

Univerzita Palackého v Olomouci  
Katedra psychologie Filozofické fakulty

# KAUZALITA PSYCHÓZ V OBRAZE ČTYŘ TEORETICKÝCH DIMENZÍ



## Diplomová práce

Autor: **Veronika Stixová**  
Vedoucí práce: **PhDr. Radko Obereignerů, PhD.**

Olomouc  
**2011**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny řádně citovala a uvedla.

V Opavě dne 7. 3. 2011

Mé poděkování patří garantovi práce *PhDr. Radkovi Obereignerů, PhD.* za ochotu k radám a konzultacím, vstřícnost a upřímný přístup, dále primářům mužského oddělení *MUDr. Vladimíru Havlíkovi* a ženského oddělení *MUDr. Tomáši Novákovi* z psychiatrické léčebny ve Šternberku za umožnění provedení výzkumu, *PhDr. Michalu Věžníkovi* z mužského oddělení PL Šternberk za poskytnuté konzultace, kolegiální a opravdový zájem, zdravotní sestře *Eliášové* z ženského oddělení PL Šternberk za její laskavou spolupráci, vedení psychiatrické léčebny v Opavě *MUDr. Ivanu Drábkovi* za povolení praxe, díky níž jsem získala klienty pro výzkum, *Jaromíru Medovi* za souhlas se zveřejněním některých pasáží z jeho knihy, a především *všem klientům*, kteří se výzkumu zúčastnili za poskytnuté rozhovory.

# OBSAH

<b>I. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>8</b>
<b>1. Úvod</b>	<b>8</b>
<b>2. Působení společnosti na psychiku jedinců v ní žijících</b>	<b>10</b>
2.1. Vliv historických událostí	10
2.2. Klima společnosti	10
2.3. Negativní jevy uvnitř rodin	11
<b>3. Faktory, které mohou snižovat vulnerabilitu vzhledem k možnému rozvoji psychické nemoci</b>	<b>12</b>
3.1. Plasticita lidského mozku	12
3.2. Odolnost osobnosti	13
<b>4. Vymezení psychóz</b>	<b>16</b>
4.1. Schizofrenie	16
4.2. Schizoafektivní porucha	19
4.3. Akutní a přechodné psychotické poruchy	19
<b>5. Teorie kauzality</b>	<b>20</b>
5.1. Teorie od roku 1900	20
5.2. Biologická východiska	21
5.2.1. Dopaminová a glutamátová hypotéza	21
5.2.2. Model neurodegenerativní	23
5.2.3. Model neurovývojový	23
5.2.4. Model infekční	25
5.2.5. Teorie kortikolimbického rozpojení	25
5.2.6. Teorie diskonekce	25
5.2.7. Model genetický	26
5.2.8. Období narození	28
5.2.9. Evoluční hypotéza Crowa	29
5.3. Teorie zahrnující sociální aspekty	30
5.3.1. Rodiny psychotiků	30
5.3.2. Neschopnost navázat vztahy a absence blízké osoby	33
5.3.3. Negativní zážitky v dospělosti	34

5.3.4. Příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině	34
5.4. Psychologické teorie	35
5.4.1. Problém subjektivity nemoci	35
5.4.2. Možná selhání ve vývojových úkolech	35
5.4.3. Teorie Hammera	37
5.4.4. Analytický model	38
5.4.5. Život v alternativním světě	40
5.5. Na pomezí psychologie a spirituality: Nevědomé procesy	41
5.5.1. Psychózy dle Carla Gustava Junga	42
5.5.2. Koncepce Johna Weira Perryho	44
5.6. Spirituální hledisko	47
5.6.1. Rozdíl mezi psychospirituální krizí a psychózou	48
5.6.2. Psychoenergetika	50
5.6.3. Systém sedmi čaker a jógický přístup	52
5.6.4. Závěr	54
<b>6. Současná léčba psychotického onemocnění</b>	<b>54</b>
6.1. Farmakoterapie	54
6.2. Psychoterapie psychóz	56
6.3. Rehabilitace psychóz	59
6.4. Jiné způsoby léčby	59
<b>7. Nejnovější poznatky k příčinám psychóz</b>	<b>60</b>
<b>II. VÝZKUMNÁ ČÁST</b>	<b>63</b>
<b>1. Cíl výzkumu</b>	<b>63</b>
<b>2. Výzkumné otázky</b>	<b>65</b>
<b>3. Výzkumná metoda</b>	<b>65</b>
<b>4. Výzkumný soubor a jeho výběr</b>	<b>65</b>
<b>5. Metody získání dat</b>	<b>66</b>
5.1. Postup získávání dat ze čtyř dimenzí	67
5.2. Konkrétní oblasti, na něž byla zaměřena pozornost v průběhu rozhovoru	67
5.3. Prostředí a podmínky rozhovorů	68
<b>6. Etika výzkumu</b>	<b>69</b>
<b>7. Zvýšení validity výzkumu</b>	<b>69</b>

7.1. Triangulace zdrojů dat	69
7.2. Hustý popis	70
7.3. Silná data	70
<b>8. Zpracování dat</b>	<b>70</b>
<b>9. Analýza dat</b>	<b>71</b>
9.1. Problém s diagnózou	71
9.2. Rodinné poměry	71
9.3. Jiné sociální prostředí	75
9.4. Psychiatrická zátěž v rodině	78
9.5. Alkohol a drogy	79
9.6. Obsah halucinací a bludné produkce, spirituální aspekt, popř. sny	79
9.7. Osobnost klientů	83
<b>10. Výsledky výzkumu</b>	<b>85</b>
10.1. Faktor rodinného prostředí	85
10.2. Jiné sociální prostředí	86
10.3. Psychiatrická zátěž v rodině	86
10.4. Alkohol a drogy	87
10.5. Halucinace a bludy, spirituální aspekt, popř. sny	87
10.6. Osobnost klientů	88
10.7. Další klienti – částečné informace	89
<b>11. Možná omezení výzkumu</b>	<b>91</b>
<b>12. Diskuze</b>	<b>92</b>
<b>13. Závěry</b>	<b>100</b>
<b>14. Souhrn</b>	<b>101</b>
<b>LITERATURA</b>	<b>102</b>

## **Motto:**

**„„Dejte si pozor na to, co není.“**

Čínské

**"Pokud vydáte to, co je ve Vás uvnitř, to co vyvrhnete, vás zachrání. Pokud nevyvrhnete to, co je ve vašem nitru, to co nevyvrhnete, vás zničí."**

Svitky Mrtvého moře

**Každý z nás je jistým způsobem schizofrenická osobnost, tragicky nepřátelská vůči nám samým."**

Martin Luther King Jr.

**"Lidé udělají cokoli, bez ohledu na to jak absurdní to je, jen aby se nemuseli podívat své duši do tváře." -**

Carl Gustav Jung

**"K vytvoření přesnějšího obrazu o sobě samém... je potřeba získat úplné vědomí o těch aspektech sebe sama, o kterých jste nevěděli, že existují. A tyto aspekty je možné lehce spatřit, protože se ukáží jako Vaše symptomy..."**

Ken Wilber

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Úvod

Psychóza ještě stále představuje onemocnění, které budí nereálné domněnky a fantastické představy v očích široké veřejnosti. Postoje bývají různé - strach, odstup, zvědavost, fascinace, transformace a zveličování, často pod dojmem kinematografické či jiné produkce. To má za následek mystifikaci, nálepkování a další nežádoucí projevy.

Mým cílem je ukázat, že psychóza je sice považována za závažné onemocnění, nicméně výše uvedené reakce pramení především z jejího neporozumění. Tím, že pochopíme její podstatu a pokusíme se o vhled do kauzality, zbavíme ji nádechu děsivosti a přiblížíme „běžným“ lidem.

Pokud máme dojít ke kvintesenci, je důležité, abychom se nenechali odradit možnými omezeními – to, že psychózy dosud nedokážeme vyléčit, by mělo podporovat snahu nesmířit se s jednostranností a nebát se hledat i jiné možnosti a vysvětlení, byť by se mohly jevit kontradiktorně vzhledem k současným konceptům.

Domnívám se, že o psychóze můžeme tvrdit, že ztělesňuje bio-psycho-sociálně-spirituální nemoc. Tolik opomíjená a leckdy odmítaná spirituální složka přitom vůbec nemusí vylučovat procesy na bázi mozku. Gaganová (2004) uvádí, že mimo Junga např. humanistické hnutí přijalo spiritualitu jako nedílnou součást lidské zkušenosti, ať už se jednalo o Maslowo pojetí sebeaktualizace, Lillyho a Wilberovo pojetí vyšších stavů vědomí, nebo práce, v nichž Capra, Zbav nebo Bertalanffy tvrdili, že fyzika a biologie mají duchovní paralely.

Dosud neznáme přesné mechanismy působení jednotlivých oblastí na sebe navzájem. Bylo by proto svazující odmítat některé zřetele pouze proto, že jsme je dosud sami nepoznali nebo jim nedokázali porozumět, a tudíž nesou nálepku „nevědecké“.

Dnešní podoba především psychiatrie, ale i psychologie, veřejnosti zrcadlí především vědecky prokázaná vysvětlení jevů a problémů, s nimiž se pracovníci v této oblasti potýkají. Není to nic překvapujícího, uvážíme-li, že v západní společnosti převládá především materialismus. V souladu s tím je pozornost zaměřena kupříkladu na biologické procesy v mozku, probíhají výzkumy, které se snaží odhalovat změny a na jejich základě se pak posouvá a formuje i léčba. To je všechno jistě užitečné proto, aby se vyvinuly preparáty, které psychické poruchy a nemoci mírní, nebo se snaží o nejvyšší možnou míru zlepšení stavu. Stále je však otevřená otázka, nakolik řešíme pouze symptom, který se zapsal do klasifikace nemocí jeho odpozorováním, zatímco skutečná příčina zůstává skryta. Můj ošetřující



chiropraktik jednou velmi výstižně řekl: „Hoří. Kdybych zde – mezi nás a oheň - umístil závěs, požár bychom neviděli.“

Stále ještě zůstávají nevyřešené otázky a to, co kdysi David Chalmers (in Plháková, 2004) označil jako „neřešitelný problém“. Nevíme, jak působí náš mozek na duši, neznáme jeho možnosti vzhledem k tomu, jak málo kapacity z něj využíváme.

Možná, že vidět podstatu, je ve skutečnosti stejně snadné, jako vidět dvě různé podoby v jednom obrazu, nebo smyslný obrazec ve změti zdánlivě bezsmyslných skvrn – jen ji ještě nejsme schopni spatřit.

Zatím se můžeme snažit lépe pochopit naše klienty a porozumět jejich nemoci. Tomu můžeme dopomoci tím, že se budeme s úctou zajímat o jejich životy a osudy a poznávat je. Tak budeme moci hlouběji proniknout do dynamiky nemoci. Je též důležité zaměřovat se na to, co je v člověku zdravé a aplikovat pozitivní přístup. V některých případech také pohled do minulosti a nalezení míst, kde daný člověk přerušil svou životní cestu, může napomoci pochopení, proč došlo k vychýlení a možná mu i pomoci se na ni znovu vrátit.

Jaromír Medo (2004) řekl<sup>1</sup>:

„Mám slzy v očích a na duši se mi rozhostí bolestný soucit s tisíci či milióny jedinců na tomto světě, které jejich okolí odmítá jen pro jejich duchovně ne zcela zvládnutý postup. Tito lidé ale už jsou obrazy své schizofrenie či neurózy uzdravování, kdežto tzv. normální lidé jsou ve své podstatě stále nemocní a lékař (v tomto případě nevědomí) k nim ještě nepřišel. Právě svým extrovertním životem a odmítáním vnitřních obrazů náležejících k samotné podstatě lidství se do budoucna budou řadit k těm, kteří nebudou schopni zvládnout konflikt vědomí versus nevědomí a kteří nezadržitelně míří do ordinací psychoanalytiků. Nechtě doufají, že do té doby se změní nahlížení na problematiku schizofrenie a neuróz, aby neskončili jako jejich předchůdci za zdmi psychiatrických ústavů. Vždyť tomuto závěru zcela napovídá hluboko sahající analogie schizofrenního fenoménu se snem. Současná psychologie (až na několik světlých výjimek) se snaží u svých pacientů vize a sny archetypu Témata zničení světa zastavit a potlačit, panicky se bojí průlomu nevědomí do vědomých procesů a soudíc podle své tzv. normalnosti zařazují tento zákonitý proces do sféry patologických jevů. Je na čase obrátit kolo dějin a nazvat věci, jevy a vztahy pravým jménem. Je pro mne hrůznou představou, že duchovně nadaný jedinec skončí v sanatoriu pro choromyslné jen proto, že současná psychologie se stala vědou hmotářských extrovertů neuznávajících názory druhých, názory, které nezapadají do mozaiky jejich bludného materialistického přesvědčení.

---

<sup>1</sup> Z mého pohledu především v souvislosti s psychospirituální krizí, přesto zajímavý pohled.

## **2. Působení společnosti na psychiku jedinců v ní žijících**

### **2.1. Vliv historických událostí**

Protože v psychiatrických léčebnách potkáváme řadu klientů s psychotickým onemocněním, kteří byli poprvé hospitalizováni už někdy před 30-45 lety, je pro pochopení jejich osudů, přínosné znát také historické souvislosti doby, ve které oni sami vyrůstali, rovněž jako prostředí a podmínky, v nichž vyrůstali jejich rodiče.

Sak, Saková (2004) uvádějí, že společnost a její vývoj má nepochybný vliv na vzájemný vztah jedinec-společnost, průběh této interakce i dosažený stav. Na životních drahách příslušníků určitých generací můžeme vidět dopady vývoje společnosti. Pokud se zaměříme na náš stát a jeho historii, autoři hovoří o zásahu dramatických historických událostí ve vývoji Československa, kdy události z let 1937-1945, 1948, 1968 a 1989 znamenaly narušení linearity a kontinuity vývoje společnosti a tím také životních drah jedinců, generací, sociálních a vzdělanostních skupin. Tyto události zasáhly do společnosti a nějakým způsobem tuto společnost proměňovaly. V tom smyslu doposud zprostředkovaně působí na životní dráhy lidí. Proto analyzování životní dráhy člověka znamená pochopit, co se v české společnosti po dobu života alespoň dvou generací dělo.

Je také důležité zmínit, že tak jako je pro nás české občany důležité chápat širší souvislosti událostí historie odehrávající se na území našeho státu, které mohly asistovat při vzniku negativních faktorů v rodině, vzniká stejný požadavek také na problematiku vyskytující se v jiné zemi.

### **2.2. Klima společnosti**

Mokrejš (2005) hovoří o povážlivém úpadku společenství lidí, úrovně komunikace v něm a zejména pak vzájemné důvěry a pocitu spokojenosti a příslušenství do společenství.

Podle autora spočívá základ zdravého života ve společenství v pevném a zřetelném vědomí jednotlivců i skupin, že jim v jeho rámci připadá produktivní úloha, tedy že pro společenství přinášejí něco významného. Vědomí produktivnosti a užitečnosti poté zakládá sebeúctu a sebedůvěru, přesvědčení o vlastní lidské důstojnosti a hodnotě.

Rovněž úroveň a ráz politického života daného společenství rozhoduje o tom, zda v něm vládne ovzduší vzájemné důvěry. Pro úspěšný chod společenství je zapotřebí také materiálních zdrojů a spolu s nimi základní shoda o jejich využití. V neposlední řadě je třeba zřetelné vědomí osob o dělbě rolí, práv a povinností, o podobách a distribuci všech očekávání.

Všechny negativní jevy, objevující se v danou dobu na daném místě v daném kontextu, mohou neblaze ovlivňovat přímo i nepřímo životy v rodinách.

### **2.3. Negativní jevy uvnitř rodin**

Hetherington a Martin (1986) hovoří o tom, že na koncept rodiny musí být pohlíženo z hlediska širšího životního prostředí, které obklopuje rodinu a mění se. Rodinné vztahy a to, jestli se členové cítí dobře, ovlivňuje skutečnost, zda je sociální okolí podporující, stresující nebo měnící se v rozličných etapách vývoje jedince nebo rodiny. K popisu vývoje psychopatologie je třeba zohledňovat vyvíjející se dítě a rodinu s měnící se kapacitou, vývojovými úkoly a zdroji fungování v měnícím se sociokulturním a historickém kontextu.

Bentovim (1998) předkládá názor, že převládající sociálně-kulturní model respektive vliv společnosti s jejími kulturními, společenskými a rodinnými aspekty může vést k tomu, že se násilí dopouští i tzv. „normální“ rodiče, kteří byli v dětství sami tvrdě trestáni.

