

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ

Fakulta humanitních studií

Institut mezioborových studií Brno

**Resocializace pacientů s psychózami schizofrenního
typu a možnosti jejich léčby**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
Mgr. Šárka Hřebíčková

Vypracovala:
Lucie Rozhonová

Brno 2007

Poděkování

Děkuji Mgr. Šárce Hřebíčkové za odborné vedení a velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat Mgr. Jakubovi Netušilovi za morální podporu a mnoho užitečných rad.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně s použitím informačních zdrojů uvedených v příloženém seznamu.

V Brně 21. listopadu 2007

.....
Lucie Rozhonová

OBSAH

Úvod	1
1. Základní charakteristiky	3
1.1 Vymezení základních pojmů	3
1.2 Třídění psychotických poruch	4
1.3 Příčiny vzniku psychóz	6
1.4 Příznaky a projevy	8
1.5 Průběh a prognóza nemoci	11
1.6 Negativní důsledky (dopady) nemoci	13
2. Vývoj psychiatrické problematiky	15
2.1 Starověk	15
2.2 Středověk	15
2.3 Novověk	16
2.4 Dvacáté století-současnost	16
3. Léčba a resocializace	18
3.1 Medikematózní léčba	19
3.2 Rehabilitace	22
3.3 Nové metody léčby	28
3.4 Resocializace	29
4. Psychiatrické instituce	32
4.1 Ambulantní péče	32
4.2 Lůžková péče	33
4.3 Intermediární péče	34
4.4 Meziresortní zařízení	37
4.5 Zařízení mimo resort zdravotnictví	39
Závěr	41
Resumé	43
Anotace	44
Seznam použité literatury	45

Úvod

V posledních letech rapidně roste počet lidí, kteří trpí onemocněním diagnostikovaným jako psychóza. Mým cílem v rámci této bakalářské práce je shrnout a definovat možné příčiny těchto onemocnění, popsat jejich průběh, přičemž zvláštní důraz je kladen na tzv. resocializaci, čili opětovné začlenění takto postižených jedinců do společnosti. To by nebylo možné bez odpovídající léčby. Je až zarážející, jak snadné je v dnešní uspěchané době plné existenčních problémů a s nimi spjatých stresů sáhnout až na hranice vlastních sil, kdy již mnohdy není cesty zpátky a rozhodně ne pouze pomocí našeho vlastního úsilí.

V současné době žije v České republice zhruba 100 tisíc lidí s diagnózou psychóza. Za nejzávažnější a nejrozšířenější z této skupiny chorob je považována schizofrenie. Touto závažnou, chronickou nemocí, která znamená celkové narušení mozku, trpí na celém světě přibližně 1% populace. A jelikož mezi takto postiženými lidmi mám i blízkého člena rodiny, ráda bych se o těchto duševních poruchách dozvěděla co nejvíce a to byl i jeden z důvodů proč jsem si výše uvedené téma zvolila.

Rozvoj moderní psychiatrie však dnes již umožňuje úspěšně léčit stále více nemocných, kteří byli kdysi odsouzeni strávit zbytek života v ústavech pro duševně choré. Do jakého prostředí se však tito lidé vrací? Resocializace pacientů s psychózami je složitý proces, do kterého je nutné zapojit celou společnost. Ta je bohužel jen málo připravena spolupracovat se sociálními a zdravotnickými pracovníky tak, aby se duševně nemocným umožnil úspěšný návrat do plnohodnotného života. Psychiatrická praxe poukazuje na to, že naděje na vyléčení nebo zlepšení duševní choroby závisí především na společenském prostředí, ne pouze na pacientu samotném. Postoje členů společnosti, ať už jde o rodinu, přátele nebo o pracovní kolektiv, za nimiž se psychiatrický pacient z nemocnice vrací, rozhodují často, zůstane-li mezi zdravými lidmi, nebo zda se vrátí zpět do léčebny. Věda a její rozvoj nám dává do rukou moderní léčebné prostředky, které staví psychiatrii na úroveň ostatních lékařských oborů. To však samo o sobě není dostačující. Zaostávající vědomí veřejnosti plné předsudků a neúměrných obav se často ještě dnes brání postavit duševně nemocného jako rovnocenného partnera po bok tělesně nemocnému. Důležité je rovněž uvědomění si, že jsme sami sobě i druhým strůjci duševní rovnováhy a že lidský postoj k nemocnému je projevem kulturní úrovně a humánnosti společnosti.

Přestože se o problematice resocializace mluví poslední dobou poměrně často, nepochybně není toto téma zdaleka vyčerpané a bude ještě zapotřebí mnoho času k tomu, abychom byli schopni přistupovat k takto postiženým lidem tím nejvhodnějším

způsobem a než jim v rámci resocializace budeme moci nabídnout to neoptimálnější řešení.

Je všeobecně známo, že sociální pedagogika úzce souvisí s obory jakými jsou psychologie, pedagogika nebo sociologie. A jelikož cílem resocializace pacientů s psychózami je jejich opětovné znovuzapojení do normálního života, musí při tomto složitém procesu (má-li být úspěšný) docházet k působení a vzájemné spolupráci faktorů jak sociologických, tak i psychologických a v neposlední řadě i pedagogických. Z tohoto hlediska se sociální pedagogika jeví jako obor, který je schopen k danému problému přistupovat tím nejpovolnějším způsobem a který jistě v budoucnu nalezne široké uplatnění nejen ve vysloveně lékařských kruzích, ale i ve všech sférách lidské činnosti, kde je zvláštní důraz kladen na komunikaci mezi lidmi.

1. Základní charakteristiky

1.1 Vymezení základních pojmů

Při psaní této bakalářské práce jsem se nevyhnula (a ani nebylo možné se vyhnout) použití některých s daným tématem souvisejících odborných výrazů, stejně jako je tomu v jakékoliv vědecké literatuře nebo i článku blíže pojednávajícím o určité problematice. Stručný přehled alespoň těch nejzákladnějších pojmů a jejich přesné definování považuji za nezbytné jednak pro zpřehlednění celé práce, ale i pro její větší srozumitelnost pro čtenáře, který je v dané oblasti naprostým laikem. V následujícím souhrnu uvádím pouze některé nejzákladnější výrazy, význam jiných bude blíže vysvětlen dále v textu.

Psychóza – je takové duševní onemocnění člověka, které mění jeho prožívání ve vztahu k okolí a k sobě samému. V průběhu psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové míry, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není, veškeré prožívání v psychóze považuje za pravdivé (Praško et al., 2005).

Schizofrenie - onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně. (Obzvláště počet případů, kdy takto postižený člověk spáchá nebo se pokusí o sebevraždu, je ve srovnání s ostatní populací neobvykle vysoký) (Siris, 2001; Mamo, 2007).

Resocializace – obecně lze resocializace definovat jako znovuuvedení člověka do společnosti, znovuzakotvení ve společnosti. V našem případě tedy mluvíme o navrácení jedince po proběhlém duševním onemocnění do původního sociálního prostředí.

Psychiatrická rehabilitace – v psychiatrii hovoříme o takovém druhu rehabilitace, předmětem jejíhož zkoumání jsou jednak újmy osobnosti jedince nebo poruchy komplexnějších psychických funkcí např. psychomotorika, afektivita, chápání, myšlení a v důsledku toho pak jejich vliv na sociální okolí jako např. společenské vztahy jedince, společenské zařazení a funkce, průčeschnost (Skaličková, 1971, s. 13).

Stigma - je znamení domnělé méněcennosti. Vede k odmítání jeho nositele okolím. Zdrojem stigmatizace může být viditelná vlastnost (deformita těla) nebo vlastnost neviditelná (příslušnost k určité skupině lidí) (Höschl et al., 2002; Marková et al., 2006; Pan et al., 2007).

Relaps – nové vzplanutí psychotických příznaků (Pečeňák, 2006).

1.2 Třídění psychotických poruch

Jak z lékařského, tak ani z psychiatrického hlediska nelze psychickou poruchu organismu jednotně popsat nějakou obecnou charakteristikou. Proto bylo nezbytné nutné vytvořit celosvětově uznávaný rejstřík, který by rozděloval jednotlivé typy takových poruch do odpovídajících kategorií. 1. ledna 1993 u nás vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, v rámci které rozlišujeme 11 základních kategorií psychotických postižení:

- 1) organické duševní poruchy včetně symptomatických – patří sem nejrůznější demence např. Alzheimerova choroba, Pickova choroba, Wilsonova choroba a jiné duševní poruchy vznikající následkem onemocnění, poškození nebo dysfunkce mozku, popř. následkem somatického onemocnění
- 2) duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek – poruchy vyvolané užíváním alkoholu, sedativ, hypnotik, amfetaminu, kanabisu kokainu, halucinogenů, tabáku, psychofarmak
- 3) schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy – sem spadají různé formy schizofrenie, trvalé dušení poruchy s bludy, schizoafektivní poruchy atd.
- 4) poruchy nálady (afektivní poruchy) – manická fáze, bipolární afektivní porucha, depresivní fáze; periodická (rekurentní) depresivní porucha, trvalé poruchy nálady (afektivní poruchy) a další
- 5) neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy – fobické úzkostné poruchy, jiné úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní porucha, reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení, disociační (konverzní) poruchy somatoformní poruchy atd.
- 6) mentální retardace (duševní opoždění) – lehká (IQ 50-69), středně těžká (IQ 35-49), těžká (IQ 20-34), hluboká (IQ 0-19)
- 7) behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory – poruchy příjmu potravy (anorexie, bulimie)
- 8) poruchy osobnosti a chování u dospělých – specifické poruchy osobnosti (paranoidní, schizoidní, dissociální apod.), návykové a impulzivní poruchy (patologické hráčství, pyrománie, kleptománie), poruchy pohlavní identity (transsexualismus, transvestitismus dvojí role, porucha pohlavní identity v dětství), poruchy sexuální preference (fetišismus, exhibicionismus, voyeurství, pedofilie, sadomasochismus)
- 9) poruchy psychického vývoje – specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, školních dovedností (dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie), specifická vývojová

porucha motorické funkce, pervazivní (pronikavé) vývojové poruchy (dětský autismus, Rettův syndrom, jiné dezintegrační poruchy v dětství, Aspergerův syndrom)

10) poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci – hyperkinetické poruchy, poruchy chování, emoční poruchy, poruchy sociálních vztahů, tikové poruchy, jiné poruchy chování a emocí (kocktavost, breptavost) apod.

11) nespecifikovaná duševní porucha

(dle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize - Speciální psychiatrie Petr Zvolský et al., Vydala Univerzita Karlova, Vydavatelství Karolinum Praha 1996, jako skripta pro posluchače 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy)

Z výše uvedeného přehledu je zřejmé, že oblast psychických onemocnění představuje velmi širokou škálu. V následujícím textu blíže specifikuji předmět zájmu práce tak, aby mohla být problematika co nejpřesněji popsána. Svoji pozornost soustředím na lidi s psychickou poruchou vážnějšího charakteru, tedy psychózou, s diagnózou schizofrenie. Ani v rámci popisu této choroby nelze podat univerzální definici a schizofrenii samotnou lze dále klasifikovat do několika typů, což jen opětovně svědčí o tom, jak složitá a specifická tato onemocnění jsou.

V současnosti jsou známy tyto formy schizofrenie:

Paranoidní schizofrenie
Hebefrenní schizofrenie
Katatonní schizofrenie
Simplexní schizofrenie
Nediferencovaná schizofrenie
Postschizofrenní deprese
Reziduální schizofrenie
Schizofrenie nespecifikovaná
Schizotypní porucha
Jiná schizofrenie

1.3 Příčiny vzniku psychóz

Z mnohaletých empirických výzkumů vyplývá, že nelze jednoznačně určit pouze jedinou příčinu vzniku psychózy. Vždy jde o souhrn většího počtu nepříznivých vlivů, zpravidla biologických, psychologických a v neposlední řadě také sociálních. Nabízejí se nám tedy tři možné pohledy na příčiny vzniku psychóz.

Psychologický pohled

Schizofrenie narušuje jednu nebo několik složek duševního života: vnímání, emoce, myšlení, vůli, schopnost soustředění se, rozhodování, cílevědomého konání, schopnost dlouhodobého plánování, udržení stálých vztahů aj. Většinou však nejde o narušení pouze jedné složky, ale zpravidla bývá zasaženo více oblastí lidského vnímání spjatého s činností mozku a vzájemná rovnováha mezi nimi.

Vychází najevo, že lidé, kteří později onemocněli psychózou, byli již dříve (častěji než jiní lidé) plaší, úzkostní, uzavření, zvýšeně citliví na konflikty. Někteří se snaží pomoci si alkoholem či drogami, to však jen zvyšuje jejich ohrožení psychózou (Veen et al., 2004; Costentin, 2006).

U mladého člověka může dojít v období dospívání k dramatickým změnám v prožívání. Úzkost ze ztráty kontroly nad bouřlivými prožitky, obtížné hledání nových záchytných bodů, rozpory mezi vnitřní nezralostí a společenskými nároky vedou k vnitřním i vnějším konfliktům. Stres pak může prolomit oslabené psychické obranné síly – a to je právě chvíle, kdy velmi často propuká psychóza.

Biologický pohled

Záslouhou velkého pokroku v medicíně jsou dnes již alespoň částečně objasněny biologické mechanismy některých duševních poruch. V případě schizofrenie hraje významnou roli chemická látka zvaná dopamin (Wang et Deutch, 2007; Amar et al., 2007). Dopamin funguje v lidském mozku jako přenašeč vzruchů/informací mezi jednotlivými nervovými buňkami (Williams et Adinoff, 2007; Kafka et al., 1998). Pokud je ho mezi buňkami nadbytek, cítí se buňky „zahlceny“, nedokážou signály zpracovávat a začínají fungovat chaoticky. To je s největší pravděpodobností biologický podklad chaotického prožívání (Wong et Van Tol, 2003).

