

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

**Bakalářská práce**

**Postoj k duševně nemocným z mezikulturní  
perspektivy**

**Ilona Bokrová**

Plzeň 2015

**Západočeská univerzita v Plzni**

**Fakulta filozofická**

Katedra antropologie

**Studijní program Antropologie**

**Studijní obor Sociální a kulturní antropologie**

**Bakalářská práce**

**Postoj k duševně nemocným z mezikulturní  
perspektivy**

**Ilona Bokrová**

*Vedoucí práce:*

Mgr. Lenka Jakoubková Budilová, Ph.D.

Katedra antropologie

Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni

Plzeň 2015

Prohlašuji, že jsem práci zpracoval(a) samostatně a použil(a) jen uvedené prameny a literatury.

*Plzeň, listopad 2015*

.....

## Obsah

<b>1</b>	<b>ÚVODNÍ SLOVO .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>DUCHOVNÍ VÝVOJ .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>ŠAMANISMUS.....</b>	<b>5</b>
<b>4</b>	<b>AYAHUASCA .....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>DUŠEVNÍ NEMOCI VE STAROVĚKÝCH CIVILIZACÍCH .....</b>	<b>10</b>
	5.1 EGYPT .....	10
	5.2 BABYLONIE .....	10
	5.3 INDIE.....	11
	5.4 ČÍNA.....	11
	5.5 ŘECKO .....	12
	5.6 ŘÍM.....	12
<b>6</b>	<b>O DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH V MINULOSTI .....</b>	<b>14</b>
<b>7</b>	<b>DOBOVÉ NÁZORY NA POČÁTKU 20. STOLETÍ .....</b>	<b>17</b>
<b>8</b>	<b>PRVNÍ ÚSTAVY NA NAŠEM ÚZEMÍ.....</b>	<b>19</b>
<b>9</b>	<b>CO JE TO PSYCHÓZA?.....</b>	<b>21</b>
<b>10</b>	<b>SCHIZOFRENIE.....</b>	<b>22</b>
<b>11</b>	<b>KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>25</b>
<b>12</b>	<b>LÉČBA SCHIZOFRENIE .....</b>	<b>26</b>
<b>13</b>	<b>PSYCHOTERAPIE.....</b>	<b>27</b>

<b>14 VÝZKUM .....</b>	<b>29</b>
<b>15 ZÁVĚR .....</b>	<b>37</b>
<b>16 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ .....</b>	<b>39</b>
<b>17 RESUMÉ .....</b>	<b>42</b>
<b>18 PŘÍLOHY .....</b>	<b>43</b>

## 1 ÚVODNÍ SLOVO

Každý člověk se rodí do určitého společenství, které kulturně dotváří jeho osobnost. Kultura se vztahuje k získaným a symbolickým aspektům existence, zatímco společnost se vztahuje ke společenské organizaci lidského života, k modelům interakce, popřípadě i k mocenským vztahům.

„...že neexistuje kultura, která by nebyla citlivá na určité fenomény v lidském chování a řeči, vůči kterým společnost zaujímá zvláštní postoj; takoví lidé pro ni nejsou ani tak docela nemocní, ani tak docela zločinci, ani tak docela kouzelníci, ale ani tak docela normální lidé. Je v nich cosi odlišného, co chce být odlišeno“ [Foucault 1997: 95-96].

Psychiatrie je na jedné straně oborem vzniklým poměrně nedávno, ale i oborem nejstarším, protože odlišní lidé byli a jsou v každé společnosti a vyskytují se od nepaměti. Abnormální projevy v některých společnostech byly znakem, ukazujícím na zvláštní schopnosti jedince. Záchvaty nebo manické zuřivosti byly projevy komunikace vyvoleného s nadpřirozenými bytostmi a tím uznávány celou společností. Společnostmi byly akceptovány jako projevy komunikace vyvoleného s dolním a horním světem a takový člověk se stal šamanem a byl ctěn svojí sociální skupinou.

„Vědomí, které má nemocný o své chorobě, je absolutně původní. Určitě není nic klamnějšího než mýtus šílenství jako choroby, jež o sobě neví; vzdálenost, která dělí vědomí lékaře od vědomí nemocného, není vzdáleností mezi znalostí a neznalostí nemoci. Lékař nestojí na straně zdraví, kterému je o nemoci všechno známo; a nemocný zase nestojí na straně choroby, která o sobě neví vůbec nic, dokonce ani to, že existuje. Nemocný si je své anomálie vědom a chápe ji přinejmenším jako neredukovatelnou odlišnost, která jej dělí od vědomí a světa druhých“ [Foucault 1997: 60].

Psychotické onemocnění i v současné době je velmi zatěžující nejen pro pacienty, ale i pro jejich blízké. Onemocnění schizofrenního okruhu se vyznačuje pestrostí příznaků i prognostickou nejistotou. Jedinci mají narušenou schopnost vyrovnat se s požadavky každodenního života. Schizofrenní onemocnění jsou také nejčastější hospitalizační diagnózou v psychiatrických lůžkových zařízeních v České republice. Dlouhodobý pobyt v psychiatrické léčebně izoluje pacienta od okolního světa, od pracovních návyků, od svých přátel, od povinností běžného života [Nolen-Hoeksema 2012: 650].

První příznaky schizofrenního onemocnění se objevují nejčastěji mezi 15. a 35. rokem života. Dle MUDr. Františka Koukolíka, DrSc.: „Nemocní si neuvědomují, že jde o jev, který běží jen v jejich hlavě. Vidí záblesky, celé postavy, scény, objekty větší nebo menší, než ve skutečnosti jsou. Slyší slova, věty, hlasy jedné nebo více osob, které mohou něco přikazovat, radit, mohou být v rozporu – zatímco jeden hlas chválí, druhý ničivě kritizuje. Objevuje se pocit, někdo mi usiluje o život“ [Malá 2015: 11].

Pacienti se schizofrenií se někdy domnívají, že někdo hýbe s jejich tělem a mluví za ně, že jim někdo vkládá do hlavy nebo odnímá z hlavy myšlenky. Jsou přesvědčení o mimořádném významu své osobnosti nebo naopak, že jsou neschopní a že je někdo nebo něco trvale pronásleduje. Vzácnou podobou nemoci je postižení hybnosti – pacienti dělají dojem postavy z vosku. Pozitivními příznaky jsou halucinace, tvorba nových slov, bludy a chorobné poruchy myšlení, negativními příznaky jsou ztráta vůle, motivace, negativismus, ztráta řeči, stažení se do sebe, oploštěný nebo vyhaslý citový život [Malá 2015: 12].

Světová zdravotnická organizace WHO spatřuje těžiště moderní psychiatrické péče v ambulantní a komunitní péči. Tato péče je vhodná pro poskytování systematické terapie a intenzivní psychiatrické rehabilitace ve fázi křehké remise. Dosažení plné remise se s každým dalším relapsem více vzdaluje, léčba je méně účinná a prohlubuje se

sociální izolace. Účinnou prevencí relapsu představují antipsychotika v kombinaci s včasným rozpoznáním varovných příznaků nastupujícího relapsu [Doubek 2008: 33].

Zařízení pro komunitní péči duševně nemocných je v České republice nedostatek. Jedním, kteří pomocnou ruku těmto nemocným v plzeňském regionu dávají, je poradenské centrum a chráněné bydlení s terapeutickou péčí Ledovec, o. s. Nezisková organizace Ledovec nabízí lidem s duševním onemocněním nebo mentálním handicapem podporu při udržování a zlepšování kvality jejich života v běžných podmínkách.

V centru mého zájmu je život nemocných se schizofrenií, u kterých se projeví většinou onemocnění v dospělosti a jejich vyrovnání se s touto situací je velmi obtížné. Dnešní společnost je o jejich nemoci nedostatečně informována a z toho vyplývá obava o jejich nebezpečnosti vůči okolí. Měli bychom se zamyslet, jaký postoj k duševně nemocným zaujímaly předcházející civilizace, jak byli duševně nemocní vnímáni v minulosti a jak je chápe společnost 21. století.

Ráda bych celou problematiku posoudila i z hlediska tradiční medicíny a moderní psychiatrické léčby, ke které zaujímají současní psychiatři také různá stanoviska.

Roční výzkum se uskutečnil v chráněném bydlení, kde dočasně bydlí klienti s duševním onemocněním, převážně s diagnózou schizofrenie. Psychoterapeutická práce je zaměřena na zvládání běžných životních úkolů. Organizace Ledovec jim poskytuje sociální rehabilitaci, arteterapii, muzikoterapii, skupinovou terapii, pracovní činnosti, sportovní činnosti, vzdělávání, poradenství a pomoc při vyhledávání vhodných pracovních míst. Cílem výzkumu bylo získat data k vyhodnocení začlenění nemocných se schizofrenií do společnosti a naopak jejich vyjádření, jak vnímají postoj společnosti k jejich chorobě.



## 2 DUCHOVNÍ VÝVOJ

Již z archeologických pramenů z doby paleolitu vyplývá, že pro život našich předků byla důležitá komunikace s nadpřirozeným světem. Někteří jedinci měli zvláštní schopnosti a často se stávali významnými osobnostmi ve společnosti. Většina kultur v historii oceňovala změněné stavy vědomí u těchto lidí. Jejich techniky byly v různých částech světa trochu odlišné - monotónní bubnování, zpěv kouzelných písní, obřadný tanec, půst, dýchání, sociální odluka, fyzická bolest a užívání rostlin s psychedelickými vlastnostmi.

Jsou tito lidé duševně nemocní nebo jen vnímají realitu jinak, než uznává daná společnost?

„Každé výraznější vybočení a vnímání objektivní reality - vlastně konsensuální reality neboli toho, co naše kultura považuje za pravdivé a správné - musí být odmítnuto jako produkt příliš živé představivosti nebo jako duševní porucha“ [Grof 1992: 13].

Duchovní vývoj je vrozená schopnost každé lidské bytosti. Mnohé civilizace vyvinuly složité rituály a meditační cvičení pro vyvolání duchovního růstu. Pro některé jednotlivce jsou vnitřní změny a stavy tak náročné, že je problémové sžítí s každodenní realitou. Tito lidé prochází duchovní krizí. Lidé různých kultur v dobách minulých, prožívající intenzivní duchovní krizi, byli považováni za osvícené nebo posvěcené. Věřilo se, že jsou v přímém styku s božstvy a nadpřirozenými bytostmi. Společnost je podporovala a zbavovala je běžných povinností [Grofová 1999: 7-8].