Mufsonová a Kranzová (1996) uvádějí jako jeden z důvodů, proč se lidé dopouštějí týrání či zneužívání, chybějící širší lidské společenství. Mnoho lidí se domnívá, že rodiče jakožto součást individuální rodinné jednotky by měli být schopni sami zajistit všechno potřebné pro péči o vlastní děti. Rodina je zde chápána jako jednotka, kde se dbá na respektování jejího soukromí za všech okolností, což lidem často brání v tom, aby zasáhli do života rodin, kde k týrání dochází. Za to, že děti, jimž je ubližováno, zůstávají v nevyhovujících a nebezpečných situacích, může podle autorek představa, že děti jsou vlastnictvím svých rodičů a jako takové za ně společnost nenese odpovědnost.

Bentovim (1998) hovoří o tom, že rodina je také soukromou institucí, kdy s narůstající mírou soukromí zákonitě klesá společenská kontrola. Celospolečensky akceptovaná pravidla pro případné potrestání přitom mohou být v soukromí značně zkreslena.

Mufsonová a Kranzová (1996) hovoří o tom, že izolovanost rodiny jako jeden z faktorů výskytu týrání v rodinách se konkrétně projevuje v nedostatku přátel, chudých kontaktech se sousedy a menším přístupem ke zdrojům sociální podpory nebo sociálních služeb, k církvím i k ostatním organizacím působícím v rámci místních komunit. Rodiny, které předtím nebyly tolik izolované, ale vyskytly se v nich určité problémy, např. nezaměstnanost, je mohou řešit právě izolováním se a přerušením styků, což riziko týrání zvyšuje. Izolace tak vede jednak k minimalizaci rizika odhalení toho, co se v rodině děje.

### **3. Faktory, potenciálně snižující vulnerabilitu vzhledem k rozvoji psychické nemoci**

Jevy, které byly popsány v předchozí kapitole, mohou negativně působit na psychiku člověka, což v krajním případě může vést až k rozvoji psychické nemoci. Ne vždy ale k rozvoji duševního onemocnění dochází. Existují faktory, které mohou riziko pro onemocnění snížit.

V souvislosti s duševními chorobami se hovoří o plasticitě lidského mozku a odolnosti osobnosti.

#### **3.1. Plasticita lidského mozku**

Benešová, Kulišťák a Preiss (2009) uvádí, že mozek není při narození zcela propojený, myelinizovaný je pouze částečně a jako takový dozrává do komplikovaného systému, jemně vyladěného na změny a evoluční nároky přicházející z vnějšího i vnitřního prostředí. Základem tohoto přizpůsobení je celoživotní schopnost nervových buněk mozku stavět, přestavovat, rušit a opravovat svou tkáň.

Na základě současných prací o neuroplasticitě mozku by bylo možné ji podle Benešové, Kulišťáka a Preisse (2009, s. 56) definovat jako „specifickou schopnost nervového systému zákonitě se vyvíjet, přizpůsobovat se změnám vnitřního a zevního prostředí, a to za fyziologických i patologických situací, ve snaze udržet vysokou aktivní funkčnost celého systému. Neuroplasticita je zde chápána jako celoživotní potenciál mozku přizpůsobit se v rámci genetických predispozic strukturálně i funkčně novým podnětům, reorganizovat neuronové cesty pod vlivem nových či opakovaných zkušeností a měnit se v odpověď na poškození.“

Podle Huttenlochera (in Benešová, Kulišťák, Preiss, 2009) má nejvyšší schopnost neuroplasticity mozek mladý, ale některé studie prokázaly zachování určité míry této schopnosti i v dospělosti až do stáří, což má souvislost také s mírou využívání mozku. Každá adaptace ovšem znamená pro organismus i určité ztráty, ať už jde o hmotu, energii nebo informace. Mozek se opakovaně zkušenosti přizpůsobuje tak, že postupně minimalizuje ztráty vynaložené na svou adaptaci.

Benešová, Kulišťák a Preiss (2009) uvádějí, že základní organizace neuronálních okruhů je dána genetickým programem, funkce i struktura však může být upravována na základě vnitřních nebo vnějších podnětů.

Plastické změny jsou charakterizovány dvěma základními projevy: první typ funkční plasticity se rozvíjí relativně rychle a projevuje se dobře reverzibilními změnami, druhý typ má charakter adaptace, která umožňuje vyjádření genetických předpokladů ve fenotyp.

Jak uvádí Gage (in Benešová, Kulišťák, Preiss, 2009), vysílají zachované neurony na hranici poškození nové axonální větve do poškozené oblasti, aby inervovaly dendrity, které ztratily synaptický vstup. Růst axonů vede k formování nových synapsí v místech spojení těchto atonálních výběžků a dendritických stromů. Pokud není ztráta původních buněk kompletní, dochází k obnovení funkce alespoň v částečném rozsahu. Jako další kompenzace ztráty blízkých neuronů s podobnou funkcí se podle Huttenlochera (in Benešová, Kulišťák, Preiss, 2009) jeví růst nových dendritů a zvětšování dendritické plochy.

Ačkoli např. Gage (in Benešová, Kulišťák, Preiss, 2009) zmiňuje, že objem nových neuronů není mohutný, přesto je významný z důvodu klíčové role hippocampu v procesech paměti a učení.

Jedním z hlavních činitelů, které určují využití neuroplasticity je podle Pettyho (in Benešová, Kulišťák, Preiss, 2009) aktuální stav vnitřního prostředí CNS. Neurogenезi může překazit malnutrice, působení stresu, ale i hormony pohlavní a hormony štítné žlázy. Jak zmiňuje Gage (in Benešová, Kulišťák, Preiss, 2009), zdá se, že možnost rozvoje nových neuronů se zvyšuje také pravidelným pohybem a cvičením. Tato skutečnost je známa rovněž v souvislosti se zvládnáním stresu.

Zotavování mozkové tkáně po poškození a podporu přežívání nově vytvořených buněk podporuje také komplexní a podnětné prostředí.

### **3.2. Odolnost osobnosti**

Odolnost je Hartlem a Hartlovou (2004) vymezena jako schopnost vyrovnávat se s životními situacemi společensky přiměřeně, bez patologických reakcí, kdy její úroveň závisí na vrozených vlastnostech, věku, životních zkušenostech, získaných postojích k sobě a současném stavu organismu.

Podle Hoška (1997) závisí odolnost člověka na konfiguraci jeho osobnostních rysů.

Např. Anthony (in Hoskovcová, 2006) shledal nezranitelné (invulnerable) děti v polovině 70. let 20. století i v rodinách psychotiků, které se obecně považují za rizikové.

#### Resilience

Hartlem a Hartlovou (2004) je resilience označena synonymy jako nezdolnost nebo též houževnatost, konkrétně pak jako souhrn činitelů, které člověku pomáhají přežít např.

v nepříznivých podmínkách, stresu, osamění nebo dysfunkční rodině. K těmto činitelům řadí zejména zdravé sebepojetí a sebeúctu, schopnost sociální interakce, kritické myšlení a schopnost odolávat nátlaku.

Podle Blechmana (in Hoskovcová, 2006), představuje resilience schopnost přežít stresor (nebo ohrožující faktor) a vyhnout se dvěma nebo více nepříznivým životním událostem, kterým by většina srovnatelné skupiny lidí ve stejné situaci podlehla.

Každé dítě je vlastníkem jedinečného rozložení sil své osobnosti a proto i dopady, které na něj budou záporné zážitky mít, se budou lišit. Stejně tak je třeba zohlednit různá prostředí, varianty situací, které mohou nastat, věk dítěte, zda byla událost krátkého trvání a přestala v dětském věku nebo zda byla protražovaná a provázela dítě vývojem atd.

Příklad proměnlivosti reakce dětí vzhledem k věku a dispozicím předkládá např. Engfer (1986), který říká, že s jednáním, které u malých dětí vyvolává panickou reakci, např. bylo-li dítě zamčeno ve tmě nebo ponecháno zcela samo po řádku hodin či dní v prázdném bytě, se starší děti vyrovnávají snáze. A to, co u senzitivního dítěte může vést k hluboké poruše, nemusí na jiném zanechat žádný škodlivý dopad.

Malá (2007) k faktorům, které ovlivňují zvládnutí traumatu obecně, zařazuje:

- ❖ Intelektový a kognitivní vývoj dítěte – následky traumatu jsou rozdílné podle odolnosti dítěte a jeho genetické, organické a environmentální vulnerability
- ❖ Celkovou vývojovou úroveň dítěte, zvláště pak vývoj osobnosti – určité osobnostní rysy, které pak v dospělosti tvoří určitý typ osobnosti.
- ❖ Průběh, ale zejména mechanismy zvládnutí úzce souvisí také s emoční interpersonální, rodinnou, vrstevnickou a sociální podporou.

Garmezy (in Hetherington, Martin, 1986) stanovil tři kategorie potenciálních projektivních faktorů: *osobní dispozice dítěte, podporující rodinné prostředí a podporující systém okolního prostředí*. Ke vnějším projektivním faktorům můžeme řadit příbuzenstvo, přátele, sousedství, pracovní prostředí nebo školu, náboženské spolky nebo jiné společenské kontakty a činitele uvnitř komunity. Bank, Kahn at al. (in Hoskovcová, 2006) doplňují, že v případě nefungujícího vztahu rodič-dítě může tuto roli plnit také sourozenec.

Přestože výskyt negativních jevů v rodině s podporujícím rodinným prostředím nekorresponduje, zbývají stále ještě osobní dispozice a okolní prostředí.

Matějček a Dytrych (2002) hovoří o BIG FIVE – o 5 vlastnostech, které dávají dohromady jakousi ideální resilientní osobnost – inteligence, svědomitost, extroverze, přívětivost, citová stabilita. (též nervová stabilita či odolnost).

Vaníčková (2004) uvádí, že schopnost vyrovnat se stresem je dána adaptací, tedy schopností přizpůsobit se. Je-li stres nadměrný, je třeba zapojit vyšší úroveň boje proti stresu, tzv. coping (zvládání). Adaptaci i copingu se dítě učí v rodině tím, že rodiče neskrývají před dětmi své pocity a řešení vlastních obtížných situací, které se stává pro děti modelem. Každé dítě se se stresem vyrovnává jinak, na základě své vrozené, ale i od rodičů získané schopnosti adaptace a copingu. Významným předpokladem adaptace a copingu je právě zmiňovaná psychická odolnost – resilience. Ta je v dítěti posilována především respektem k jeho potřebám, s ohledem k individuálním zvláštnostem. Základem k osvojení si schopnosti zvládat problémy a krize, je smysluplnost konání ze strany rodiče.

Hošek (1997) uvádí, že v zátěži jedinec nejprve podle náhodného chování rozpoznává, že určitá odezva ze strany jedince snižuje negativní dopad situace, což vede k tendenci toto chování respektive projev při budoucím výskytu zátěžové situace opakovat. Hošek rozeznává převážně aktivní techniky a techniky pasivní.

#### K aktivním technikám řadí:

- *Sublimaci* – ventilaci vzteku, napětí a agrese do oblasti, v níž není nežádoucí, např. do sportu.
- *Upoutávání pozornosti vlivem snížení sebevědomí v zátěži*
- *Identifikaci*
- *Kompenzaci* – např. vášnivé pěstování koníčků
- *Racionalizaci a bagatelizaci* – zdůvodnění a ospravedlnění chování, v našem případě chování ze strany rodiče, v případě bagatelizace až znevážení a zlehčení situace

#### Z pasivních technik se jedná o:

- *Izolaci* – stažení se a únik do samoty
- *Denní snění*
- *Únik do nemoci*
- *Regresi* – návrat k vývojově nižšímu způsobu přizpůsobení, zejména v případech posttraumatických stavů.
- *Popření*

## 4. Vymezení psychózy

Hartl, Hartlová (2004) psychózy vymezují jako těžké duševní choroby, při nichž je zpravidla ztracen kontakt jedince s realitou, jsou těžce deformovány vnímání, prožívání, citění i vůle a chybí vědomí nemoci.

V následujících kapitolách jsem zachovala původní označení autorů, kteří nemocné s psychotickým onemocněním nazývali jako „pacienty“, sama se přikláním k novějšímu pojmenování „klient“, které se mi jeví jako podporující úctu k nemocným. Proto ve svých komentářích používám tohoto označení.

Malá (2005) uvádí, že termín psychóza poprvé publikoval E. von Feuchtersleben v roce 1845 a od té doby prodělal mnoho změn. Dnes se od něj opouští a není jednotně používán ani v dětské psychiatrii ani v psychiatrii dospělých. Pod pojmem psychóza rozumí těžkou duševní poruchu, jejíž rámec tvoří porucha vztahů pacienta – k sobě samému, k druhým a k realitě. Vztahy mohou chybět zcela nebo být narušeny, pacient je může převádět do svého imaginárního světa, kam jej není možné následovat. Poruchy vnímání reality provázejí změny chování, jako je autistické odtažení, manické extravagantní jednání aj.

Pokud se podíváme do historie, nalezneme pojem E. Kraepelina *dementia praecox*, který zahrnuje různé psychotické symptomy. Vydělil tři základní typy *dementia praecox* – katatonní, hebefrenní a paranoidní, přičemž hovoří o prognóze konečné deteriorace.

### 4.1. Schizofrenie

Malá (2005) uvádí, že E. Bleuler přišel s novou koncepcí *dementia praecox* a názvem schizofrenie, který lze volně přeložit jako „rozštěp mysli“. Tento rozštěp byl dle Bleulera hlavním příznakem a příznakem daleko více typickým než finální deteriorace. Ke Kraepelinovu dělení přidal typ čtvrtý – simplexní schizofrenii.

Goldberg (2004) uvádí, že schizofrenie je ničivé onemocnění psychiky, které postihuje asi 1% populace.

Maršálek et al. (2007) představuje onemocnění schizofrenního okruhu jako jeden z nejzávažnějších problémů psychiatrie. Schizofrenie při časté invalidizaci a nákladech na celoživotní léčbu znamená ekonomickou zátěž systému, kdy 1,5-3,5 hrubého národního důchodu v evropských i mimoevropských zemích je vyčleněno na její léčbu.

#### Doba počátku onemocnění

Autoři se neshodují v tom, kdy porucha přesně začíná. Podle Benderové (in Malá, 2005) sahají počátky všech schizofrenií do dětství, ať už se manifestují akutně nebo



chronicky. Rozdíl je pouze v obranných mechanismech, jejichž selhání způsobí rozvoj nemoci.

Koukolík a Motlová (2004) uvádějí, že schizofrenie se poprvé manifestuje v pozdní adolescenci a časné dospělosti. Onemocnění začíná zpravidla spíše nespecifickými příznaky jako je iritabilita, neklid a náladovost. Mohou to být deprese, úzkost, obtíže se soustředěním a koncentrací, nedostatek sebevědomí a energie. Většina z těchto časných příznaků patří mezi dvě dimenze: *negativní symptomy*, jako je ztráta energie, pomalost, obtížné myšlení a koncentrace a *afektivní symptomy* – depresivní nálada, nedostatek sebevědomí a úzkost. Jedná se o symptomy, které jsou spjaty s rizikem zhoršeného sociálního fungování. Uvádí se, že schizofrenie začíná u mužů o něco dříve než u žen.

Schizofrenie s pozdním začátkem pak propuká po dovršení 40 let, pozdní parafrenie po dovršení 60 let.

#### Schizofrenie v dětství a adolescenci

Ačkoli panují různorodé názory na diagnózu schizofrenie v dětství, Villinger (in Malá, 2005) prohlásil, že diagnóza dětské schizofrenie možná je. Jejím základním symptomem je změněné já a veškerý smysl života. Dle Stutteho (in Malá, 2005) se schizofrenie v dětství vyskytuje 3,5krát častěji u chlapců nežli u dívek.

V dětské a dorostové psychiatrii problém této diagnózy komplikuje vývojový aspekt. Nedo zralé struktury CNS, neukončený motorický, percepční, emoční, kognitivní, intelektový, interpersonální a sociální vývoj je zastaven nebo zbrzděn. Diagnóza schizofrenie v dětství a adolescenci je jednou z nejtěžších.

