riziko, že sami schizofrenií onemocní. Byly také identifikovány některé geny, které v případě jejich narušení mohou zapříčinit zvýšené riziko vzniku schizofrenie, konkrétně

se jedná o geny lokalizované na chromozomech 2, 4, 5, 9, 10, 13, 22 (Vágnerová, 2004).

Češková (2012) dále zmiňuje strukturální a funkční abnormality. Strukturální abnormality jsou nespecifické a není znám jejich původ. Řadíme zde snížení objemu mozku včetně určitých mozkových struktur a zároveň zvětšení likvorových prostor. Bývá zaznamenán také úbytek bílé hmoty mozkové. Mezi abnormality funkční patří hypofrontalita (= stav sníženého průtoku krve v prefrontální mozkové kůře) při zátěžových kognitivních testech, s tou může souviset také celková nižší aktivita prefrontálního kortexu (Koukolík, 2016). Dále zvýšená presynaptická aktivita dopaminu ve striátu a také zvýšená denzita dopaminových receptorů typu D2 (více informací o odlišnostech v mozku bude následovat v další kapitole).

2. DĚLENÍ

V první řadě je důležité zmínit, že pátá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM – 5) již neuvádí jednotlivé klinické subtypy, které jsou ovšem stále součástí desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10).

2.1. Paranoidní schizofrenie (schizophrenia paranoides, F20.0)

Jedná se o nejběžnější typ, v jehož klinickém obraze dominují především bludy, které jsou poměrně stálé a mají paranoidní charakter. Bludy bývají doprovázeny halucinacemi, ze kterých převažují halucinace sluchové. Naopak se skoro nevyskytují poruchy emotivity, vůle nebo řeči (Češková, 2012). Tento subtyp je poměrně snadno diagnostikovatelný a jeho ataky mohou být silně emočně nabitě (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012; Orel, 2016). Jedinec s tímto typem schizofrenie se bude vůči okolí projevovat patologicky podezíravě, může žít v přesvědčení, že je sledován, využíván, že se ho chce někdo zbavit atp. Paranoidní schizofrenie může propuknout nejen v adolescenci a rané dospělosti, ale i vyšším věku, třeba kolem 40. roku života (Vágnerová, 2004).

2.2. Hebefrenní schizofrenie (schizophrenia habephrenica, F20.1)

Pro tento subtyp schizofrenie je typické pubertální chování (to je často nepředvídatelné a neodpovědné), nepřiléhavost chování a emocí, vyskytuje se také manýrování

a obecně je projev hebefrenní schizofrenie nápadný. (Češková, 2012; Orel, 2016). Vyskytuje se mezi 15. – 25. rokem, a vzhledem k tomuto věku vzniku nebývá její prognóza nejpříznivější, jelikož nemoc zasahuje rozvoj identity jedince v době, kdy by se měla identita jedince stabilizovat (Vágnerová, 2004). Halucinace, které se u tohoto subtypu vyskytují, jsou útržkovité a často se mění.

2.3. Katatonní schizofrenie (schizophrenia catatonica, F20.2)

Zde převažují poruchy motoriky – motorika může být zvýšená (až bezcílná aktivita), může se projevovat manýrováním, grimasováním apod. V takovém případě budeme mluvit o produktivní formě. Aktivita může být zvýšená celkově, nebo se projevovat jen v určitých oblastech – např. opakováním určitých pohybů (echopraxie). Naopak v neproduktivní (též stuporózní) formě bude převažovat stupor. Vyskytuje se také vosková ohebnost, stereotypie jak v chování, tak mluvě, popř. nástavy (Češková, 2012; Vágnerová, 2004).

2.4. Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)

U této formy nelze rozhodnout, ke kterému

subtypu ji přiřadit, jelikož je její symptomatologie odlišná od výše uvedených subtypů, popř. obsahuje rysy vícero subtypů (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

2.5. Reziduální schizofrenie (F20.5)

I po odeznění ataky se u tohoto subtypu jedinec projevuje jistým podivinstvím, projevuje se tzv. zbytková schizofrenní symptomatologie, jedinec je spíše stažený do sebe, omezuje sociální kontakty, jeho slovní vyjadřování může být chudé a je spíše pasivní (Orel, 2016).

2.6. Simplexní schizofrenie (schizophrenia simplex, F20.6)

Simplexní schizofrenii můžeme charakterizovat postupným stažením se, oploštěním emotivity a redukcí volní složky. Jako další projevy můžeme zmínit utlumení vnějších projevů, ztrátu zájmu, obecně značný pokles aktivity a výraznější psychosociální deteriorace, která je pro simplexní schizofrenii typická (Orel, 2016; Vágnerová, 2004).