Šamanismus je nejstarší forma náboženství a léčitelství. Archeologické, historické a antropologické průzkumy dokazují, že základní rysy šamanismu a jeho technologie zůstávají relativně nezměněny. Šamanismus zachycuje základní, nadčasové a univerzální roviny lidské duše. Šaman, jehož cesta byla ukončena, má schopnosti

a vnitřní zdroje vstupovat do změněného stavu vědomí podle vlastní vůle a tyto stavy mohou být někdy považovány za psychotické [Grofová 1999 : 120-121].

### 3 ŠAMANISMUS

„V šamanismu nejde jen o uctívání přírody, ale také o obousměrnou spirituální komunikaci, která obnovuje ztracené spojení našich předků s ohromnou spirituální silou a krásou zahrady Země“ [Harner 2010: 10].

„Šamanismus však není významný pouze tím, jaké místo zaujímá v historii mystiky. Šamani hráli úlohu zásadního významu při ochraně duševního zdraví společností. Obecně lze říci, že šaman hájí život, zdraví, plodnost, svět světla proti smrti, nemocem, neplodnosti, neštěstí a světu stínů“ [Eliade 1997: 426].

Šamani se již objevují v pravěkých malbách v jeskyních. U zobrazení šamanů se setkáváme s propojením lidských a zvířecích těl. Jeskyně pojmenovaná Les Trois Frères byla objevena v roce 1941 na jihu Francie, nachází se zde několik zobrazení antropomorfních šamanů. Je zde vyobrazen Šaman s parožím jelena, vousem a dlouhým ocasem, tělo má částečně pokryté srstí - výška 73 cm, dále Šaman se smyčcem, případně Šaman s lukem nebo Tančící šaman - výška 30 cm. V jeskyni Lascaux je zobrazení muže a bizona Šaman s ptačí maskou a raněným bizonem - výška 140 cm. Hypotézy jej interpretují jako lovecký výjev, další vysvětlují postavu ležícího muže s ptačí maskou a atributem ptačího ducha na tyči ležící podél těla jako magický obraz, který by mohl symbolizovat lovené zvíře a jeho duši, popřípadě šamana ve stavu transu. Této teorii by nasvědčovalo pohlavní vzrušení muže, které spolu s krvácením z nosu by mohlo vyjadřovat stav změněného vědomí. Tato symbolika se objevuje na různých zobrazeních šamanů v Evropě i na skalních malbách jihoafrických Sanů [Ebelová 2012: 187].

Všude na světě vznikaly podobné struktury posilování imunitního systému a léčby, pohledu na svět, přes velikou rozmanitost kultur, přes jiná geografická místa. Šamani mohou opustit své tělo a v transu se vydat do podsvětí i na nebesa, do minulosti i budoucnosti. Nejdůležitějším šamanovým úkolem je léčení, musí zjistit místo, kde přebývá duše nemocného a vrátit svobodnou duši na její místo. Šaman je pro společenství ochranou před nadpřirozenými bytostmi a je schopen ze svých cest do jiných dimenzí přinášet zprávy pro svůj lid. Šamani mají nadprůměrné znalosti v mnoha oblastech - medicína, rostliny, obřady, mýty, botanika [Harner 2010: 43].

Z hlediska šamana je člověk nemocný, když nemá svého ochranného ducha, nebo přišel o část své duše, která mu utekla či byla ukradena, popřípadě vnikl do těla spirituální vetřelec. Šamani jsou jediní lidé, kteří mohou rozmlouvat s celou přírodou a mluvit se zvířaty, rostlinami, řekami i kameny. Šamani vstupují do změněného stavu, aby navázali kontakt s cílem získat vědomosti a pomohli jiným lidem. Šamanské cestování je jedním z nejdůležitějších úkolů, aby byla zjištěna příčina nemoci. Na celém světě sdílejí šamanské kultury představu, že v každém rostlinném druhu sídlí *duchové* [Harner 2010: 65].

Strukturu světa popisuje šamanské vědomí velmi podobným způsobem z jakéhokoliv místa na světě. Svět má tři dimenze - nebe, zemi a podsvětí - spojené osou. Šamani mají schopnosti pohybovat se z jedné úrovně do druhé. Vnímají kompletně celý živý svět, který jim dává sílu, již mohou použít k léčení a ochraně svého kmene. Do změněných stavů vědomí se dostávají bubnováním, zpěvem, pústem nebo látkami, ovlivňující mysl. [Eliade 1997: 95].

„Šamanova extatická cesta je většinou nezbytná, i když příčinou nemoci není únos démonů či mrtvými. Léčebná procedura jihoamerických šamanů má téměř všude stejnou podobu. Její součástí je kouření tabáku, zpěvy, masáže postižené části těla, zjištění příčiny nemoci s přispěním

pomocných duchů... a konečně vyjmutí patogenního předmětu sáním“ [Eliade 1997: 275].

Komunikace s třemi světy je stále živá u kmenů, žijících v pralese v Amazonii. Amazonské šamanské léčení se nepředává písemným způsobem, ale osobní zkušeností. Ke svým vizím používají šamani v Ekvádoru, Kolumbii, Brazílii, Peru a Bolívii silný vývar z lián rodu *Banisteriopsis*.

K výbavě šamanů patří zvláště znalosti psychotropních rostlin, halucinogenních nápojů či magických rostlin. Psychotropní rostliny se v zásadě dělí do tří kategorií, jestli mají účinky stimulující, tlumící nebo vyvolávající změny vědomí a vnímání. Největší množství halucinogenních rostlin na světě pochází z Ameriky. [Škrabáková 2013: 197-199].

“WHO (2000) definuje tradiční medicínu jako souhrn znalostí, dovedností a praktik založených na teoriích, přesvědčeních a zkušenostech pocházejících z různých kultur, které jsou vysvětlitelné, či nikoliv a slouží k udržování zdraví, prevenci, diagnostice, zlepšení či léčbě fyzických a psychických onemocnění” [Kavenská 2013: 11].

Šamani, kteří prošli pod vedením učitele procesem iniciace trvajícím několik let, nevyužívají k léčení stejných metod. Někteří se specializují na některé druhy rostlin, *camalonquero* (používají rostlinu *Thevetia peruviana*), *tabaquero* (používají k léčbě tabák), *ayahuasquero* (používají rostlinu *ayahuasca*), *toero* (využívají k léčbě *Brugmansia suaveolens*) aj. [Kavenská 2013: 12].

## 4 AYAHUASCA

Hlavní rostlinou amazonského léčitelství je liána ayahuasca (liána mrtvých, šňůra duší, liána duše, lano duše, liána smrti), patří do skupiny rostlin halucinogenních. Rostlinné halucinogeny jsou příbuzné chemickou strukturou neuromediátorům centrální nervové soustavy. V amazonské

kultuře bývá symbolem velkého hada nebo anakondy, což má vyjadřovat spojení mezi naším světem a světy jinými. Divoké liány *Banisteriopsis caapi*, *Banisteriopsis inebrians* a *Banisteriopsis quitensis* obsahují alkaloidy harmalin, tetrahydroharmin a harmin. Nejčastější kombinací v Peru je směs rostliny ayahuasky (*Banisteriopsis caapi*) a chacruny (*Psychotria viridis*), obsahující halucinogen dimethyltryptamin. Tento nápoj je výjimečný ve světě halucinogenů bohatostí vidin a barevných prožitků. Šamani před použitím dodržují přísnou dietu. Ayahuasca je pro Shipiby, Lamisty, Kamy a většinu etnik na horních tocích Amazonky rostlina-učitelka, která má několik rostlinných duchů, s nimiž šaman promlouvá, to mu pomáhá při diagnóze nemoci [Škrabáková 2013: 53-59].

Jívarové používají *Nicotiana lancifolia* pro své slavnostní pití a fikce šamanů, protože kouření vyvolává halucinace vznášení. Silná otrava nikotinem je typický rys šamanismu v Jižní Americe a vidění duchů. Tabák je nejrozšířenější drogou Ameriky, vyskytuje se asi v šedesáti druzích. Navozuje narkotický stav, avšak velké dávky nikotinu, které do sebe šamani absorbují, jim někdy přinášejí i halucinogenní efekty. [Škrabáková 2013: 197-201].

Též používají halucinogenní rostlinu *Brunfelsia grandiflora* nebo *Brunfelsia chiricampi*, jejíž listy, stonky i kořeny se přidávají do ayahuasky nebo ji používají jako chirisanango. Chirisanango je považováno za rostlinu-učitelku, která dokáže šamana napojit na přírodu a otevírá bránu do pralesního světa. Během léčebných rituálů a léčby, která může trvat i tři měsíce, se musí dodržovat dieta. Alkaloid skopoletin dle vědců reguluje hladinu serotoninu, což je užitečné při léčbě depresí a úzkostí [Škrabáková 2013: 75-78].

Tradiční medicína Jižní Ameriky využívá k diagnostice a léčbě nemocí místní rostlinné zdroje. Nemoc je narušením rovnováhy uvnitř organismu nebo nerovnováhy člověka a jeho okolí.

Na některé šamany se pohlíží jako na velké šamany, jiní jsou považováni za nemocné nebo šílené. Kmen si jich váží jako prostředníků mezi viditelným a neviditelným světem a šamani se aktivně podílí na chodu kmene. Dokonalý šaman se umí pohybovat ve změněném stavu vědomí i v běžné realitě. Jejich vstup na dráhu šamana může být poznamenán velmi silným emočním a psychosomatickým rozrušením, ale je nutné rozlišovat patologické stavy, vyžadující léčbu a transformativní stavy, které mají pozitivní přínos [Grofová 1999:124-125].

## **5 DUŠEVNÍ NEMOCI VE STAROVĚKÝCH CIVILIZACÍCH**

S prvními pokusy o výzkum lidského organismu se můžeme setkat již ve starověkém Egyptě, Mezopotámii, Indii a Číně. Největší zvrát ale nastal až s rozvojem vědeckého poznání v antickém Řecku a Římě. Zasloužili se o to hlavně lékaři, kteří položili základy medicíny. Zakladatelé řecké medicíny byli Alkmaion z Krotonu a Hippokrates z Kosu [Soukup 2011: 58-59].

### **5.1 EGYPT**

Kulturní historie starého Egypta je rozložena do období 30 dynastií, v časovém úseku asi 3500 let př. n. l. až 332 let př. n. l. Byly objeveny a rozluštny papyrus káhunský, papyrus Smithův, papyrus Ebersův, papyrus Hearstův, papyrus berlínský, papyrus londýnský, papyrus Brungschův. Všechny tyto staroegyptské papyry pojednávají o lékařství [Vencovský 1996: 15-16].