Další z faktorů ovlivňujících propuknutí schizofrenie jsou dědičnost, porodní komplikace, těžké nemoci v dětství, špatná výživa, růst a hormonální změny v pubertě a dospívání, zneužívání drog (včetně alkoholu), u žen navíc menstruační cyklus, hormonální poruchy, těhotenství, porod a kojení. A paradoxně lidé, u kterých je již schizofrenie diagnostikována, mají i tak ve srovnání s běžnou populací vyšší sklony ke konzumaci alkoholu, užívání drog a kouření (Coulston et al., 2007; Borrás et al., 2007; Greg et al., 2007). Rovněž je u nich i vyšší riziko obezity, cukrovky nebo vysokého krevního tlaku (Barnett et al., 2007; McGreadie, 2002).

Sociální pohled

Nemalý význam pro vznik schizofrenie má bezpochyby prostředí, v němž člověk žije - rodina, přátelé, škola či zaměstnání (Mittendorfer-Rutz, 2007). Z těchto zdrojů může potom pramenit buď podpora a pohoda (ochranné faktory), nebo naopak konflikty, napětí a stres (ohrožující faktory). Všechny tyto oblasti ovlivňují celkový pocit životní pohody či nepohody. Proto je při léčbě psychicky nemocných nutné zohledňovat i tyto faktory.

Špatné poměry v rodině:

- příliš přísná kritika (hlavně rodičů k dětem),
- úzkostlivé ochraňování,
- ztráta blízkých osob (odstěhování, rozvod, nemoc, úmrtí aj.), neúplné rodiny, odloučení malých dětí od rodičů,
- zanedbávání výchovy, fyzické popř. psychické týrání (Schenkel et al., 2005; Bergman et Walker, 1995).

Škola a práce:

- napětí ze zkoušek,
- šikana, izolace (rasové a náboženské předsudky apod.),
- nároky v zaměstnání, sesazení, obava ze ztráty zaměstnání, nezaměstnanost (Agerbo et al., 2004).

Bydlení:

- hmotné strádání,
- nedostatek soukromí,
- osamělost.

Pozitivní stres (obrovskou zátěží bývají také situace nebo události, na než se člověk těší a které prožívá kladně):

- cesta na dovolenou,
- cesta do zahraničí,
- svatba,
- očekávání potomka,
- povýšení v práci atd.

Redukce stresů u pacientů se schizofrenií je možná především důslednou psychosociální rehabilitací viz. kap. 4. Pomocí rehabilitace je možné prodloužit čas mezi jednotlivými relapsy (Dincin et Witheridge, 1982).

1.4 Příznaky a projevy

Samotný začátek onemocnění je většinou táhlý, nenápadný, může trvat až několik měsíců, podrobněji bude průběh popsán v kapitole 1.5. Člověk jen pozvolna mění své chování, ale jeho okolí si většinou tyto změny zpětně uvědomí teprve až když naplno dojde k propuknutí choroby a jejích charakteristických příznaků.

Příznaky můžeme rozdělit do 4 základních skupin:

Pozitivní příznaky

Mezi pozitivní příznaky patří především halucinace a bludy. Halucinace jsou nejčastěji charakterizovány jako vjemy bez vnějších podnětů. Nemocný vnímá smyslové prožitky, které se ale objevují bez jakékoli stimulace pocházející z prostředí. Jedná se o poruchu vnímání, nikoliv myšlení. Halucinace mohou postihovat všechny oblasti smyslového vnímání – nejčastější jsou halucinace sluchové ve formě hlasů, které komentují jednání nemocného, hovoří o něm, či mu nadávají nebo poroučejí. Dále potom mohou být halucinace zrakové, taktilní (dotekové), čichové i chuťové (Carter, 1992; Leopold, 2002; Buccheri et al., 2007). Blud – chorobné, mylné, nezvratné přesvědčení neodpovídající skutečnosti (pocit pravdivé jistoty), který nelze rozumovými nebo praktickými důkazy či argumenty vyvrátit nebo korigovat. Jde o poruchu myšlení, mající vliv na jednání. Častým projevem této poruchy bývá, že postižený k sobě skládá slova a výrazy, jejichž uspořádání v konečném důsledku nedává žádný smysl. Řazení nesouvisejících slov a frází a neobvyklé slovní asociace,

tzv. „slovní salát“ jsou pro schizofreniky typické. Nejčastější jsou bludy paranoidní, kdy postižený trpí představou, že je neustále někým pronásledován, špehován, že se proti němu všichni spikli (Startup, 2003; Huber et al., 2007).

Negativní příznaky

Negativní příznaky nebývají tak stresující a nápadné jako příznaky pozitivní. Zpravidla se vyvíjejí delší dobu a jsou hůře léčitelné. Zabraňují nemocnému podílet se na společenském životě. Lidé, kteří onemocní psychózou, mají změněnou schopnost zpracovávat informace z prostředí, ve kterém žijí: omezeně nebo nesprávně rozlišují důležitost a naléhavost informací, jsou nejistí v mezilidském kontaktu, jelikož se obtížně orientují v emočních signálech od druhých lidí, obtížně se přizpůsobují novým situacím, pomalu si zvykají. Trpí podezřívavostí a otažitostí, což vede k zvětšování propasti mezi nimi a jejich „zdravým“ okolím. Dochází k celkovému omezení sociálních dovedností. Student přestává zvládat školu, dospělý obvykle není schopen získat nebo si udržet zaměstnání, osobní hygiena a péče o zevnějšek se zhoršují, komunikace je maximálně utlumena, jedinec se stále více vyhýbá kontaktu s okolím, je nesoustředěný. Bývají náchylní reagovat určitým způsobem – uzavřením se do sebe, odvrácením se od vnějšího světa k vnitřnímu, řeší své problémy útekem do světa fantazie. Negativní příznaky jsou také charakteristické postupným snížením až vymizením motivace. Nemocný ztrácí zájem o své cíle, plány, zájmy atd. Tyto symptomy je těžší rozpoznat jako součást nemoci a můžou být zaměňovány za lenost nebo depresi (Narvaez et al., 2007).

Kognitivní příznaky

O poruchách kognitivních (poznávacích) funkcí, mluvíme tehdy, je-li nějakým způsobem zasažena schopnost koncentrace, učení, paměť, popřípadě tzv. exekutivní (řídící) funkce. Poruchy těchto funkcí vedou k tzv. kognitivnímu deficitu, čili ke snížení intelektu jedince. Je s nimi úzce spjata nesoustředěnost, neschopnost rozlišení podstatných věcí od nepodstatných, obtížné řešení problémů, selhávání v běžných situacích atd. Kognitivní příznaky se často vyskytují spolu s příznaky negativními. Stupeň postižení kognitivních funkcí bývá zásadní pro funkční výkonnost pacienta a jeho zpětné zařazení do života (O'Donnell, 2007). Toto bývá označováno také jako juvenilní demence a ta může být rozvinuta v takové míře, že vede k naprosté eliminaci projevů duševního života (Kuffner, 1897). Obecně se odborníci shodují na tom, že hodnoty IQ u schizofreniků jsou ve srovnání s běžnou populací nižší. Existují však i poněkud odlišná stanoviska, kdy schizofrenie není považována za demenci v pravém slova smyslu, ale pouze za nedostatečné a omezené využívání intelektových schopností jedince, jejichž rozsah však zůstává plně zachován (Myslivoček, 1959). Toto do určité

míry potvrzují i slova prof. Cyrila Höschla, který patří nejen u nás, ale i ve světě k naprosté špičce na poli psychiatrie a psychofarmakologie. Ten navíc ještě poukazuje na skutečnost, že takto postižení lidé jsou v jistém smyslu vlastně naopak geniální, neboť díky odlišné vnímavosti světa a dění kolem sebe jsou schopni přistupovat k věcem takovým způsobem, jakým by to neudělal nikdo jiný. Pro ilustraci zde uvádím výňatek z rozhovoru, který prof. Höschl poskytl 13. ledna 2005 časopisu Reflex.

Vyňato z článku "Očima Cyrila Höschla" (13.1.2005, Reflex 2/2005, str.15):

„Dobrý den.

Rád bych znal Váš názor na tyto dvě záležitosti:

Slyšel jsem, že podstatná část lidí stížených schizofrenií se projevuje velmi tvořivě.

Čím to? A je možné, že jejich pro nás bludné myšlení odhaluje v některých případech souvislosti, které pochopí a ocení až budoucnost?

Jinak Vám skláním upřímnou a hlubokou poklonu, za to, co a jak děláte a přeju stále tolik činorodosti, trefnosti a zvědavosti jako doposud.

Martin Zaoral.

Odpověď:

Vztah mezi šílenstvím a tvořivostí je delikátní a svádí ke zjednodušeným a nepravdivým soudům typu „genialita a šílenství je totéž“. Rozhodně to není totéž a například schizofrenie v drtivé většině případů vede k úbytku duševních schopností i dovedností a pacienty značně zneschopňuje a často invalidizuje. Z určitého pohledu se však zdá, že tvořivost a psychóza (schizofrenie) přece jenom mají společného jmenovatele, a tím je schopnost vidět věci v neobvyklých souvislostech, neotřele, originálně, tak, jak je jiní nevidí. Schopnost použít nástroje způsobem, jakým by je normálně nikdo nepoužil – to vidíte třeba u výtvarníků. Navíc v jedné islandské epidemiologické studii (Karlsson 1981) se ukázalo, že blízcí příbuzní psychiatrických pacientů vykazují vyšší vzdělání, jsou častěji citováni v „Kdo je kdo“ a jsou častěji autorem knihy než blízcí příbuzní „normálních“ lidí. Vypadá to, jako by schizofrenie byla určitou daní za tvořivost, daní za neotřelé a originální myšlení, výsledkem jakéhosi zvrácení jinak žádoucí vlohy k tvůrčímu pohledu na svět. To, co u příbuzných sytilo nadání, zvrhlo se u postižených v nemoc. Ovšem to, že by bludné myšlení odhalilo souvislosti, které pochopí a ocení až budoucnost, je velmi málo pravděpodobné. „Budoucnost“ totiž buď ukáže, že nešlo o blud, anebo ty souvislosti prostě neocení. Někdy však tvorba a šílenství opravdu jdou ruku v ruce. Ale i tam je tvořivost spíše navzdory již probíhajícímu onemocnění než díky němu. Je ovšem ještě jiná souvislost mezi chorobou a tvorbou: nemoc bývá hendikepem, jehož překonávání dokáže vykovat talent k neuvěřitelným výkonům. Mnozí géniové byli vskutku těžce nemocní (Schubert, Chopin, Gogh, Mozart, Hemingway), ale často to byla i jiná než jenom dušení porucha, která sehrála roli takového burcujícího břemene: syfilis, tuberkulóza, otrava, rakovina, tělesné postižení. Hledáme-li tedy souvislost mezi

chorobou a tvorbou, pak ji opravdu najdeme, ale měli bychom ji interpretovat střídavě, poctivě a velmi opatrně.“

Z uvedeného textu společně s obecně známými fakty vyplývá i určitý kontrast, kdy na jedné straně je schizofrenie charakterizována výrazným poklesem intelektu a poruchami mentálních funkcí, na straně druhé však k takto postiženým lidem řadíme i osobnosti, které svou tvorbou a celkovým přínosem pro lidstvo představují příklad obrovského duševního potenciálu a tvůrčích schopností.

Afektivní příznaky

Afektivní příznaky (poruchy nálady) se mohou objevit kdykoliv v průběhu psychózy. Patří sem pocity beznaděje, stavy vnitřního napětí, zoufalství, pokleslá nálada (deprese). Výjimečně se objevuje naopak nadměrně veselá nálada, zvýšená aktivita, vysoké sebevědomí atd. Poruchy nálady bývají prvotním příznakem počínající psychózy nebo také její nové epizody (Sovani et Thatte, 1998).

Největším rizikem u závažných neléčených depresivních příznaků jsou sebevražedné myšlenky, mnohdy vedoucí až k samotnému pokusu o sebevraždu (Auquier et al., 2007). Afektivní příznaky jsou nejtypičtějším příznakem u tzv. schizoafektivní poruchy, nemoci v mnohém podobné schizofrenii.

1.5 Průběh a prognóza nemoci

Počátky onemocnění se nejčastěji objevují během dospívání a časné dospělosti. Nejčastěji k nástupu choroby dochází postupně a její rozvoj je doprovázen tzv. prodromálními příznaky, náhlý přechod do akutní fáze ze stavu plného duševního zdraví bývá jen velmi ojedinělý.

Prodromální příznaky (prodromy) – „příznaky předcházející vlastnímu onemocnění.“ Toto období trvá zpravidla 3-5 let. Rozlišení počátku prodromálních příznaků může být velmi obtížné. Často se prodromy kryjí s osobnostními rysy (Gaebel et Riesbeck, 2007). Nemocní si v této fázi stěžují především na časté poruchy pozornosti, neurčitě bolesti hlavy, zad a svalů, trávící obtíže a pocity celkové slabosti.

S postupující chorobou se objevují další příznaky jako například hloubání nad maličkostmi, zvláštnosti v oblékání, vztahovačnost, únava, nespavost, tělesné potíže, nesoustředěnost, úzkost, neklid, bludy nebo halucinace.

Obtíže se postupně stupňují natolik, až nakonec dochází k plnému propuknutí psychotické ataky (období akutních příznaků). Ataky (epizody) obvykle nevznikají náhodně. Bývají vyprovokovány stresem (bezvýchodná situace, nadměrná kritika, ztráta bližního, ale také viróza atd.) (Kravchenko, 1990). V tomto období dochází k plnému rozvoji příznaků psychózy – nemocný se jeví nápadně změněný, bez zájmu o obvyklé věci, stažený do sebe, ztuhlý, neklidný, zděšený, trpí nespavostí, vyhýbá se jídlu atd. Je nutná medikamentózní léčba popř. i hospitalizace.