Hrdlička (2005) doporučuje vzít při posuzování symptomatiky v úvahu jednak dosažený kognitivní vývojový stupeň (ve smyslu Piagetovských vývojových stadií), jednak schopnost exprese psychotických prožitků. Dosažený kognitivní stupeň ovlivňuje výrazně obsah i formu symptomatiky. Teprve ve stadiu formálních operací se začínají postupně psychotické projevy podobat v obsahu i složitosti psychotickým projevům u dospělých. Ve věku 2-7 let, Piagetovském stadiu předoperačního myšlení, kdy je schizofrenie velmi vzácná, patří mezi necharakteristické příznaky především změněné a narušené chování, ve věku 7-11 (stadium konkrétních operací), halucinují děti především obludy a zvířata, obsahem bludů bývají problémy s identitou, ve stadiu formálních operací po 11. roce věku se bludy a halucinace začínají obsahem i složitostí podobat symptomům dospělých.

### Projevy schizofrenie v adolescenci

Ve Spivackově, Heymesově a Spottsově studii (in Malá, 2005) jsou popsány nejčastější charakteristické skupiny projevů schizofrenního syndromu v adolescenci:

- Zvláštní poznávání – výrazná je porucha řeči ve smyslu komunikativním, řeč je často přerušovaná, inkoherentní, objevuje se diferenciacie předmětného vědomí a vědomí „já“
- Bizarní motorické fenomény – grimasování, automatismy, bizarní postoje, pohyby atd.
- Schizoidní odtažení
- Emoční ochuzení
- Špatná emoční kontrola – dráždivost, labilita, konflikty s okolím a problémy s učením

### Kritéria schizofrenie

Jak uvádí Bouček (2006), dle MKN 10 musí být přítomen alespoň jeden z příznaků:

- Ozvučování, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
- Bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání
- Halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, přicházející z jiných částí těla
- Neustálé bludy jiných typů

### Nebo alespoň dva z příznaků:

- Neustálé halucinace jakéhokoliv typu, pokud jsou spojeny občasnými nebo jen částečně formovanými bludy, bez jasného emotivního obsahu, nebo s trvale zvýšeným sebehodnocením, nebo vyskytují-li se denně po dobu týdnů nebo měsíců
- Přerušování nebo zárazy myšlenek, jejichž výsledkem jsou inkoherence, nepřiměřená řeč nebo neologismy
- Katatonie
- Negativní symptomy jako zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi

Jako formy schizofrenie rozlišujeme schizofrenii paranoidní, hebefrenii, katatonii, simplexní a tři další podtypy – nediferencovanou schizofrenie, reziduální schizofrenii a postschizofrenní deprese.

## 4.2. Schizoafektivní porucha

Bouček (2006) uvádí vymezení schizoafektivní poruchy jako poruchy epizodického charakteru, u nichž jsou v popředí jak afektivní, tak schizofrenní příznaky. Podle převládajících rysů afektivní složky lze rozlišit manický, depresivní a smíšený typ.

Kritéria dle MKN 10 pro diagnózu jsou následující:

- Porucha splňuje kritéria pro jednu z afektivních poruch
- Po dobu nejméně dvou týdnů se musí vyskytovat příznaky nejméně jedné skupiny:
  - Ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
  - Bludy kontrolování
  - Halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří
  - Nepatřičné bludy, které nemohou být kulturně podmíněné
  - Nepřiměřená a nesouvislá řeč
  - Intermitentní, ale časté projevy některých forem katatonie

Afektivní příznaky i příznaky schizofrenie musí být přítomné v průběhu stejné epizody poruchy a alespoň po určitou dobu musí probíhat souběžně.

## 4.3. Akutní a přechodné psychotické poruchy

Rozlišujeme akutní polymorfni psychotickou poruchu bez příznaků schizofrenie, s příznaky schizofrenie, akutní schizoforní psychotickou poruchu a jiné akutní psychotické poruchy s převahou bludů. Jejich detailnější popis uvádí Bouček (2006).

## 5. Teorie kauzality

V souvislosti s psychotickým onemocněním se v minulosti rozvinula řada teorií. Teorie procházely svým vývojem; některé z nich jsou dnes již překonané, některé jsou zkoumány a ověřovány dalšími výzkumy. Teorie, která by byla přijata za jednotnou a všeobecně platnou, však dosud neexistuje.

### 5.1. Teorie od roku 1900

Hollingshead (1961) uvádí, že od roku 1900 bylo předloženo 6 teorií, které se snažily objasnit příčinu schizofrenie. V roce 1904 byla formulována teorie patologické léze. Druhou teorií byla biochemická hypotéza. Biochemické vysvětlení mentálních poruch je staré jako Hippokrates; Kraepelin věřil, že schizofrenie je zapříčiněna chybným metabolismem, ale nebyl nikdy schopen to dokázat.

Třetí typ teorie dle Hollingsheada (1961) předpokládá genetickou podmíněnost. Mezery v biochemické hypotéze vedly k obnovení zájmu o dlouhodobou myšlenku, že schizofrenie vzniká v návaznosti na chybnou genetiku. Existují domněnky, že schizofrenie je předávána z rodičů na dítě skrze jeden recesivní gen, tento fakt je však v některých oblastech genetické epidemiologie zpochybňován.

Čtvrtá teorie vznikla v návaznosti na Freuda. Přesto to byl až jeho žák – Jung, který poprvé aplikoval teoretickou strukturu psychoanalýzy na etiologii schizofrenie. Toto psychoanalytické hledisko bylo mnohokrát přepracováno jinými badateli. Validita této teorie podle autora stále spočívá na víře a tvrzení.

Jako pátý typ Hollingshead (1961) uvádí sociogenní teorii, která se vyvinula z psychologické teorie. Tato teorie dle autora zahrnuje Sullivanovu teorii narušených vztahů mezi rodiči a jejich dítětem, která představovala odchýlení se od freudiánské pozice. Poslední variantou snahy o interpersonální vysvětlení byla double-bind hypotéza formulovaná Batesonem a jeho spolupracovníky. Tato teorie je založena na předpokladu chybné komunikace mezi lidskými bytostmi. Teorie předpokládá, že schizofrenie je individuálním přízpůsobením se patologickému rodinnému prostředí – rodině, v níž nemůže jedinec „vyhrát“ způsoby jednáním, které naše společnost označuje jako „normální“.

Šestá a poslední je teorie eklektická. Meyer (in Hollingshead, 1961), akceptoval Kraepelinovu a Bleulerovu tezi o tom, že schizofrenie je nozologickou entitou, ale odmítl jejich ideu etiologie. Dle něj je schizofrenie onemocněním, které má více etiologických

základů. Každý jedinec je produktem mnoha sil a zkušeností – dědičnost, chemie těla, nervový systém, rodina, status v životě, psychologické zkušenosti atd.

Podle Kingdona a Turkingtona (2005) nebyl žádný z těchto modelů vzhledem k některé své limitaci univerzálně přijat. Proto byly navrženy modely, které je navzájem kombinují – např. na základě spolupůsobení mezi zranitelností a stresem, kdy zranitelnost může mít biologický původ, může být vrozenou psychologickou charakteristikou nebo může být výsledkem sociálních vlivů během nitroděložního a raného vývoje, rovněž jako stres.

## **5.2. Biologická východiska**

Teorií, které vznikly na poli biologického podkladu, je celá řada. Středem jejich zájmu jsou např. neurotransmitery, změny při vývoji mozku nebo degenerativní změny, narušení spojení mezi částmi mozku, genetika nebo infekce, v širším záběru je pak na nemoc pohlíženo v evolučním rozměru.

### **5.2.1. Dopaminová a glutamátová hypotéza**

Jak uvádí Malá (2005), dopamin a glutamát se uplatňují ve stejných neuronálních okruzích a vzájemně se ovlivňují v aktivitě i ve výdeji neurotransmiterů.

#### Dopamin

Dopamin je jedním z hlavních modulačních neurotransmiterů mozku. Dopaminová hypotéza má původ ve zjištění, že psychostimulancia, která zvyšují uvolňování dopaminu, mohou vyvolat psychózu nebo zhoršit psychotické příznaky u pacientů v částečné remisi. Dopaminergní aktivita však sama o sobě nemůže vysvětlit negativní nebo dezorganizovanou dimenzi schizofrenie.

Malá (2005) hovoří o tom, že dnes se předpokládá dopaminová hyperaktivita v limbickém systému a bazálních gangliích a hypoaktivita v mesokortexu a prefrontální oblasti. Ale přes úžasné pokroky, které umožnily zobrazovací metody a studie lidského genomu, se stále neví, proč 99% lidí schizofrenií onemocní a 1% ano.

O nadprodukcii dopaminu v mozcích schizofreniků, která hraje důležitou úlohu ve zpracovávání emocí i vjemů a vede k halucinacím, hovoří také Chopra (1993). Autor uvádí, že v roce 1984 zrevidoval na univerzitě v Iowě Waziri do té doby známá fakta o schizofrenii na běžnou aminokyselinu zvanou serin. Existující domněnkou bylo, že serin je jedním z prvních článků při výrobě dopaminu a mozek schizofrenika by nedovedl serin správně metabolizovat a zřejmě vyrábí nadbytek dopaminu, aby tento nedostatek kompenzoval. Tyto

úvahy vedly směrem, zda by bylo možné, aby schizofrenie, považovaná za nejbizarnější a nejkompexnější mentální nemoc, závisela na tom, jak dobře je trávena potrava. V pohledu vědy, která hledá složitost, to zní poněkud fantaskně. Waziri si na podporu své teorie vybral vzorek dlouhodobých schizofreniků, kterým jako doplněk ke stravě podával glycin – látku, o níž se předpokládá, že ji serin tvoří jako část dopaminového mechanismu. Několik schizofreniků skutečně reagovalo kladně natolik, aby mohli přestat užívat léky a neměli psychotické stavy. Tento přístup, byť se neujal, vycházel z naděje na šetrnější přístup díky úpravě stravy namísto současné terapie.

### Glutamát

Malá (2005) uvádí, že glutamát představuje hlavní excitační neurotransmitter savčího mozku, využívá jej zhruba 40% veškerých synapsí. Glutamátergní systém se v normě podílí na tvorbě a zachovávání synapsí během vývoje mozku a do značné míry zodpovídá za synaptickou plasticitu. Poruchy v jeho funkci ovlivňují neuroplasticitu a mohou vést k neuronální toxicitě. Glutamát kontroluje excitaci neuronů a glie prostřednictvím aktivace různých glutamátových receptorů.

Glutamátergní hypotéza schizofrenie předpokládá dysfunkci v glutamátergním systému, jejímž důsledkem může být abnormální neuronální vývoj, abnormální synaptická plasticita a neurodegenerace.

Hypoaktivní glutamátergní systém může závažně poškodit správnou formaci neuroaktivních spojů a okruhů během vývoje mozku.

O teorii poruchy glutamátergního systému, který se společně s GABAergním systémem podílí na tvorbě kognitivních (poznávacích) map, píše ve svém článku také Černý (2003). Mozek musí nějakým způsobem vyvážit nerovnováhu, která vzniká mezi přívalem neustále nových informací, bombardujících naše smysly, a rozpojenou neuronální sítí se sníženou informační kapacitou. K obnovení rovnováhy však dojde za velmi vysokou cenu – v mozkové kůře se aktivují silné, patologické mapy, které k sobě stahují nadbytečné informace. Může tak dojít k rozvoji vizuálních halucinací nebo halucinací sluchových. Nebo může být aktivována patologická mapa, která interpretuje okolní realitu jako ohrožující a nebezpečnou - veškeré informace z okolí jsou totiž „strhávány“ patologickou mapou. Dochází tak k rozvoji paranoidního bludu, kdy se nemocní domnívají, že jsou lidmi v okolí ohroženi a pronásledováni.

### 5.2.2. Model neurodegenerativní

Malá (2005) uvádí, že určité genetické nebo organické poškození vzniklé např. v důsledku infekce matky ve druhém trimestru, může způsobit změny, které vedou ke snížení počtu inhibičních GABA-ergních interneuronů s glutamatergními receptory nebo k poruše migrace neuronů, což se později projeví nadměrným odumíráním neuronů či nadměrným prořezáváním synaptických spojů a poruchou komunikace mezi hippocampem a prefrontální kůrou. Vytvořená dysfunkce vyvolá poruchu kognitivních funkcí, včetně poruchy pracovní paměti a sníženou frustrační toleranci. Frustrace vede ke stresu s vyplavením glukokortikoidů, jejichž toxicita způsobí neurodegenerativní změny v hippocampu a projeví se behaviorální dezorganizací.

Tato teorie tedy zapojuje celý okruh hippocampus-amygdala-prefrontální kůra, které řídí kognitivní a emoční funkce a u schizofreniků korelují s pozitivními příznaky, s emoční plachostí, nepřiměřeností emocí a impulzivitou a zhoršenou výkonností.

Malá (2005) uvádí, že ve prospěch tohoto modelu hovoří volumetrické a strukturální změny. Jedná se např. zvětšení levé komory, levého frontálního a temporálního laloku, nebo zmenšení thalamu a levého hippocampu.

Malá (2005) nicméně hovoří o tom, že tyto změny nepomáhají klinikům určit průběh onemocnění. Ze studií totiž vyplývá, že změny se objevují v průběhu první epizody onemocnění. Přešetření ve 40. -50. roku věku navíc ukázalo, že změny dále nepokračují.

Proti této teorii hovoří také fakt, že u schizofrenních pacientů nelze zjistit ztrátu korových neuronů, miózu nebo ostatní degenerativní znaky včetně poškozených neuronů.

### 5.2.3. Model neurovývojový

Východiskem tohoto modelu je skutečnost, že vinou časných patologických podmínek dojde k zástavě vývoje. Dochází tak ke změnám fetálního vývoje mozku nebo k lézím CNS v období kolem porodu. Porucha se v dětství zpočátku projevuje drobnými odchylkami, mírnými kognitivními poruchami a mírnou sociální maladaptací. Psychóza je z tohoto pohledu určitým vývojovým stadiem onemocnění, které se manifestuje v kritickém životním období, obvykle v adolescenci.

Siekmeier et al. (in Malá, 2005) hovoří o tom, že markerem pro neurovývojové riziko může být snížení normální asymetrie. Odchylný kortikální prenatální vývoj a distorze ve vývoji během dětství se projeví v adolescenci opožděným prořezáváním neuronů. Atypické utváření neuronálních map pak pokračuje až do dospělosti.

Modely neurovývojové poruchy jsou podle Koukolíka a Motlové (2004) dva: *časný* a *pozdní*. V případě *časného* modelu se u schizofrenie patogeneticky uplatňuje statická léze vznikající během intrauterinního vývoje plodu. V dětství vede tato „léze“ k drobným behaviorálním projevům – premorbidním kognitivním a sociálním postižením. V adolescenci nebo časně dospělosti by pak tato léze interagovala s procesem normální mozkové maturace – myelinizací kortikolimbických spojů nebo sympatickým nemodelováním - a manifestovala by se v podobě psychotických symptomů.

Nicméně tato hypotéza neposkytuje uspokojivé vysvětlení latence mezi domnělým perinatálním poškozením (=lézí) a nástupem symptomů v pozdní adolescenci. Časný neurovývojový inzult také nemůže sám o sobě vysvětlit nálezy progresivních objemových změn mozku v adolescenci a skutečnost, že redukce objemu mozku není doprovázena redukcí intrakraniálního objemu.

Druhým modelem je model *pozdní* neurovývojový, navržený Feinbergem (in Malá, 2005), který za klíčovou neuropatologickou událost u schizofrenie považuje abnormální mozkový vývoj během adolescence. Současná formulace tohoto modelu navrhuje excesivní synaptickou nebo dendritickou eliminaci objevující se během adolescence. Ta by pak měla vést k aberantní neuronální konektivité a psychotickým symptomům. V tomto modelu se premorbidní anomálie v časném dětství chápou jako nespecifické rizikové faktory, nikoli časná manifestace již existující schizofrenní patologie.

Vývojový model schizofrenie zahrnuje také redukcí objemu šedé hmoty mozkové a tomu odpovídající růst objemu bílé hmoty od adolescence do středního věku.

### Nejnovější výzkumy

Gupta a Kulhara (2010) ve svém článku kritickou analýzou posuzují, zda se v případě schizofrenie jedná o onemocnění neurodegenerativní nebo neurovývojové. Shrnují, že se jedná o komplexní a specifické onemocnění, které pravděpodobně není možné vysvětlit pouze jako jedno nebo druhé. Výsledky výzkumů hovoří pro obě hlediska, ačkoli výskyt degenerace se zdá v současnosti častější. V klinických nálezech se vyskytuje značná heterogenita. Vyskytují se snahy o překlenutí propasti mezi oběma hypotézami, např. glutamerní hypotézou, ovšem její evidence je malá. Autoři na závěr dodávají, že terapeuticky více optimistickým je pohled na schizofrenii v kombinaci obou modelů.