Papyrus Ebersův, který pochází z doby asi 1500 let př. n. l., byl objeven roku 1862 v Thébách německým egyptologem. Obsahuje 875 receptů, jak léčit nemoci dětské, oční, močové, trávicí, ženské, kožní a duševní.

V papyru je uvedeno, že některé chrámy byly přeměněny v azyly pro duševně choré. Denní léčebný režim byl vyplněn zaměstnáním, projíždkami po Nilu, zpěvem náboženských písní, tancem, procházkami po chrámových zahradách a tělesným cvičením. Uzdravení bylo připisováno projevu přízně boha vůči chorému, posedlého zlým démonem [Vencovský 1996: 21].

### **5.2 BABYLONIE**

Říše babylonská vznikla v údolí mezopotamském při řece Eufratu v dnešním Iráku na konci 3. tisíciletí a počátku 2. tisíciletí. Léčba duševních nemocí probíhala pomocí zaklínání, modliteb, náboženských

obřadů k vypuzení zlých démonů. Odměny a tresty lékařů jsou uvedeny v kodexu krále Chammurapiho, který patří mezi nejstarší zákoníky.

Choroby duševní měly vztah se zlými duchy a každá nemoc vznikala posedlostí určitým démonem. Součástí léčebného obřadu bylo obětování zvířete hněvajícímu se bohu. Léčba duševních chorob spočívala v náboženských obřadech, rituálech a modlitbách [Vencovský 1996: 23-25].

### **5.3 INDIE**

Při horním toku řeky Indu vznikla ve 3. tisíciletí př. n. l. kultura indická. O staroindickém lékařství se nám zachovaly zprávy v knihách světských a náboženských předpisů, zvaných védy. Védy jsou psány sanskrtským jazykem a jsou v nich obsaženy též lékařské texty. Nejstarší záznam pochází z doby asi 1200 až 1000 let př. n. l.

„Tělesné nemoci vznikají buď jako trest za hříchy spáchané v dřívějším životě a jako důsledek vtělení se dřívější duše do těla nemocného... Duševní choroby naproti tomu jsou způsobovány nadpřirozenými silami, tj. zlými duchy a démony, které - jsouce rozezleni - vstoupili do těla člověka a posedli jeho rozum“ [Vencovský 1996: 29].

Staroindičtí lékaři zdůrazňovali lidský přístup k duševně chorému a zdůrazňovali význam mluveného slova.

### **5.4 ČÍNA**

I v Číně se v lékařství uplatňuje náboženský kult. Údajně sestavil cca 2800 let př. n. l. čínskou lékařskou a lékopisnou knihu legendární císař Šen-nung, ve které bylo popsáno přes sto léčivých látek. Klinické popisy epilepsie pocházejí z doby 900 až 600 let př. n. l. Vyšetřovací metodou staročínské medicíny byla palpace tepu, kterou bylo možno určit dle pulsu 150 chorob. Pro určení diagnózy byl důležitý i jazyk, uši, nos, ústa. Zcela původní čínské léčení je akupunktura a moxování [Vencovský 1996: 34-36].



## 5.5 ŘECKO

Ve starém Řecku v době asi 1000 let př. n. l. bylo lékařství pod vlivem náboženství. Starořecké eposy Ílias a Odysseia nám líčí duševní choroby některých postav. Léčení nemocných probíhalo ve chrámech, zasvěcených Asklépiovi. Hippokratem vrcholí starořecké lékařství, chápal lékařství jako vědění o chorobách, kladl důraz na diagnózu nemoci. Jeho soubor spisů je znám po celém světě pod názvem Corpus Hippocraticum. Tvrdil, že je třeba léčit nemocného celkově, nikoliv pouze vzniklou nemoc. Hippokrates projevil velké znalosti v oboru psychiatrie.

„Podle Hippokrata je mozek orgánem našeho poznání a přizpůsobování, mozkem myslíme, cítíme, slyšíme, mozkem rozeznáváme dobré a zlé, mozkem se radujeme a truchlíme“ [Vencovský 1996: 53].

Pro všechny formy duševních chorob používal Hippokratés název paranoia, od něho pochází i termín hysterie, ale pro onemocnění tělesné. Zaplavení mozku žlutou žlučí, nazval duševní chorobou mánií, zaplavení mozku černou žlučí, nazval duševní poruchou melancholií. Náhle vzniklá zmatenost byla označována jako frenitis, pozvolna vznikající byla příznakem parafrenitidy. Obě duševní choroby měly být způsobeny přehřátím mozku při horečce nebo intoxikací požitím jedovatých látek. Většina Hippokratových termínů se používá v psychiatrii do současné doby [Vencovský 1996: 53-54].

## 5.6 ŘÍM

Vědecké lékařství převzali Římané od Řeků ve 2. století před n. l. Asklépiadés začal rozlišovat u duševních chorob dva druhy fantazií a to: bludy a halucinace. Jako léčbu doporučoval koupání, lehký tělocvik, masáže, mořské koupele, pití minerálních vod a neustálé zaměstnávání chorého. Cicero zdůrazňoval léčbu filosofií, dnes je to jedna z forem psychoterapie.

Nejslavnějším lékařem římské školy byl Galénos, který se stal osobním lékařem císaře Marca Aurelia. Jeho 500 lékařských pojednání, shrnutých později do knihy Corpus Galenicus, bylo uznáváno po celé období středověku až do 17. století. Ani v jedné z lékařských prací nepodává soustavný popis duševních chorob [Vencovský 1996: 77-78].

Galenovo dílo představuje nejucelenější soubor antických znalostí o lidském organismu. Řečtí a římsští lékaři dosáhli značných pokroků zejména v anatomii, fyziologii a léčebné terapii. Cílem lékařů bylo poznat příčiny a důsledky působení přírodních zákonů na lidský organismus a pomocí léčby obnovit původní soulad člověka s přírodou, jenž byl onemocněním porušen [Soukup 2011: 60].

Pád západořímské říše v roce 476 n. l. znamenal pro evropskou vědu dočasné přerušení vývojové kontinuity. Středověké církevní instituce na půdě feudální Evropy bránily přístupu ke studiu člověka a přírody, kritériem pravdivosti poznání se stala Bible [Soukup 2011: 61].

## 6 O DUŠEVNĚ NEMOCNÝCH V MINULOSTI

Od pradávných dob lidstva lidé trpí duševními chorobami. Duševní choroby byly od pradávna spojovány s ďáblem, čarodějnictvím nebo prokletím hříchu.

První chirurgické zákroky se objevují v mladší době kamenné a byly prováděny na zemřelých i živých lidech. Velmi časté byly trepanace lebek v Peru, kdy bylo nalezeno i několik otvorů na jedné lebce (viz Obrázek 1). Na pohřebištích byly nalezeny obsidiánové šípové hroty, bronzové nože, skalpely, pinzety a jehly. V době eneolitické na území v severozápadní části Čech, kultura zvoncovitých pohárů a kultura se šňůrovou keramikou a únětická kultura ze starší doby bronzové, jsou nálezy trepanovaných lebek. Pravděpodobně tyto léčebné zásahy byly prováděny za účelem odstraňování úlomků kostí při poranění, při chronických bolestech hlavy, při nitrolebním tlaku, při duševních nemocech, ale důvody nebyly nikdy zcela objasněny. Trepanační otvory na lebkách byly nalezeny na různých místech po celém světě. Většina pacientů tyto zásahy přežila, neboť trepanační otvory jsou zhojeny [Vencovský 1996: 12].

Ve středověku se též trepanační otvory prováděly, jednalo se o rituální vyjímání kamene šílenství z hlavy nemocného vyháněním démonů a duchů otevřením lebeční dutiny, nejčastěji na temeni hlavy nebo na čelní kosti (viz Obrázek 2). Od 5. století až do 14. století se léčitelství soustředilo do rukou mnichů.

Pojem „lod' bláznů“, který vychází ze satirické básně Sebastiana Branta a který proslavil Hieronymus Bosch ve stejnojmenném obraze (viz Obrázek 3), se často objevuje v literatuře i v umění. Michel Foucault uvažuje, že docházelo opravdu k naloďování bláznů ve středověku a přemísťování duševně nemocných mimo hradby evropských měst. Dokládají to i zápisy v městských kronikách například v Norimberku.

„Svěřit blázna námořníkům znamená jistotu, že už nebude donekonečna bloumat kolem městských hradeb, že zmizí někam daleko, odkud se nebude moci vrátit. Je vězněm na té nejsvobodnější, nejotevřenější ze všech cest: přikován na nekonečném rozcestí, uvězněn svým putováním, je Poutníkem par excellence“ [Foucault 1994: 15].

Kulturní život středověku tvořila církev a duševní choroby byly projevem posedlostí satanem. Svatý Ignatius z Loyoly vyhání zlé demony z duševně chorých (viz Obrázek 4). Byl spoluzakladatelem Tovaryšstva Ježíšova - řádu jezuitů. V roce 1541 byl zvolen do jeho čela.

Ve středověku duševně nemocní nebyli pokládáni za nemocné, a proto ani nepotřebovali zdravotní léčbu. Neomezené postavení církve označilo duševní choroby za posedlost demony. Docházelo k inkvizičním procesům, k týrání, k mučení, k obvinění z čarodějnictví a upalování duševně nemocných na hranicích. Posedlost ďábly a čarodějnictví se objevuje často v umění (viz Obrázek 5).

„Názorným příkladem - jedním z desetitisíců - je například náboženské šílenství Jany z Arku, tzv. panny orleánské, která byla upálena v Rouenu dne 30. května 1431 na základě rozsudku inkvizičního tribunálu, ačkoliv byla duševně chorá a trpěla sluchovými i zrakovými halucinacemi náboženského obsahu a paranoidními bludy. Bylo jí 19 let a s největší pravděpodobností trpěla paranoidní halucinatorní formou schizofrenie“ [Vencovský 1996: 115].

Duševně nemocní byli ve velkých i malých obcích. Šílení, u kterých se dostavovaly výbuchy zuřivosti, byli zavíráni do tmavých cel bez přístupu čerstvého vzduchu a světla, připoutáni provazy a řetězy. Nemocní trávili svůj život na hromadě slámy, nazí a ve svých výkalech. K uklidnění bylo používáno bití a odepírání jídla [Vencovský 1996: 165].