Léčení rozvoj psychózy zastaví a přivede ji až k vyhasínání. Toto období může být různě dlouhé od několika dní až po několik měsíců. Postupně u nemocných přetrvávají jen některé zbytky psychotického obrazu světa např. smutek, podezíravost, pocit vnitřní prázdnoty, netečnost. Pacient musí i nadále brát léky a doporučují se i další léčebné metody (psychoterapie, socioterapie) (Gibbs, 2007).

Remise znamená, že nemoc ustoupila. Nemusí však ustoupit úplně, zbytkové příznaky mohou ještě přetrvávat po dlouhou dobu – neúplná remise. O úplné remisi hovoříme v případě, že se pacient zbavil všech zjevných příznaků choroby. I přesto však u něj nadále zůstává poměrně vysoké riziko toho, že by u něj někdy v budoucnu nemoc mohla opět propuknout. K recidivě psychózy dochází až u 60 % pacientů.

Z hlediska úspěšnosti při překonávání choroby můžeme schizofreniky rozdělit do tří skupin, jejichž vzájemné zastoupení je zhruba rovnoměrné. Přibližně třetina nemocných se po prvním ataku vrací do svého normálního života a nevyskytne-li se u nich v průběhu následujících dvou až pěti let žádný z příznaků onemocnění, hovoříme o úplném vyléčení. Další zhruba třetina postižených je rovněž schopna se zpětně zapojit do běžného života, avšak opakovaně vykazuje klinické příznaky, jejichž následky jsou však díky medikamentózní léčbě tlumeny na minimum. U zbylé části pacientů je nutná opakovaná hospitalizace, přičemž asi 20 % z nich je na institucionální léčbu odkázáno úplně.

Ani lidé, kteří však chorobu překonali nebo alespoň potlačili natolik, že jsou schopni návratu k běžným povinnostem a každodennímu životu, to nemívají jednoduché. Velmi často dochází v důsledku nemoci ke ztrátě přátel nebo zaměstnání a dotyčný se vrací do pro něj zcela nového prostředí. Strach z bezprostřední budoucnosti, prvotní bezradnosti při znovuzačleňování se do společnosti a v neposlední řadě i reakce okolí často vedou k novým komplexům méněcennosti a dalším potížím psychického rázu (San et al., 2007).

1.6 Negativní důsledky nemoci

Schizofrenie u takto postiženého člověka nějakým způsobem ovlivňuje celý jeho život a negativní dopady choroby se projevují ve všech sférách, kde se dotyčný vyskytuje nebo působí. Je několik hledisek, ze kterých lze negativní důsledky posuzovat. Jedním z nich je zaměření se na okolí pacienta a na oblasti života, ve kterých se tyto důsledky mohou projevovat.

Z tohoto pohledu lze rozlišovat:

- pracovní činnost,
- rodinný život,
- oblast veřejně prospěšné činnosti,
- oblast trávení volného času.

V rámci každé z těchto těchto kategorií pak může docházet ke změnám na úrovni společenských vztahů, ve vědomí klienta nebo se mohou vyskytnout problémy v majetkových poměrech (Bártlová, 1988).

Další možností, jak lze na negativní dopady onemocnění nahlížet, je z hlediska složek pacientova vnímání, které mohou být v menší či větší míře schizofrenií zasaženy.

Nabízí se pět základních problematických oblastí (Roder, 1993):

- kognitivní diferencování,
- sociální vnímání,
- verbální komunikace,
- sociální dovednosti,
- interpersonální řešení problémů.

Z výše uvedeného je jasné, že schizofrenie má negativní dopad na pacientův život jako celek a ovlivňuje ho v mnoha směrech, ať už v rámci rodiny, nebo celé společnosti (Browne et Courtney, 2007). Má-li být resocializace takto postiženého člověka úspěšná, je třeba se v rámci léčby při odstraňování těchto negativních dopadů zaměřit na co možná nejširší oblast, kde by mohlo docházet k jejich projevům. Obrazně řečeno by se celá situace a psychika nemocného dala přirovnat ke skládance puzzle. Čím více kousků poskládáme dohromady, tím úplnější obraz nám vzniká a teprve až přesná vzájemná souhra všech částí vede k jedinému správnému výsledku. Tak i u duševně nemocného je nutné, aby všechny složky vytvářející jeho osobnost byly

v naprosté rovnováze, a pokud tomu tak není, je třeba věnovat této oblasti mimořádnou pozornost a péči.

Dílčí závěr:

Stres, uspěchaný způsob života a další negativní aspekty moderní doby mají za následek, že v populaci rapidně přibývá jedinců, kteří trpí v menší či větší míře nějakou formou psychické dysfunkce, tedy psychózou. K nejzávažnějším poruchám tohoto typu lze bezpochyby zařadit schizofrenii. Toto onemocnění se projevuje celou řadou příznaků, od méně nápadných, jako jsou pocity úzkosti, strachu a melancholie, až po výraznější bludy a halucinace. Neexistuje však univerzální průběh nemoci, symptomy a projevy bývají často velmi individuální, v závislosti na pacientově zdravotním stavu. Stejně tak léčba nemusí být vždy konečná, velmi často se daří rozsah choroby zredukovat pouze do takové míry, že člověku výrazněji nebrání v tom žít normální život, ale je i nadále nutné brát odpovídající léky a účastnit se pravidelných terapií. Naopak ignorování základních lékařských doporučení a pokynů může vést k opětovnému propuknutí nemoci, což se negativně promítá do všech sfér pacientova života.

2. Vývoj psychiatrické problematiky

Stejně jako každá oblast lidské činnosti, procházela i psychiatrie postupem času určitým vývojem a řadou změn. V následujících odstavcích uvádím stručný průřez toho, jak se v průběhu dějin měnil celkový přístup společnosti k této vědě a lidem, kteří trpěli nějakým duševním onemocněním. Tento přehled rovněž může napomoci porozumět tomu, jak velký krok musela věda udělat, aby se psychiatrie a s ní spojené obory dostaly na úroveň, na které se nacházejí dnes.

2.1 Starověk

Ve starověku lidé vše, co neznali a nebyli schopni si vysvětlit, přisuzovali nadpřirozeným silám. Před těmito neznámými jevy všeobecně panoval strach a za jedinou ochranu proti nim bylo považováno nošení nejrůznějších amuletů a talismanů. Onemocnění, ať už fyzického nebo psychického rázu, bylo považováno za boží trest a tudíž za nezvratitelnou událost, kterou nelze lidskou vůlí změnit.

Teprve až o mnoho let později se objevují první tzv. lidoví léčitelé. Centrem léčitelství a i prvních léčebných pokusů na poli medicíny se stal přirozeně Egypt, který v té době představoval nejvýznamnější a nejvyspělejší velmoc (Ziskind at Halioua, 2007). Útočištěm pro duševně choré se staly nejčastěji chrámy, přičemž vyzdvihována byla zejména tělesná hygiena a pravidelný denní režim pacientů. Za jednu z nejvýznamnějších osobností této doby je však považován řecký lékař a filozof Hippokrates (460-370 př.n.l.). Všechny formy duševních chorob označoval termínem paranoia. Dále například zjistil, že duševní choroby se vyskytují i u matek po porodu nebo že úzkostné stavy trvající delší dobu často přecházejí v melancholii. Své pacienty léčil zejména rostlinami, zábaly, úpravou životosprávy, ale také tělocvikem a procházkami (Marková et al., 2006).

2.2 Středověk

V této době bylo šílenství chápáno např. jako hřích, nečistota, sen v bdělém stavu, zbavení rozumu, vytržení ze světa pravdy, posednutí zlými duchy atd. Přístup k duševně nemocným byl velmi nelítostný a krutý. Mezi běžné postupy proti takovýmto lidem patřilo jejich vyobcování do lesa nebo na tzv. loď bláznů, nazývané rovněž opilé koráby. Obojí znamenalo téměř jistou smrt, ale tehdejší společnost zatížená předsudky a pověrami v tom spatřovala naprosto přirozené řešení.

Vedoucí postavení v té době zaujímala církev, která rozhodovala téměř o všem a která si podobné jevy a chování vykládala po svém. Proto bylo rovněž velmi časté zařikávání, pronášení modliteb a exorcismus, neboli vymítání d'ábla (Høyersten, 1996). V Čechách v té době žádná systematická péče o duševně choré neexistovala, obecně převládal názor, že si ji tito lidé nezasluhují. Určité pomoci se těmto nešťastníkům dostávalo pouze v kláštorech, kde však byli odkázáni pouze na pomoc řádových sester a mnichů, kteří jim však ani při nejlepší vůli nemohli odpovídající kvalifikovanou péči poskytnout. Mnoho lidí však takové štěstí nemělo, neboť kapacita klášterů byla velmi omezená a takoví pak končili ve vězeních nebo mučírňách.

2.3 Novověk

V roce 1789 Velká francouzská revoluce způsobuje, že se mnoho lékařů začíná stavět pozitivně k jejím ideálům a ztotožňují se s humanistickými myšlenkami osvícenství. A právě Velká francouzská revoluce znamená průlom v dosavadní struktuře celého zdravotnického systému a dochází k řadě reforem. Začíná se propagovat přátelský, vlídný přístup k nemocným se snahou o jejich pochopení. Roste i rovnoprávnost nemocných ve společnosti, mohou se svobodně pohybovat a nejsou jim upírány základní osobní a hygienické návyky.

Významnou osobností této doby je Phillipe Pinel (1745-1826), který umísťuje obor psychiatrie mezi lékařství a vědu (Goldman, 1990). Je také považován za zakladatele novodobé ústavní psychiatrie. Začínají vznikat ústavy pro duševně choré.

2.4 Dvacáté století – současnost

Moderní psychiatrie byla ovlivněna především dílem Sigmunda Freuda, který svou teorií o vzniku duševních poruch výrazně přispěl k psychologizaci medicíny (Gedo, 2002). Ve dvacátém století pak nastává obrovský nárůst a rozmach léčebných postupů, rozvíjí se farmakoterapie, klade se vliv na sociální prostředí, začínají se zkoumat genetické vlivy.

V současné době je důraz kladen zejména na další rozvoj již existujících oborů, snahu objevit i nové přístupy a možnosti léčby a podnikají se kroky vedoucí k takové diferenciaci ústavní péče, aby se každému pacientu dostalo té nejoptimálnější pomoci se zvýšeným ohledem na specifickou jeho postižení.

Dílčí závěr:

Postoj společnosti ve vztahu k duševně chorým prošel v průběhu dějin značným vývojem a dost se změnil. Zatímco ve starověku a středověku se často s nemocnými zacházelo krutě a nelítostně a na místo léčby se usilovalo o jejich vyloučení ze svého okolí, později, s nástupem humanismu se tento postoj začal postupně, avšak zásadně měnit. Prvotní silně negativní postoj k těmto lidem pramenil především z neznalosti a prostosti lidského rozumu, nemalou měrou k tomu přispívala i pověřčivost a strach z nadpřirozených sil, kterými byla tehdejší doba pověstná. Až v novověku, kdy již byla věda na takovém stupni vývoje, že dokázala řadu jevů racionálně vysvětlit, byl položen „základní kámen“, dnešního přístupu k duševně nemocným jedincům, který je do značné míry osvobodil od ponižujícího postavení ve společnosti.

3. Léčba a resocializace

Řada psychotických poruch má natolik složitý a komplikovaný charakter, že k jejich úspěšnému vyléčení je zapotřebí vedle standardní farmakologické léčby ještě i použití odpovídajících psychosociálních přístupů a terapeutických technik zaměřených co možná nejlépe na individuální potřeby pacienta a specifčnost jeho onemocnění. K těmto poruchám vyžadujícím kombinovanou léčbu řadíme i schizofrenii. Snaha léčit nemocného pouze medikamentózně nebo naopak jen za pomoci terapie by nevedla k optimálním výsledkům, protože obě dvě formy léčby se uplatňují v rozdílných fázích vývoje choroby a navzájem se tak doplňují. Zpravidla jsou pacientovi ze začátku podávána antipsychotika, jejichž působení má připravit živnou půdu pro následné psychosociální zásahy (Chue, 2006). Zatímco farmakologická léčba se nejlépe uplatňuje v průběhu akutní fáze nemoci, nejrůznější terapeutické metody, jako jsou socioterapie nebo psychoterapie, mají klíčový význam při prevenci a zvládání relapsů (Riedel et al., 2007). Stejně jako na poli farmakologie dochází k neustálému zdokonalování léčiv, tak i různé typy terapií a psychosociálních přístupů procházejí určitým vývojem vedoucím k jejich schopnosti ještě více vyjít vstříc individuálním potřebám a nárokům daného pacienta. Nemalou měrou k léčbě takto postiženého člověka přispívá i včasná informovanost jednak jeho samotného a jednak jeho bezprostředního okolí o tom, jak se zachovat v určitých situacích a jak mu nejlépe poskytnout potřebné zázemí. Význam takovéto informační kampaně však bývá stále velmi často podceňován. Rovněž biologickým příbuzným schizofreniků by měla být věnována zvláštní péče, neboť i oni mohou mít k této nemoci dispozice a včasným zásahem lze jejímu propuknutí do velké míry předejít (Kéri et al., 2006).

Výsledkem relativně efektivní léčby by měla být úspěšná resocializace daného jedince, tedy jeho znovuzačlenění do původní společnosti, ve které se nacházel a do všech běžných procesů každodenního života. Připomeňme jen, že schizofrenie, stejně jako celá řada dalších psychotických onemocnění, patří k chorobám, jejichž příznaky a celkové projevy se podaří úplně potlačit a zcela odstranit jen u velmi malého procenta případů. Za použití léků a těch správných terapeutických metod se však běžně daří většinu symptomů redukovat do takové míry, že pacientu nijak nebrání žít dál normálním životem. Proto používám u výrazu efektivní léčba slovo relativně. Jak jsem již uvedla na samém začátku této kapitoly, farmakologická intervence je jen malou částí řešení celého problému. Stejně důležitou, ne-li důležitější úlohu hraje správně zvolený osobní přístup k nemocnému a aplikování optimálního typu terapeutické pomoci. Bude-li dostatek lidí, školených v tomto směru a odborníků, schopných poskytovat pacientům trpícím psychózami kvalifikovanou pomoc, bude i návrat do normální společnosti pro takto postižené lidi snadnější a jejich

resocializace bude úspěšnější. Věřím, že k tomuto svou prací může významně přispívat i sociální pedagog.