2.7. Další subtypy

Jiná schizofrenie (F20.8), Schizofrenie nespecifikovaná (F20.9)

3. DĚTSKÁ SCHIZOFRENIE

Jedná se o výjimečné případy, postihuje asi jen 0,02 % dětské populace, ale i o těchto výjimkách je dobré vědět. Dětská schizofrenie se projevuje do desátého roku života a bývá považována za ranou formu „klasické“ schizofrenie. Avšak vzhledem k nevyzrálé osobnosti dítěte a jeho větší zranitelnosti má tato forma horší prognózu, protože dětskou osobnost zasahuje na všech úrovních a může ji značně poškodit, zbrzdit její vývoj, nebo může dojít dokonce k jejímu celkovému rozpadu. Rozvoj této formy bývá většinou pomalejšího rázu a příznaky jsou velmi podobné schizofrenii u dospělých, nicméně některé příznaky se začínou objevovat až v určité vývojové fázi dítěte, především halucinace a bludy (Vágnerová, 2004).

4. DIAGNOSTIKA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Při diagnostice je v první řadě podstatné pozorování klienta a také pečlivé naslouchání tomu, co říká. Bankovská Motlová a Španiel (2016) uvádí v přehledové tabulce možné základní otázky pro zmapování možných schizofrenních symptomů. Otázky pokrývají



oblasti ozvučování či vkrádání myšlenek, vztahovačnost („Když jedete v autobuse, stává se vám, že si o vás ostatní lidé povídají?“), bludy („Sleduje vás někdo?“), halucinace („Děje se kolem vás něco neobvyklého?“) a formální poruchy myšlení. Co hraje diagnostice „do karet“, jsou zobrazovací techniky, díky kterým lze v dnešní době nalézt jemné změny struktury mozku a popřípadě známky jeho narušení (více v kapitole Neurobiologie schizofrenie). Vzhledem k tomu, že psychiatrie nemá konkrétní objektivní kritéria pro diagnostikování

schizofrenie, je to právě naslouchání, umění se zeptat a pozorovat (Češková, 2012).

Uvádíme také obecná kritéria dle MKN-10 pro schizofrenii.

G1: je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu psychotického období, které musí trvat alespoň jeden měsíc.

Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:

- Ozvučování myšlenek, vkládání a odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
- Bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelné pohyby těla nebo končetin, zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání
- Halucinace hlasů, které komentují jedincovo chování nebo mezi sebou hovoří, popř. jiné typy hlasů, které přicházejí z určitých částí těla
- Neustálé bludy jiných typů, které nemohou být

podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc, schopnost (např. kontroly počasí apod.)

Alespoň dvě z následujících charakteristik:

- Neustálé halucinace jakéhokoliv typu, výskyt denně po dobu alespoň jednoho měsíce, jsou spojené s bludy bez jasného emotivního obsahu nebo za doprovodu zvýšeného sebehodnocení
- Neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, v důsledku toho zmatený slovní projev
- Katatonní chování, nástavy, vosková ohebnost, mutismus, stupor
- „Negativní“ symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči, ploché odpovědi (nutné vyloučení deprese)

U diferenciální diagnostiky se můžeme setkat se zakázkou odlišit poruchu osobnosti od psychózy. Pro odlišení je nejčastěji využíván rozhovor (IPDE – International Personality Disorder Examination, tedy Mezinárodní

rozhovor pro poruchy osobnosti), ale své uplatnění zde naleznou také projektivní metody, ve kterých hledáme psychotické interpretace (Rorschach, test kresby postavy), popřípadě dotazníky (MMPI – Minnesotský osobnostní inventář) (Svoboda, Češková & Krejčířová, 2012).

Vzhledem k pestrosti projevů schizofrenie a omezeným diagnostickým možnostem se může stát, že v průběhu času dojde ke změně diagnózy (Bankovská Motlová, Španiel, 2016).

5. PRŮBĚH

Orel (2016) zmiňuje, že některých odlišností u nemocných si můžeme všimnout již v dětství během tzv. premorbidního období, které se může, ale nemusí vůbec vyskytnout. Nicméně samotné první atace schizofrenie předcházejí tzv. prodromy. Příznaky prodromů bývají spíše neurčité, nespecifické – mohou se projevovat jako náladovost, nedostatek sebevědomí, nebo podrážděnost. Tyto příznaky lze vysledovat už okolo 15. roku (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Vzhledem k věku je jen těžko odlišíme od samotného, často náročného, dospívání.