Až v roce 1755 ruší císařovna Marie Terezie pod vlivem svého osobního lékaře Gerarda van Swieten v našich zemích zákon o čarodějnictví. Duševně nemocní byli vždy vylučováni ze společnosti,

byli i úmyslně zabíjeni nebo umírali zcela bez pomoci. Ve středověku péče o „slabé“ v lidské společnosti byla založena na dobročinných zařízeních a almužně. Taková péče byla poukazována jako milost. Byli ponecháni svému krutému údělu až do doby osvícenství [Zvolský 1997: 7].

„...popisuje cely v Bicêtre tak, jak existovaly koncem 18. století: Nešťastník, přitisknutý hlavou, nohama, celým tělem ke zdi na svém slaměném pelechu, který byl jediným jeho vybavením, neokusil ani chvíle spánku, aby ho nezmáčela voda, jež se po té mase kamene řinula. V celách Salpêtrière byl pobyt ještě zhoubnější a často smrtelný, protože když se v zimě rozvodnila Seina, stávaly se tyto cely, ležící v úrovni kanálu, nejen ještě nezdravějšími, ale navíc se do nich utíkal celý dav velikých krys, které se v noci vrhaly na nešťastníky tam zavřené a hryzaly je všude, kam se jenom dostaly; našli se tam šílenci pokousaní na nohách, rukách i ve tváři tak nebezpečně, že na to leckdy zemřeli“ [Foucault 1994: 60].

Francouzský lékař Philippe Pinel byl pověřen provést reformu péče o duševně choré v Paříži. V roce 1793 osvobodil prvních dvanáct duševně chorých z okovů v Bicêtre (viz Obrázek 6). V roce 1795 Pinel zavedl i důstojný režim v Salpêtrière, kde byly umístěny duševně choré ženy (viz Obrázek 7).

„Pinel zrušil temnice, okovy, fyzickou brutalitu. Vynalezl ovšem jiné metody, jak uplatňovat právo a spravedlnost. Zatímco lékař v renesanci použil sprchu jako lék, Pinel stejnou metodu použil jako trestu“ [Černoušek 1994: 55].

Duševní choroba jako trest za hříšný život přetrvává v evropské kultuře až do 19. století. Zájem o děti slabomyslné v Čechách se řešil až v roce 1909 „Prvním českým sjezdem pro péči o slabomyslné a školství pomocné.“

## 7 DOBOVÉ NÁZORY NA POČÁTKU 20. STOLETÍ

„Duše lidská poskytuje nádherné a bohaté divadlo, jen musíme se umět dívat do ní“ [Heveroch 1901: 159].

V Čechách nebylo ve středověku o duševně nemocné vůbec postaráno. K hospitalizaci v klášterních nebo světských špitálech byli přijímáni jen ojediněle klidní duševně nemocní. Neklidní duševně choří byli zavíráni a odsuzováni k tělesným i hrdelním trestům. Osoba duševně nemocná byla posedlá d'áblem, a tak nezasluhovala žádnou péči ani ochranu. V době renesance vznikaly civilní nemocnice, neboť vliv ve městech získalo měšťanstvo a mělo zájem se podílet na vlastní léčebné péči. V období 17. a 18. století posílila opět moc církve a habsburského feudalismu. [Vencovský 1996: 186-195].

Z dobové literatury na začátku 20. století vyplývá, jaký vztah k duševně chorým zaujímala tehdejší společnost.

„Ještě dnes se setkáváme s lidmi, kteří vyslovují pochybnost o hodnotě péče a výchovy slabomyslných, tvrdíce, že slabomyslným pomoci již nelze, od společnosti lidské žádají se jen zbytečné oběti, a proto by bylo lépe se světa je odstraniti“ [Fediuk 1911: 5].

„Z nejbolestnějších kapitol lidských běd a utrpení byl odedávna zlý osud ubohých duševně chorých, zvláště těch, u nichž choroba vzrostla na stupně šílenství a zuření“ [Kneidl 1926: 18].

„Dle přednášky universitního prof. MUDra. K. Kuffnera jest slabomyslným, kdo působením chorob uvázl na nějakém stadiu svého vývoje dnešního a od té doby buď vůbec nepokračoval, anebo dalším životním vlivům nedovedl se přizpůsobit aspoň tak, jako vrstevníci a jak by bylo lze dle daných okolností očekávati“ [Fediuk 1911: 6].

„...aby léčbou, výchovou, poskytnutím pomoci byli uschopněni přispívati podle své mohoucnosti, nemohoucnosti, k životu společnosti lidské jako skuteční členové její, třeba slabší“ [Fediuk 1911: 5].

„Nejčastější příčiny slabomyslnosti musíme hledat v zevních činitelích organického vývoje. V první řadě sem počítáme alkoholismus rodičů, těžké choroby rodičů, tělesnou sešlost rodičů způsobenou bídou, těžkou prací, nezdravým zaměstnáním, špatnými životními poměry, vysokým stářím rodičů a porušení plodu fyzickými nebo psychickými poruchami těhotné ženy“ [Fediuk 1911: 10].

## 8 PRVNÍ ÚSTAVY NA NAŠEM ÚZEMÍ

Až za císaře Josefa II. vznikly první ústavy dobročinné. V Praze byl založen roku 1783 ústav sirotčí, roku 1784 všeobecný ústav pro chudé, roku 1786 ústav pro hluchoněmé, roku 1789 obecná porodnice a roku 1790 obecná nemocnice a při ní blázinec, který byl dne 1. listopadu 1790 otevřen zároveň s nemocnicí. Ústav byl určen pro 57 nemocných, pro šílence zuřivé, okolí nebezpečné. Až otevřením všeobecné nemocnice v Praze se zvláštním oddělením pro osoby trpící duševní chorobou byl učiněn první krok k veřejné péči o choromyslné (duševně nemocné). Stále vzrůstající počet nemocných a nový proud v lékařství - psychiatrie - vedl 17. ledna 1823 k zakoupení bývalého kláštera sv. Kateřiny a rozhodnutí ke zřízení léčebného ústavu choromyslných. Nový ústav mohl přijmout 250 až 260 nemocných. Později došlo i k přeplnění tohoto ústavu a začalo zřizování nových ústavů mimo pražský obvod. Jedním z nich se stal ústav dobřanský [Kneidl 1926: 20].

„Dne 15. října 1874 se usnesl zemský sněm království Českého, aby vystaven byl ústav pro choromyslné v západních Čechách pro 500 nemocných, soustavy pavillonové a zřízena kolonie“ [Kneidl 1926: 45].

V Bohnicích u Prahy pak byl pak otevřen ústav pro choromyslné v roce 1906, jehož ředitelem se stal roku 1908 ředitel ústavu dobřanského Dr. J. Hraše.

Do ústavu dobřanského jsou přijímáni nemocní ze všech zemí bývalého Rakouska a ze států cizích, které mají s Dobřany nejkratší železniční spojení. Lähr roku 1899 označuje ve své publikaci ústav dobřanský za ten nejkrásnější, nejúčelnější a největší v Rakousku. Ústav v Dobřanech k 1. červenci 1925 měl 1 644 pacientů. V době přeplnění bylo v něm umístěno přes 2 000 nemocných. Oproti jiným českým ústavům pro choromyslné má ústav dobřanský odlišný ráz. Jsou zde nádherné, místy až lesnaté parky [Pankratz 1926: 149-150].



Město Plzeň nemělo do roku 1942 žádnou lůžkovou péči o duševně nemocné. I když se jednalo o lehké duševní onemocnění, byli pacienti posíláni do psychiatrické léčebny v Dobřanech. Řádná a systematická ambulantní psychiatrická péče začala v Plzni roku 1939, kdy byla dána do provozu neurologicko-psychiatrická ambulance. Přednostou se stal MUDr. Eugen Vencovský.

Psychiatrická léčebna v Dobřanech-Wiesengrundu byla v té době v zabraném německém území a nebylo možné tam odesílat duševně nemocné z Plzně, z území tzv. Protektorátu. Pacienti museli být převáženi na nemocniční psychiatrické oddělení do nemocnice Na Bulovce hlavního města Prahy nebo do psychiatrické léčebny v Praze - Bohnicích [Vencovský 1994: 118].

Po zrušení infekčního a kožního oddělení bylo v části Fodermayerova chorobince zřízeno neurologicko-psychiatrické oddělení. K otevření nemocniční lůžkové psychiatrické péče v Plzni došlo 1. dubna 1942. Oddělení mělo nejdříve jen 35 lůžek, později 60 lůžek [Vencovský 1994: 119 ].

## 9 CO JE TO PSYCHÓZA?

Psychóza je původu řeckého od slova psyché, což označuje duši člověka. Je to závažné duševní onemocnění, které je léčitelné. Psychóza zasahuje do osobnosti pacienta, který se uzavírá ve svém novém světě, ve světě přeludů a halucinací. Rodina i lidé z jeho okolí toto změnu registrují, ale nelze se s ním domluvit, jeho projevy vzbuzují pocit ohrožení a zmatku [Doubek 2008: 10].

Pojem psychóza označuje skupinu nemocí, která se rozděluje na organické, toxické a funkční psychózy. Do skupiny funkčních psychóz patří schizofrenie, porucha s bludy, schizoafektivní porucha, schizotypální poruchy, akutní a přechodné polymorfní psychotické poruchy [Doubek 2008: 10].

Nejzávažnějším onemocněním s výraznou poruchou myšlení, citů a chování je schizofrenie. Stanovit diagnózu není jednoduché, neboť schizofrenie má různé příznaky a průběhy. Problémem je i situace, kdy se u pacienta současně zjistí abúzus alkoholu nebo drog. U pacientů s těžkou formou schizofrenie dochází k odcizení ke všem emočně blízkým osobám [Malá 2002: 59].

Schizofrenie je závažnější než ostatní psychické poruchy. Osoby s příznaky schizofrenie jsou z 50-80 procent hospitalizovány opakovaně se stejnou poruchou. Jedinců s léčenou schizofrenií 10-20 let od projevení prvních příznaků se 20-30 procent podstatnou měrou vyléčí. Ukazuje se, že při průběhu schizofrenie hraje významnou úlohu i kultura. Prognóza v jednoduchých společnostech je příznivější než v „rozvinutých společnostech“ zřejmě kvůli tomu, že nemocní v „rozvojových zemích“ mají podporu širší rodinné sítě, a proto se nacházejí v harmoničtějším prostředí. V rozvojových zemích se o člověka postiženého schizofrenií obvykle stará rozvětvená rodina v domácích podmínkách a členové rodiny se dělí o péči nemocného [Nolen-Hoeksema, 2012: 651].