#### 5.2.4. Model infekční

Malá (2005) píše, že tento model předpokládá zevní noxu, která u geneticky vulnerabilního jedince může aktivovat endogenní retrovirus a vést k dezorganizaci buněčné funkce. Retroviry mohou narušit vývoj mozku, způsobit zánik neuronů a vést ke změněnému chování. Na těchto změnách by se mohla podílet kyselina chinolinová, neurotoxický metabolit tryptofanu tvořený a secernovaný infikovanými mozkovými mikrořágy a mikroglie. Zvýšené hladiny této kyseliny v neonatálním mozku potkana způsobily změny ve vývoji mozku a jeho funkcích, které vykazovaly některé podobnosti se schizofrenií člověka.

#### 5.2.5. Teorie kortikolimbického rozpojení

Tato teorie hovoří podle Malé (2005) o přerušení spojení mezi kůrou a amygdalou, které vyvolá „afektivní slepotu“. Je tomu tak proto, že podněty přijímané kůrou a thalamem jsou dále zpracovány vnitřními okruhy amygdaly a hippocampem. Amygdala reguluje odpovědi vegetativní, hormonální a behaviorální, vyvolané přijatou odpovědí. Informace vede k vytvoření subjektivního obrazu vnějšího světa a vyvolá příslušnou odpověď všech systémů, čímž je zajištěna homeostáza organismu, dochází ke kategorizaci informací a jejich ukládání do paměti.

Při zařazování informací je důležitý individuální kontext a význam. Afektivní slepota způsobená přerušením kůry a amygdaly vede ke ztrátě síly konfliktu, ale také ke ztrátě zájmu o lidi. Teorie ale neuvádí, proč k takovému rozpojení dochází.

#### 5.2.6. Teorie diskonekce

Zastánci teorie diskonekce podle Malé (2005), diskutují o tom, kolik dysfunkčních neuronálních systémů může mozek obsahovat, a tvrdí, že neuronální plasticita hraje roli ve vytváření spojení neuronálních sítí jako podkladu pro vytváření správných mozkových funkcí.

Modulace mozkových systémů zodpovědných za učení, paměť a emoce je tvořena neurotransmiterovými systémy a konsolidována synaptickou konekcí během učení. Tyto procesy jsou u schizofrenie narušeny.

Podle posledních zjištění patří rozšíření temporálních oblastí k postnatálnímu vývoji. Ve střední adolescenci je maximální objem bílé hmoty, ukončuje se myelinizace ve frontálních lalocích a v asociačních areách.

Myelinizace ovlivňuje funkce oligodendroglíí, a tím konektivitu, kvalitu myelinu i synaptický přenos. Postnatální myelinizace je nejintenzivnější od 4 do 20let s postupným axonálním přírůstkem. Během dětství a adolescence probíhá aktivní myelinizace mezi kůrou a

hippokampem a dokončuje se myelinizace ve frontálních a temporálních lalocích. Bílá hmota pak nabývá na objemu až do středního věku. U schizofrenie je zjišťována porucha vedení mezi nefrontálními a ostatními oblastmi mozku. Popisuje se redukce šedé kůry mozkové. Ta se může podílet na zvýšené neuronální denzitně v nefrontálních, okcipitálních a temporálních lalocích. Tato zvýšená denzita je spojena s poklesem abortizace, s menším počtem synaptických kontaktů, čili jak s funkční, tak s anatomickou hypokonektivitou a zhoršenou mezibuněčnou komunikací.

U schizofreniků jsou myelin a oligodendroglie abnormní a představují funkční překážku pro vytváření kortikálních a kortikosubkortikálních spojů. U pacientů není dysfunkční pouze myelin, ale také geny vztahující se k němu a k oligodendroglie. Hypotéza opřená o řadu nálezů, kterou uvádí Foong (in Malá, 2005), říká, že dysfunkce oligodendroglie s následnými abnormitami v udržování funkce a reparace myelinu přispívá k rozvoji schizofrenních symptomů. Jedná se o teorii poruchy myelinizace potencované neurotoxickým působením glutamátu s poklesem GABA-ergní inhibiční aktivity.

Např. podle Rubia (in Malá, 2005) potvrzují nálezy v mozcích pacientů post mortem porušení konektivity mezi singulárním kortexem a hippokampem, zahrnující glutamátový, GABA-ergní a dopaminergní systém.

### **5.2.7. Model genetický**

V otázkách dědičnosti schizofrenie můžeme podle Zvolského (1977) nalézt tři typy přístupů: Ve výzkumech jednovaječných dvojčat, kde je jedno dvojče nemocné schizofrenií a druhé zcela zdravé, je otázka dědičnosti zpochybněna a výzkumníci ji mohou opomíjet nebo zanedbávat. Jiní hovoří o tom, že ten, kdo nemá příslušnou genetickou výbavu, schizofrenií ne onemocní – ti jsou o dědičném přenosu nemoci přesvědčeni, přičemž mohou podceňovat vlivy okolí. A konečně ve třetím pojetí je vyjádřen názor, že potenciálně určený genotyp vede ke klinickému onemocnění schizofrenií, ale jeho projev závisí především na vlivu okolí. Tato genetická výbava by tak nemusela vést jen k manifestní schizofrenii, ale také k jiným fenotypickým projevům, např. k psychopatickým rysům osobnosti nebo k asociálnímu chování. A naopak za jiných okolností mohou mít nositelé tohoto genotypu nápadný umělecký talent a neobvyklé tvořivé schopnosti.

Rusu, Sanders et al. (2005) vyvozují na základě studií rodin, dvojčat a adopcí, že schizofrenie nemůže být vysvětlena – podobně jako jiné psychiatrické poruchy – skrze defekt jediného genu nebo jediného environmentálního faktoru. Věří se, že schizofrenie je

výsledkem působení vícera genů, přičemž s malým účinkem spolupůsobí v kombinaci s vnějšími faktory.

Procenta, která vyjadřují genetické riziko, se liší od autora k autorovi, a to někdy i výrazným způsobem.

Zerbinová-Rüdinová (in Zvolský, 1977), odhaduje procento rizika pro schizofrenní onemocnění pro rodiče schizofrenních probandů na 3,8%, pro sourozence 8,7%, pro děti 12%, pro tety a strýce 2%, pro nevlastní sourozence 3,2%, pro neteře a synovce 2,2%, pro vnuky a vnučky 2,8% a pro první bratrance a sestřenice 2,9%, přičemž tato čísla vychází pouze z diagnosticky jistých případů. Při zařazení pochybných a nejistě diagnostikovaných případů se čísla navýšila asi o 25%.

Slater (in Zvolský, 1977) se každopádně domnívá, že nálezy rizika neodpovídají skutečnému stavu. Tak např. rodiče schizofreniků nejsou do pozorování započítáni dříve než v momentu narození probanda, což výslednou hodnotu rizika podstatně snižuje. Při korekci tohoto jevu stoupá riziko onemocnění u rodičů schizofreniků na 11%.

Pollin (in Zvolský, 1977) a jeho skupina zkoumali na konci 60. let jednovaječná dvojčata, která byla pro schizofrenii diskordantní. Nejvýraznější rozdíly mezi zdravým a nemocným dvojčetem tehdy našli v porodní váze, ve výskytu drobných neurologických příznaků, v rozdílných postojích rodičů vůči oběma dětem a v rozdílech osobnosti během dětství. Nejčastější byla nižší porodní váha, která může podle Pollina být způsobena nižší úrovní anatomického vývoje nebo anatomické diferenciací a je doprovázena menší fyziologickou odolností a stabilitou při porodu. To se ukazuje v častější přítomnosti cyanotických epizod, poruch spánku, krmení apod. Výsledkem může být drobná difúzní porucha CNS, která se může promítnout do chování dítěte, ztížit jeho adaptaci ve světě a ovlivnit postoj rodičů, kteří mu přisoudí jinou roli než jeho silnějším sourozenci. Na dítě tak může působit ještě více úzkosti, frustrace a pocitů viny a ambivalence, čímž se jeho „životní cesta“ stále více liší a ponechává jej citlivějším k psychologickým vlivům. Toto nemocné dítě bylo podle Pollina v dětství submisivnějším, slabším a pasivnějším v páru.

Konkordance dvojčat se ovšem – pokud srovnáme výsledky studií různých autorů – pohybuje v natolik širokém rozpětí (viz Zvolský, 1977), že těžko můžeme cokoli tvrdit s jistotou.

Koukolík (in Koukolík, Motlová, 2004) uvádí, že je nutné mít na mysli rozdíl mezi relativně stálou genovou sekvencí a značně proměnlivou genovou expresí. Jak autor dále uvádí, jsou geny v tomto smyslu spíše „svazkem instrukcí než osudovým hardwarem“. Jinými slovy – existuje závislost na interakci gen versus prostředí. Gen může ovlivňovat několik

znaků fenotypu a naopak jeden genotyp může být kontrolován více než jedním genem. Mimo to existují také interakce mezi geny a to jak mezi alelami jednoho genu tak mezi geny navzájem. I fenotypická exprese nemoci podmíněné odchylkou jednoho genu může být ovlivňována geny dalšími – tzv. genové pozadí. Různé geny také ovlivňují citlivost na různé vlivy prostředí. Genetické riziko může být též sníženo adekvátní výchovou.

Co se genetického hlediska týče, dosud neexistují spolehlivé důkazy – jako ostatně v žádné z teorií. Youngson (2000) uvádí, že psychiatři zdůrazňují, že schizofrenie je častější v rodinách schizofreniků než u běžné populace, ale to je dle něj stejně tak dobře konzistentní s pohledem, že schizofrenii mohou zapříčinit rodinné problémy. Jako přesvědčivý argument se uvádí existence 50%ní pravděpodobnosti, že onemocní-li jedno z identických dvojčat schizofrenií, bude ji mít i druhé dvojče. Youngson nicméně píše, že jsou-li jednovaječná dvojčata identická ve svých reakcích na vlivy prostředí – řekněme ve většině projevů – je onemocnění druhého dvojčete tím, co bychom očekávali. Proto se v minulosti uskutečnily výzkumy, kdy každé z dvojčat vyrůstalo v jiném prostředí. Zde se ale nebrala v potaz možnost, že problém mohl být způsoben také odloučením malých dětí od rodičů nebo dokonce traumatem odloučení dvojčat do sebe navzájem, spíše než aby to způsobila genetická vada.

Nálezy genetických studií přinášejí podle Höschla a Stopkové (2007) též stále více důkazů o souvislostech genetické predispozice u bipolární poruchy a schizofrenie. Obě nemoci se dědí v rodinách, ale kromě toho se v rodinách pacientů se schizofrenií častěji vyskytuje bipolární porucha a v rodinách pacientů s bipolární poruchou se častěji vyskytuje schizofrenie. Schizoafektivní porucha se pak vyskytuje častěji v rodinách pacientů se schizofrenií i s bipolární poruchou, a obě nemoci jsou častější v rodinách pacientů se schizoafektivní poruchou.

### **5.2.8. Období narození**

Zvolský (1977) hovoří o tom, že bylo zjištěno, že mezi schizofrenními pacienty je více těch, kteří se narodili během prvních tří až čtyř měsíců v roce. Tento výskyt byl výrazněji zastoupen u krátkodobě hospitalizovaných klientů.

Motlová (in Koukolík, Motlová, 2004) uvádí, že na severní polokouli se pacienti se schizofrenií rodí nejčastěji v lednu až březnu. Podle jedné ze studií, prováděných na toto téma se v zimních měsících rodilo více pacientů v případě negativní rodinné anamnézy, nežli v případě pozitivní rodinné anamnézy, kteří se rodili na jaře nebo na podzim. Výraznější sezonní vlivy, které byly v jiné studii zjištěny u mužů se schizofrenií při korelaci s nízkou

teplotou prostředí, by podle Motlové mohly odrážet větší zranitelnost nervové soustavy během prenatalního nebo perinatálního vývoje. Na jižní polokouli byly výsledky o něco méně přesvědčivé. V oblastech, kde se roční období nestřídají, se sezónní vliv nezjistil.

Dle Motlové se příčiny častějšího onemocnění dětí narozených v zimních měsících pokoušela vysvětlit řada studií, přičemž byla zohledňována např.:

- ❖ nízká koncentrace mateřského vitamínu D v zimních měsících, který se podílí na metabolismu vápníku a kostí a je potentním induktorem syntézy nervových růstových faktorů
- ❖ perinatální komplikace
  - *komplikace během těhotenství* (krvácení, preeklampsie, diabetes, inkompatibilita Rh-faktoru)
  - *abnormální fetální růst a vývoj* (nízká porodní hmotnost, vrozené malformace a malý obvod hlavy)
  - *komplikace během porodu* (asfyxie, atonie uteru a urgentní císařský řez)
- komplikace během těhotenství (malnutrice během fetálního života, extrémní nezralost, hypoxie nebo ischemie.

Nejčastějšími komplikacemi během porodu, které souvisejí s rozvojem schizofrenie v dospělosti, jsou fetální hypoxie a anoxie. Zdá se přitom, že hypoxické porodní komplikace mohou zvyšovat pravděpodobnost schizofrenie s časným začátkem, ale ne se začátkem pozdním.

- Dalšími možnými spoličiniteli mohou být infekce (např. zarděnky vedoucí ke kongenitálním malformacím nebo retroviry, které mohou infikovat buňky CNS)
- Nedostatečná výživa matky během těhotenství
- Prenatální stres, který je rizikovým faktorem pro řadu poruch a vývojových abnormit u potomka. Může zvyšovat pravděpodobnost předčasného porodu, vývojových opoždění, behaviorálních abnormit, levorukosti či smíšené lateralit a sníženou mozkovou symetrií

### 5.2.9. Evoluční hypotéza Crowa

Crow (2010) vnímá schizofrenii jako daň za jazyk. Dle něj jazyk vznikl genetickou mutací, která hemisférám mozku umožnila specializaci (lateralizaci) a jejím výsledkem jsou mozkové asymetrie. Jedinci se schizofrenií však mají těchto strukturálních a funkčních mozkových asymetrií méně než populace jako celek, což může být interpretováno jako zpoždění nebo neschopnost ustanovit dominanci hemisfér pro jazyk.

Crow již v roce 1997 uvedl, že evidence z rodinných studií činí stále obtížnějším udržení kategorického názoru na schizofrenii. Podle něj genetická variace musela předcházet diaspoře (emigraci populace ze své domoviny) moderního homo sapiens a zdá se, že má původ ve speciaci (vzniku vyšších evolučních linií). Na základě důkazů z mitochondriální DNA se odhaduje, že kdesi ve Východní Africe před 137-250 tisíci lety nastala událost, která byla odpovědná za povahu jazyka. Vyvinutím jazyka skrze speciaci vznikl nový princip ve fungování mozku. Tento princip velmi pravděpodobně závisel na asymetrii v růstu mozku a umožnil separaci časových a prostorových aspektů zpracování signálu.

Důkazy z pohlavně chromozomálních aneuploidii dávají silnou podporu konceptu, že kritický faktor se nachází ve třídě genů, které jsou přítomny v souhlasné formě na X a Y chromozomech. Tak jako geny mohou v normální populaci zodpovídat za pohlavní rozdíly ve verbální a prostorové schopnosti a za rozdíly v mozkové lateralizaci, tak v případě psychóz mohou zodpovídat za pohlavní rozdíly ve věku nástupu onemocnění a výsledku. Predispozice ke schizofrenii je charakterizována poruchou nebo zpožděním v procesu lateralizace, tj. v procesu stanovení dominance pro některé klíčové aspekty jazyka v jedné hemisféře.

### **5.3. Teorie zahrnující sociální aspekty**

V užším pohledu se výzkumníci, zaměřující se při objasňování příčin psychóz na sociální sféru, zaměřili na dění uvnitř původních rodin klientů a vztahy, v širším pak na příslušnost k sociální skupině v rámci společnosti.

#### **5.3.1. Rodiny psychotiků**

Koukolík a Motlová (2004) hovoří o tom, že zájem o studie rodinných interakcí, které se hojně prováděly v 50. a 60. letech, vzbudil fakt, že frekvence relapsů během roku po hospitalizaci byla výrazně ovlivněna životní situací, do níž byli pacienti propouštěni. Ještě před zavedením neuroleptik do praxe pacienti relabovali více tehdy, jestliže se vraceli k rodičům nebo k partnerovi, než k sourozencům nebo žili-li sami. Mnozí pacienti dávali přednost životu v anonymitě centra města před soužitím s příbuznými – ať už se jednalo o netoleranci a hostilitu nebo hyperprotektivitu - což podnítilo spekulace o tom, že se snažili vyhnout přetíženým rodinným interakcím.