5.1. Časné varovné příznaky, prodromální fáze

Před prvním vypuknutím onemocnění lze u jedinců sledovat určité odlišnosti a nápadnosti, které se mohou projevovat docela dlouhou dobu (i roky). Můžeme mezi ně zařadit zvýšenou zranitelnost, neschopnost ovládnout svou vlastní impulzivitu nebo nižší schopnost prožívat radost. Další změny mohou být pozorovatelné v oblasti mezilidských vztahů, ve kterých může mít jedinec ambivalentní pocity (nadměrná závislost vs. kritičnost a hostilita) vůči svým nejbližším nebo mít celkově problémy s vyjadřováním emocí. Člověk v prodromální fázi může mít sklon stranit se ostatních lidí, čímž se častokrát stává také pro ostatní sociálně méně atraktivní a v závěru snadno dotyčný zůstane sám a izolovaný. Krom již zmíněných příznaků se mohou projevit také somatické potíže, problémy se spánkem či celkově vyšší unavitelnost. Tyto varovné příznaky jedinec poprvé nerozezná, avšak v případě, kdy se opakují, se je naučí rozpoznat a dokáží předpovídat možný nástup ataky (Vágnerová, 2004; Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

5.2. Počátek onemocnění

Samotný počátek onemocnění může být náhlý, nebo naopak plíživý. V případě postupného, plíživého počátku se dále zesilují již výše popsané příznaky, dále se zhoršuje výkon apod. Během tzv. krystalizační fáze chorobného procesu jedinec přestává rozumět okolnímu světu, často také sám sobě, vše se mu zdá jiné, nesrozumitelné, což vyvolává nejistotu a úzkosti. Dále se objevují halucinace, které nemocný považuje za reálný zdroj informací. Následně nemocný začíná vše chápat a veškerým změnám, které se mu staly, rozumí. Toto porozumění zmírní úzkosti, je však patologické a nereálné, je odrazem bludu, který má odpovědi na všechny otázky, které si člověk v počáteční fázi onemocnění mohl klást (Vágnerová, 2004).

5.3. Ataka

Nástup první ataky může být náhlý a rychlý a v mnoha případech vyžaduje hospitalizaci (Orel, 2016). Během akutní epizody se nejčastěji vyskytují psychotické, pozitivní příznaky, ale mimo ty obsahuje i příznaky negativní a kognitivní (Bankovská Motlová & Španiel, 2017). Dochází k výrazné změně

psychických funkcí, která přetrvává alespoň jeden měsíc, většinou se však doba pohybuje okolo šesti měsíců. Vrchol ataky se vyznačuje ztrátou náhledu a zhoršeným kontaktem s realitou. Po atace je doporučováno dát mozku čas „na zotavenou“, nezatěžovat jej hned naplno, spíše rehabilitovat – není totiž v tomto období tak výkonný, jako byl před nemocí (Vágnerová, 2004; Bankovská Motlová, 2017).

5.4. Remise a relaps

Tato část souvisí také s typy průběhů schizofrenie. Člověk může zažít jednu jedinou ataku a toť vše. V takovém případě se jej netýkají relapsy a je ve stavu remise. U lidí s chronickým průběhem schizofrenie to bude poněkud jinak. Bude se u nich střídát období remise – bez příznaků, kdy budou v podstatě běžně fungovat. Toto období střídají relapsy (znovuvzplanutí), tedy opětovné projevení příznaků.

U relapsů je důležité mít na vědomí, že mohou mít nepříznivý vliv na další průběh nemoci hned z několika důvodů: snižují lékovou odpověď, vedou k rezistenci na léčbu a každá psychotická epizoda predisponuje k další (Češková, 2012).

Pozn.: Na samostatnou kapitolu by byly rizikové faktory ovlivňující průběh onemocnění jako takový. Jedním z nejrizikovějších je abúzus psychoaktivních látek. Byl prokázán nepříznivý vliv kanabinoidů a amfetaminů na počet relapsů (Hýža, Šilhán & Kašpárek, 2019).