## 10 SCHIZOFRENIE

Schizofrenie byla popsána již v období antiky. Termín schizofrenie (řecky: schizo-štěpím, fren-mysl) zavedl v roce 1911 významný německý psychiatr Eugen Bleuler (1857-1939), dříve byla tato porucha označována jako dementia praecox. Z toho důvodu byly používány překlady rozštěp mysli, ale vhodnější jsou překlady rozpad (dezintegrace) osobnosti. Název pochází od francouzského psychiatra A. Morela a použil jej i Kraepellin ve své kvalifikaci. Pro diagnostiku schizofrenie je důležité posoudit, zda u nemocného převládá pozitivní nebo negativní symptomatika. Schizofrenií onemocní 1 až 1,5 % populace. Výskyt tohoto onemocnění je stejný v různých kulturách, u různých etnik na celém světě. Schizofrenie se u mužů objevuje nejčastěji mezi 16 až 25 lety, u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. V dětství a po 40. roce věku je počátek onemocnění spíše výjimečný [Dušek, 2015: 224-225].

Rodina i přátelé často toto chování ze začátku omlouvají, neboť si myslí, že je způsobeno dospíváním. Nemocný se natolik změní, že přestává fungovat ve škole nebo v zaměstnání, má zvláštnosti v chování, v oblékání, v jídle, může se dostavovat neklid, podrážděnost, úzkost, nespavost, později i bludy a halucinace. Do souvislosti s rozvojem schizofrenie je uváděno nadměrné užívání návykových látek. Období plného rozvinutí choroby trvá několik měsíců i let. Průběh nemoci je u každého velmi individuální [Nolen-Hoeksema, 2012: 651].

I přes velmi intenzivní výzkum není zatím známá hlavní příčina tohoto onemocnění. Příčinou vzniku mohou být vlivy prostředí, v němž nemocný žije nebo i události, se kterými se setkal. Schizofrenie může být i podmíněná dědičně, takže rodiče, popř. jiní příbuzní mohou touto nemocí trpět nebo naopak zcela duševně zdravým manželům se narodí potomek postižený schizofrenií. Jde o klinický projev vadného metabolismu dopaminu a dalších mediátorů v mozku, který se dá léčit jen farmakoterapií antipsychotiky. Chemické neurotransmitery, které přenášejí zprávy mezi dvěma neurony, se uvolňují na synaptických

zakončeních. Mezi nejdůležitější neurotransmitery patří acetylcholin, noradrenalin, dopamin, serotonin a glutamát. Dopamin zprostředkovává účinky přirozených potěšení i návykových látek. Nízká hladina noradrenalinu přispívá ke vzniku deprese. Důležitý při změnách nálad a sociálního chování je neurotransmitter serotonin. Léky tišící deprese a úzkosti zvyšují jeho hladinu v synapsích. Vysoká koncentrace dopaminu v některých oblastech mozku může vyvolat schizofrenii, nízká koncentrace může vést k rozvoji Parkinsonovy choroby. Neurochemické teorie poruch nálad se soustředí na noradrenalin a serotonin, ale za hlavní příčinu schizofrenie se považuje dopamin. Nejnovější teorie naznačují, že porucha nenastává jen při velkém množství dopaminu v klíčových oblastech mozku, ale příčinou schizofrenie je složitá nerovnováha hladiny dopaminu v různých oblastech mozku. Důsledkem zvýšené dopaminové aktivity v podkorové oblasti jsou halucinace, bludy a narušené myšlení. [Nolen-Hoeksema, 2012: 62-64, 653].

V mozku lidí postižených schizofrenií byly zjištěny dva typy strukturálních deficitů. Prefrontální oblast mozkové kůry je menší a u některých jedinců se schizofrenií vykazuje méně aktivity než u lidí bez této poruchy. Významnou úlohu při řeči, vyjadřování emocí, plánování a vytváření nových myšlenek právě vytváří prefrontální oblast mozkové kůry. Pro schizofrenní jedince jsou typické nedostatky v emocionální oblasti i při sociální interakci. Lidé trpící schizofrenií mají kromě toho zvětšené mozkové komory a mozkové dutiny vyplněné tekutinou. Zvětšené mozkové komory svědčí o atrofii nebo poškození jiné mozkové tkáně. Poškození specifických oblastí mozku a zvětšení komor může vést k různým projevům schizofrenie [Nolen-Hoeksema, 2012: 653].

Abnormální mozkové struktury a neurochemické funkce mohou být výsledkem působení genetických faktorů, ale mohou vzniknout také narušením mozku v prenatálním období nebo v raném dětství. Výsledky různých studií naznačují, že v anamnéze lidí trpících schizofrenií se častěji vyskytují porodní komplikace, předporodní poškození mozku, infekce centrální nervové soustavy v dětství, chřipka nebo jiné zdravotní

komplikace matky v době těhotenství. Studie z poslední doby se nejčastěji zaměřují na stres související s rodinným prostředím. Schizofrenní jedinci z rodin, kde se ve zvýšené míře vyjadřují emoce, jsou třikrát až čtyřikrát náchylnější vůči propuknutí nové epizody než pacienti z rodin, kde se emoce vyjadřují umírněněji. Příbuzní schizofrenních jedinců onemocní touto chorobou častěji než lidé z rodin, kde se schizofrenie nevyskytuje. Jednovaječné dvojče schizofrenika je touto poruchou ohroženo třikrát více než dvojvaječné dvojče a 46krát více než nepříbuzný jedinec. U jednovaječných dvojčat onemocní druhý člen páru v méně než polovině případů, i když oba sourozenci mají stejnou sadu genů [Nolen-Hoeksema 2012: 652-653].

Pro diagnózu schizofrenie jsou významné tyto pozitivní příznaky: bludy, halucinace, vzrušenost, dezorganizovaná řeč, dezorganizované chování, produktivní katatonní symptomatika, manýrování, bizarní projevy, impulsy, raptý. Negativní příznaky: emoční oploštěnost, alogie (ochuzená řeč), anhedonie (neschopnost prožívat radost, ztráta zájmu o sociální interakci), abulie, hypobulie (neschopnost iniciovat nebo důsledně provádět cílené chování), autismus. Myšlení je postiženo po formální i obsahové stránce. Porucha myšlení je jedním z hlavních příznaků schizofrenie. Pro schizofrenii bývá charakteristická přítomnost bludů, které mohou být perzekuční, úkorné, megalomanické – inventorní, originální, fantastické. U některých forem schizofrenie se vyskytují iluze a halucinace, nejčastější jsou halucinace sluchové. Významné jsou halucinace intrapsychické – vkládání myšlenek, ozvučování myšlenek, odcizování myšlenek. Jako nejčastější charakteristický projev schizofrenie se uvádí proces emočního vyhasínání. Dále se popisuje postupná ztráta kontaktu s realitou – autismus. Paralelně s těmito procesy probíhá dezintegrace osobnosti. [Dušek, 2015: 226-227].

## 11 KLINICKÉ FORMY SCHIZOFRENIE

Schizofrenie se dělí na několik podskupin (viz Tabulka 1). Nejčastější forma je paranoidní schizofrenie (F 20.0), kde jsou v popředí perzekuční bludy a sluchové halucinace. V chování se může objevit agresivita proti domnělým nepřátelům. Časté jsou intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, popřípadě, že jsou jeho myšlenky odnímány a zveřejňovány nebo cizí myšlenky vkládány.

Hebefrenní schizofrenie (F 20.1) je typická pro adolescentní věk, v počátcích je obtížné ji odlišit od bouřlivě probíhající puberty. Vyjadřuje ji pseudofilosofování, bizarní zdobivost, grimasování, manýrování, ztráta citových vztahů, tendence k samotářství. Halucinace a bludy nejsou pro tuto formu typické. Pro poruchy myšlení bývá tato forma označována jako desorganizovaná schizofrenie.

Katatonní schizofrenie (F 20.2) je dnes vzácná forma, projevuje se poruchami chování, objevují se neobvyklé pohyby, vzrušenost, impulzivní činy. Při neproduktivní formě je přítomen stupor, negativismus, vzácně flexibilitas cerea. Těžké stavy vzrušenosti, které jsou doprovázeny vzestupem tělesné teploty, mohou vést i ke smrti.

Nediferencovaná schizofrenie (F 20.3) je schizofrenie, kterou nelze s určitostí zařadit mezi předchozí tři formy.

Postschizofrenní deprese (F 20.4) se diagnostikuje tehdy, když pacient v posledním roce měl jasné schizofrenní příznaky a nejméně v posledních dvou týdnech byly patrné projevy deprese při současném přetrvávání schizofrenních příznaků.

Reziduální schizofrenie (F 20.5) označuje chronický průběh schizofrenie, u níž po zmírnění nebo vymizení pozitivních příznaků přetrvávají převážně negativní příznaky.

Simplexní schizofrenie (F 20.6) se vyvíjí pomalu bez pozitivních příznaků, dominuje emoční otupělost. Pacient nenavazuje s nikým kontakt, straní se společnosti a činnosti. Chybí bludy a halucinace pro tuto formu.

Cenestopatická (Huberova) schizofrenie (F 20.8) se projevuje hypochondrickými stesky, pro které je pacient často dlouhodobě vyšetřován s negativním somatickým a laboratorním nálezem. Schizofrenní podstata stesků se projeví bizarností a výskytem některých typických schizofrenních projevů [Raboch 2012: 80-82].

## 12 LÉČBA SCHIZOFRENIE

Základem léčby psychóz jsou antipsychotika, psychofarmaka, kterým se dříve říkalo neuroleptika. Antipsychotika odstraňují příznaky psychózy, jako jsou bludy, halucinace. Zlepšují soustředění a pomáhají pacientům zvládat lépe každodenní zátěž. Mají preventivní účinek, zabraňují návratu onemocnění - relapsu. Všechna antipsychotika regulují dopamin. Antipsychotika zabraňují chaoticky fungujícímu dopaminu, aby přisuzoval významy věcem, které významné nejsou. Cílem je tedy obnova správné komunikace mezi neurony. Každé antipsychotikum ovlivňuje kromě dopaminu i další nervové přenašeče. Různá antipsychotika mají různé nežádoucí účinky. Například ztuhlost, třes, pocit vnitřního napětí, poruchu menstruačního cyklu, poruchy sexuálních funkcí, zácpu, útlum, zvýšenou chuť k jídlu, rozostřené vidění. Bez léků ale nelze docílit zlepšení duševního zdraví. Je nutné dlouhodobé užívání léků a psychiatrická rehabilitace [Doubek 2008: 24-25].