3.1 Medikamentózní léčba

Skupina léčiv využívajících se k léčbě psychotických poruch schizofrenního typu se obecně nazývá antipsychotika. Z pohledu pokroku ve vývoji léčiv lze tyto preparáty rozdělit do dvou základních skupin. Dříve se začala používat tzv. klasická neboli standardní antipsychotika, tyto léky se objevily někdy v padesátých letech dvacátého století. Na přelomu osmdesátých a devadesátých let se začíná stále více prosazovat nový typ léků s antipsychotickým účinkem, které dostávají označení “atypická“ antipsychotika nebo též antipsychotika druhé generace.

KLASICKÁ ANTIPSYCHOTIKA

Největším nedostatkem těchto přípravků bylo jen velmi omezené pole působnosti. Bylo možné díky nim redukovat a mírnit pozitivní příznaky onemocnění, ke kterým řadíme zejména halucinace nebo bludy, ale například u negativních příznaků, kterými jsou apatie ke svému okolí či sociální izolace nebo v případě kognitivního deficitu docházelo při jejich použití jen k minimálnímu zlepšení. Dalším, velmi nežádoucím a zřejmě nejzávažnějším průvodním jevem, spojeným s užíváním standardních antipsychotik, je jejich nepříznivé působení na nervovou soustavu, zejména pak na extrapyramidální motorický systém (Mathews et Muzina, 2007). Hovoříme o tzv. lékovém parkinsonoidu, neboť pacient navenek vykazuje některé symptomy nápadně připomínající Parkinsonovu chorobu. Kvůli takto silnému vlivu na nervový systém se dříve klasická antipsychotika označovala též jako neuroleptika. Ovšem nešlo jen o vedlejší neurologické účinky, takovýchto doprovodných komplikací spojených s medikací neuroleptik byla celá řada a k jejich potlačení bylo zapotřebí pacientu předepisovat další léky, což celou léčbu jen dále komplikovalo.

Rozdělení klasických antipsychotik:

Jak již bylo řečeno v úvodní kapitole celé práce, fyziologické příčiny duševních poruch jsou spjaty se změnami množství a působení přenašečů nervových vzruchů mezi jednotlivými buňkami nervového systému na molekulární úrovni. U člověka je takovýmto nejvýznamnějším přenašečem dopamin. Podle afinity k této látce se klasická antipsychotika dělí do dvou základních skupin (přehled samozřejmě není úplný, uvádím jen ty nejznámější zástupce).

Sedativní: (mají menší afinitu k dopaminovému systému, ale snadněji se vážou k systémům jiným)

- *Fenothiazinová*
 - Chlorpromazin
 - Levomepromazin
 - Thioridazin
 - Periciazin
- *Thioxantenová*
 - Chlorprotixen
 - Zuclopentixol

Incisivní: (vysoká afinita k dopaminovému systému a proto i výraznější antipsychotický účinek)

- *Fenothiaziny*
 - Perfenazin
 - Prochlorperazin
 - Flufenazin
- *Butyrofenony*
 - Haloperidol
 - Melperon

ATYPICKÁ ANTIPSYCHOTIKA

Antipsychotika druhé generace představovala pro nemocné již podstatně přijatelnější řešení, protože zde odpadla řada obtíží spojených s užíváním klasických preparátů a navíc byla schopna pokrýt svým účinkem širší spektrum symptomů s touto chorobou spojených. Zejména šlo o redukci negativních příznaků a taktéž i účinně působila na zlepšování kognitivních funkcí, například na paměť. Rovněž dopady na činnost extrapyramidální motorické soustavy jsou zde již minimální a dochází i k redukci nebo dokonce úplnému zastavení nárustu hladiny prolaktinu (Kapur et Remington, 2001). Přestože atypická antipsychotika eliminují řadu rizik spjatých s užíváním starších neuroleptik, ani ony se zcela neobejdou bez nežádoucích vedlejších účinků. Mezi nejznámější patří leckdy i výrazný nárůst tělesné hmotnosti, což zase bývá příčinou narušení rovnováhy metabolismu cukru a tuků v těle. Tyto fyziologické změny mohou vést až ke zvýšenému riziku rozvoje dalších chorob a obtíží, jako jsou diabetes 2. stupně, hypertenze nebo dyslipidemie. Což zase dále zvyšuje možnost výskytu kardiovaskulárních onemocnění. Proto je u pacientů trpících schizofrenií rovněž velmi

důležité a je jim důrazně doporučováno dodržovat určité zásady zdravého životního stylu, včetně životosprávy a dostatku pohybu, aby se tato rizika dále nezvyšovala a byla co nejnižší (Bushe et al., 2005; Barnett et al., 2007).

Rozdělení atypických antipsychotik :

Opět je lze podle mechanismu účinku rozdělit do několika základních skupin, v závislosti na typu receptorů, jejichž činnost blokuje. Opět jsou uvedeni jen nejznámější zástupci.

SDA

Serotonin a dopaminoví antagonisté

- Risperidon (Risperdal®, Risperen®)
- Ziprasidon (Zeldox®, Geodon®)
- Sertindol (Serdolect®)

D2/D3 antagonisté - substituované benzamidy

- Sulpirid (Dogmatil®, Prosulpin®, Sulpirol®)
- Amisulprid (Solian®, Deniban®)
- Tiaprid (Tiapridal®)

MARTA

Multireceptoroví antagonisté

- Clozapin (Clozapin Desitin®)
 - toto antipsychotikum je stále v největší míře používaným přípravkem v rámci dané skupiny léčiv, obzvláště u pacientů s rezistentní formou schizofrenie. Byl rovněž prvním preparátem ze skupiny antipsychotik druhé generace, který se objevil na trhu. Ačkoliv je při jeho medikaci důležité monitorovat krevní obraz, protože může docházet k poruchám krvevorbny, organismem může být obecně špatně snášen a je zde i určitý potenciál pro jeho toxicitu, stále je pro pacienty trpící rezistentní formou choroby lékem volby, neboť v tomto směru je zdaleka nejúčinnějším prostředkem (Taylor, 2000).
- Olanzapin (Zyprexa®)
- Zotepin (Zoleptil®)

- Quetiapin (Seroquel®)
 - používá se například i alkoholiků pro potlačení chuti na alkohol (Croissant et al., 2006).

Dopaminoví dualisté

- Aripiprazol (Abilify®)

Mezi změny chování, ke kterým v důsledku různých duševních chorob může docházet, řadíme i nárůst agresivního jednání a projevy patologického hněvu. Antipsychotika do jisté míry pomáhají tlumit i tyto negativní jevy, přičemž větší účinnost vykazují opět antipsychotika druhé generace. K potlačení projevů násilného chování se nejen u psychóz, ale i jiných typů postižení duševních funkcí člověka využívá, ať už s větším či menším úspěchem, i řada dalších látek. Například carbamazepine nebo valproate slouží k tišení agresivity u pacientů s demencí či poruchami osobnosti, mentálně postiženým a retardovaným pacientům bývá podáváno lithium, a užívání beta blokátorů se velmi dobře osvědčilo například u lidí, kteří prodělali nějaké závažnější zranění mozku a v neposlední řadě i u schizofrenních pacientů (Fava, 1997).

Co se týče nástupu účinku antipsychotik, k celkovému zlepšení psychického stavu pacienta nedochází hned, ale až po určité době. Většinou se efekt dostaví v řádu několika týdnů. I když některé akutní projevy, jako třeba agresivita, se daří tišit velmi rychle, již po několika hodinách nebo dokonce minutách. Velmi ojediněle může nastat situace, že léčba za pomoci medikamentů nepřichází v úvahu, neboť přímo ohrožují život pacienta. Tento případ se označuje jako maligní neuroleptický syndrom a nastane-li, na řadu přichází hospitalizace na oddělení ARO.

Samozřejmě i nadále probíhají výzkumy kladoucí si za cíl přijít s novými objevy umožňujícími efektivněji bojovat s chorobami majícími základ v určitém narušení psychické rovnováhy člověka. S touto snahou je spojeno i testování nejrůznějších látek a jejich potencionálních účinků na symptomatické projevy onemocnění. V této souvislosti byl například zkoumán i cannabidiol (CBD), jeden z hlavních produktů rostliny konopí setého (*Cannabis sativa*), ze kterého se extrahuje jedna z nejčastěji zneužívaných drog, marihuana. V tomto případě však k potvrzení léčebných účinků nedošlo (Zuardi et al., 2006).

3.2 Rehabilitace

„Rehabilitace v nejširším slova smyslu znamená obnovení původního stavu, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti a pracovní schopnosti (označení pochází z latiny, kde předpona Re- znamená opakování, zpět a výraz habilitas schopnost). Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci jako soubor opatření směřujících k optimální resocializaci (sociální integraci) jedince postiženého nemocí, úrazem nebo vrozenou vadou“ (Marková et al., 2006).

Definice rehabilitace v souvislosti s duševně nemocnými je o to složitější, že nelze provést jednorázovou rehabilitaci pacienta jako celku, ale každé dílčí složce utvářející jeho osobnost je zapotřebí věnovat individuální péči a pozornost a teprve až dostatečně efektivní terapeutický zásah do všech, chorobou nějakým způsobem ovlivněných sfér jeho mysli a osobnosti ve výsledku umožní návrat takto postiženého člověka do normálního života. V návaznosti na toto OSN postupem času zavádí nový termín - „ucelená rehabilitace“, který rehabilitaci charakterizuje jako proces, při kterém má kombinované a koordinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření umožnit občanům se zdravotním postižením co nejlepší začlenění do aktivního života společnosti.“

V dnešní době existuje již tak obrovské množství nejrůznějších rehabilitačních technik a terapeutických zásahů (jejichž počet navíc neustále narůstá), že nelze zcela spolehlivě vytvořit jejich naprosto vyčerpávající přehled. Velmi často navíc záleží i na samotném autoru dané publikace, diplomové práce nebo jiného díla, zabývajícího se uvedenou problematikou, jaký způsob klasifikace zvolí a na jaký způsob dělení bude klást primárně důraz. Proto i v této práci se snažím nastítnit jen jedno ze zcela základních možných rozdělení rehabilitačních metod a psychosociálních přístupů používaných při léčbě duševně nemocných. Důkladnější popis tohoto tématu by jednak vyžadoval vytvoření samostatné studie a jednak toto ani není primárním cílem této práce.

Ucelená rehabilitace má několik složek:

- Rehabilitace léčebná
- Rehabilitace pracovní
- Rehabilitace pedagogicko-výchovná
- Rehabilitace sociální

V rámci léčebné rehabilitace lze na pacienta dále aplikovat celou řadu terapeutických technik. Mezi ty nejzákladnější patří :

- a) Ergoterapie (Bayer et al., 2007)
- b) Fyzikální terapie (mechanoterapie, termoterapie, fototerapie, elektroterapie, kombinovaná terapie)
- c) Hydroterapie (vodoléčba)
- d) Léčebná tělesná výchova (LTV)

Komplexní psychiatrická rehabilitace

Jak již bylo řečeno, je třeba se u duševních poruch zaměřit na všechny složky tvořící osobnost nemocného. Též je však nutné brát v ohled vzájemnou propojenost mezi jeho psychickým stavem a mírou jeho fyzické zdatnosti. Komplexní psychiatrická rehabilitace klade důraz zejména na využití psychologických a pedagogických prostředků. Jedno z možných rozdělení může opět vypadat takto:

- 1) Psychoterapie
 - Psychogymnastika
 - Psychodrama (Ruddy et Dent-Brown, 2007)
 - Psychomelodrama
 - Relaxace
 - Arteterapie (Ruddy et Milnes, 2005)
 - Muzikoterapie
 - Biblioterapie
- 2) Socioterapie (Frieboes, 2003)
- 3) Kineziterapie
- 4) Hipoterapie
- 5) Animoterapie
- 6) Kulturní a rekreační činnost
- 7) Teatroterapie
- 8) Terapie s loutkou

Jedná se o dlouhodobý léčebný proces, nezastupitelnou roli má i ve fázi doléčování. Podílejí se na něm jak odborníci nejen z oblasti zdravotnictví, ale i z jiných oborů zaměřených na tuto problematiku a dále také další pracovníci, kteří jsou pod vedením těchto specialistů.

Psychosociální přístupy

Schizofrenie se řadí mezi choroby, k jejichž léčbě není zapotřebí jen podávání medikamentů, ale i odpovídající psychologický přístup k postiženému, mající za cíl pacienta připravit na stres spojený s návratem do normální společnosti a běžného života a do určité míry zvýšit jeho schopnost se s tímto stresem vyrovnat. Psychosociální přístupy můžeme rozdělit do dvou základních skupin, z nichž jedna se zaměřuje přímo na nemocného a pomáhá mu vytvářet si odolnost vůči okolním nepříznivým vlivům, cílem druhé skupiny psychosociálních metod je eliminovat negativní dopad okolí na takto postiženého člověka.