5.6. Typy možných průběhů

Vágnerová (2004) zmiňuje několik možných průběhů schizofrenie. Prvním je epizodický průběh, kdy dochází pouze k jedné chorobné atace a následně se zdravotní stav zlepšuje. Další variantou je opakovaný průběh onemocnění, během kterého se chorobné ataky střídají v pravidelných či nepravidelných intervalech s obdobími remise. K tomuto průběhu dochází u více než poloviny nemocných. Tzv. maligní průběh má náhlý začátek a následně poměrně rychle dochází k úpadku osobnosti jedince. Další, chronický průběh, se projevuje opakovaním chorobných atak, také dochází k úbytku adaptačních schopností. U chronického průběhu schizofrenie může také vzniknout reziduální porucha nebo může dojít k postupnému úpadku osobnosti, či k úbytku

různých kompetencí (úbytek kompetencí bývá v takovém případě označován jako „syndrom zlomené pružiny“). Tito jedinci tak obvykle nejsou dále schopni vykonávat např. své povolání, těžce zvládají i běžné zátěže a jsou obecně pomalejší a hůře adaptabilní. Tento typ se týká asi 30% nemocných.

6. PROGNÓZA

To, jaká bude prognóza onemocnění, se odráží od vícero faktorů, především tedy biologických a psychických, ale také od těch sociálních. Pokud začneme hned u rozvoje nemoci, mívá lepší prognózu schizofrenie s rychlým počátkem než ta, která se rozvíjí pomalu. Dalším faktorem je věk, a to v tom smyslu, že čím dříve člověka schizofrenie postihne, tím horší je prognóza. Z biologických faktorů se pozastavíme ještě u pohlaví. V tomto případě se zdá, že mají ženy poněkud lepší vyhlídky, jelikož je obecně jejich prognóza lepší, často také lépe reagují na léčbu (Vágnerová, 2004; Svoboda, Češková & Kučerová, 2012). Negativním prognostickým faktorem je také výskyt schizofrenie v rodinné anamnéze nebo abúzus drog (Češková, 2012). V každém případě ale záleží

také na samotné osobnosti nemocného – zda byl před počátkem onemocnění člověk dobře přizpůsobený, jaké měl vyvinuté strategie zvládání, zda byly v jeho osobnosti určité odchylky, jak rozvinutá byla jeho identita – to vše a mnohem víc se projeví na tom, jak si bude nemocný vést v léčbě. Jako poslední zmíníme sociální oporu a zázemí, které sehrává také důležitou roli. Pokud je nemocný akceptován, přijímán a podporován svým okolím, je větší naděje, že se stav zlepší, popřípadě, že se nezhorší a zůstane přijatelný (Vágnerová, 2004). Jako konkrétní sociální oporu zde lze zařadit partner. Stálý partnerský vztah či manželství je považováno za příznivý prognostický faktor.

7. LÉČBA SCHIZOFRENIE

Schizofrenie je léčitelné onemocnění, a to i přesto, že zasahuje hluboko do osobnosti pacienta (Raboch a kol., 2012). Při léčbě platí pravidlo „Čím dřív, tím líp.“

Základním pilířem léčby schizofrenie jsou léky, přesněji antipsychotika (neuroleptika). Ty se postarají o příznaky a zároveň slouží jako prevence proti relapsu. Není však v jejich

moci, aby zajistily vše. Aby se postaraly o to, že se pacient nebude bát a bude schopen znova čelit určitým situacím atd. Dnešní pokroková doba si ale klade za cíl, aby nemocný nebyl pouze zbaven příznaků, ale aby mohl znovu naplno žít, obstát v každodenním fungování, uzdravit se. A vzhledem k tomu přichází na řadu také psychosociální intervence, psychoterapie aj. Pokud vám tento přístup připomíná oblíbený biopsychosociální model, nemýlíte se.

7.1. Psychofarmakoterapie

Co se historie antipsychotik týče, k jejich objevení přispěla náhoda. Roku 1950 Paul Charpentier navázal na antihistaminikum promazin chlór (halogenizací organické molekuly se zvyšuje její toxicita či biologický účinek). Při testování nově syntetizované látky 4560RP, chlorpromazinu, si Charpentier povšiml u pokusných zvířat silných sedativních účinků. Těch chtěl využít R. Paulenc pro usnadnění anestezie. Avšak při pozorování naprostého zklidnění a sedace u svých pacientů si uvědomil potenciál využití chlorpromazinu právě v psychiatrii. V této oblasti se na testování podíleli Jean Delay a Paul Deniker,