Leff et al. (in Koukolík, Motlová, 2004) sledovali vývoj onemocnění v rodinách s vysokou mírou hostility a kritičnosti. Na základě této a dalších studií pak navrhli ochranné faktory, které se uplatňují v prevenci relapsu. Frekvence relapsů byla nejvyšší u vzorku klientů, kteří neužívali antipsychotika a měli častý kontakt s rodinou (92%), následován

vzorkem klientů užívajících antipsychotika s častým kontaktem s rodinou (53%) a poté omezený kontakt s rodinou za neužívání antipsychotik (42%) a poslední v pořadí omezený kontakt s rodinou za užívání antipsychotik (15%).

### **Působení rodiny na dítě**

Rastislavová (2008) uvádí, že matka reaguje na pohyby plodu již prenatálně a její emoce ovlivňují dítě k vytváření vzorců různých podnětových situací. Autorka dále uvádí, že emoční stavy matky mohou mít dlouhodobé účinky na dítě, jeho sociabilitu, agresivitu nebo jeho schopnost milovat. Pokud je chování ze strany matky nevhodné a vnitřně nepřijímá své dítě, může to být příčinou pro pozdější duševní poruchy dítěte a negativní postoje.

Mezi nepříznivé faktory, které ovlivňují těhotenství a plod řadí autorka věk ženy pod 20 let a nad 35 let. V prvním případě matka ještě nebývá zralá, stále je ještě otevřená otázka vlastní identity, matky nejsou schopny adekvátně rozpoznat potřeby svého dítěte a adekvátně na ně reagovat, nejsou schopny psychicky odolat nárokům situace. Vyskytuje se zde také zvýšené riziko pro to, aby matka opakovala zažitou vlastní negativní historii ze své primární rodiny, která může vyústit v patologický vývoj dítěte. Velmi mladé matky také často rodí děti s nízkou porodní hmotností.

Další kapitolu tvoří ženy v těžké sociální nebo ekonomické situaci. Jsou to nejčastěji ženy, kterým schází emočně sociální podpora, ženy, které v důsledku opuštěnosti nebo izolovanosti trpí frustrací svých základních psychických potřeb, a proto často upadají do depresí. Často také rodí děti předčasně a mívají sklon být vůči dítěti hostilní a odmítavé.

Litz, Fleck a Cornelison (in Malá, 2005) se zaměřili na charakteristiky jednotlivých členů rodiny psychotických klientů v 17 rodinách a v roce 1965 je popsali následujícím způsobem:

#### **Matky:**

- Nereagovaly na potřeby dítěte
- Byly extrémně intrusivní a zaměňovaly potřeby dítěte za vlastní
- Dávaly rozporuplné verbální a emoční signály – „double bind“
- Nerozpoznávaly ego-hranice – snažily se žít svůj život skrze děti
- Jednou byly příliš přísné, podruhé nedostatečně pevné

#### **Otcové:**

- Byli nejistí v mužské roli
- Potřeba neustálého obdivu a povzbuzování
- Lehce až středně paranoidní a paralogičtí

Rodiny:

- Nejasně definované sexuální a generační hranice
- Málo ochrany a emoční vřelosti
- Nedůvěra ke všemu cizímu
- Emoční boje
- Rodiče svázáni s nukleární rodinou daleko více než s vlastní-založenou
- Často patologické vztahy rodič-dítě

Podle Alanena (in Malá, 2005) se u matek častěji vyskytují schizoidní ladění, emočně nestabilní osobnost nebo anankastická či vyhybavá osobnost. U otců pak osobnost závislá, nebo pasivní s impulzivitou a sklonem ke zneužívání návykových látek

Dále se zdá být platné, že schizofrenní děti mají špatný vztah k rodiči stejného pohlaví. U již nemocného dítěte pak dochází k dalším komplikacím v socializačním vývoji ze strany rodičů:

- Rodiče nejsou vhodným identifikačním vzorem
- Nevěří, že dítě je schopno se o sebe postarat samo
- Jejich příklad vede děti k víře, že nezávislost je ohrožující nebo nežádoucí
- Znemožňují dítěti přivést si kamarády do bytu, protože jsou nedůvěřiví a egocentričtí
- Jeden nebo oba rodiče mají tendenci zkreslovat realitu, aby si udrželi vlastní duševní rovnováhu, a vyžadují totéž od ostatních členů rodiny.

Cameron a Rychlak (1985) píše, že v rodinném stylu schizofrenních pacientů se vyskytoval manželský rozkol, kdy rodiče podrývali hodnoty jeden druhého. Pokud se dítě přiklonilo k jednomu rodiči, bylo haněno, zostuzováno nebo odháněno rodičem druhým. Jiným častým vzorcem byla manželská „asymetrie“ nebo zešikmení, vyznačující se bizarním jednáním nebo názory jednoho z rodičů, zatímco druhý, např. otec, byl nestabilní, zřejmě slabý. V obou z těchto domácích prostředí dítě směřovalo k manifestním schizofrenním symptomům.

Není neobvyklé, že rodiče schizofrenních pacientů bývají sami narušení. Příkladem častého typu komunikace je double-bind – rozpor mezi verbálním sdělením a úmyslem. Vlivem několika let strávených v tomto interpersonálním vztahu double-bind není dítě schopno interpretovat žádný ze záměrů jiných lidí přesně nebo správně. Nesprávně chápe osoby kolem sebe, v důsledku se často stahuje ze sociálních kontaktů a zaujímá pasivní roli, zmateno v tom, jak dál.



### **Týrání a zneužívání v rodinách psychotických klientů**

Read, Fink et al. (2008) se ve své studii navracejí k původnímu modelu zranitelnosti vlivem stresu, ve kterém tato citlivost vůči stresu nemusí být nutně geneticky zděděná, nýbrž může být získána vlivem nepříjemných životních událostí. Autoři hovoří o tom, že deset z jedenácti současných populačních studií našlo – a to dokonce po kontrole jiných faktorů, včetně psychóz jako součásti rodinné historie, že špatné zacházení s dětmi je signifikantně spjato s psychózami.

Byla provedena řada studií, která se zabývala osobní historií klientů se schizofrenií v souvislosti s týráním a zneužíváním. Kupříkladu Úçok a Bizmaz (2007) ve své studii zjistili podíl zneužívání a zanedbávání. Nápadné a překvapující pro ně bylo zastoupení emočního týrání a zneužívání, které byly zkoumány méně často než sexuální a fyzické zneužívání. Zajímavé je zjištění autorů, že trauma v dětství je při prvním propuknutí spojeno více s pozitivními než negativními symptomy.

Kilcommons a Morrison (2005) ve své studii zjistili v 94% případů traumatickou událost v rodině, jako je fyzické násilí, týrání nebo sexuální zneužívání a rovněž spjatost traumatu s rozvinutím pozitivních symptomů.

Read, Fink et al. (2008) uvádějí výsledky řady studií, provedených s pacienty, u nichž byla diagnostikována psychóza, a které se zaměřily na fyzické týrání a sexuální zneužívání a o dalším menším počtu studií, které se zaměřovaly úzce na schizofrenii jako možný důsledek emočního zneužívání a zanedbávání. Výsledky se různí a pohybují se v průměru okolo 29% u sexuálního zneužívání v dětství, 49% u fyzického týrání, nespecificky zneužívání nebo týrání 55% a oboje zároveň okolo 20% v průměru ze vzorku.

#### **5.3.2. Neschopnost navázat vztahy a absence blízké osoby**

Schremer (2007) píše, že psychotický pacient je velmi izolovaný a obtížně navazuje kontakt s druhými. Jeho neobyčejná potřeba splynout s ostatními by pak vyjadřovala způsob vyrovnávání se s vlastní izolovaností. Jednalo by se o zoufalou snahu navázat kontakt, zatímco uvnitř se cítí jako částička ve vyprázdněném světě. Psychóza by tak byla primárně nemocí prázdnoty, fragmentace a zrady, ne jednoty a spojení.

Všeobjímající a záhadný Druhý schizofrenikovi neškodí a miluje jej. Proto by se schizofrenici mohli tak často obracet k náboženství – pro potřebu lásky, která není v reálném světě uspokojena.

Schermer dále píše, že u jedince se rozvinula psychóza, neboť zde nebyl nikdo, kdo by byl schopen přijmout a udržet jeho špatné myšlenky. Psychotický jedinec promítá velkou část

své vlastní rozpadlé osobnosti do „defektních“ kontejnerů. Znovunabytím svých projektivních identifikací jako částí sebe sama, je možné se s nimi lépe vyrovnat a dojít vhledu.

Sebepoškozování u psychóz také může být způsobem komunikace – navazování dočasného kontaktu se světem, od něhož se cítí odříznuti. Snaží se rozbít hranici, kterou vytváří kůže a která je pro ně velmi svazující.

### **5.3.3. Negativní zážitky v dospělosti.**

Zatímco v předchozích případech bylo ohnisko problému spatřováno především v dětství, např. podle Cascardiho, Muesera et al. (in Read, Fink et al., 2008) je třeba brát na vědomí fakt, že mnoho psychiatrických pacientů utrpí vážný útok v dospělosti. Může se jednat o domácí násilí nebo sexuální útok. Studie Cloitra, Tardiffa et al. (in Read, Fink et al., 2008) prezentovala závěry, že sexuální útok byl signifikantně spjat se schizofrenií.

Fyzický útok jako pevně spjatý s rozvojem psychóz označila studie Briera, Wooa et al. (in Read, Fink et al., 2008).

Davoine a Gaudilliere (in Read, Fink et al., 2008) uvedli jako další okolnost, která se může projevit v příčinách schizofrenie, válečná traumata. Podle nich se nejedná pouze o válečné veterány, ale také o válečné zajatce nebo oběti zločinů znásilnění a uprchlíků, lidem vystaveným bombovému útoku a střílení (zde uvedeno Severní Irsko) a přeživším holocaustu.

### **5.3.4. Příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině**

Read (in Read, Fink et al., 2008) hovoří o tom, že např. chudoba je se schizofrenií spjata dokonce více než jiné poruchy. Harrison a Gunnell et al. (in Read, Fink et al., 2008) zmiňují, že britské děti, vyrůstající v ekonomické deprivaci jsou čtyřikrát více ohroženy rozvojem psychických poruch a devětkrát více ohroženy rozvojem schizofrenie, což podle autorů demonstruje, že nepotřebujeme genetickou predispozici k tomu, aby se schizofrenie rozvinula.

Autor uvádí jako další příčinu etnicitu, což bylo demonstrováno v zemích jako je Austrálie, Belgie, Irsko nebo USA. Faktory, které spojují rasovou příslušnost se schizofrenií, podle něj jsou diskriminace, nedostatek finančních prostředků, nezaměstnanost a sociální izolace.

Také Češková (2007) uvádí jako potenciální faktory rizikové pro rozvoj schizofrenie příslušnost k nižší sociálně ekonomické skupině a život v městských aglomeracích s větší hustotou obyvatelstva. K vysvětlení pak nabízí dvě hypotézy:

- ❖ Sociální posun – „drift“, kdy postižení jedinci mají nižší sociálně ekonomický statut jako výsledek sociální a pracovní inkompetence spojené se schizofrenií a jejími prodromy. Většina schizofreniků vede omezený život a je finančně znevýhodněna.
- ❖ Sociální příčina – stresy spojené se sociálně ekonomickou deprivací jako rizikové faktory rozvoje schizofrenie.

Češková (2007) dále uvádí, že vyšší incidence a prevalence se nachází u imigrantů. Zde působí stres vyvolaný obtížemi s adaptací v nové kultuře, což může být precipitačním faktorem u vulnerabilních jedinců.

## **5.4. Psychologické teorie**

Psychologické teorie se zabývají konkrétním jedincem. V centru zájmu je osobnost, vnímání okolního světa, prožívání, interpretace jevů apod. Vše je ale komplikováno subjektivitou a individualitou, která nám dovoluje se k poznání a pochopení pouze přibližovat.

### **5.4.1. Problém subjektivity nemoci**

Youngson (2000) píše, že je důležité si uvědomit, že když psychiatr vyjmenovává to, co se považuje za pozitivní diagnostické znaky psychózy – jako např. halucinace, ztráta vzhledu nebo bludy – jsou informace, na nichž jsou založeny tyto diagnostické body, pouze jeho domněnkou. Žádný z těchto bodů není objektivní v tom, že co se odehrává v mysli pacienta, se nedá žádným způsobem zjistit. Pro psychiatra je jednodušší např., když takový pacient reaguje násilným způsobem, což jako vnější projev spadá do roviny objektivních projevů. Pokud se dnes hovoří kupříkladu o biochemické abnormalitě, která postihuje některé mozkové přenašeče, jedná se o intelektuálně seriózní tvrzení, a proto, jak píše Youngson, se žádný lékař nemusí stydět, když se k této hypotéze bude klonit.

### **5.4.2. Možná selhání ve vývojových úkolech**

Podívejme se na možné zdroje selhání, které mohou na člověka číhat v rozličných vývojových obdobích, z nichž některá z pozdějších by mohla souviset především se okamžikem „spouštěče“ nemoci. Nejprve projdeme společně jednotlivá vývojová období a podívejme se, co se v nich odráží a jaké požadavky jsou na člověka kladeny.

Jak již bylo řečeno, dnes je prokázáno, že psychický stav matky může působit už na plod. Působení matky na plod zkoumali např. Ianiruberto a Tajani (in Pouthas et Jouen, 2000), kteří zjistili odezvy plodu na extrémní strach matek.

Pokud se ve vývoji posuneme dále, Čačka (1997) uvádí, že novorozenec je sice dosud „sociálně naivní“, ale není „sociálně slepý“. Na základě velmi jemné interakce s matkou, založené na vzájemném vcítění, tak již novorozené dítě dokáže odrážet jisté sociální signály. V novorozeneckém a batolecím období jak uvádí Michalčáková (2007) jedná především o získání základní důvěry, která je úkolem matky. Zážitek důvěry ve své nejbližší prostředí je pro dítě důležitým předpokladem pro vznik zdravé víry v okolní svět, ve vztahy s druhými lidmi i v sebe sama. Dítě jejím prostřednictvím zvládá nepříjemné prožitky a jejím prostřednictvím je také rozpoznávána a odstraňována tenze.

Podle Čačky (1997) tím, jak vzrůstá počet podnětů přijímaných prostřednictvím neverbální komunikace, dítě dovede odrážet náladu osoby, která je s dítětem v kontaktu, což může ovlivňovat také jeho vlastní citové ladění.

V předškolním věku je strach dětí podle Michalčákové (2007) vázán na charakteristiky a události, které se týkají blízkého prostředí dítěte. Přetrvávají tak strachy spojené se separací od rodiče a větší měrou se pak objevují strachy spojené s určitými kvalitami prostředí.

Dalším mezníkem je vstup dítěte do školy a průchod školní docházkou. Toto prostředí je komplexní v ovlivňování dítěte – působí na jeho sociální, kognitivní i emoční oblast, klade na něj nároky. Dítě navazuje vztahy s vrstevníky, srovnává se, očekává se sociální odezva. Prožívání neúspěchu v sociálních interakcích může vést ke stažení a následnému omezení rozvoje sociálních dovedností.

Je pravděpodobné, že dítě, které je již od útlého věku bojácné a nejisté, bude mít při navazování kontaktu výrazně větší obtíže než „běžné“ děti. Pakliže je jeho dosavadní zažitá zkušenost s lidmi pozitivní, může se dítě skrze tyto vazby vnitřně posilovat kladným způsobem nejen v osobnosti, ale také ve svém sociálním vývoji. Bude-li však negativní, dítě se s největší pravděpodobností stáhne, přičemž se dá očekávat, že tento typ reakce se bude s přibývajícím věkem upevňovat a dítě bude vykazovat stále výraznější obtíže v kontaktu s lidmi.

V horizontu dospívání je důležité zejména hledání vlastní identity a vytváření vztahů k okolnímu světu. To s sebou, jak uvádí Michalčáková (2007), přináší nejistoty a obavy před sebou samým, s pocity nedostačivosti, strach ze selhání a sociálního odmítnutí. Dá se předpokládat, že to bude zřejmě opět patrné u dětí, které zakusily negativní zkušenosti s lidmi.

V období adolescence se jedná zejména o vztahy partnerské a profesní uplatnění a zdatnost.