Psychoterapie je nedílnou součástí léčby schizofrenie, zejména po odeznění akutní symptomatiky. Cílem je zapojit pacienta do běžného života, nejlépe i do pracovního procesu. Je důležité, aby měl nemocný, kde bydlet, mohl docházet na pravidelnou individuální a skupinovou psychoterapii, v případě možností i rodinnou terapii nebo alespoň kontakt s rodinou.

„Lidská psýché je bez hranic a má zřejmě nevyčerpatelné zdroje a tvůrčí schopnost. Z toho důvodu je možné, že o průběhu terapie můžeme často sledovat nebo prožívat jevy, které nikdo nikdy předtím nepozoroval. Tím se terapeutická práce stává vzrušujícím a stále pokračujícím dobrodružstvím, které je na každém kroku naplňováno objevy a novým poznáním“ [Grof 1992: 200].

### 13 PSYCHOTERAPIE

Psychoterapie je léčebná metoda, při které se snažíme příznivě ovlivnit chorobný proces, jak psychického, tak somatického rázu. K psychologickým prostředkům patří slovo, mimika, mlčení, emoční vztahy, učení, manipulace prostředím a jiné. Psychoterapie si klade dva základní cíle: odstranění nebo zmírnění chorobných příznaků a dosažení pozitivních změn u pacienta. Rozlišujeme psychoterapii individuální, snažení je zaměřeno na jednotlivce, psychoterapii skupinovou, kde je působení zaměřeno na kolektiv a často je role skupiny nadřazena vlivu terapeuta [Malá 2010: 106].

Jednou z nejrozsáhlejších oblastí psychoterapie pro klienty s duševními poruchami je arteterapie. V širším smyslu znamená léčbu uměním, včetně hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. V užším smyslu znamená léčbu výtvarným uměním.

Vymezení arteterapie od nizozemského psychoterapeuta Hilariona Petzolda: „Arteterapie je teoreticky usměrněné působení na člověka jako celek v jeho fyzických, psychických danostech, v jeho uvědomělých i neuvědomělých snaženích, sociálních a ekologických vazbách, plánované ovlivňování postojů a chování pomocí umění a z umění odvozenými technikami, s cílem léčby nebo zmírnění nemoci a integrování nebo obohacení osobnosti“ [Šicková-Fabrici 2002: 30-31].

„H. Prinzhorn (1930), který celý život bádá v oblasti výtvarného projevu duševně nemocných, zvláště trpících schizofrenií, tvrdil, že tito



pacienti se ve svých spontánních výtvorech snaží interpretovat své nové psychické skutečnosti bludnými konstrukcemi. Stejný autor uvádí, že z duševních poruch je výtvarný projev nejvlastnější právě nemocným schizofrenií. Často je pro ně jediným dorozumívacím prostředkem, protože jejich verbální projev bývá nesrozumitelný, nestrukturovaný, neutříděný“ [Šicková-Fabrice 2002: 75].

Arteterapie může mít formu individuální nebo skupinovou. V oblasti duševních poruch je náročná, proto je vhodnější ze začátku individuální arteterapie, později v malých skupinách. V léčebné nemocnici pro psychicky nemocné v Dobřanech je pro některé pacienty tato terapie indikována. Osobní návštěvou v ateliéru jsem zjistila, že je možnost zde malovat vodovými, akvarelovými a olejovými barvami a kreslit tužkou, pastelkami, fixy a vlastními prsty. Arteterapie je poskytována pro pacienty od pondělí do pátku a práce s hlínou je provozována v ergocentru také od pondělí do pátku pod stálým dozorem terapeutů. Nezisková organizace Ledovec, o.s. poskytuje jeden den v týdnu dopoledne pro své klienty arteterapii. Každý si může vybrat dle svého zájmu kresbu, malbu, práci s hlínou pod vedením terapeutů.

Někteří známí autoři uměleckých děl pravděpodobně trpěli duševní chorobou a vytvořili unikátní díla. V jejich uměleckém projevu vidíme jejich nálady, jejich duševní rozpoložení. V dílech schizofreniků lze vytušit momentální psychický stav, duševní pohodu nebo nepohodu a dle jejich výtvarného projevu s nimi pak probrat problémy, které zažívají.

## 14 VÝZKUM

Vlastní roční zúčastněné pozorování v chráněném bydlení, kde přechodně bydlí osoby s duševním onemocněním, převážně se schizofrenií. Všichni klienti byli většinou opakovaně hospitalizováni v psychiatrických lůžkových nemocnicích. V době od 1. ledna 2014 do 31. prosince 2014 byly sledovány pohyby osob v chráněném bydlení. Klienti bydlí v samostatně uzavřených bytech v počtu 4 až 6 osob v jednom zařízeném bytě. Byty jsou různě rozmístěny v městě Plzni a jsou součástí bytového fondu. Pokoje k odpočinku jsou buď pro jednu osobu, nebo jsou pro dvě osoby. K dispozici je vždy společná kuchyňka, obývací prostor, předsíň a sociální zařízení. Klienti zde žijí normálním způsobem života. Soukromé i společné problémy řeší klienti se svými terapeuty.

Během roku 2014 odešlo z chráněného bydlení 16 osob s diagnózou - schizofrenie. Jejich odchody byly zkoumány z hlediska doby pobytu na krátkodobé do dvou měsíců, v případě odchodu do vlastního bydlení do jednoho roku. Dlouhodobější pobyty sledovány od dvou měsíců do tří let. Odchody klientů z chráněného bydlení se dají rozdělit na čtyři hlavní důvody. Jedná se o návrat k rodině, odstěhování do vlastního bydlení, opuštění chráněného bydlení z důvodů porušování pravidel nebo návrat do lůžkové psychiatrické nemocnice.

Pobyty klientů delší než zkoumaný časový úsek jednoho roku byly konzultovány s terapeuty a při kompletaci výsledků byla použita data z vlastního výzkumu a z evidence obyvatel chráněného bydlení (viz Tabulka 2).

V lednu 2014 odešli celkem 3 klienti, jeden klient z důvodu porušování pravidel v chráněném bydlení, bydlel zde déle než 2 měsíce, 2 klienti opustili bydlení v chráněném bydlení z důvodu návratu k vlastní rodině, bydleli zde déle než 2 měsíce.

V únoru 2014 odešli celkem 2 klienti, oba klienti z důvodů porušování pravidel v chráněném bydlení, jeden klient zde bydlel déle než 2 měsíce, druhý klient méně než 2 měsíce.

V březnu 2014 odešel 1 klient, hospitalizován v psychiatrické nemocnici, v chráněném bydlení pobýval méně než 2 měsíce.

V dubnu 2014 odešel 1 klient z důvodů porušování pravidel v chráněném bydlení, bydlel zde méně než 2 měsíce.

V květnu 2014 odešel 1 klient z důvodů porušování pravidel v chráněném bydlení, bydlel zde méně než 2 měsíce.

V červnu 2014 neodešel z chráněného bydlení žádný klient.

V červenci 2014 odešel 1 klient z důvodu návratu k rodině, bydlel zde méně než 2 měsíce.

V srpnu 2014 odešli celkem 3 klienti, dva klienti se přestěhovali do vlastního pronajatého bytu, v chráněném bydlení pobývali více než rok, třetí klient hospitalizován v psychiatrické nemocnici, v chráněném bydlení pobýval více než 2 měsíce.

V září 2014 odešli 2 klienti, jeden klient se přestěhoval do vlastního pronajatého bytu, v chráněném bydlení pobýval méně než rok, druhý klient hospitalizován v psychiatrické nemocnici, v chráněném bydlení pobýval méně než 2 měsíce.

V říjnu 2014 odešel 1 klient z důvodu hospitalizace v psychiatrické nemocnici, v chráněném bydlení pobýval více než 2 měsíce.

V listopadu 2014 neodešel z chráněného bydlení žádný klient.

V prosinci 2014 odešel 1 klient z důvodu návratu k rodině, bydlel zde více než 2 měsíce.

**Tabulka 2. Evidence odchodů z chráněného bydlení**

MĚSÍC/ ROK	1/14	2/14	3/14	4/14	5/14	6/14	7/14	8/14	9/14	10/14	11/14	12/14
<b>A</b>							1					
<b>AA</b>	2											1
<b>B</b>									1			
<b>BB</b>								2				
<b>C</b>		1		1	1							
<b>CC</b>	1	1										
<b>D</b>			1						1			
<b>DD</b>								1		1		

- **A**-návrat k rodině do 2 měsíců-počet osob
- **AA**-návrat k rodině od 2 měsíců do 3 let- počet osob
- **B**-adaptace, odchod do vlastního pronájmu do 1 roku-počet osob
- **BB**-adaptace, odchod do vlastního pronájmu od 1 roku do 3 let-počet osob
- **C**-odchod z důvodu porušování pravidel v chráněném bydlení do 2 měsíců-počet osob
- **CC**-odchod z důvodu porušování pravidel v chráněném bydlení od 2 měsíců do 3 let-počet osob
- **D**-návrat do psychiatrické nemocnice do 2 měsíců-počet osob
- **DD**-návrat do psychiatrické nemocnice od 2 měsíců do 3 let-počet osob

Z ročního výzkumu vyplynulo, že tři osoby se dokázaly osamostatnit, získat vlastní pronájem, nalézt práci a navázat rodinný vztah. U třinácti osob se to bohužel nezdařilo, ale každý návrat do normálního života je úspěchem.

Výzkum dále probíhal ve formě nestrukturovaných rozhovorů. Zaměřil se na otázky o počátku jejich nemoci, s případnými problémy v rodině nebo nějakou stresovou situací, která by mohla mít vliv na rozvoj jejich onemocnění. Zkoumané studie ve světě potvrzují hypotézu, že stresové prostředí má vliv na rozvinutí schizofrenie. Cílem bylo posoudit schopnost úspěšného nebo neúspěšného zařazení duševně nemocných zpět do společnosti nebo snahy a vize, které k tomuto cíli vedou. Dále vyjádření pacientů, jak vnímají postoj společnosti k jejich chorobě.

Věk pacientů uváděn v rozmezí z důvodu jejich anonymity.

### **Kazuistika 1.**

Muž, věk 30-40 let, svobodný, vzdělání střední s maturitou.

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

V rodinném prostředí se cítí velmi dobře, nemá sourozence. Ke své nemoci má rodinné dispozice. Po ukončení studia nastoupil do zaměstnání, práce ho vyčerpávala a stávala se stresující. Situaci řešil vyšší konzumací alkoholu. Ani rodina, ani on sám neregistroval žádné změny ve svém chování do 28 let. Zlom nastal pokusem o sebevraždu. Od té doby měl dva měsíční pobyty v nemocničním psychiatrickém oddělení. V současné době žije v chráněném bydlení, nastoupil do nového zaměstnání na krácený úvazek. Má silnou vazbu na rodinu, tak se rád o víkendech vrací do domácího prostředí. Kamarádům, kteří ho znali před vypuknutím choroby, jeho onemocnění nevadí. Jinde by ale o své nemoci v žádném případě nehovořil.