kdy prvnímu pacientovi byl chlorpromazin podán necelé dva roky po jeho syntetizaci (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Způsob, jak antipsychotika fungují, nebyl více než deset let znám. Až roku 1963 Arvid Carlsson a Margit Lindquistová stanovili dopamin jako podstatný neuromodulátor a jako základní pilíř účinku antipsychotik antidopaminergní efekt. Jednou z úloh dopaminu je zprostředkování významnosti podnětu a existuje teorie, že psychóza je způsobena dysregulací dopaminu (a tak dochází nejprve k podivným interpretacím, které končí vytvořením bludů), proto jsou všechna antipsychotika antagonisty dopaminu a jsou nemocným podávána i po skončení psychózy jako prevence (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Problematikou v tomto případě je ochota spolupracovat a pravidelně léky užívat, zároveň každé vysazení medikace je spojeno s vysokým návratem relapsu. Pro zlepšení dlouhodobé léčby schizofrenie byla zavedena tzv. depotní antipsychotika, která udržují koncentraci léčiva v těle delší dobu (1 – 4 týdny). Nicméně

v případě opakovaných relapsů každý z nich zanechává na mozku stopu v podobě morfologické a funkční změny, které do budoucna ohrožují fungování jedince (Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Antipsychotika můžeme nejjednodušeji rozdělit do dvou velkých skupin, a to na antipsychotika první generace (klasická), ve které najdeme již zmíněný chlorpromazin, dále haloperidol, flupentixol, levomepromazin a další. Druhou skupinou jsou antipsychotika druhé generace (atypická), do které patří amisulprid, sulpirid, paliperidon nebo risperidon. Užívání antipsychotik je také spojeno s jejich vedlejšími nežádoucími účinky, které mohou být v některých případech velmi vážné. Život ohrožující je např. neuroleptický maligní syndrom projevující se hypertermií, svalovou ztuhlostí, tachykardií, pocením, sliněním a třesem. Vyskytovat se může dále extrapyramidový syndrom nebo také tzv. parkinsonoid, jehož hlavními příznaky jsou svalová rigidita, bradypsychismus, či snížení pozornosti a apatie. Je nutno dodat, že antipsychotika druhé generace mají nižší výskyt neurologických vedlejších účinků, nicméně se u nich

projevují častěji metabolické vedlejší účinky, mezi které řadíme nárůst hmotnosti, rozvoj diabetu, zvýšení lipidů a hyperprolaktinémie, která je spojována se sexuální dysfunkcí u obou pohlaví. Na druhou stranu extrapyramidový syndrom se u nich vyskytuje minimálně a jejich užívání neohrožuje paměťové funkce, a tak jsou atypická antipsychotika jednoznačně preferována (Bankovská Motlová & Španiel, 2017; Svoboda, Češková & Kučerová, 2012).

Kromě schizofrenie jsou antipsychotika užívána také k léčbě schizoafektivní poruchy, deprese, bipolární poruchy, k léčbě dalších psychóz, delirantních stavů, obsedantně-kompulzivních poruch, tiků, Tourettova syndromu či poruch chování a dalších (Raboch, Jiráček & Paclt, 2007).

7.2. Psychosociální intervence a psychoterapie

Léčba a péče pacientů se schizofrenií by měla obsahovat také nefarmakologickou složku, jak jsme nastínili již dříve. Jelikož pouze léky nestačí. Nefarmakologická péče se u pacientů soustředí jak na sociální schopnosti, tak také na oblast zpracování informací,

pozornost, paměť a exekutivu. Kromě kognitivního deficitu jsou také negativně hodnoceny a vnímány přetrvávající negativní příznaky, tedy to, že je dotyčný emočně plošší, ztratil zájem o koníčky, přátele atd., které však s tímto deficitem souvisí. Nejen z toho důvodu je součástí této péče například nácvik sociálních dovedností obsahující, jak správně vyjadřovat emoce, jak se prosadit přiměřeným způsobem, jak si vytvořit podpůrnou sociální síť a mnohé další dovednosti (Svoboda, Češková & Kučerová, 2012). Smyslem těchto intervencí

je obecně posílit vnitřní zdroje těchto lidí, aby se dokázali adaptovat a co nejlépe odolávat nárokům okolí (Pěč, 2009).

A jak zmiňuje Martin Jarolímek ve své knize Já blázním s vámi (2017), tak v průběhu uzdravování postupně klesá význam podávání léků a spíše stoupá význam individuální a skupinové psychoterapie společně s dalšími formami psychosociální rehabilitace. Jedná se o stejné lidi, jako jsme my, mají stejné potřeby a trápení, ke kterým se někdy přidají některá

další. Mohou mít problém s partnerskými vztahy (vzpomeňme na vedlejší účinky antipsychotik), které s nimi psychiatr nebude mít čas řešit, avšak jsou pro dotyčné velmi podstatné. Od toho všeho je zde psychoterapie. Využívá se individuální psychoterapie (můžeme uvést využívaný KBT přístup, ale hlavní roli přeci jen hraje osobnost terapeuta) i skupinová psychoterapie (jak krátkodobá na akutních odděleních, tak také dlouhodobá), kde se pacienti učí zvládat interpersonální vztahy a získávat náhled (Pěč, 2009).