Střední dospělost souvisí s uvědomováním si ztrát možností a postupným zužováním voleb, objevuje se strach z budoucnosti.

Pakliže uvažujeme životní etapy tak, jak je popsal Erickson (např. in Friedman, 2000) spolu s jejich vývojovými úkoly, pak ve všech těchto oblastech je pro člověka možné zažít silný stres a selhání.

### 5.4.3. Teorie Hammera

Teorii Hammera, uveřejněná v roce 1979 tvrdí, že důležité je, že se u schizofrenie nejedná o charakter nebo o vlastnost osoby, nýbrž pouze o schizofrenní konstelaci a ta je v principu přechodná a v každém okamžiku řešitelná. S dědičností tento prozatímní stav nemá nic společného.

Hammer je zastáncem teorie, že každé onemocnění je dvoufázové a začíná nějakým biologickým konfliktem či šokem.

- ❖ Konflikt nebo šok může být pro dotyčnou osobu ztráta dítěte, partnera, rodičů, práce či domova. Jiným druhem konfliktu může být, když nemůžeme něco vstřebat, strávit, když jsme utrpěli ztrátu sebeúcty nebo zažili narušení vlastního teritoria a podobně.
- ❖ První fázi onemocnění nazýváme konflikt-aktivní: člověk na tu událost či konflikt stále myslí, nemůže kvůli tomu usnout, má studené končetiny. Tato fáze se nazývá též sympatikotonní, neboť je aktivována ta část nervového systému, která se odborně nazývá sympatikus. Tato část je aktivní v akci, v ohrožení, při stresu.
- ❖ Druhá fáze onemocnění se nazývá léčebnou nebo také post-konfliktní, tedy po ukončení konfliktu. Vyznačuje se únavou, zvýšením teploty, bolestmi hlavy, zánětlivými procesy. To, co se v těle během konfliktní fáze pokazilo, se v této léčebné fázi opravuje.

Podle Hammera každý konflikt vzniká skrze neočekávanou, vysoce akutně dramatickou a izolující konfliktní šokovou událost. Když toto pravidlo není splněné, nic se nestane. Pokud si o tom můžeme s někým pohovořit, nic se nestane. Na CT by pak mělo být viditelné Hammerovo ohnisko – otok, edém, což slouží dále i pro kontrolu toho, zda ještě konflikt probíhá nebo už je vyřešen. Každá nemoc je podle Hammera biologicky účelová – osobitý zákon přírody, který byl vytvořený na přežití v zájmu celku.

#### 5.4.4. Analytický model

Hort, Hrdlička a kol. (2000) uvádějí jako jednu z teorií pro rozvinutí schizofrenie analytický model Freuda, Abrahama a Kleinové, kteří schizofrenii považovali za poruchu objektivních vztahů s mnoha obrannými mechanismy, vyvinutými ke snížení anxiety, vznikající z časných psychických traumat.

##### Model konfliktu a psychotická dynamika

Podle Mentzose (2005) Freud chápal psychotický proces jako odpověď na určitý konflikt. Mnohem později, v roce 1964, spatřovali Arlow a Brenner (in Mentzos, 2005) podstatný znak psychózy v zapojení primitivních obranných mechanismů. Tvorba bludů, stejně jako projektivních obranných mechanismů se projevuje jako obrana a ochrana před silnou úzkostí z psychické dezintegrace.

Mentzos (2005) uvádí, že vznik většiny poruch můžeme zjednodušeně představit takto: proces začíná rostoucím a později nepřekonatelným psychickým napětím, které se může zdát subjektivně nepřekonatelné a podle celkové konstelace se projevuje pocity a afekty – např. pocity viny, zlostí, duševní bolestí, zoufalstvím, beznadějí, studem a zvláště úzkostí. Toto napětí pramení z vnějších nad míru zatěžujících požadavků, nebo častěji z intrapsychických konfliktů. Dochází k jakési „regresi“ (Mentzos uvádí, že neintegrováná psychická organizace dítěte sice ještě není totožná s dezintegrovaným stavem u psychóz, přesto však existují určité analogie). Já se vzdává mnohého, co si usilovně po léta osvojovalo, aby se vyrovnalo s nesnesitelným intrapsychickým napětím. „Výhoda“ spočívá v tom, že daný konflikt je zdánlivě zrušen, nevýhoda je pak ve ztrátě jáské kontroly, ve ztrátě přehledu nad funkcemi a životními oblastmi, jež jsou obětovány. Sníží se ale intrapsychické napětí.

Přechod od neurózy k psychóze spočívá v tom, že konflikt není vytěsněn, nýbrž odštěpen – dochází k jeho obětování. Podle Freuda (in Mentzos, 2005), se neurotik vzdává jen verbální představy. Psychotik naproti tomu ztrácí i představu věcnou - objekt přestává psychicky existovat – ztrácí svou psychickou reprezentaci. Dnes bychom mohli hovořit o neexistující emocionální reprezentaci. Tato ztráta „věcné představy“ má ovšem ničivé důsledky – vzniká sice odlehčení, ale současně s ním dochází ke vzniku zhoubné prázdnoty. Prání, která se k této představě vztahují, ale také protipředstavy (obransy) se pak vymykají kontrole a osamostatní se. Již nepatří člověku – přicházejí z vnějšku v podobě hlasů nebo rozkazujících automatismů.

Osvobození od reality a dodržování logických principů umožňuje vznik přání a kompromisních řešení, která by jinak nebyla možná. Mentzos to přirovnává ke snu: díky

biologickému stavu spánku vyvstává možnost prožívání, která jsou v realitě nemožná, a která bývají prožívána jako osvobozující. Fantazii nejsou kladeny žádné hranice. Přesto zato psychotik platí ztrátou kontroly, která vzbuzuje silnou úzkost – tedy není zdaleka prožíváno jako svoboda ve snu.

Mentzos (2005) dále píše, že psychotická tvorba příznaků je nejen výsledkem obranných mechanismů, ale také je nutno jí rozumět jako nepřímému, kompromisnímu nebo náhradnímu splnění přání. Namísto obětovaných částí self vzniká nový svět. Často jsou bludné ideje a hlasy odpovědí na frustraci, obzvláště pocit osamocení a prázdnoty.

Mentzos uvádí případ pacientky, které byl administrován Rorschachův test, na něž udávala odpovědi paranoidního typu. Nicméně tato pacientka se psychiatra otázala, zda by raději chtěla slyšet, že na tabulích jsou tančící medvědi nebo dva sklánějící se číšníci. To - jak Mentzos říká – znamená, že byla schopna vidět svět jako většina ostatních lidí, ne tedy to, že vnímá realitu zkresleně. Hovoří o tom, že pacientka upřednostňuje psychotický způsob vnímání – z důvodů, o nichž nevíme. Přesto je Mentzos ve svých závěrech opatrný, neboť nechce přímo navozovat intencionální možnost volby.

Mentzos také uvádí, že se u psychotického pacienta v léčbě vyskytují masivní střety protichůdných simultánních motivací – např. touha po splývání a nesmírná úzkost ze ztráty self, které se objevují v přenosu i protipřenosu.

Produktivní symptomatika (bludy a halucinace) nahrazuje nesnesitelnou prázdnotu, úzkost a osamocení z „objektního hladu“, které u schizofrenika vzniká v důsledku narcistického stažení. Produktivní symptomatika slouží nejen externalizaci objektu, nýbrž také zoufalým pokusům o odvrácení prázdnoty. Dochází ke vzniku nového, kompenzujícího, paranoidně-halucinačního světa. Externalizované části self a katapultované vnitřní objekty se vrací např. jako hlasy. Teprve v průběhu namáhavé dlouholeté léčby mohou být podle Mentzose rozpoznány a přijaty za vlastní.

Na jiném místě Mentzos uvádí, že často ohromující působení vysokopotenčních psychofarmak u produktivní psychotické symptomatiky by nespočívalo ve specifickém účinku – jednalo by se o účinek, který se projeví v omezení vnitřního vnímání, namísto toho, že by komplikované děje jako je tvorba bludu a halucinatorní projekce zcela zablokovaly. Toto omezení by vedlo také k selektivnímu útlumu emocionální aktivity v limbickém systému – nástup obranných mechanismů se tedy zdá být přebytečným. Tedy to, co se jevílo jako přímé ovlivnění psychofarmaky, by mohlo být pouze nepřímým efektem útlumu vnímání a emocionálních dějů.

Pokud se nad výše uvedenou možností zamyslíme, vysvětlovala by hypoteticky útlum pacientů léčených psychofarmaky a také to, proč se s vynecháním léků ve většině případů pozitivní příznaky obnovují. To by nás opět přivedlo do slepé uličky, kdy by zdokonalování účinků psychofarmak nebylo tím, na co bychom se měli primárně zaměřovat.

U schizofrenie se podle Mentzose (2005) dále objevuje pokus zachránit pro sebe objekt, který je nutný – tento zoufalý pokus se neuskutečňuje skrze introjekci jako u deprese, nýbrž skrze projektivní identifikaci – např. vztahovačný blud, blud zamilovanosti, kdy se jedná o iluzi posilujícího a obšťastňujícího vztahu. Nebo v případě perzekučního bludu se sice jedná o vztah s negativním charakterem – nýbrž stále ještě o vztah. Také schizofrenní bludné výtvořky jsou zde chápány jako pokus učinit kompromis, jehož cílem je zůstat jistým způsobem ve vztahu k objektu.

Objevují se i domněnky, že deprese by mohla být pokusem o zamezení pádu do schizoidní pozice. To by mohlo částečně osvětlovat, proč řada pacientů před propuknutím psychózy prodělává epizody deprese.

Zajímavé vysvětlení Mentzos podává u vysvětlení bludné produkce. Na příkladu alkoholického abúzu hovoří o tom, že masivní úzkost v nitru, která má tedy intrapsychický původ je převedena směrem ven – tedy do bludné projekce, což umožní její snížení, protože nyní je původce vnější nikoli vnitřní. Podobně na příkladu schizofreničky, která se šla v noci napít mléka, načež došla k závěru, že mléko je otrávené, ukazuje, jakým způsobem odvedla vnitřní úzkost směrem ven – mléko je otrávené a proto má její úzkost vysvětlení, které navíc pochází z vnějšku. Pacientka se tak mohla částečně osvobodit od náhlé úzkosti a částečně odvrátit rozrušení hranic svého self – ovšem za cenu schopnosti rozpoznávat realitu.

#### **5.4.5. Život v alternativním světě**

Významní teoretici poznamenávají, že v nepoctivosti, nečestnosti k sobě i druhým, je kořen jak neurotických, tak schizofrenních poruch.

Adžaja (2009) na příkladech klientů ukazuje, jaké důsledky má neupřímnost v prožívání emocí. Lidé, kteří si nepřipouštějí pravost emocí, které by je ve své ryzosti ohrožovaly, způsobovaly bolest či jiné nepříjemné pocity, si vytváří vlastní nereálný svět, který se dále s postupujícím dějem a časem rozrůstá, až člověk žije tento „druhý alternativní svět“. Je těžké se navrátit zpátky a prožít skutečnost a člověk proti návratu opravdových pocitů bojuje všemi možnostmi a obranami - hledá si náhražky nebo se snaží naplnit co nejvíce svůj čas. To právě v něm ale žije dál, což nezůstane přes všechnu snahu bez následků.



## Nemoc jako volba

Pohled na alternativní svět jako volbu je z pohledu dnešní medicíny jistě odvážný. Youngson (2000) v něm představuje mladého člověka, který vyrůstá a postupně si uvědomuje rozmanité životní těžkosti a problémy – konfliktní prostředí v rodině, eventuálně neporozumění s vrstevníky, spory mezi instinktivními osobními hodnotami a sociálními silami, konflikty v zaměstnání, problémy ve škole, obavy ze sexuality, pocity méněcennosti a další a další možné potíže. Tento člověk se může dostat do bodu, kdy se pro něj vše stává nevladatelným. Je pod tlakem a přemýšlí o sebevraždě. Nebo si musí najít přijatelnější paradigma než je skutečný život a vytvoří si alternativní svět. V tomto světě jsou osobní neúspěch a potíže snadno vysvětleny – např. pronásledováním a člověk se může stát např. hlubokým filozofickým myslitelem, velkým náboženským vůdcem, svatým mužem nebo světovým státníkem. To může být pro mnohé velmi přitažlivou alternativou k nepříjemnostem skutečného světa.

Také Mentzos (2005) ve své publikaci nastínil tuto možnost. Nedivím se, že autor při smýšlení o volbě „schizofrenního světa“ doporučuje opatrnost. V dnešní době můžeme stěží uvěřit tomu, že bychom si duševní nemoci způsobovali sami a zcela „dobrovolně“. Dosud mámě tendenci hledat „viníka“ – chyby ve funkčnosti našeho těla – zde zejména mozku. To se dosud nepodařilo objektivně prokázat. Změny, které výzkumy našly, byly vyzorovány v souvislosti s propuknutím nemoci, nebo post mortem. To nedokazuje, že odchýlná struktura byla přítomna již od prvopočátku.

### **5.5. Na pomezí psychologie a spirituality: Nevědomé procesy**

Kihlstrom et al (1992) napsal, že po 100 letech zanedbávání a nedůvěry zaujímají nevědomé procesy místo v myslích psychologů.

Panují různé názory na to, jak může nevědomí interagovat s psychikou. Podle některých z nich (např. Gaganová, 2004) může k psychotickému stavu vést odhalení zakázaných nevědomých podnětů během změněných stavů vědomí. Toto stanovisko předpokládá, že traumatické vzpomínky a nepříjemné impulzy sídlící v nevědomí, odčerpávají psychickou energii z těla i mysli a jsou zadržovány obrannými mechanismy, jako je popření nebo represe. V momentě snížení prahu mezi vědomím a nevědomím, by pak pronikl do mysli a stal se příčinou strachů, paniky, hrůzy, i extrémních depresí. Pro neuchopitelnost nevědomí nemůžeme tento názor potvrdit ani vyvrátit.

Gaganová (2004) také uvádí, že nevědomí je také zásobárnou léčivých sil, obsahující v sobě potenciál k uzdravení, což podporuje naděje do budoucna.

### 5.5.1. Psychózy dle Carla Gustava Junga

Podle Junga (2000) se nevědomí zpravidla projevuje nejprve v projekci, kde proniká zdánlivě bezprostředně, jako je tomu ve vizích, snech, osvícení a právě u psychóz. Jung dle Benda (2007) chápal schizofrenii jako jakýsi autosanační pokus řešení vytěsněného konfliktu na bázi kolektivního nevědomí.

Benda (2007) dále píše, že Jung považoval vznik schizofrenie za narušení rovnováhy mezi vědomím a nevědomím. V nevědomí dochází k seskupování vědomím odmítaných psychických obsahů, které tak ztrácejí spojení s duševním celkem. Vlivem vzniku více autonomních, emočně silně obsazených komplexů, se původní subjekt rozpadá ve více subjektů. Tak zatímco u zdravých lidí je subjektem prožívání Já, je u schizofreniků Já jenom jedním z prožívaných subjektů.

Komplexy jsou autonomní skupiny asociací, jež mají tendenci se samy pohybovat a žít svůj vlastní život mimo naše úmysly. U psychóz se stávají „hlasitými“ a jeví se jako „hlasy“ s naprosto osobním charakterem.

Komplexy jsou považovány za odštěpené části psýché. Etiologie jejich původu je často takzvané trauma nebo emoční šok, čímž se odštěpil kus psýché.

Vědomí je stále přesvědčeno o tom, že komplexy jsou něčím nevhodným, a proto by měly být nějakým způsobem eliminovány.

Jung (in Benda, 2007) dále usuzoval, že Já je poté pouze jedním z mnoha komplexů, které mohou být stejně důležité nebo dokonce důležitější než Já. Slábnoucí sebekontrola pak už neovládá stavy, nálady a myšlenky. Jung použil analogie s explozí a zemětřesením, kdy u symptomatologie prvotních fází v projekci pozoroval jevy jako zemětřesení, kosmické katastrofy, rozštěpení slunce, rozpad měsíce vedví, proměnu lidí v mrtvolu, zmrznutí vesmíru, padání hvězd atd. Podle Junga by tyto kompenzace, které nyní vtrhly do vědomí, měly vlastně znamenat počátek léčebného procesu, protože jejich prostřednictvím se uvolnil postoj, který byl dříve izolován. Děje se tak ale nepřijatelným způsobem, neboť např. pod dojmem hlasů, které jej z něčeho obviňují, se zmateně pokouší dostat do kontaktu se svým okolím, kterému se předtím vyhýbal. Tento podivný způsob kompenzace je dle Junga dán tím, že pronikl skrze odpory, které tam už byly, a také tím, že kompenzující vlivy se mohou představovat pouze jazykem nevědomí.