Psychosociální přístupy zvyšující odolnost vůči stresu :

- Psychoedukace
- Podpurná psychoterapie
- Kognitivně behaviorální psychoterapie
- Rehabilitace kognitivních funkcí
- Nácvik sociálních dovedností
- Rodinná psychoedukace
- Intenzivní individuální komunitní péče
- Zaměstnání s podporou
- Chráněná bydlení

Psychoedukace

Psychoedukace je vlastně jakési školení pacienta přímo o nemoci, kterou trpí. Lékař nemocnému sděluje důležité poznatky o jeho chorobě, udílí mu rady, jak se zachovat v případě, že na základě rapidně se zhoršujících příznaků hrozí propuknutí nové ataky a pacient má i sám možnost ptát se na věci, které ho zajímají nejvíce. U schizofreniků bohužel bývá velmi časté neužívání léků, které jim byly předepsány, ať už z důvodu nedostatečné informovanosti pacienta o jejich účincích nebo kvůli negativnímu postoji jeho rodiny. Cílem psychoedukace je proto i dostatečně nemocnému osvětlit nezbytnost dodržování předepsaných léčebných postupů a mnohdy ho zbavit i strachu a zcela mylných představ o jejich domnělé škodlivosti. Antipsychotika jsou totiž pro nemocného se schizofrenií stejně důležitá jako například pro diabetika inzulin (Lincoln et al., 2007).

Podpůrná psychoterapie

Návrat do normální společnosti a zařazení se zpět do běžného každodenního života sebou nese mnoho obav, nejistoty a nezodpovězených otázek. Přijmou mě mí dosavadní přátelé a známí zpět? Nebudou se na mě dívat skrz prsty? Nebudu mít problém s návratem nebo hledáním nového zaměstnání? Odpovědi na tyto a mnohé další otázky se nemocnému snaží pomoci najít specializovaní odborníci formou podpůrné psychoterapie. Těm se mohou pacienti se svými obavami svěřovat a ti jim pak radí, jak nejlépe se v daných situacích zachovat a vyrovnat se s nimi. Terapie je možno absolvovat buď individuálně nebo ve skupině, je na pacientovi, jaká varianta mu více vyhovuje a jakou si zvolí (Visintini et al., 2007).

Kognitivně behaviorální psychoterapie

Občas dochází k případům, že některé, pro schizofrenii charakteristické příznaky, přetrvávají i nadále, bez ohledu na užívané léky. Stejně tak se vyskytují i setrvalé depresivní a úzkostné stavy, a to i po odeznění psychotické ataky. Těmito případy se zabývá kognitivně behaviorální psychoterapie, která pracuje s pacientovou vůlí a snaží se omezit vliv příznaků choroby na jeho jednání a chování. Dalo by se říci, že pomáhá dotyčnému do určité míry s těmito příznaky pracovat, nevidět je v tak negativním světle a ve vědomí pacienta snížit jejich schopnost ovlivňovat jeho počínání.

Rehabilitace kognitivních funkcí

U schizofrenie se pravidelně objevují poruchy poznávacích funkcí jako např. učení a vybavování si nejrůznějších podnětů, poruchy paměti, pozornosti, ale také řízení a vzájemné koordinace těchto psychických funkcí. Přestože tyto obtíže nejsou na první pohled tak evidentní jako třeba halucinace a dezorientované chování, stejně nemocným do velké míry komplikují život. V praxi se tyto poruchy projevují jako snížená schopnost cokoliv zorganizovat nebo si naplánovat. K léčbě a potlačování zmíněných příznaků se velmi úspěšně využívá nejrůznějších specializovaných počítačových programů, které jsou zaměřeny na trénink paměti a zvyšování schopnosti koncentrace.

Lidé trpící psychózou mívají problémy i ve chvílích, kdy normální člověk jedná zcela spontánně a přirozeně a kde bychom výskyt nějakých potíží zdánlivě ani nepředpokládali. Jde zejména o situace vyžadující verbální kontakt s jinými osobami, jako je například pozvání na schůzku, vyjádření nesouhlasu s názorem druhého apod. Svou roli zde hraje i způsob, jakým dotyčný ostatním své postoje sděluje,

důležitá je intonace, zabarvení hlasu, držení těla, gestikulace. Všechny tyto věci, pro normálního člověka vykonávané s určitou samozřejmostí, mohou psychicky labilní jedince stavět do situací, se kterými si neví rady a které jim působí značné obtíže. Stres, který to v nich následně vyvolává, bývá pak často příčinou dalšího prohlubování sociální izolace nebo dokonce relapsu. Nácvikem sociálních dovedností dochází k lepšímu zvládnání stresových situací a tedy i ke zlepšení celkové kvality života (Valencia et al., 2007).

Mezi nejčastěji nacvičované situace patří :

- Schopnost správně vnímat a porozumět
- Sdělování pozitivních informací (pochvala, ocenění)
- Zahájení, udržování a ukončení krátkého rozhovoru
- Projevení negativní emoce přiměřeným způsobem
- Sebeprosazení (obhájení vlastních práv, odmítnutí neoprávněných požadavků)
- Schopnost dosažení kompromisu
- Nácvik řešení konkrétních problémů

Psychosociální přístupy odstraňující působení stresujících vlivů :

Rodinná psychoedukace

S pojmem psychoedukace jsme se seznámili již v předchozím oddíle, kde jsme se dozvěděli, že jde vlastně o jakési školení pacienta v tom, jak postupovat v té či oné situaci nebo jak předcházet novému ataku choroby. Rodinná psychoedukace je de facto totéž, ale tentokrát je vzdělávací program primárně určen pro nejbližší okolí nemocného, zpravidla tedy pro jeho rodinu. Školení probíhají nejčastěji ve skupinách a rodinní příslušníci zde získávají rady, jak se zachovat v různých problémových situacích a především, jak poskytnout nemocnému emoční podporu (Magliano et al., 2006). Z nejnovějších výzkumů vyplývá, že díky osvětě v rámci rodiny a tím v podstatě jejímu zapojení do léčby pacienta u něj může být celkový počet relapsů snížen až o 20%.

Intenzivní individuální komunitní péče

Člověk trpící schizofrenií nemusí být nutně odkázán pouze na pobyt ve specializovaných nemocničních a psychiatrických zařízeních, ale díky tzv. intenzivní individuální komunitní péči je možný jeho návrat do domácího prostředí. Důležitým

článkem v tomto procesu jsou osobní asistenti, což jsou lidé s odpovídajícím odborným školením, jejichž úkolem je vzájemná koordinace procesů spjatých s pacientovým plynulým přechodem z institucionální péče zpět do zázemí jeho domova. Pomáhají rovněž nemocným při účasti na komunitních programech.

Zaměstnání s podporou

Tento typ terapie u nás bohužel není pacienty příliš využíván. Nabízí možnost nácviku pracovních dovedností a návyků (o které pacient vlivem nemoci přišel) přímo na pracovišti. Opět je nutný dohled a pomoc osobního asistenta.

Chráněná bydlení

Zajišťují pacientům cenově dostupné a důstojné bydlení. Pacienti mohou být ubytováni jak samostatně, tak i po dvojicích. V případě jakéhokoliv problému jsou jim k dispozici osobní asistenti. Chráněná bydlení velkou měrou přispívají k resocializaci pacientů a jejich osamostatnění (Pach et Lodemann, 1999).

3.3 Nové metody léčby

S tím, jak jde věda neustále kupředu, jsou zdokonalovány i současné léčebné metody, vyvíjeny nové preparáty se stále nižším rizikem nežádoucích vedlejších účinků a dochází také k testování látek mohoucích mít potencionálně význam v boji proti nejrůznějším chorobám. U psychických onemocnění je velkou nevýhodou a určitým limitujícím faktorem skutečnost, že tyto choroby mohou být primárně diagnostikovány hlavně na základě již zjevných a prokazatelných příznaků; poznatků ohledně fyziologických a morfologických změn ve struktuře mozku, ke kterým při těchto poruchách dochází, je však zatím stále velmi málo. Zdokonalují se však i techniky, které umožňují tyto anomálie pozorovat a tak je jen otázkou času, kdy budou tyto metody schopny významnější měrou přispívat k diagnostice i tak komplikovaných chorob, jako je schizofrenie. Velkou nadějí pro pacienty trpící sluchovými halucinacemi skýtá například pozitronová emisní tomografie.

Ta je schopna vyhodnocovat metabolickou aktivitu mozkových buňek a díky přístroji určeného k neuronavigaci spolehlivě určí oblast, na kterou se příslušná terapeutická metoda má zaměřit. Aktivita mozkové kůry je v těchto místech podle

potřeby buď tlumena nebo naopak zvyšována za pomoci zvláštní cívky vytvářející magnetické pole (Talvik et al., 2006).

Další metodou, která se zkouší v boji s psychotickými onemocněními využívat, je hypnóza. Jde samozřejmě opět o kombinaci s klasickými léčebnými postupy, zatím však nelze jednoznačně říci, zda tato forma terapie může účinněji přispět k odstraňování přetrvávajících symptomatických projevů (Izquierdo de Santiago et Khan, 2007).

Některé formy hydroterapie jsou dnes již běžnou součástí kombinované léčby, s novými poznatky však přichází i nové možnosti jejich aplikace. Jelikož psychóza bývá jen velmi zřídka vrozená, většinou jsou za její vznik zodpovědné jiné faktory než dědičnost, například faktory okolí, životního stylu apod. V souvislosti s hydroterapií se začalo uvažovat o tom, zdali nemůže za vznikem psychické poruchy u daného jedince stát jeho přílišné vystavování působení chladu nebo naopak horka v průběhu jeho dospívání. Příliš častá expozice organismu prostředí o určité teplotě může vést k tomu, že tělo pak trpí nedostatkem tzv. „termálního tréninku“, což se může v konečném důsledku projevit právě poškozením některé z mozkových funkcí. Z dalších studií pak vyplynulo, že ke vzniku psychózy může přispět i hromadění toxických látek v tlustém střevě. Tyto substance mohou být součástí přijímané potravy nebo zčásti i produkovány střevní mikroflórou a může dojít k jejich nahromadění v této části trávicí soustavy. A jelikož v tlustém střevě ještě částečně dochází ke zpětné resorpci živin zpět do těla, mohou tak být tyto látky vstřebávány do krevního oběhu. Výsledkem může být opět narušení mozkové tkáně projeví se rozvojem psychózy.

Na základě těchto poznatků se (i v rámci prevence) používají tři typy hydroterapie, jde o vodní lázně s teplotou vody buď dosti vysokou nebo naopak nízkou, nastavenou podle individuální potřeby pacienta a dále se jedná o „hydroterapii“ tlustého střeva, s tou jsou spojené i úpravy stravovacích návyků (Shevchuk, 2007).

3.4 Resocializace

Jak již bylo v této práci mnohokrát zmíněno, resocializace znamená zpětné začlenění nějakým způsobem postiženého člověka do původního prostředí, ze kterého vzešel. V našem případě se bude jednat o lidi trpící určitou formou psychické poruchy. Stejně tak jsme si již několikrát řekli, že tomu, aby mohlo k resocializaci vůbec dojít, musí nezbytně předcházet léčebná kúra kombinující použití medikamentů a odpovídajících terapeutických zásahů do vnímání pacienta. Je-li toto všechno splněno, proces samotné resocializace může začít. Ani tento děj však není krátkodobý a bude-li úspěšný či nikoliv, stále závisí na celé řadě faktorů.

Prvním a možná i nejdůležitějším předpokladem, který by měl být splněn, aby se člověku návrat zpět do normálního života vůbec zdařil, by měl být odpovídající přístup a dostatečně pevné zázemí ze strany rodiny a jeho nejbližšího okolí. Navracející se nemocný může mít tendence přistupovat apaticky k prostředí, ve kterém žije, a nedostane-li se mu od rodiny patřičné podpory, není většinou ani schopen udržet si svůj životní standard na potřebné úrovni. Tato neschopnost zachovat si určitou úroveň bydlení a životních podmínek dále zmenšuje i jeho šance na úspěšné začlenění do společnosti jako celku (Browne et Courtney, 2007).

Dalším faktorem, který vedle rodiny do velké míry ovlivňuje pacientův další život po propuštění z institucionální péče, je zaměstnání. Je velice důležité, aby takový člověk našel uplatnění i po pracovní stránce. Dodá mu to pocit užitečnosti, sebevědomí a nebude se cítit zbytečný. V opačném případě může opět propadnout pocitům méněcennosti a melancholie. Rehabilitace formou pracovního využití by měly být pro takovéto lidi mnohem více dostupné a možnost seberealizace v tomto směru mnohem větší samozřejmostí. Bohužel tomu tak stále není (Honkonen et al., 2007). S nedostatkem pracovních příležitostí a celkově malou zárukou sociálních jistot je navíc spjato i riziko dalšího nežádoucího jevu, který již negativně zasahuje celou společnost a netýká se jen pacientů samotných. Několik studií na toto zaměřených spolehlivě prokázalo, že nemá-li člověk rehabilitující se ze schizofrenie možnost zapojit se do pracovního procesu a vybudovat si alespoň základní pilíř sociálních jistot, prudce se u něj zvyšuje pravděpodobnost páchání trestné činnosti a kriminálního chování (Oncü et al., 2007).

Na první pohled by se mohlo zdát, že problematika duševně nemocných je záležitostí pouze příslušných resortů spojených se zdravotnictvím, potažmo se sociální péčí. Je však třeba si uvědomit, že problémy, které mohou v souvislosti s tímto tématem nastat, nějakým negativním způsobem ovlivňují všechny sféry společnosti. Za všechny můžeme například uvést již zmiňovaný možný nárůst kriminality. Rovněž z hlediska využití pečovatelských služeb a domácí péče představují lidé trpící psychickou poruchou výraznou většinu. Například v rámci jedné studie provedené v části Kanady mezi starší populací se zjistilo, že lidé s psychózou využívají možnost personální domácí péče až osmkrát častěji než lidé, kteří duševní problémy nemají (Martens et al., 2007). Což stejně jako každá péče vyžaduje nemalé náklady, a toto vše se tím pádem promítá i do ekonomické sféry. Vzniklá situace dále ovlivňuje i politické dění, neboť ústavní činitelé a čelní představitelé státu jsou nuceni vydávat nejrůznější rozhodnutí i na základě změn v ekonomice. Včasná odborná pomoc psychicky postiženým lidem, například ve formě preventivních opatření spočívajících v použití optimálních terapeutických technik v tu správnou dobu a dostatek kvalifikovaných odborných institucí by bylo řešením, které by mohlo celé situaci výrazně napomoci. Toto je však cíl, který je dosažitelný pouze tehdy, budou-li při jeho naplňování spolupracovat všichni – lékařské instituce a jejich odborný personál, samotní nemocní,

politici a příslušní ústavní činitelé (Killackey et al., 2006). A i když by k tomu bylo zapotřebí dostatečných finančních prostředků, nejednalo by se o špatně vynaložené peníze, protože tyto náklady by se ušetřily jinde, dokonce by se naopak zamezilo ztrátám. A ačkoliv v současné době existuje již veliké množství nejrozličnějších odborných zařízení specializujících se na pomoc duševně chorým (viz. další kapitola), stále se v této sféře najdou oblasti, kterým by bylo třeba věnovat zvýšenou pozornost.