8. NEUROBIOLOGIE SCHIZOFRENIE

Jak jsme již zmínili, u pacientů se schizofrenií byly prokázány určité odlišnosti mozku. Například díky funkční magnetické rezonanci byly opakovaně nalezeny významné změny konektivity jednotlivých funkčních center mozku. Dále vzhledem k poklesu objemu kůry má mozek těchto lidí celkově menší hmotnost. K poklesu objemu kůry dochází především v oblasti frontálního laloku. A právě narušení frontálního laloku má za následek dezintegraci různých funkcí, která je pro schizofrenii typická (Vágnerová, 2004; Slezák & Žižka, 2016).

Změny byly zjištěny také v některých oblastech šedé kůry, v hipokampu, bazálních gangliích, limbickém systému, talamu aj. U talamu se pozastavíme. Jednou z jeho funkcí je tzv. talamický gating, který zabezpečuje, aby nedošlo k zahlcení mozkové kůry mnoha netříděnými podněty. Narušení této funkce má za následek právě ono přehlcení a člověk, který má tuto funkci narušenou, může být velmi citlivý (vzpomeňme na úvodní kapitolu o možných příčinách a zranitelnosti) a reakce na situace odlišné

od „normálu“ mohou být velmi silné, akcelerované (Vágnerová, 2004). Také metabolismus mozku je u těchto lidí odlišný, konkrétně bývá uváděna odchylka dopaminového, glutamátového a serotoninového systému v různých částech mozku. Odchylky v těchto systémech mají za následek narušení informačního přenosu.