Vize: Vztah, ale rád by vztah na celý život.

### **Kazuistika 2.**

Muž, věk 40-50 let, svobodný, vzdělání střední odborné, vyučen.

Diagnóza: Reziduální schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

V rodině z matčiny rodiny schizofrenie, žil s rodiči. Má dva sourozence. První léčba z důvodu užívání alkoholu, poslán na léčbu matkou. Slyšel hlasy vztahovačné. Abstinuje již 12 let. Nastoupil do nového zaměstnání. V zaměstnání se raději svěřil, že je abstinující alkoholik a že trpí duševní nemocí. Zaměstnavatel ale přijímá jen osoby invalidní.

Vize: Samostatné bydlení.

### **Kazuistika 3.**

Muž, věk 20-30 let, svobodný, vzdělání základní.

Diagnóza: Schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

Žil s otcem, krátce s nevlastní matkou, s vlastní matkou se nestýkal, jeden vlastní sourozenec. Navštěvoval 2 roky odborné učiliště, studium nedokončil. Nezná nikoho v rodině s psychickými problémy. Nemoc se začala projevovat v době kolem 21 let, do té doby samostatně fungoval a pracoval. V té době drogová závislost a slyšení hlasů. Rodina zajistila převoz do léčebné nemocnice Dobřany. První pobyt nedokončil, útěk z léčby, další 2 pobyty, každý cca 3 roky. V současné době nastoupil do práce na poloviční úvazek. Jeho zálibou je práce na počítači a hudba. Co říká společnost na jeho onemocnění, neřeší, ale o své nemoci s cizími lidmi nehovoří.

Vize: Samostatné bydlení, vztah.

### **Kazuistika 4.**

Muž, věk 30-40 let, svobodný, vzdělání střední odborné, vyučen.

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

Styk s matkou i později, otce se bál, fyzické tresty, dva vlastní sourozenci. Nezná nikoho v rodině s psychickými problémy. Nemoc se začala projevovat v době kolem 28 let, do té doby samostatně fungoval

a pracoval. Před léčbou drogová závislost, slyšení hlasů, vtíravé myšlenky. Má nařízenou soudní léčbu, je částečně nesvéprávný. Pět pobytů v léčebně, celkem asi v délce 3 let. Pracovní poměr má jako výpomocnou brigádu. Mezi záliby patří jízda na kolečkových bruslích, na lyžích, rád poslouchá hudbu a dívá se na fantastické filmy. Se svojí nemocí se cizím lidem nesvěřuje. Nezná nikoho z rodiny s psychickými problémy.

Vize: Samostatné bydlení.

### **Kazuistika 5.**

Žena, věk 40-50 let, rozvedená, vzdělání střední odborné, vyučena.

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

Žila s matkou a nevlastním otcem, má jednoho vlastního a jednoho nevlastního sourozence. Vztah s nevlastním otcem nebyl dobrý. Ani v současné době nemůže za svojí matkou do bytu, scházejí se na veřejných místech. Z manželství má dceru, se kterou má hezký vztah. Má trvalé zaměstnání na krácený úvazek. Nezná nikoho v rodině s psychickými problémy. Nemoc se projevila v 42 letech, kdy slyšela příkazující hlasy. Rodina zajistila převoz do léčebné nemocnice Dobřany. Pobyt v léčebně trval dva a půl roku, po propuštění žije v chráněném bydlení. Má velmi ráda návštěvy a ráda sleduje pořady v televizi. Má nařízenou soudní léčbu a je nesvéprávná. Jak se společnost vyjadřuje k onemocnění schizofrenie, nijak neřeší, ale o své nemoci by s cizími lidmi nehovořila.

Vize: Samostatné bydlení, vztah.

### **Kazuistika 6.**

Muž, věk 30-40 let, svobodný, vzdělání střední odborné, vyučen.

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

Byl zlobivé dítě. Měl nevlastní matku. Po jejím úmrtí se otec znova oženil, nyní se s otcem již nestýká. Má nevlastní sourozence. Navštěvuje pouze babičku. Dvakrát byl hospitalizován v léčebně. Pracuje již rok na krácený úvazek. Odstěhoval se z chráněného bydlení do soukromého bydlení. Našel si přítelkyni. Jeho zálibou je výpočetní technika. Svoji chorobu nesděljuje cizím lidem, naopak se to snaží utajit. Přístup společnosti k jeho onemocnění je pro něho stigmatizující.

Vize: Práce, vztah, samostatné bydlení. V současné době představy splněny.

### **Kazuistika 7.**

Žena, 30-40, svobodná, vzdělání střední škola s maturitou s dalším vyšším vzděláním.

Diagnóza: Schizofrenie simplex, původně třetí stupeň invalidity, nyní snížen na první stupeň.

Vyrůstala bez sourozenců v úplné rodině. Před pěti lety sama na sobě pozorovala nějaké změny, rodiče si ničeho nevšimli. K onemocnění má rodinné dispozice. Nemoc nedokázala po smrti rodičů řešit, přesto, že má zdravotní vzdělání. K vyřešení její situace dopomohla všímavost cizích lidí. Po hospitalizaci v léčebně odešla do chráněného bydlení. Nastoupila do zaměstnání, odstěhovala se do soukromého bytu. V současné době si našla i přítele. Její záliby jsou čtení, dokumenty v televizi o přírodě a sport. Svoji chorobu se snaží před cizími lidmi utajit. Přístup společnosti k její chorobě je pro ni stigmatizující.

Vize: Samostatné bydlení, práce, vztah. V současné době vize splněny.

### **Kazuistika 8.**

Muž, 30-40 let, svobodný, vzdělání střední odborné, vyučen.

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, třetí stupeň invalidity.



Původně vyrůstal v úplné rodině, otec odešel, když mu bylo 15 let. Má tři sourozence, byl ze všech nejmladší. Nemoc se projevila v 28 let, do léčebny nastoupil z vlastního uvážení. Celkem absolvoval tři léčebné pobyty. Pět až šest let užíval drogy. Slyší hlasy. Neví o nikom, kdo by měl v rodině duševní onemocnění. Zapojil se do pracovního procesu. Známým jeho nemoc nevadí. Pokud nemusí o své nemoci hovořit, nebude.

Vize: Samostatné bydlení, vztah zatím neplánuje.

### **Kazuistika 9.**

Muž, 30-40 let, svobodný, vzdělání střední odborné vyučen, ukončené maturitou.

Diagnóza: Paranoidní schizofrenie, třetí stupeň invalidity.

Původně vyrůstal v úplné rodině, otec odešel, když mu bylo 10 let. S otcem se stýkal i nadále. Otec se vrátil k rodině v jeho cca 15 letech. Má jednoho sourozence. Nemoc zjistil praktický lékař v jeho 34 letech. Celkem absolvoval devět léčebných pobytů. Má zkušenosti s užíváním drog. Slyší hlasy, má bludy, je nerad sám doma. Nezná nikoho v rodině s duševním onemocněním. Z důvodu jiných problémů se nemůže v současné době zapojit do pracovního procesu. O své nemoci se nebojí hovořit, ale cítí negativní postoje společnosti.

Vize: Samostatné bydlení, vztah.

Výzkum se zaměřil na klienty z chráněného bydlení, u kterých jsem sledovala jejich životní osudy, které mohly způsobit rozvinutí jejich choroby. Dále byly sledovány vize klientů, kteří bydleli nebo bydlí v chráněném bydlení. S klienty jsem byla ve styku po celý rok 2014 a sledovala jejich další životní cesty.

## 15 ZÁVĚR

Schizofrenie je komplexní porucha, kterou je v současné době nutné rozeznat na základě klinických symptomů. Může být zasaženo myšlení a přesvědčení, vnímání, emoce a motivace. U některých pacientů se schizofrenie stane chronickým stavem, který je charakterizován častými relapsy akutních symptomů. Pacient se po léčbě akutní epizody nemusí vrátit na zcela stejnou úroveň fungování jako před epizodou. Stává se často, že mu je přiznána plná invalidita. Seznámení s diagnózou schizofrenie bývá sociální stigma, jak pro pacienta, tak pro příbuzné. V současné společnosti nebývá toto onemocnění přijímáno pozitivně, ale někdy i s obavami o nebezpečnosti těchto nemocných. Při léčbě je nutné užívání antipsychotik, v akutních případech je nutná injekční terapie. Akutní schizofrenní symptomatiku je třeba léčit v lůžkovém zařízení. Je důležité dodržování předepsaných denních dávek antipsychotik, u některých schizofreniků může hrozit i nebezpečí agresivního chování při snížení nebo neužívání léků. V takových případech se aplikují depotní antipsychotika, zpravidla 1x za 10-28 dní. Antipsychotika mohou vyvolat i depresivní příznaky, které se odstraňují malými dávkami antidepresiv.

Dnes již nejsou sice duševně nemocní pronásledováni nebo trýzněni, ale je řada vžitých mýtů a předsudků o psychiatrii i psychických poruchách. Být duševně nemocným, zvláště s diagnózou schizofrenie, je pro většinu stigmatizující. Výzkum mezi schizofreniky to zcela potvrdil. Nemocní s touto chorobou se bojí o své nemoci promluvit a společnost se zase bojí nemocných se schizofrenií. Média v dnešní době velmi často ve zpravodajství zvýrazňují u trestních činů, že to způsobil člověk s duševním onemocněním. Stále málo se ví o chorobách duševním a je i malé povědomí o psychiatrii. Stigmatizující je i v Plzni a okolí zmínka o tom, že jste byl léčen v psychiatrické nemocnici Dobřany.

Z provedeného výzkumu bylo velmi pozitivní, že se podařilo třem osobám získat vlastní pronájem, být úspěšní v zaměstnání a vytvořit

i rodinné prostředí. Většina pacientů s diagnózou schizofrenie pobývá delší dobu v psychiatrických nemocnicích a často i opakovaně a návrat do normálního života je pro ně velmi složitý.