Dílčí závěr:

Léčba řady nemocí bohužel není vůbec jednoduchá a nespočívá pouze v přesné diagnostice pacienta a na jejím základě předepsání účinného léku, který nemoc zcela zažehná. Velmi často celá léčebná kúra sestává z mnoha dílčích procesů a pouze jejich vzájemně vyvážené koordinované působení vede k efektivním výsledkům. Většina psychóz včetně schizofrenních poruch vyžaduje právě takovouto formu léčby. V případě schizofrenie se užívají léky zvané antipsychotika a jejich úkolem je zklidnit akutní fázi nemoci. Antipsychotika lze rozdělit do dvou základních skupin, u obou se vyskytují určité vedlejší nežádoucí účinky, ale obecně lze říci, že tzv. antipsychotika druhé generace představují pro organismus i pro samotného pacienta schůdnější řešení. Farmakologické působení těchto léků je neodmyslitelně spjata s doprovodnými terapeutickými zásahy, vhodně zvolenými podle individuálních potřeb daného člověka. Tyto intervence zahrnují různé psychosociální přístupy, terapie a metody využívající psychologické poznatky. Pomáhají nemocnému jeho potíže zvládat a udržovat projev choroby na takové úrovni, aby byl schopen žít normálním životem a neměl problémy se začleněním zpět do společnosti, od které ho často jeho onemocnění izoluje. Úspěšnost jeho návratu zpět do původního společenství označovaný jako resocializace závisí ještě na dalších faktorech, jako je vstřícný přístup a poskytnutí dostatečně pevného zázemí od pacientova nejbližšího okolí, vhodně nastavené podmínky v zaměstnání a v neposlední řadě i pomoci od specialistů z řad psychologů, psychiatrů a sociálních pedagogů.

4. Psychiatrické instituce

V České Republice je poskytována péče o duševní zdraví v různých formách – největší důraz je kladen na poskytnutí kvalitní péče v oblasti psychiatrické, psychologické, ošetrovatelské a sociální. V posledních letech vzrůstá potřeba psychiatrických a sociálních služeb především ve velkoměstech. Důvodem je zejména vyšší dostupnost a následná závislost na alkoholu a psychotropních látkách, ale také vyšší koncentrace osob s chronickými psychickými poruchami. V následující části se pokusím nastínit přehled všech významných typů psychiatrických institucí, podrobně se však budu věnovat pouze zařízením, která se zabývají péčí o pacienty s psychózami.

4.1 Ambulantní péče

- Ambulance veřejné psychiatrické péče
- Ordinace pro alkoholismus a (jiné) toxikomanie (OAT)
- Substituční centra

- *Psychiatrické ambulance pro děti a dorost*

Psychiatrické ambulance jsou určitým vstupním článkem při zahájení psychiatrické léčby. Obvykle jsou sem posíláni pacienti, kterým je již nutné poskytnout takovou péči, jaká přesahuje rámec možností praktického lékaře. Praktický lékař je kompetentní k tomu, aby posoudil zdravotní stav pacienta a odeslal ho ke specialistovi v oboru (psychiatrovi), avšak samotnou odbornou pomoc poskytnout nemůže. Ambulance je zaměřena na provádění samotné léčby, rehabilitace, reedukace, případně resocializace, dispenzarizace dětí a dorostu s duševní poruchou.

V České republice je v posledních letech zaznamenán nárůst počtu psychiatrických ambulancí a to zejména z důvodu rostoucí poptávky po jejich službách. Většina pacientů upřednostňuje léčbu v domácím prostředí před léčbou ústavní. Toto je umožněno i tím, že se dnes už na trhu vyskytují tak vysoce efektivní psychofarmaka která pacientům umožňují zvládnání těžších stavů i v léčbě doma, pouze s občasnými návštěvami ambulance. Navíc je zde prokazatelně méně nežádoucích účinků, které by nemocného výrazně ovlivňovali v běžném životě a tak dávaly důvod k jeho hospitalizaci.

- Ambulance psychiatrické sexuologie
- Ambulance pro poruchy příjmu potravy
- Ambulance gerontopsychiatrické

- Ambulance pro léčbu poruch paměti
- *Ambulance klinického psychologa*

Klinický psycholog pacienta diagnostikuje a sezná-li důvod k terapeutické pomoci, zvolí a nemocnému navrhne neoptimálnější řešení.

4.2 Lůžková péče

- *Psychiatrická oddělení*

Tato oddělení bývají obvykle součástí nemocnic, ale existují i samostatně. Jsou zaměřena především na krátkodobou a dobrovolnou hospitalizaci pacientů s akutním zhoršením chronických duševních poruch. Je zde prováděna diagnostika, terapie, rehabilitace a posuzování duševních poruch.

- *Psychiatrické kliniky*

Jistým speciálním typem psychiatrických oddělení jsou psychiatrická oddělení ve fakultních nemocnicích, která ovšem sama o sobě mají statut kliniky. Je zde poskytována vysoce odborná psychiatrická péče i ve zvláště složitých případech. Dále zde probíhá pregraduální i postgraduální výuka studentů vysokých škol a výzkumná činnost v oboru psychiatrie.

- Oddělení pro poruchy paměti
- Gerontopsychiatrická oddělení nemocnic

- *Psychiatrické léčebny*

Psychiatrické léčebny poskytují dlouhodobou léčbu a rehabilitaci osob s psychickými poruchami a to pro všechny věkové kategorie. Do těchto institucí jsou přijímáni pacienti s různými psychiatrickými diagnózami (např. schizofrenie, poruchy nálad, závislosti na návykových látkách, poruchy osobnosti) a to jak k dobrovolné tak i nedobrovolné hospitalizaci.

➤ *Oborová výzkumná zařízení*

Předním účelem těchto pracovišť je zejména výzkum v oboru psychiatrie, ale také v příbuzných oborech. Disponují obvykle omezenou lůžkovou i ambulantní kapacitou.

4.3 Intermediární (komunitní) péče

Komunitní péče je jistý systém pomoci, podpory a terapie lidem s vážnějším psychickým onemocněním, který jim umožňuje žít život v jejich přirozeném prostředí. Tuto péči poskytují kromě zdravotnických zařízení především nestátní neziskové organizace, ale také nadace, občanská sdružení a charitativní spolky. Úspěch komunitního přístupu k duševnímu zdraví spočívá především v prosazování individualizované péče, respektování individuálních potřeb jedince a minimalizaci nutnosti jejich hospitalizace. Je zde využívána metoda celkové rehabilitace, která vede k úspěšné integraci nemocného do běžného života (Nakanishi et al., 2007; Melzer, 1991).

➤ *Krizová centra*

Jsou to zařízení, volně přístupná pro své klienty zpravidla 24 hodin denně, poskytující pomoc všem lidem v krizových situacích, osoby s duševními poruchami nevyjímaje. Tím přispívají ke snížení vytíženosti lůžkových psychiatrických služeb. Součástí mnohých krizových center je i lůžková část, sloužící ke krátkodobé hospitalizaci. Tato zařízení dále mohou poskytovat i další programy jako je krizová intervence formou výjezdu nebo návštěvní služba v domácnosti klienta. Působí zde zejména psychiatři, psychologové, sestry, sociální pracovníci, ale také osoby, které běžně pracují v jiné profesi, ale mají zájem o pomoc takto postiženým lidem. Krizová centra se specializují jak na dospělou populaci, tak i na děti a dorost. Hlavní myšlenkou projektu je, že včasná a profesionální pomoc bývá efektivnější, než následná dlouhodobá péče.

➤ *Telefonická pomoc*

Nabízí svým psychicky nemocným klientům obrovskou výhodu ve formě určité anonymity na neutrální půdě, kterou by bezesporu běžné zdravotnické zařízení poskytnout nemohlo. Ti, co tuto formu pomoci využívají, mnohdy řeší závažné životní obtíže, o kterých by ve fyzické přítomnosti jiné osoby jen stěží hovořili. Nevýhodou

linky důvěry ovšem zůstává omezenost terapeutické nebo sociální intervence. Telefonická pomoc má nemalý význam v prevenci sebevražd. V současnosti u nás existují dva základní typy telefonické pomoci a to linky zřizované zejména charitativními organizacemi, které jsou provozovány neprofesionály a dále potom linky provozované profesionálními pracovníky.

- On-line pomoc
- *Centra denních aktivit, denní stacionáře (sanatoria)*

Jde o zařízení využívající nejpokrokovější metody současné psychiatrie, které jsou však běžnou součástí nabízených služeb. Poskytují péči zejména osobám, jejichž stav je nutné dlouhodobě sledovat, avšak nevyžadují hospitalizaci. Dále také usnadňují přechod z lůžkového psychiatrického zařízení do běžného života. Tak jako mnohá další pracoviště i zde se usiluje o co nejnižší počet hospitalizovaných. Denní stacionáře lze umístit do samotného středu mezi léčbu ambulantní a celkovou hospitalizaci. Slouží k poskytování léčebné a rehabilitační péče nemocným, přičemž nabízí celodenní programy, které jsou zaměřeny na nácvik každodenních praktických i pracovních dovedností a podporu sociálního zázemí klientů. Výhodou denních stacionářů je nevytržení pacienta ze svého sociálního prostředí, které tvoří jeho rodina a přátelé, ale také nutnost plnění běžných každodenních úkolů. Další výhodou, a to zejména pro pacientovo okolí, je jistá míra odlehčení atmosféry v domácnosti, kde je nutná soustavná kontrola nemocného. Stacionáře řadíme mezi vysoce efektivní zařízení, která nenahrazují léčbu na psychiatrické klinice, nýbrž slouží k následné péči a udržení pacienta v určitém stabilizovaném stavu.

Programy center denních aktivit a stacionářů zaměřují svoji činnost také k přípravě klientů na zařazení do programů chráněného bydlení a chráněné práce. V městských aglomeracích poskytují denní stacionáře programy specializující se na konkrétně vymezené skupiny psychicky nemocných osob (chronické fáze duševní poruchy, závislost na návykových látkách, poruchy příjmu potravy atd.).

- *Chráněná bydlení*

Cílem chráněných bydlení je především připravit dlouhodobě léčené pacienty na samostatný, soběstačný život a na samotnou resocializaci. Do těchto institucí nemohou být přijati všichni, nýbrž jsou sem důkladně vybíráni jednotlivci podle daných kritérií, se kterými je dohodnut terapeutický program, zaměřený na schopnosti zvládnání zátěžových situací, posílení dovedností, obnovu samostatnosti atd. Chráněná bydlení

se dělí na dvě části – s intenzivním a s méně intenzivním dohledem terapeutů. V případě potřeby jsou pacientům k dispozici i sestry a sociální pracovníci.

➤ *Chráněné dílny, programy chráněného zaměstnání*

Cílem těchto programů je zlepšení, popřípadě obnovení pracovních návyků, dovedností a sociálních vztahů spojených s výkonem povolání. Zapojením nemocných do pracovního procesu lze dosáhnout zvýšení jejich sebedůvěry, sebehodnocení, výkonnosti, ale i celkového zlepšení zdravotního stavu.

Podporovaná zaměstnání vznikají v úzké spolupráci se zaměstnavateli. Spolupráce těchto subjektů umožňuje nalézt pro osoby s různými typy duševních poruch vhodná pracovní místa v běžných pracovních podmínkách a na časově neomezenou dobu. V případě jakýchkoliv potíží je zde opět možnost se obrátit na pracovního terapeuta nebo příslušného sociálního pracovníka.

Dále rozlišujeme zaměstnávání přechodné, kdy je pacient na vybraném pracovním místě zaměstnán pouze na dobu určitou. V případě výrazného zhoršení jeho duševního stavu může být z této pozice dočasně odvolán a na toto místo nastoupí jiný klient, popřípadě tuto pozici zastává jeho pracovní terapeut.

➤ *Rehabilitační a chráněné dílny*

Rehabilitační chráněné dílny mají výrobní program, kterého se klienti s duševní poruchou účastní. Není zde vyvíjen vysoký tlak na pracovní výkon a také pracovní doba je zkrácena. Důležité je, aby tu panovala přátelská atmosféra, která napomáhá k vnitřnímu klidu pacientů. Počet pracujících v těchto dílnách zpravidla neklesá pod 5 a nepřekračuje počet 15. Při účasti menšího nebo naopak většího počtu lidí tento program nebývá plně efektivní.

➤ *Case management – model komunitní péče*

Nemocní, u kterých je nepříznivá dlouhodobá prognóza léčby, jsou nuceni kombinovat několik typů služeb komplexní dlouhodobé péče. Zvláštní význam zde má tzv. case manažer, což je osoba, která dochází za pacientem domů, dokáže rozpoznat jeho potřeby, ale také známky dalšího hrozícího vzplanutí duševní poruchy. Ve spolupráci s odborníky i pacientem samotným pro něj vytváří individuální rehabilitační plán. Velmi důležitá je vzájemná důvěra mezi oběma subjekty (Eack et al., 2007; Tunner et Salzer, 2006; Morgan et al., 2006).

➤ *Domácí péče a domácí léčba*

Domácí péče postiženým umožňuje poskytnout jim potřebné zdravotní, ošetrovatelské a sociální služby přímo v jejich domácím prostředí. Její součástí je i farmakoterapie, podpůrná psychoterapie, práce se členy rodiny atd. Tuto péči ordinuje praktický lékař a vykonává ji buď pracovník příslušného psychiatrického zařízení nebo ji mají na starosti agentury domácí péče.