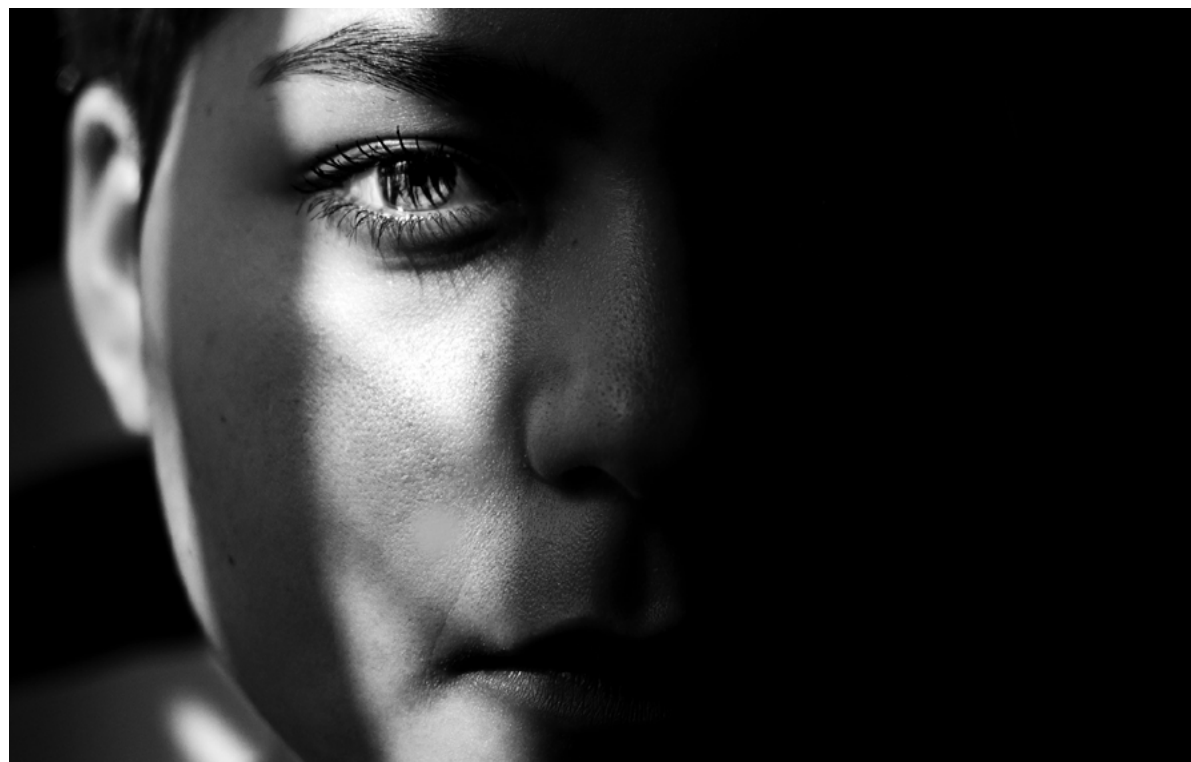
9. PROBLEMATIKA SUBJEKTIVNÍHO PROŽÍVÁNÍ

To, že lidé se schizofrenií mohou ztratit kontakt s realitou nebo ne vždy mají náhled, neznamená, že si nejsou vědomi toho, že je něco jinak, že jsou nemocní. Společně se získáním takové diagnózy a s vědomím, jak je někdy na tyto lidi nahlíženo, mohou pacienti stigmatizovat sami sebe. Sebestigmatizace zasahuje do mnoha oblastí života jedince, negativně se odrazí na jeho sebevědomí, pocitu naděje a celkové kvality života a spokojenosti. V neposlední řadě se může stát překážkou pro samotné vyhledání odborné pomoci (www.narovinu.net). Možné nepochopení ze strany příbuzných a okolí obecně, halucinace, bludy. Uvědomění si nemoci a jejich

důsledků spolu s přítomností depresivních příznaků je u této skupiny lidí jedním z nejsilnějších predisponujících faktorů sebevraždy.

Přesto, že se nemusí jednat o příjemné téma, je sebevražda nejčastější příčinou předčasného úmrtí u pacientů se schizofrenií. Až 60 – 80 % nemocných s psychotickou poruchou vykazuje přítomnost sebevražedných myšlenek. Se suicidálními pokusy souvisí nárůst deprese, beznaděje a přítomnost náhledu onemocnění. Jen zřídka spáchal nemocný sebevraždu v přítomnosti pozitivních psychotických příznaků, nebo snad proto, že mival imperativní hlasy, které by mu to přikazovaly. (Hadjipapanicolaou, Kališová, Kozelek, Žukov & Glaser, 2014; Bankovská Motlová & Španiel, 2017).

Při práci s člověkem se schizofrenií se hned jako primární prevence uvádí založit vztah na důvěře, získat od něj co nejvíce informací, zeptat se jej na sebevražedné myšlenky/pokusy. Také by se v neposlední řadě mělo dbát na účinky léků, antipsychotik (pouze u klopazinu byl potvrzen pozitivní vliv na snížení suicidálního jednání) (Češková, 2012).



Pokud bych vám měla doporučit nějakou knihu nebo video, které by vám mělo tuto problematiku a problematiku schizofrenie obecně ještě přiblížit, zmínila bych opět knihu Martina Jarolímka. A pokud máte v oblíbě Ted Talks, tak se rozhodně podívejte na Cecilii McGough (na Youtube pod „I am Not A Monster: Schizophrenia“). Popisy toho, jak halucinuje klauna, který vypadá jako z „To“ od S. Kinga, pavouky všech velikostí nebo dívku, která je pro změnu jako z hororu „Kruh“, má s sebou nuž a bodá ji (taktilní halucinace), jsou až neuvěřitelné. Sama se pokusila o sebevraždu a dlouho trvalo, než se jí dostalo řádné péče. Nyní založila projekt na pomoc studentům se schizofrenií a věnuje se osvětě duševních onemocnění.

10. STIGMATIZACE A DESTIGMATIZACE

Schizofrenie bývá často nepochopeným onemocněním. Možná právě proto je také vysoce stigmatizováno (ostatně stejně tak jako mnoho dalších duševních onemocnění) – lidé o tomto onemocnění mívají zkreslené, občas přehnané, a někdy dokonce úplně

mylné představy. Za některé tyto omyly vdčíme filmům a úderným titulům v novinách a jiných médiích. Co si ale často neuvědomujeme, je fakt, že ne jeden člověk, který schizofrenií onemocněl, je těmito až zcestnými předsudky zraňován či znevýhodňován. A to stále v tom lepším případě (viz podkapitola o sebevražednosti).