Organizace Ledovec pomáhá zajišťovat vhodná pracovní místa. Všichni klienti se schizofrenií, kteří nedostali omezení pracovat, mají v současné době zaměstnání. Jeden ze sledovaných klientů se v roce 2015 dobrovolně vrátil ke svým rodičům, nemá žádnou novou hospitalizaci, ale bohužel nepracuje. Osudy dvou klientů mi v současné době nejsou známy, neboť se odstěhovali mimo město Plzeň. Jeden z klientů se sice odstěhoval do pronájmu, ale jeho osud sleduji dále. Má zaměstnání, situace zvládá, ale zůstává sám zatím bez partnera. Jeden ze sledovaných klientů nastoupil dočasně do nemocnice z důvodu změny léčby psychofarmaky. U ostatních sledovaných klientů nedošlo k posunu v jejich vizích, ale ani ke zhoršení jejich stavu. Všechny tyto osoby sleduji i v roce 2015 pro další svoji výzkumnou činnost.

Na nemocné s diagnózou schizofrenie se pohlíží i v současné době jako na nebezpečné osoby. Je dokázáno, že léčení schizofrenici nejsou pro okolí nebezpeční. Významným problémem jsou rizikové faktory sebevražedného chování. Pokrokem v léčbě schizofrenie bylo až zavedení antipsychotik v padesátých letech 20. století.

O duševních nemocech by se mělo více mluvit v médiích, protože i velmi vzdělaní lidé jsou přesvědčení o nebezpečnosti schizofreniků, obávají se konfrontace s nimi. Z toho důvodu nemocní se nesmí zmínit o své nemoci, protože by nezískali pronájem bytu, nezískali zaměstnání, nezískali přátele, ani partnery. Jsou nuceni pracovat pouze v organizacích, kde jejich onemocnění akceptují. I partnerské vztahy většinou navazují jen mezi sebou. Pokud bude stále trvat povědomí naší společnosti o nebezpečnosti schizofreniků, jejich adaptace do normálního života bez utajování onemocnění, není vlastně možná.

## 16 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A PRAMENŮ

- Černoušek, M. 1994. *Šílenství v zrcadle dějin*. Praha: Grada Avicenum.
- Doubek, P., J. Praško, E. Herman, J. Hons 2008. *Psychóza v životě - život v psychóze*. Praha: MAXDORF s.r.o.
- Dušek, K., A. Večeřová-Procházková 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Ebelová, K. 2012. *Maska v proměnách času a kultur*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Eliade, M. 1997. *Šamanismus a nejstarší techniky extáze*. Praha: Argo.
- Fediuk, L. 1911. *Péče o slabomyslné*. Praha: Tiskem družstva knihtiskárny v Zábřeze.
- Foucault, M. 1994. *Dějiny šílenství v době osvícenství*. Praha: NLN, s.r.o., nakladatelství Lidové noviny.
- Foucault, M. 1997. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Nakladatelství Dauphin.
- Grof, S. 1992. *Holotropní vědomí*. Harper San Francisco.
- Grofová, CH., S. Grof 1999. *Nesnadné hledání vlastního já*. Praha: Chvojkovo nakladatelství.
- Harner, M. 2010. *Cesta šamana*. Praha: DharmaGaia.
- Heveroch, A. 1901. *O podivínech a lidech nápadných*. Praha: Nakladatelství Hejda & Tuček.
- Kavenská, V. 2013. *Tradiční medicína Jižní Amerika a její využití v psychoterapii*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Kneidl, C. 1926. „Příspěvek k dějinám péče o choromyslné v Čechách od r. 1790 - 1890.“ Pp. 17-48 in A. Heveroch, F. S. Frabša (eds.). *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Jičín: Vytiskla fa. Šmejce a spol.

Malá, E., P. Pavlovský. 2002. *Psychiatrie*. Praha: Portál, s.r.o.

Malá, M. 2015. *Homo psychoticus*. Praha: Stanislav Juhaňák - TRITON.

Nolen-Hoeksema, S., B. L. Fredrickson, G. R. Loftus, W. A. Wagenaar. 2012. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. Praha: Portál, s.r.o.

Pankratz, A. 1926. „Zemský ústav pro choromyslné v Dobřanech.“ Pp. 128-152 in A. Heveroch, F. S. Frabša (eds.). *Zemské ústavy pro choromyslné v Čechách*. Jičín: Vytiskla fa. Šmejce a spol.

Raboch, J., P. Pavlovský, D. Janotová. 2012. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Nakladatelství Stanislav Juhaňák - TRITON.

Soukup, V. 2011. *Antropologie. Teorie člověka a kultury*. Praha: Nakladatelství Portál, s.r.o.

Šicková-Fabrici J. 2002. *Základy arteterapie*. Praha: Portál, s.r.o.

Škrabáková, L. 2013. *Zdraví z pralesa. Léčivé rostliny Amazonie*. Praha: Eminent.

Vencovský, E. 1994. Uplynulo 50 let od založení nemocniční lůžkové psychiatrické péče v Plzni. Pp. 118-119 in *Česko-slovenská psychiatrie. Časopis psychiatrické společnosti číslo 2 - ročník 90*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.

Vencovský, E. 1996. *Psychiatrie dávných věků*. Praha: Karolinum vydavatelství Univerzity Karlovy.

Zvolský, P. 1997. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum - nakladatelství Univerzity Karlovy.

## ELEKTRONICKÉ DOKUMENTY

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014. „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - abecední seznam.“ *Mezinárodní klasifikace nemocí* [online]. Praha: ÚZIS [cit. 10. 11. 2014]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/mkn/index.html>.

## 17 RESUMÉ

In the submitted paper the author deals in detail with patients hospitalized for psychotic disorders. Their work fulfillment, the course and the social consequences of the illness were watched.

The therapeutical care with the possibility of a temporary stay in a protected residence is lead by the organization "Ledovec, o. s." in Pilsen. For the psychically ill after hospitalization in medical facilities this help is very important.

The research followed up a one-year participated stay of the clients in the protected residence and their integration into the society. In the year 2014 16 persons with a diagnosis of schizophrenia left the protected residence. The research shown that by 13 of the clients the adaptation has failed and three clients during the year 2014 tied themselves into the work process and gained their own living.

The next goal of the research were unstructured interview with the ill people by whom various kinds of schizophrenia were diagnosed. The questions were aimed at the progress time of their illness and to their perception of the stance of the society to this illness. All the questioned persons feel discredited by the society and stigmatized by the illness.

## 18 PŘÍLOHY



Obrázek 1.

**Trepanace lebek**

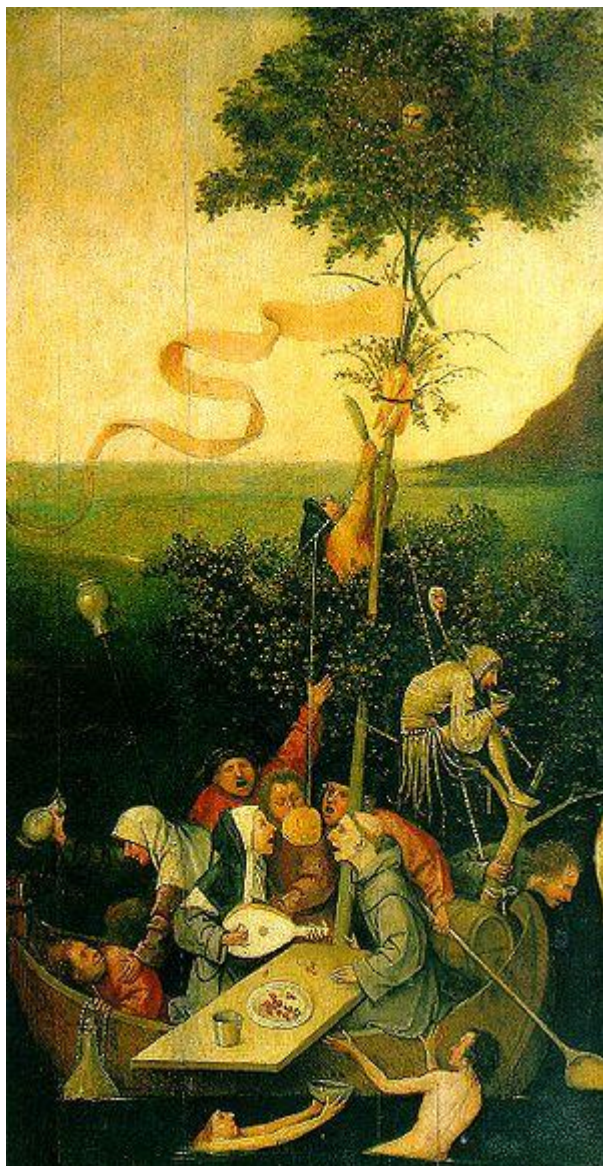




Obrázek 2.

**Léčení bláznovství** (Těžba kamene šílenství), 1488-1494

Hieronymus Bosch



Obrázek 3.

**Lod' bláznů, 1490-1500**

Hieronymus Bosch



Obrázek 4.

**Zázraky Svatého Ignáce z Loyoly, 1577-1640**

Petr Paul Rubens





Obrázek 5.

**Sabat čarodějnic, 1797**

Francisco Goya



Obrázek 6.

**Pinel požaduje propuštění z řetězů duševně chorých v Bicêtre, 1793**

Charles Louis Müller



Obrázek 7.

**Philippe Pinel (1745 - 1826) osvobozuje šílené z jejich řetězů z azylu v Salpêtrière v Paříži, 1795**

Tony Robert-Fleury

## Tabulka 2.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 2014. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů - abecední seznam. „Mezinárodní klasifikace nemocí.“

<b>Schizofrenie</b> , schizofrenický (á) (é)	F 20.9
akutní (krátká) (nediferencovaná)	F 23.2
atypická (formy)	F 20.3
cenestopatická	F 20.8
cyklická	F 25.2
dětského typu	F 84.5
dezorganizovaného (typu)	F 20.1
flexibilitas cerea	F 20.2
hebefrenického (typu)	F 20.1
hraniční	F 21
chronická nediferencovaná	F 20.5
incipientní	F 21
jednoduchá	F 20.6
kataleptická	F 20.2
katatonická (exitační) (úniková)	F 20.2
latentní	F 21
nediferencovaného (typu)	F 20.3
chronická	F 20.5
negavitistického (typu)	F 20
parafrenická	F 20.0
paranoidního (typu)	F 20.0
postpsychotická deprese	F 20.4

prepsychotická	F 21
prodromální	F 21
pseudoneurotická	F 21
reakce	F 32.2
reziduální (stav) (typ)	F 20.5
schizoafektivního (typu) viz Psychóza	
simplex	F 20.6
stupor	F 20.2
syndrom v dětství	NJ F 84.5
určeného typu	NJ F 20.8
Schizoidní osobnost	F 60.1
Schizotypie (přetrvávající)	F 60.1