➤ *Lázeňská zařízení*

Stejně tak jako při léčbě somatických poruch bývá mnohdy součástí komplexní léčby i pobyt v lázeňských zařízeních, začíná se v posledních letech uplatňovat tato doléčovací metoda i při léčbě psychicky nemocných pacientů. Tato střediska se zaměřují především na udržení a upevnění psychického zdraví a konečné doléčování duševních nemocí.

4.4 Meziresortní zařízení

„Meziresortní zařízení jsou taková, která poskytují zdravotnickou, sociální, právní a jinou pomoc, např. centra denních sociálních služeb a denních aktivit. Umožňují klientům trávit smysluplně volný čas, navazovat společenské vztahy, zdokonalovat se v pracovních, praktických a sociálních dovednostech“ (Marková et al., 2006).

➤ Protidrogová kontaktní, krizová centra, terapeutické komunity

➤ *Chráněné bydlení a příprava na samostatné bydlení*

Jde o program zabývající se následnou zdravotní a sociální péčí po pacientově propuštění z institucionální léčby. Hlavním cílem je opět resocializace klienta a příprava k samostatnému a soběstačnému životu. Dalším záměrem chráněného bydlení je umožnění dlouhodobého pobytu pacientů mimo lůžkové či sociální zařízení. Důležitým faktorem je různá intenzita a míra podpory pomoci klientům. Každý pacient má své specifické rysy a potřebuje jinou formu pomoci. To vše chráněné bydlení splňuje. Klient může být zařazen do kolektivního bydlení s dohledem profesionálů po celých 24 hodin denně až po bydlení v samostatném bytě jen s občanským dohledem.

➤ *Zařízení pro podporu práce a zaměstnání*

Tak jako při programu intermediární péče nazývaném chráněné zaměstnání, i zde jsou kladeny obdobné cíle, kterých chceme dosáhnout. Tato zařízení jsou tedy zaměřena na udržení, obnovení a zlepšení pracovních dovedností, návyků, ale také na sociální vztahy v pracovním prostředí. Kromě zvýšeného sebevědomí a lepší fyzické kondice splňuje tento program velmi efektivně i nejdůležitější poslání, kterým je zlepšení psychického stavu klienta.

➤ *Rehabilitační a chráněná dílna*

Rehabilitační a chráněné dílny nabízejí vhodný výrobní program a jsou určeny pro menší skupiny osob (5-15). Pracuje se zde zkrácenou pracovní dobu, nevyvíjí se tlak na pracovní výkon a lpí se na přátelské atmosféře, která napomáhá k navození stavu pohody bez psychické zátěže.

➤ *Sociální firmy a sociální družstva*

Sociální firmy jsou samostatné provozy či podniky. Primárně se opět zaměřují na zaměstnávání osob s duševní dysfunkcí. Na provoz těchto zařízení přispívají jak státní instituce, tak i soukromí sektor. Firmy jsou zapojeny do běžného tržního prostředí, obvykle ve sféře služeb. Setrvání nemocného na pracovním místě není časově omezeno (Marková et al., 2006).

➤ *Přechodné zaměstnávání*

Na vybraná pracovní místa jsou umisťováni klienti na časově omezenou dobu. Je zde relativně časté střídání pracovních míst, aby si dotyčný sám udělal představu o tom, která činnost by mu nejvíce vyhovovala. Samozřejmostí je opět asistence terapeutů a sociálních pracovníků.

➤ *Podporované zaměstnání*

Pro každého jedince je důležitou a nepostradatelnou součástí plnohodnotného života možnost pracovat. Psychicky nemocný je však po této stránce značně omezen a neschopnost práce se stává jeho významným handicapem. Tento handicap neovlivňuje psychicky postižené pouze finančně, ale i společensky. Nemocný se mnohdy cítí vyloučen ze společnosti a jeho pocit neužitečnosti může vést až ke stažení se do sebe,

ztrátě sebedůvěry a sebeúcty. Všechna tato negativa nepříznivě ovlivňují průběh léčby a následnou integraci jedince zpět do společnosti.

Zejména z těchto důvodů vznikla tzv. podporovaná zaměstnání. Sociální pracovníci a terapeuti vyhledávají ve spolupráci se zaměstnavateli pro takto nemocné vhodná pracovní místa (bez časového omezení) v běžných pracovních podmínkách a poskytují jim potřebnou podporu, aby jim tak umožnili snazší znovu osvojení si pracovních návyků a zamezili tak sociální izolaci, která by se jinak mohla stát jejich každodenní součástí života (Honkonen et al., 2007).

4.5 Zařízení mimo resort zdravotnictví

➤ *Specializované ústavy sociální péče*

Specializované ústavy sociální péče se věnují především gerontopsychiatrickým pacientům, osobám závislým na návykových látkách, ale mnohdy zde bývají umístěni i lidé s chronickou duševní poruchou. V těchto zařízeních je vysoce rozvinuta ošetrovatelská péče.

➤ *Detenční ústavy*

Sem bývají zpravidla umisťovány osoby s neléčitelnou duševní poruchou, popř. lidé, kteří léčbu odmítají a v důsledku toho nadále zůstávají společensky velmi nebezpeční. Detenční ústav je formou psychiatrického zařízení se zvýšenou ostrahou.

- Středisko ochranných léčeb v době výkonu trestu odnětí svobody
- Diagnostické ústavy pro děti a mladistvé
- Pedagogicko-psychologické poradny
- Poradny pro rodinu manželství a mezilidské vztahy
- Manželské a předmanželské poradny

Dílčí závěr:

Se vzrůstajícím počtem lidí, kteří trpí nějakými psychickými obtížemi a potřebují vyhledat odbornou pomoc, vzrůstá i počet zařízení, která jsou schopna jim odpovídající péči poskytnout. Obecně lze říci, že v současné době je situace v tomto ohledu relativně uspokojivá, existuje velké množství nejrůznějších poraden, středisek a ústavů zabývajících se prevencí a poradenstvím, mnoho pracovišť spolupracuje s odbornými asistenty a je připraveno přijímat lidi, kteří prodělali psychotickou léčbu. Je zřízena celá řada krizových center a on line linek, které může člověk v akutním případě kontaktovat, k znovuosvojení si základních dovedností lze využít práci v komunitách zaštiťovaných chráněnými dílnami. Cílem všech těchto institucí je nějakým způsobem pomoci lidem, kteří to potřebují. Jejich činnost je však velmi často do velké míry závislá na dotacích jak ze státního rozpočtu, tak i ze soukromého sektoru. To je často komplikováno nejrůznějšími nedostatky v legislativě, proto nezdědka různá zařízení poskytují klientům de facto stejnou péči a hlavní rozdíl mezi nimi tkví v resortech, pod které spadají. Což však může mít i svůj přínos, neboť vzrůst konkurence by mohl vést ještě k dalšímu z kvalitnění služeb.

Závěr

Jako téma své bakalářské práce jsem si zvolila problematiku resocializace pacientů trpících psychózami a snažím se v ní obsáhnout i možnosti léčby takto postižených jedinců. Zvláštní důraz přitom kladu na schizofrenii, která patří mezi ty nejzávažnější a nejkomplicovanější psychické poruchy.

Mým cílem v této práci bylo poukázat na určité skutečnosti, které bych stručně rozdělila do dvou bodů. Prvním záměrem, kterého jsem chtěla dosáhnout, bylo vytvořit ucelený přehled a průřez celou problematikou psychických onemocnění. Šlo mi o to, aby si čtenář na základě čteného textu dokázal udělat dostatečnou představu o tom, co to vlastně jsou psychózy, jak se projevují, jaké mají jejich symptomy dopad jednak na samotného nemocného, jednak na okolí, ve kterém žije. Nezbytnou součástí takového výčtu je i shrnutí možných způsobů léčby, v rámci kterého považuji za velmi důležité upozornit na fakt, že ne vždy je možné úplné doléčení, ale často si v souvislosti s psychickými poruchami pod pojmem léčba nutno představit redukci symptomů choroby na tak nízkou úroveň, aby nebránili nemocnému v jeho běžném životě a nijak ho v něm neomezovaly. Průřez historickým vývojem psychiatrie a konečně strukturovaný přehled institucí zaměřených na pomoc takto postiženým lidem jen doplňuje celkový souhrn a rozsah znalostí, které jsem chtěla potencionálnímu čtenáři nabídnout.

Šlo tedy o to, aby vzniknul dokument dostatečně obsáhlý na to, aby dokázal poskytnout všechny informace potřebné k vytvoření si obecného povědomí o daném tématu, zároveň jsem se však snažila všechna fakta podávat tak, abych nezabíhala do příliš odborné terminologie a text zůstal srozumitelný i pro širokou laickou veřejnost.

Dále mou snahou v této práci bylo zdůraznit nezastupitelnou a mimořádně důležitou roli sociálního pedagoga při celém procesu zotavování a konečné resocializace psychotických pacientů. Toto byl, s ohledem na obor, který studuji, zároveň i hlavní cíl, kterého jsem se snažila dosáhnout.

Při pozorném pročtení kapitol 3 a 4, tedy kapitol, kde se mluví o léčbě, možnostech péče o psychicky postižené a problematice jejich znovuzачlenění do společnosti, dospějeme zcela neomylně k závěru, že nic z toho by nebylo možné bez patřičné spoluúčasti a pomoci ze strany odborného personálu jednotlivých zařízení a bez dalších kvalifikovaných odborníků. Léky sice pomohou překonat počáteční stupeň choroby, ale dále již primárně záleží hlavně na tom, dostane – li se nemocnému takové duševní podpory a takové formy duševní pomoci, která je v této fázi zapotřebí. Od toho jsou tu právě nejrůznější psychologové, terapeuti a další specialisté. Význam takovéto osoby později ještě vzrůstá, to když přichází na řadu samotný proces resocializace. Zde

se naplno uplatňuje profese sociálního pedagoga. Pacient je již připraven na návrat do normálního života, ale stále je jeho psychika v takovém stavu, že první případný neúspěch či komplikace, ať už v zaměstnání nebo v jiné sféře jeho činnosti, může jeho stav opět výrazně zhoršit a posunout ho o velký kus zpět. Sociální pedagog je člověk, který by měl umět podat v této situaci pomocnou ruku, pomoci pacientu zotavujícímu se po psychóze překonat nejrůznější úskalí a zabránit případné regresi jeho choroby.

Když se mu to podaří, na konci jeho snažení je nový člověk, člověk, který získal zpět svou sebeúctu a opět se dokáže naplno radovat ze života a svůj život naplno žít. Existuje mnoho povolání, jejichž posláním je činit druhé šťastnými a pomáhat jim. Troufám si tvrdit, že sociální pedagog mezi tyto profese bezpochyby patří.

Resumé

Tato práce nesoucí název Resocializace pacientů s psychózami schizofrenního typu a možnosti jejich léčby je celkem rozdělena do čtyř částí.

První kapitola se čtenáře snaží uvést do celé problematiky a seznámit ho se základními výrazy spjatými s touto oblastí. Výčet charakteristických znaků a projevů těchto chorob, který zde rovněž nalezneme, napomáhá k lepší orientaci v následujících kapitolách.

Druhá část je věnována historickému průřezu vývoje psychiatrické problematiky, ze kterého je patrné, jak se postupně měnil přístup společnosti k duševně nemocným.

Třetí a nejpodstatnější kapitola celé práce pojednává o možnostech komplexní léčby těchto onemocnění, jejíž nutnou součástí jsou nejen medikamenty, ale i odpovídající terapeutická péče. V samém závěru této kapitoly je zdůrazněna nutnost efektivní resocializace takto postižených jedinců pro optimální fungování celé společnosti.

Čtvrtý a poslední oddíl zahrnuje výčet všech hlavních typů specializovaných zařízení, poskytujících psychotickým pacientům odbornou pomoc. Různorodost tohoto přehledu jen svědčí o tom, na jak dobré úrovni se současná psychiatrie nachází.

Anotace

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou osob, trpících nějakým typem duševní poruchy a problémy spjatými se znovuzačleněním těchto lidí zpět do společnosti (resocializací). Zvláštní pozornost je věnována psychózám schizofrenního typu. Svou práci se snažím koncipovat tak, aby si i naprostý laik dokázal udělat představu o tom, co život s psychózou obnáší a jak komplikovaná může být její léčba. Čtenář zde nalezne definice základních pojmů, stručný průřez historickým vývojem psychiatrie, současné možnosti léčby a přehled zdravotnických zařízení, kde se potřebná péče poskytuje. Resocializace by pak měla podle mého názoru stát na konci každého úspěšného léčebného procesu.

Klíčová slova

Psychóza, schizofrenie, antipsychotika, rehabilitace, resocializace

Annotation

This work applies to people suffering from psychotic disorders and problems connected with their return to common life. Special attention is placed to psychosis with schizophrenic character. The main goal of this work was to offer a comprehensive overview of all attributes involved in this issue to be intelligible even to ordinary person. The reader can find here among others the list of basic definitions, the scheme of historical development of psychiatric approaches or possibilities of current treatment, where the successful resocialization of the patient should be the result achieved.