Naštěstí již existují projekty věnující se destigmatizaci nejen schizofrenie, ale duševních onemocnění jako takových. Zde bych vás chtěla odkázat například na webové stránky www.narovinu.net, na kterých je ke stažení Destigmatizační manuál. Ten vznikl díky projektu Destigmatizace, který v roce 2017 spustil Národní ústav duševního zdraví jako pětiletý projekt. Manuál obsahuje informace o tom, co to stigma je, jaký je stigmatizující jazyk, ale především také co my sami můžeme pro snížení stigmatu udělat. Kromě Manuálu zde také najdeme např. Media Guide, který je průvodcem pro novináře, redaktory, reportéry a lidi vůbec, obsahující tipy, jak správně a citlivě zpracovat témata s tematikou duševního zdraví a další.

Následující úryvek je právě ze zmiňovaného Manuálu, který přesně vystihuje, jak absurdně může vyznít vyjádření se o člověku s duševním onemocněním v porovnání například s člověkem, který má chřipku.

„U nemocí těla lépe chápeme, že nemoc je spíše vnější okolnost v životě jedinečného člověka, ovšem u nemocí duše je stále velmi snadné vnímat obrovské skupiny lidí s různými zdravotními problémy tak, jako by nemoc zcela vystihovala, kým jsou a jací jsou. Nevadí nám proto říct: „Jana je schizofrenička“, přestože bychom nikdy neřekli: „Jana je chřipkařka“ nebo „Jana je rakovinářka“.“

Trochu jiný projekt, osobně a úplně neobjektivně jeden z mých nejoblíbenějších, je v podstatě osobní projekt ilustrátora Tobyho Allena, kterého na webu najdete na stránkách www.zestydoesthings.com. Toby Allen se rozhodl dát některým psychickým onemocněním podobu. Pod záložkou „Real Monsters“ najdete jeho ilustrace s krátkým popiskem, a to nejen schizofrenie, ale také ADHD, posttraumatické stresové poruchy, nebo selektivního mutismu (ten je obzvláště roztomilý, věřte

nebo ne) a dalších. Od roku 2013 se „smečka příšerek“ pomalu rozrůstá, takže vřele doporučuji pro odlehčení k učení psychopatologie!

11. ZÁVĚR

Skvělé, že jste došli až zde! Chtěla bych na závěr upozornit na fakt, že schizofrenie je ohromně obsáhlým tématem a Odborné okénko je jen „ochutnávkou“, pro některé opakováním, pro některé snad inspirací. Využijte zdrojů, sbírejte informace a předávejte je dál. Je to důležité a má to smysl.

ZDROJE

Allen, T., *Real Monsters – personal project exploring mental health through character design*. (2018) Dostupné z: <https://www.zestydoesthings.com/realmonsters>

Češková, E. (2012). *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. Maxdorf Jessenius.

Destigmatizační manuál. (2017). Praha: Národní ústav duševního zdraví. Dostupné z: <http://narovinu.net/wp-content/uploads/2018/11/destigmatiza%C4%8Dn%C3%AD-manu%C3%A1l-1.pdf>

Doubek, P. S. (2012). *Schizofrenie*. In Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Hadjipapanicolaou, D., Kališová, L., Kozelek, P., Žukov, I., & Glaser, T. (2014). *Schizofrenie a sebevražedné jednání*. Česká a Slovenská Psychiatrie, 110 (3).

Hartl, P., & Hartlová, H. (2010). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.

Hýža, M., Šilhán, P., & Kašpárek, T. (2019). *Vliv abúzu psychoaktivních látek na průběh a funkční schopnosti u pacientů se schizofrenií*. Česká a Slovenská Psychiatrie, 115(1).

Jarolímek, M. (2017). *Já blázním s vámi*. Praha: Galén.

Koukolík, F. (2016). *Sociální mozek*. Praha: Karolinum.

Motlová, L. B., & Španiel, F. (2017). *Schizofrenie: jak předejít relapsu, aneb, terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.

Orel, M. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. Praha: Grada.

Parola, A., Berardinelli, L., & Bosco, F. M. (2018). *Cognitive abilities and theory of mind in explaining communicative-pragmatic disorders in patients with schizophrenia*. *Psychiatry research*, 260, 144-151.

Pěč, M. O. (2009). *Psychoterapie u psychózy*. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (2), 76-78.

Raboch, J., Jiráček, R., & Paclt, I. (2007). *Psychofarmakologie pro praxi*. Praha: Triton.

Skopová, J. (2016). *Schizofrenie – vážné, ale dobře léčitelné onemocnění: informace pro pacienty a jejich blízké*. Praha: Galén.

Slezák, O., & Žižka, J. (2016). *Strukturální a funkční změny mozku u schizofrenie*. *Ces Radiol*, 70 (1). 40-49.

Svoboda, M., Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.

Vágnerová, M. (2004). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