Objevuje se stav paniky a vzdání se bezvýchodnému zmatku, kterému většinou předcházely zoufalé snahy vůle obtíže zvládnout. Pak nastává zhroucení, v němž se dosud vedoucí vůle rozpadá. Energie, která se tím uvolní, vymizí z vědomí a do jisté míry padá do

nevědomí. Tehdy se objevují první znaky nevědomé činnosti. Energie, která opouští vědomí, tedy zřejmě oživuje nevědomí.

Jung považuje ztrátu rovnováhy za účelnou, která nahrazuje selhávající vědomí automatickou a instinktivní činností nevědomí, která míří k vytvoření nové rovnováhy a dosáhne toho za předpokladu, že je vědomí schopno obsahy produkované nevědomím asimilovat, tedy pochopit a zpracovat. Pokud se ale prosadí nevědomí proti vědomí, vznikne psychotický stav.

Jak Jung dále píše, výše uvedené souvisí s rozpouštěním osoby - kompromisem mezi tím, čím člověk je a jak ho vidí společnost (maska, daná kolektivitou – onen úřad, titul). Problém nastane, když maska padá a nevědomé bytostné já je tak vytěsněno. Kolektivní prvek se objevuje ve snech - člověk jako kosmické tělesa, veliký či malý, mrtvý, na neznámých místech, dezorientovanost, závrat', inflace. Rozpuštěním osoby dojde k rozpoutání mimovolní fantazie, která je patrně činností kolektivní psyché. Jak roste vliv kolektivního nevědomí, ztrácí vědomí vůdčí moc a stává se vedoucím namísto vedeným. Nastává porucha psychické rovnováhy.<sup>2</sup>

Zhroucením vědomého postoje je člověk vyhoštěn a stává se dezorientovaným. Loď je bez kormidla. V tomto okamžiku se objevuje spásná myšlenka nebo vize, vnitřní hlas, který vede s nepochybnou přesvědčivostí – a rozvine se psychická zvláštnost nebo psychóza. Dostane-li se nevědomé do vědomí, člověk může být přemožen, uvěřit tomu, nebo to odmítnout. V případě přemožení se rozvine paranoia nebo schizofrenie. Druhý případ je podivín, který je vyloučen z kulturního společenství. Třetím případem je regresivní obnovení osoby (např. vykonávání práce, která je pod schopnostmi člověka, vlivem strachu z další ztráty).

Identifikací s kolektivní psyché se člověk stává majitelem závěrečné pravdy, která spasí národy. To ještě není přímo velikášským bludem. V mírnější podobě je reformátorstvím, prorokováním a mučednictvím. Jak píše Jung, slabé povahy podlehnou – lidé ješitní, zvýšeně ctižádostiví a naivní.

Otevření přístupu ke kolektivní psyché znamená obnovení života – zvyšuje pocit života člověka, dává pocit bohatého přírůstku do poznání nebo klíč k proměně svého života - lhostejno, zda je to příjemné nebo nepříjemné. Proto se člověk snaží tento stav podržet. Nejkratší cestou k tomuto je identifikace.

---

<sup>2</sup> Pozn.: Korespondující se stresovou událostí jako možným spouštěčem.

Podle Junga mohou vznikat proměny osobnosti ze subjektivních vnitřních důvodů, názorů a přesvědčení, přičemž vnější popudy nemusí hrát buď vůbec žádnou roli, nebo jen velmi nepodstatnou.

Tyto procesy bývají většinou podprahové, tzn. nevědomé a dostávají se do vědomí pozvolna. Moment vpádu ale může být velmi náhlý, pokud je vědomí okamžitě zaplaveno obsahy vysoce cizorodými a zdánlivě netušenými. Ve skutečnosti náhlosti neexistují a vpád se připravoval po mnoho let, často po celou polovinu života. Už v dětství se podle Junga daly pozorovat všemožné pozoruhodnosti, které více či méně symbolicky odkazovaly na budoucí abnormní události.

Z tohoto pohledu by farmaka jednoduše zabraňovaly dalšímu průniku nevědomých prvků do vědomí.

Jung hovoří dále o tom, že je třeba nejprve přijmout konflikt i se svým utrpením, jinak nemůže být nikdy vyřešen. Když se totiž změní stav vědomí jednotlivce významně, změní se také konstelované obsahy nevědomí. Naproti tomu, čím více se pozice vědomí vzdaluje od rovnovážného stavu, tím se obsahy nevědomí stávají nebezpečnějšími, z čehož nakonec vzniká disociace.

### 5.5.2. Koncepce Johna Weira Perryho

Perry, jak popisuje Benda (2007) byl jungiánským analytikem, který následoval Junga ve způsobu interpretace a léčení psychóz. Rozvinutí psychotického onemocnění chápal jako důsledek zhroucení ega a tím aktivace nevědomí, čímž je vědomí přemoženo hlubšími úrovněmi psýché a jedinec se ocitá ve stavu ponoření do světa mýtu. To je doprovázeno náhlým pocitem izolovanosti, protože nenachází pochopení ve svém okolí. Strach z přemožení a izolace způsobuje vlnu paniky, která jej uvádí do tísnivého stažení se.

J. W. Perry přicházel denně do kontaktu s pacienty a zjišťoval účinek obráceného scénáře archetypu *Témata zničení světa* (viz. např. Medo, 2002). Pocity strachu „zasažených“ obsahovala paniku, strach a izolovanost. Náhlá obrácení do nevědomí mohou podle Meda (2002) vyvolat inflaci do té míry, že se osobnost zcela rozloží – schizofrenie. Chorobná inflace pak podle něj většinou spočívá ve vrozené slabosti osobnosti vůči autonomii obsahů kolektivního nevědomí.

Perry (in Benda, 2007), svým pacientům pozorně naslouchal a jejich bludné představy chápal jako metaforická vyjádření emočních stavů, majících pro jedince hluboký, i když

skrytý význam. Všiml si s udivující pravidelností opakujících se témat a odhalil postupně celou sekvenci mytologických obrazů, které provázaly proces vnitřního vývoje pacientů.

Často se vyskytující mytologické motivy rozdělil do tematických skupin:

- ❖ Střed – místo, kde se setkává svět normální a podsvětí – mezi dvěma protikladnými polovinami světa
- ❖ Smrt – témata roztrhání, ukřižování, mučení, též bytí v pekle nebo v nebi, vězení. Převládajícím bludem je tvrzení o vlastní smrti a bytí v posmrtném stavu.
- ❖ Návrat k počátkům – návrat k počátkům času a vesmíru – stvoření planet, rajská zahrada, vody bezedné propasti. Také paralela k emocím, chování a asociacím dětských let
- ❖ Kosmický konflikt – vzniká světový konflikt kosmického významu mezi silami dobra a zla, světla a temnoty, řádu a chaosu. Triumf Antikrista, zničení nebo konec světa, poslední soud, intriky, úklady, špionáž, otravy – vše k zisku světové nadvlády
- ❖ Hrozba protikladů – pocit ohrožení ze strany opačného pohlaví, strach z přemožení opačným pohlavím nebo přeměny v něj. Identifikace s osobou opačného pohlaví, pokusy vyhladit opačné pohlaví, nadvláda opačného pohlaví
- ❖ Apoteóza – jedinec zažívá zbožštění, povýšení do královského stavu. Božstvo, hrdina, král, mesiáš
- ❖ Duchovní svatba – jedinec vstupuje do posvátného svazku rituálního nebo mytologického charakteru (královská svatba/eventuálně incestní), sňatek s Bohem nebo Bohyní
- ❖ Nové zrození – je očekáváno nové narození nadlidského dítěte nebo sebe sama. Znovuzrození, Božské dítě, dítě-spasitel, smířitel rozděleného světa
- ❖ Nová společnost – předvídaný nový společenský řád ideální nebo posvátné povahy. Utopie, světový mír, nový věk, nová země, nové nebe
- ❖ Svět rozdělený do čtyř částí – je ustanovena čtyřdílná struktura světa nebo kosmu obvykle v podobě rozčtvrceného kruhu. Čtyři kontinenty, čtyři vlády, čtyři rasy nebo náboženství, čtyři osoby božství, čtyři elementy nebo stavy bytí

Jednotlivá témata se nemusí objevovat v tomto pořadí. Přesto motivy smrti a rozpadu starých forem se objevují zpravidla dříve, zatímco motivy znovuzrození, nového řádu a čtyř elementů později.

Podle Perryho (in Benda, 2007) je základem pozdější psychogeneze psychózy problém neadekvátního sebepojetí nepsychotické osobnosti. V typickém případě jde o jedince

vyrůstajícího ve frustrujícím prostředí. Perry hovoří také o celkovém potlačení emocionality a přirozené schopnosti vytvářet blízké vztahy. Vlivy nízké sebeúcty, pocitů nedostačivosti a neodpuštělné viny, jsou nevědomím překládány opačným sebeobrazem vynikající, nadlidské bytosti, génia, osoby významné pro budoucnost světa apod. Rozpor mezi oběma reprezentacemi pak vytváří nestabilní psychickou situaci plnou nereálnosti a úzkosti, která má sklon kdykoli uvrhnout jedince zpět do archetypálního procesu.

Perry psal o tom, že tento tzv. *proces obnovy* představuje přirozený pokus individuální psýché o změnu příliš jednostranného vědomého postoje. Fakt, že nevědomí začne produkovat archetypální symbolické obrazy, přitom není ještě nijak patologický nebo nebezpečný. Patologickým se stává teprve neobratným způsobem, jakým prespychotické ego s takovými obrazy nakládá. V případě počínající psychózy dojde k tzv. inflaci – ego se s procesy a obrazy aktivovanými v nevědomí identifikuje. Zde je patrný rozdíl oproti psychospirituální krizi. Klíčovým okamžikem je podle Perryho zmíněný stav paniky – ta je tím silnější, čím více se jedinec cítí se svým prožíváním osamocen. Je dezorientovaný. Stav je pro něj nesrozumitelný. Vědomí naprosté izolace zvyšuje jeho úzkost. Tím, že natolik ztrácí svou identitu, se stává vysoce sugestibilním a ztotožňuje se s jakýmkoli silným vlivem zevnitř nebo zvenčí. Takže, když mu okolí řekne: „Jste nemocný, jste hrozba.“, cítí se podle toho – tedy jako šílený, zasluhující potrestání, nebezpečný a nezvladatelný. Perry upozorňoval na riziko iatrogenního působení – špatného přístupu skrze psychiatrické instituce.

Podle Perryho se v anamnézách psychotiků objevují mj.:

- Vážné potíže v mezilidských vztazích již od dětství, neschopnost navázat přátelství a důvěrný sexuální vztah, špatná sociální adaptabilita, dlouhá historie psychiatrických problémů
- Autistické stažení, agresivita nebo kontrolující chování
- Nedůvěra, vnímání světa a lidí jako nepřátel, „hlasy nepřátel“ s nepříjemnými obsahy
- Neschopnost vidět proces jako intrapsychický děj, projekce a obviňování
- Sebevražedné nebo sebepoškozující impulzy
- Výskyt chování ohrožujícího zdraví (odmítání jídla, zanedbanost)

Medo (2002) přejal z práce Perryho již zmíněný archetyp *Témata zničení světa*. Povšiml si, že tento archetyp se v mnohém nápadně shoduje s vizemi a sny mnohých schizofrenních pacientů. Autor píše o tom, že vnitřní nespokojenost s vlastním stavem a zastávaným místem v lidské společnosti vytváří rozporuplné napětí mezi chtěným a stávajícím stavem. Nevědomí je nuceno tento rozpor kompenzovat v souladu se stále kladně

přijímaným obrazem hmotného světa a s ohledem na naši svobodnou vůli, kterou nemůže ignorovat. Proto dochází zpočátku k ohrožení života a později k možnému prožitku smrti.

## 5.6. Spirituální hledisko

Historik psychologie Robinson (in Gaganová, 2004) uvádí, že od třetího po sedmnácté století se psychologická díla neustále zabývala i duchovními záležitostmi. Od roku 1930 ale nevznikala žádná větší psychologická práce, která by vyjadřovala potřebu po spirituálních záležitostech a pokusila se uchopit tyto dimenze člověka. Robinson tím dává najevo, že Jung nepatří do hlavního myšlenkového proudu.

Největší obavou Robinsona a jiných je ta, že spirituální podstata lidských bytostí by se mohla z krajin oficiální psychologie nadobro vytratit. Gaganová (2004) uvádí, že APA dokonce uplatňuje sankce na psychology, kteří uskutečňují studia stavů, které jsou považovány za paranormální či transcendentní. Zatímco humanistická psychologie má své členství v APA, transpersonální se svou žádostí o přijetí neuspěla. Je kritizována za to, že se příliš zaměřuje na věci „z jiných světů“ a kráčí „za lidské obzory“.

Jak píše Kuby (2005): „...to, že dosud nemáme žádné měřicí metody, jimiž bychom změřili tuto novou dimenzi, nás rozhodně neopravňuje k tvrzení, že neexistuje. Ve vědě platí, že nepřítomnost důkazu nezakládá důkaz nepřítomnosti. Nenajdeme-li v lese jedinou houbu, neznamená to, že tam žádné nejsou.“

Teprve v posledních 5-10 letech se začaly objevovat výzkumy, které se zabývaly důležitostí začlenění systému víry do léčby schizofrenie. Ovšem z hlediska oficiálního náboženství, nikoli nekonvenční duchovní cesty.

McCormack a Miller (2006) píší o tom, že víra jako část klientova života, by neměla být ignorována o nic více, než symptomy, rodinné problémy, zneužívání látek, etnicita, rasa nebo gender.

V souvislosti s pokrokem na poli psychiatrie a psychologie uvádí Benda (2007), že do DSM-IV byla v roce 1993 zařazena kategorie „Náboženský nebo duchovní problém“, která ale zestručnila a pozměnila původní návrh o zařazení psychospirituálních problémů s diagnózami: „Mystické zážitky s psychotickými příznaky“ a „Psychotické poruchy s mystickými příznaky“. Původní návrh byl upraven a obsahuje v sobě zmínku o některých náboženských problémech, avšak nikoli o problémech spirituálních prožitků.

Podívejme se na možné problémy se začleněním spirituálního přístupu do vědy, potažmo psychologie

- ❖ *Problém s definicí spirituality*
- ❖ Chopra (1993) - *mysl nedokážeme definovat*. S mozkem, který je fyzickým orgánem a může být zvážen a rozpitván, se medicína cítí bezpečněji než s myslí.
- ❖ Belzen (in Československá psychologie, 2009) - *různé druhy spirituality mají vlastní charakter*, daný kulturním kontextem a spirituální tradicí.
- ❖ *Skrytost* - mystikové se na veřejnosti spíše neukazují.
- ❖ *Nesdělitelnost* - zážitky energetické povahy jsou zkušenosti, které jsou naprosto jedinečné a neopakovatelné a velmi těžce se pro ně hledá už jen verbální popis. Ten, kdo prožil, o jejich skutečnosti nepochybuje, je ale obtížné jejich skutečnost předat osobám, které nic podobného nezakusily a nemohou tedy pochopit, oč se jedná.
- ❖ *Znevážení* – působením řady šarlatánů vyvolává termín „léčitelství“ spíše negativní nuance reakcí, jako jsou jízlivost, ironie, distancování se až odpor, jako projevy odchýlení se od serióznosti
- ❖ *Nekonvenčnost* – ve spirituálních kruzích se setkáváme s praktikami, které leckdy představují značný odklon od přijímaného úzu, což probouzí celé spektrum reakcí (strach, zvědavost, rozpaky)

### 5.6.1. Rozdíl mezi psychospirituální krizí a psychózou

V souvislosti se začleněním spirituality do psychóz, považují za důležité odlišovat tzv. psychospirituální krize a psychóz.

Pojem psychospirituální krize už nepatří mezi neznámé, nýbrž jsme o něm již získali poměrně hodně informací. Vančura (in Vodáčková, 2002) uvádí, že je to odhadem 15 % psychotických pacientů, procházejících psychospirituální krizí, kteří se dostávají do psychiatrických léčen a ambulancí. V Praze se této problematice věnuje sdružení Diabasis.

Pojem "psychospirituální" vyjadřuje to, co se děje při přechodech mezi individuální úrovní, tj. na biografických zážitcích založenou psychikou, a duchovní úrovní. Duchovní v tomto smyslu odkazuje k zážitkům vyššího řádu - ve smyslu přesahu osobní zkušenosti.