Keywords

Psychosis, schizophrenia, antipsychotics, rehabilitation, resocialization

Seznam použité literatury

1. AGERBO, E., BYRNE, M. et al. *Marital and labor market status in the long run in schizophrenia*. Arch Gen Psychiatry. 2004 Jan;61(1):28-33.
2. AMAR, S., SHALTIEL, G., MANN, L. et al. *Possible involvement of post-dopamine D2 receptor signalling components in the pathophysiology of schizophrenia*. Int J Neuropsychopharmacol. 2007 Aug 6;:1-9.
3. AUQUIER, P., LANCON, C. et al. *Mortality in schizophrenia*. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2007 Oct 18.
4. BARNETT, A. H., MACKIN, P., CHAUDHRY, I. et al. *Minimising metabolic and cardiovascular risk in schizophrenia: diabetes, obesity and dyslipidaemia*. Journal of Psychopharmacology 2007. © 2007 British Association for Psychopharmacology.
5. BÁRTLOVÁ, S. *Některé sociologické aspekty pacienta*. Brno: IDV SZP, 1989. 86 s.
6. BAYER, W., KÖSTER, M. et al. *Longer-Term Effects of Inpatient Vocational and Ergotherapeutic Measures on the Vocational Integration of Patients with Schizophrenia*. Psychiatr Prax. 2007 Sep 3.
7. BERGMAN, A. J., WALKER, E. *The relationship between cognitive functions and behavioral deviance in children at risk for psychopathology*. J Child Psychol Psychiatry. 1995 Feb;36(2):265-78.
8. BORRAS, L., MOHR, S., BOUCHERIE, M. et al. *Patients with schizophrenia and their finances: how they spend their money*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 Sep 27.
9. BROWNE, G., COURTNEY, M. *Schizophrenia housing and supportive relationships*. Int J Ment Health Nurs. 2007 Apr;16(2):73-80.
10. BUCCHERI, R., TRYGSTAD, L., DOWLING G. *Behavioral management of command hallucinations to harm in schizophrenia*. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv. 2007 Sep;45(9):46-54.

11. BUSHE, C., HADDAD, P. et al. *The role of lifestyle interventions and weight management in schizophrenia.* : J Psychopharmacol. 2005 Nov;19(6 Suppl):28-35.
12. LEOPOLD, D. *Distortion of olfactory perception: diagnosis and treatment.* Chem Senses. 2002 Sep;27(7):611-5.
13. CARTER, J. L. *Visual, somatosensory, olfactory, and gustatory hallucinations.* Psychiatr Clin North Am. 1992 Jun;15(2):347-58.
14. COSTENTIN, J. *Neurobiology of cannabis--recent data enlightening driving disturbances.* Ann Pharm Fr. 2006 May;64(3):148-59.
15. COULSTON, C. M., PERDICES, M., TENNANT, C. C. *The Neuropsychology of cannabis and other substance use in schizophrenia: review of the literature and critical evaluation of methodological issues.* Aust N Z J Psychiatry. 2007 Nov;41(11):869-84.
16. CROISSANT, B., KLEIN, O. et al. *Quetiapine in relapse prevention in alcoholics suffering from craving and affective symptoms: a case series.* Eur Psychiatry. 2006 Dec;21(8):570-3.
17. DINCIN, J., WITHERIDGE, T. F. *Psychiatric rehabilitation as a deterrent to recidivism.* Hosp Community Psychiatry. 1982 Aug;33(8):645-50.
18. EACK, S. M. et al. *Gerard E. Hogarty (1935--2006): combining science and humanism to improve the care of persons with schizophrenia.* Schizophr Bull. 2007 Sep;33(5):1056-62. Epub 2007 Jul 7. Schizophr Bull. 2007 Sep;33(5):1056-62. Epub 2007 Jul 7.
19. FAVA, M. *Psychopharmacologic treatment of pathologic aggression.* Psychiatr Clin North Am. 1997 Jun;20(2):427-51.
20. FRIEBOES, R. M. *Sociotherapy in German social law. Indication, contents, and aspects of public health.* Nervenarzt. 2003 Jul;74(7):596-600. Epub 2003 Jun 13.
21. GAEBEL, W., RIESBECK, M. *Revisiting the relapse predictive validity of prodromal symptoms in schizophrenia.* Schizophr Res. 2007 Sep;95(1-3):19-29. Epub 2007 Jul 13.
22. GEDO, J. E. *The enduring scientific contributions of Sigmund Freud.* Perspect Biol Med. 2002 Spring;45(2):200-11.

23. GIBBS, P. L. *The primacy of psychoanalytic intervention in recovery from the psychoses and schizophrenias*. J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. 2007 Summer;35(2):287-312.
24. GOLDMAN, D. L. *Historical notes on partial hospitalization*. Int J Partial Hosp. 1990 Dec;6(2):111-6.
25. GREGG, L., BARROWCLOUGH, C., HADDOCK, G. *Reasons for increased substance use in psychosis*. Clin Psychol Rev. 2007 May;27(4):494-510. Epub 2007 Jan 19.
26. HONKONEN, T., STENGÅRD, E. et al. *Employment predictors for discharged schizophrenia patients*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 May;42(5):372-80. Epub 2007 Mar 19.
27. HØYERSTEN, J. G. *Possessed! Some historical, psychiatric and current moments of demonic possession*. Tidsskr Nor Laegeforen. 1996 Dec 10;116(30):3602-6.
28. HUBER, M., KIRCHLER, E. et al. *Delusional parasitosis and the dopamine transporter. A new insight of etiology?* Med Hypotheses. 2007;68(6):1351-8. Epub 2006 Nov 28.
29. CHUE, P. *The relationship between patient satisfaction and treatment outcomes in schizophrenia*. Journal of Psychopharmacology, Vol. 20, No. 6 suppl, 38-56 (2006)
DOI: 10.1177/1359786806071246 © 2006 British Association for Psychopharmacology.
30. IZQUIERDO DE SANTIAGO, A., KHAN, M. *Hypnosis for schizophrenia*. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD004160.
31. KÉRI, S., KELEMEN, O., JANKA, Z. *Diagnosis and treatment of mental states at high risk for psychosis*. Psychiatr Hung. 2006;21(2):130-7.
32. KILLACKEY, E. J., JACKSON, H. J. et al. *Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first-episode psychosis: employing cautious optimism*. Aust N Z J Psychiatry. 2006 Nov-Dec;40(11-12):951-62.
33. KRAVCHENKO, N. E. *Clinical course of recurrent schizophrenia*. Zh Nevropatol Psikhiatr Im S S Korsakova. 1990;90(7):56-61.

34. LINCOLN, T. M., WILHELM, K., NESTORIUC, Y. *Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis*. Schizophr Res. 2007 Nov;96(1-3):232-45. Epub 2007 Sep 7.
35. MAGLIANO, L., FIORILLO, A. et al. *Patient functioning and family burden in a controlled, real-world trial of family psychoeducation for schizophrenia*. Psychiatr Serv. 2006 Dec;57(12):1784-91.
36. MAMO, D. C. *Managing suicidality in schizophrenia*. Can J Psychiatry. 2007 Jun;52(6 Suppl 1):59S-70S.
37. MARKOVÁ, E. et al. *Psychiatrická a ošetrovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006, s. 352. ISBN 80-247-1151-6.
38. MARTENS, P. J., FRANSOO, R. et al. *Prevalence of mental illness and its impact on the use of home care and nursing homes: a population-based study of older adults in Manitoba*. Can J Psychiatry. 2007 Sep;52(9):581-90.
39. MATHEWS, M., MUZINA, D. J. *Atypical antipsychotics: new drugs, new challenges*. Cleve Clin J Med. 2007 Aug;74(8):597-606.
40. MELZER, D., HALE, A. S. et al. *Community care for patients with schizophrenia one year after hospital discharge*. BMJ. 1991 Oct 26;303(6809):1023-6. Comment in: BMJ. 1991 Nov 23;303(6813):1334-5.
41. MITTENDORFER-RUTZ, E., RASMUSSEN, F., WASSERMAN, D. *Familial clustering of suicidal behaviour and psychopathology in young suicide attempters : A register-based nested case control study*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2007 Oct 12.
42. MORGAN, V., KORTEN, A. et JABLENSKY, A. *Modifiable risk factors for hospitalization among people with psychosis: evidence from the National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders*. Aust N Z J Psychiatry. 2006 Aug;40(8):683-90.
43. NAKANISHI, M., SETOYA, Y. et al. *Symptom dimensions and needs of care among patients with schizophrenia in hospital and the community*. Psychiatry Clin Neurosci. 2007 Oct;61(5):495-501.
44. NARVAEZ, J. M., TWAMLEY E.W., et al. *Subjective and objective quality of life in schizophrenia*. Schizophr Res. 2007 Oct 3.

45. O'DONELL, B.F. *Cognitive impairment in schizophrenia: a life span perspective*. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2007 Oct-Nov;22(5):398-405.
46. ONCÜ, F., SERCAN, M. et al. *The impact of socioeconomic and sociodemographic factors on the criminal behavior of patients with a psychotic disorder*. Turk Psikiyatri Derg. 2007 Spring;18(1):4-12.
47. PACH, J., LODEMANN, E. *Rehabilitation of psychiatric patients in the halfway house--a 10-year retrospective study*. Rehabilitation (Stuttg). 1999 Nov;38(4):233-9.
48. PAN, A.W., CHUNG, L. et al. *Evaluation of the psychometrics of the Social Impact Scale: a measure of stigmatization*. Int J Rehabil Res. 2007 Sep;30(3):235-8.
49. PRAŠKO, J. et al. *Léčíme se s psychózou. Co byste měli vědět o chizofrenii a jiných psychózách*. 1.vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005, 95 s. ISBN 80-239-5482-2.
50. RIEDEL, M., SPELLMANN, I. et al. *Schizophrenic patients in the family practice*. MMW Fortschr Med. 2007 May 21;149 Suppl 2:98-101.
51. ROBIN G. McCREADIE. *Use of drugs, alcohol and tobacco by people with schizophrenia: case—control study*. The British Journal of Psychiatry (2002) 181: 321-325. © 2002 The Royal College of Psychiatrists.
52. RODER, Volker aj. *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty*. Praha: Triton, 1993, 175 s. ISBN 8090152139.
53. RUDDY, R. A., DENT-BROWN, K. *Drama therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Jan 24;(1):CD005378.
54. RUDDY R, MILNES, D. *Art therapy for schizophrenia or schizophrenia-like illnesses*. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD003728. Update of:
55. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(2):CD003728.
56. SAMUEL G. SIRIS. *Suicide and schizophrenia*. Journal of Psychopharmacology, Vol. 15, No. 2, 127-135(2001). © 2001 British Association for Psychopharmacology.

57. SAN, L., CIUDAD, A. et al. *Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: Prevalence and associations in a cross-sectional study*. Eur Psychiatry. 2007 Sep 26.
58. SHEVCHUK, N. A. *Hydrotherapy as a possible neuroleptic and sedative treatment*. Med Hypotheses. 2007 Jul 17.
59. SCHENKEL, L.S., SPAULDING, W.D. et al. *Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: relationships with premorbid functioning, symptomatology, and cognitive deficits*. Schizophr Res. 2005 Jul 15;76(2-3):273-86.
60. SIRIS, S. G. *Suicide and schizophrenia*. J Psychopharmacol. 2001 Jun;15(2):127-35.
61. SKALIČKOVÁ, O. et al. *Rehabilitace v psychiatrii*. Praha: Avicenum, 1971. 427 s.
62. SOVANI, A., THATTE, S. *Effects of psychosocial interventions on motor speed and accuracy of chronic positive, negative, and mixed symptom schizophrenics*. Int J Soc Psychiatry. 1998 Summer;44(2):117-26.
63. STARTUP, M., OWEN, D. M. et al. *Anomalous experiences and the contents of persecutory delusions during acute psychotic episodes*. Psychol Psychother. 2003 Sep;76(Pt 3):315-22.
64. TALVIK, M., NORDSTRÖM, A. L. et al. *Dopamine D2 receptor binding in drug-naïve patients with schizophrenia examined with raclopride-C11 and positron emission tomography*. Psychiatry Res. 2006 Dec 1;148(2-3):165-73. Epub 2006 Nov 13.
65. TAYLOR, D. M., DUNCAN-McCONNELL, DENISE. *Refractory schizophrenia and atypical antipsychotics*. Journal of Psychopharmacology, Vol. 14, No. 4, 409-418 (2000) © 2000 British Association for Psychopharmacology.
66. TUNNER, T. P. et SALZER, M. S. *Consumer perspectives on quality of care in the treatment of schizophrenia*. Adm Policy Ment Health. 2006 Nov;33(6):674-81.
67. VALENCIA, M., RASCON, M. L. et al. *A psychosocial skills training approach in Mexican out-patients with schizophrenia*. Psychol Med. 2007 Oct;37(10):1393-402. Epub 2007 May 2.

68. VEEN, N. D., SELTEN, J. P. et al. *Cannabis use and age at onset of schizophrenia*. Am J Psychiatry. 2004 Mar;161(3):501-6 Comment in: Am J Psychiatry. 2005 Feb;162(2):401-2; author reply 402. Am J Psychiatry. 2005 Feb;162(2):401; author reply 402.
69. VISINTINI, R., UBBIALI, A. et al. Visintini R, Ubbiali A, Donati D. *Referral to group psychotherapy: a retrospective study on patients' personality features associated with clinicians' judgments*. Int J Group Psychother. 2007 Oct;57(4):515-24.
70. WANG, H. D., DEUTCH, A.Y. *Dopamine Depletion of the Prefrontal Cortex Induces Dendritic Spine Loss: Reversal by Atypical Antipsychotic Drug Treatment*. Neuropsychopharmacology. 2007 Aug 8.
71. WILLIAMS, M. J., ADINOFF, B. *The Role of Acetylcholine in Cocaine Addiction*. Neuropsychopharmacology. 2007 Oct 10.
72. ZISKIND, B., HALIOUA, B. *Occupational medicine in ancient Egypt*. Med Hypotheses. 2007;69(4):942-5. Epub 2007 Mar 28.
73. ZUARDI, A. W., HALLAK, J. E. C., DURSUN, S. M., MORAIS, S. L., SANCHES, R. F., MUSTY, R. E., CRIPPA, J. A. S. *Cannabidiol monotherapy for treatment-resistant schizophrenia*. Journal of Psychopharmacology, Vol. 20, No.5,683-686(2006). DOI: 10.1177/0269881106060967 © 2006 British Association for Psychopharmacology.
74. ZVOLSKÝ, P. et al. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996, 206s. ISBN 80-7184-203-6.