Za zastřešující považuje pojem *mimořádné stavy vědomí*, kam můžeme zařadit řadu fenoménů od "zážitků" po psychotické příznaky:

- Změny v myšlení
- Změna časového prožívání



- Ztráta pocitu kontroly
- Změny ve vyjadřování emocí
- Změny v obrazu těla
- Změny v percepci
- Posun ve vnímání významu a významnosti
- Zážitek nesdílitelnosti někomu, kdo nemá podobnou zkušenost
- Pocit, jako bychom se znovu narodili
- Hypersuggestibilita

Dle Vančury (in Vodáčková, 2002) lze zkráceně říci, že mimořádné stavy vědomí patří mezi obecně lidské zkušenosti. Některé mimořádné stavy vědomí jsou nazývány psychózami. Mezi psychózami mohou být velké rozdíly, i když vypadají stejně nebo podobně.

Vančura dále popisuje odlišení benigních psychotických zážitků od maligních. V posouzení funkce Já pomáhá kritérium přiměřeného fungování před krizí. Předpokládá se schopnost navázání přátelských vztahů, sexuálních vztahů, přiměřená účast na školní docházce a vzdělání. Předpokládá se také nepřítomnost předchozí vážné psychiatrické historie a nepřítomnost sebe-destructivních myšlenek a tendencí, nebo pokud je klient má, schopnost o nich mluvit a akceptovat bezpečnostní opatření.

Psychospirituální krize tedy v sobě zahrnuje:

- Začátek ovlivněný stresující životní událostí nebo účastí na spirituální praxi
- Extatické ladění, které může též doprovázeno úzkostí
- Pouze mírně dezorganizované myšlení
- Halucinace "vyššího řádu", např. transcendentní hlasy
- Zachované testování reality
- Dobré sociální fungování před tím, než začaly mimořádné stavy vědomí
- Vhled, že něco uvnitř se změnilo
- Absence paranoidního myšlení, ačkoli může být přítomný přiměřený strach
- Pozitivní postoj, ochota zkoumat zkušenost jako něco, co patří do života osoby
- Omezené trvání
- Zlepšené sociální a osobní fungování po epizodě

Můžeme tedy shrnout, (dle Vančury, 2005), že člověk procházející psychospirituální krizí má schopnost nahlížet na tento stav jako na vnitřní psychologický proces a jako k takovému k němu přistupovat. I během velmi dramatických zážitků dokáže rozlišovat mezi vnitřním a vnějším. Neříká: „Jsem Ježíš“, ale říká třeba: „Asi vám to bude připadat divné, ale

někdy mívám představu, jako bych byl božím synem“. Takový člověk je také schopen vytvořit přiměřený pracovní-terapeutický vztah. Na rozdíl od psychotických klientů netrpí pocity pronásledování, vztahovačnosti, v jejich vnímání druhých nepřevažují projekce a acting out (přehrávání vnitřního nevyřešeného materiálu nebo neukončených situací v reálném světě), nemají destruktivní nebo sebedestruktivní myšlenky, nebo je mají, ale dokážou o nich mluvit a akceptovat bezpečnostní opatření. Psychotické symptomy se objevují, mohou být dramatické a rychle měnlivé ale zase rychle odezní. Pouze když se někdo přestane o sebe starat, přestane jíst a spát nebo má sebevražedné myšlenky, je na místě zvážit jiné řešení, např. hospitalizaci.

### 5.6.2. Psychoenergetika

Podle Kozáka (2005) se ve vzniku duševních nemocí projevuje špatné spojení těla a duše, což má to za následek narušení informačního toku mezi nimi. Mnoho takových nemocí je spjato s deformacemi těla, což dle Kozáka jen dokazuje, že tělo je projekcí mysli.

Nemoc - nejen tělesná, ale také duševní, je v pojetí psychoenergetiky výrazem disharmonie bytosti. Soustava přitom funguje jen tehdy, kolísá-li neustále okolo rovnovážného stavu. Výchylinky se jeví jako protiklady, ale ve skutečnosti se jedná pouze o projevy jednoho celku. S tímto se ztotožňuje čínská monáda jin a jang. Nemoc pak představuje odchýlení od tohoto rovnovážného stavu. Její projevy jsou viditelnými znaky zápasu mezi útočící poruchou a jednotlivými subsystemy, které se jí snaží odstranit. Snaha ovlivňovat pouze následky, jako to dělá klasická medicína, může přispívat k prohlubování stávající nerovnováhy organismu.

Psychoenergetika pracuje se základní energií, kterou nazývá prána. Prána reprezentuje universální energii, která netvoří jen jednotné pole, z něhož se vše hmotné vynořuje a opět v něm mizí, ale obklopuje všechno živé. Vše, co můžeme vidět kolem sebe, je tvořeno z prány. Hmota představuje jen její jakousi statickou podobu, s velmi malým kmitáním. Nejenže je každý předmět tvořen z prány, ale také s ní reaguje, což se projevuje jejím větším nebo menším vyzařováním, takže se zdá, jakoby hmotný předmět tuto energii pohlcovал nebo ji naopak vyzařoval. Tyto reakce s pránou se projevují vznikem oblaku okolo všech hmotných předmětů. Zatímco aura obklopuje pouze vše živé, tento oblak se vyskytuje také u všech ostatních – i neživých předmětů. Oproti auře v něm ale nejsou žádné struktury, které bychom mohli považovat za energetická centra a rozvody energie

Západní alopatická medicína tvrdí, že energie neexistuje. Medicína je založena na linearitě světa. Pokud by ale svět byl lineární, pak by nezáleželo na předchozích stavech a

nemoci by vůbec nemohly existovat. Následky by byly pouze aktuálním výsledným stavem, který by bylo možné změnit na jakýkoli jiný. Organismy by procházely neustálými individuálními proměnami, proto by nebylo možné hovořit ani o jakýchkoli druzích. Vše by se muselo jevit jako dokonalý chaos.

Psychoenergetika vychází z nelienárního uspořádání světa. V nelineárním systému jsou všechny prvky celku vzájemně spjaty, proto změna jednoho se projeví v celém vesmíru. Přitom i ta nejmenší část obsahuje informace o celém vesmíru. Podle profesorů Pribrama a Bohma (in Kozák, 2005) má vesmír vlastnosti hologramu. Stále ještě neumíme řešit nelineární rovnice, ale můžeme konkrétní vztahy vyjadřovat jako fraktály – tedy neustále se opakující stejný vzor na všech úrovních. Tyto úvahy, podobně jako objevy na poli kvantové fyziky přibližují energetický systém člověka vědeckému světu a mohly by jej časem zbavit nálepky nemožnosti, nesmyslnosti nebo dokonce neexistence.

### **Bloky**

Podle psychoenergetiky se nemoc projevuje tehdy, je-li v organismu přítomna blokáda, nebo je-li snížena míra souznění s okolím. Pokud se jedná o blok uvnitř, energie proudí do organismu, ale nemůže se volně šířit a je proto nucena razit si cestu jinudy: jeden blok uvolňuje řetězovou reakci a organismus se blokuje čím dál více. Ve druhém případě se energie téměř nemůže dostávat do organismu a ten se stává energeticky podvyživeným. Ve snaze po zachování organického života se více energie dostává k důležitým orgánům, a tím může dojít k sekundárnímu zablokování.

Podle Kozáka (2005) se duševní či tělesná choroba projeví teprve dlouho poté, co se organismus začne blokovat. O existenci bloku informoval veřejnost Reich (in Kozák, 2005), který na přelomu 20. a 30. let 20. století objevil blokaci, jíž trpí převážná část populace. Reich si jí všiml až tehdy, stala-li se natolik silnou, že začala způsobovat vznik určité duševní a následně i tělesné choroby. Reich jako psychoanalytik zjistil, že zablokovanost organismu se projevuje především psychologicky změněným chápáním a cítěním. Protože k nemoci dojde až dlouho po blokaci, potvrzuje to závěry Bohma (např. 1980) a dalších badatelů, kteří došli k závěru, že existuje řídicí pole – implikátní řád, podle nějž se řídí i řád explikátní. Léčbou by bylo navrácení implikátního řádu do původní podoby. Lékařství, které by chtělo zabránit změnám a tím i spuštěním onemocnění, by muselo být ve své podstatě preventivním.

Kozák píše, že zkoumáme-li projevy kteréhokoli člověka z hlediska psychoanalýzy, zjistíme, že v našem světě není nikdo, kdo by zablokovaný nebyl. Tato zablokovanost umožňuje vnímat sebe sama odděleně od svého okolí.

Míra blokády organismu určuje míru schizoidního komplexu člověka, který je podle tohoto pojetí základní složkou lidské povahy. Pokud se nad tím zamyslíme, není toto vyjádření nikterak nelogické, neboť já existuji a jako existujícího se vnímám jen tehdy, jsem-li zřetelně oddělen od svého okolí, abych se jako individualita mohl vnímat.

Kozák dále pokračuje s tím, že čím je působení okolí na průměrného jedince agresivnější, tím je jeho schizoidní komplex silnější.

Schizofrenie je podle tohoto pojetí velmi silným a prakticky nekontrolovatelným projevem schizoidního komplexu. Objevuje se často po duševním šoku, který způsobí, že se jedinec uzavře před svým okolím. Je provázena značnou únavou organismu, kterou můžeme přičíst tomu, že se vzdušná prána, která po přijetí organismem jako základní energie proudí v člověku, v případě této nemoci do organismu nedostává a ten pak trpí energetickou podvýživou. Organismus může být blokem ochromen natolik, že se počínají objevovat poruchy myšlení, které se stává chaotickým. Tento stav je dále provázen výraznou poruchou emotivity, ztrátou kontaktu s realitou, s následným upadnutím do chorobných představ. Je potlačena vůle a jedinec se začíná utápět v negativismu.

Jedinec, který zablokovaný není, je schopen přijímat jakékoli informace, uvažovat o nich a řadit je do systému. Jedinec zablokovaný uvažuje velmi dogmaticky a jeho názory jsou prakticky neměnné, a to i tváří v tvář skutečnostem, které jeho dosavadní přesvědčení vyvracejí. Pokud na taková fakta je schopen reagovat, dostaví se hněv u těžší formy blokace, u lehčí pak zlehčování. Tito jedinci vyhledávají jako objekt svého zájmu sport nebo náboženství.

Zablokováním organismu se vytváří začarovaný kruh, protože z nitra se ozývá potřeba podnětů, které tam kvůli blokaci nemohou proniknout. V pokročilých stádiích slyší pacienti hlasy, s nimiž může někdy i rozmlouvat. Tyto hlasy pak představují vlastní podvědomou kompenzaci touhy po společnosti jiných jedinců, kterých se ale v běžném společenském styku straní. Pokud pacient zároveň vykazuje znaky schizoidního komplexu, můžeme si být prakticky jisti, že se jedná o patologický projev.

### **5.6.3. Systém sedmi čakr a jógický přístup**

Nelson (1994) představuje systém sedmi čakr jako tři tisíce let starý způsob integrace těla, mysli a ducha. Původně byl součástí praxe tantrické jógy, dnes zůstává nedílnou součástí moderního esoterického hinduismu a buddhismu a tvoří teoretické podloží pro akupunkturu - osvědčenou techniku léčení ve velké části světa.

Jógický přístup se snaží nalézt duchovní úroveň, na níž se jedinec nachází. Její základní myšlenkou je integrace těla, mysli a ducha, tedy pojetí jednoty. Vše, co vnímáme ve svém okolí a jeví se nám jako polarity – pozitivní a negativní, jsou ve skutečnosti stránky jednoho a téhož. Jak píše Adžaja (2009), terapeut vycházející z jógy si uvědomuje vzájemné vztahy mezi různými aspekty lidské bytosti. Ví, že nemoc vzniká v důsledku vnitřní nerovnováhy, která může být medicínským postupem jen posílena. Odstraněním symptomů se odstraňuje nutnost o vzniklé nerovnováze přemýšlet, ale neodstraňuje se příčina sama. Tato potlačená příčina je v lidské bytosti stále latentně přítomna a projeví se znovu, s větší silou, často v jiné oblasti a jiným způsobem. Reakce člověka bývá stejná – vyhledá lékaře. Utlumením se tak celý cyklus opakuje.

V orientální medicíně se čakry považují za reálná fyzikální centra, “víry” pro akumulaci životní síla - prány - z univerzálního zdroje. Slovo „čakra“, které je původem ze sanskrtu, znamená „kolo“.

Stejně jako fyzické orgány, i čakry mohou být slabé nebo silné, vyrovnané nebo nevyrovnané, čisté nebo zanesené stagnující bioenergií. Podle stavu čaker lze rozpoznat, v jakých oblastech své bytosti má člověk disharmonie - ať už jde o oblast fyzického těla nebo jednotlivých složek psychiky.

Jógicky zaměřený přístup pomáhá člověku uvědomit si nevědomé obsahy, včetně osobního nevědomí, ale přesahuje je. Pracuje rozsáhle s hlubší vrstvou nevědomí, kde se odehrávají univerzální archetypální témata. Tato vrstvu, kterou Jung nazval kolektivním nevědomím, hraje podle Adžaji (2005) v motivaci člověka mnohem větší roli než jeho osobní nevědomí.

Obsáhlý model pro porozumění archetypům, který vychází ze specifických center-čaker, předkládá tantrická filozofie a psychologie. Síly, které z každé čakry vyzařují, ovlivňují člověka v jeho fyzické, emoční i psychické činnosti. Jung (in Adžaja, 2005) pojímal čakry jako symboly, které se nám stávají cennými průvodci v psýché. V psychologickém smyslu jsou tedy čakry vnímány jako archetypy - komplexní témata, kolem kterých se točí lidské životy, diskrétní stavy vědomí, které vedou fyzický, duševní a duchovní růst po celý život.

Podle tantry existuje sedm primárních stavů vědomí, které odpovídají projeveným centrům. Jung hovoří o tom, že čakry tantrického systému zhruba odpovídají svým umístěním oblastem, jimž bylo v minulosti přisuzováno centrum vědomí. Uvádí se, že čaker je sedm primárních a dvě skryté. Mimo ně existují ještě sekundární a terciární čakry, které odpovídají akupunkturním bodům – těch je ale ve skutečnosti údajně mnoho přes 6 milionů. Sedm

základních čaker probíhá podél páteře. Každá čakra má své archetypální téma, které se může změnit v drama v životě člověka. Narušení jednotlivé čakry nebo více čaker současně se pak projeví specifickými psychickými příznaky.

#### 5.6.4. Závěr

Ze spirituálního pohledu, pokud se člověk nechce vzdát svého materialistického světového názoru, nemůže se vzdát ani nemoci a lékař mu tak nemůže pomoci. Tento směr také hovoří o samoléčící schopnosti, která je přirozenou součástí každého z nás.

## 6. Současná léčba psychotického onemocnění

Současná léčba psychotických onemocnění sestává z farmakoterapie, psychoterapie a rehabilitace. Dále existují také alternativní způsoby léčby, povětšinou jako doplňkové.

### 6.1. Farmakoterapie

Dosud se v léčbě schizofrenie neobejdeme bez podávání psychofarmak, která mají za úkol klienta stabilizovat.

Účinek, který vyvolovala psychofarmaka, se ukázal pro společnost všeobecně výhodný a potenciálně výnosný, takže se na vývoj podobných, ale lepších léků vynaložilo a stále ještě vynakládá obrovské výzkumné úsilí.

Psychofarmaka, jak uvádí Weinberger (in Yovell, 2005), brzdí činnost dopaminu v limbickém systému a odstraňují tak pozitivní symptomy. (Švéd Carlsson a dva další vědci za tento objev získali v r. 2000 Nobelovu cenu za lékařství.). Weinberger dále hovoří o tom, že psychofarmaka však současně brzdí činnost dopaminu v jiných oblastech mozku – mohou narušit schopnost prožitku a vyvolat příznaky podobající se Parkinsonově nemoci. Mnoho schizofreniků proto sahá k nebezpečným drogám, jako jsou speed a kokain, nebo takřka bez přestávky kouří cigarety – snaží se tím překonat neschopnost prožitku, který s sebou přináší nemoc a který je léky ještě posílen.

O'Briene (in Malá, 2005) vyzoroval, že na každých pět jedinců s diagnózou chronické nebo rekurentní schizofrenie se objeví toto rozložení:

- Jeden pacient (20%) nebude dobrý, i když užívá neuroleptika
- Jeden pacient (20%) bude dobrý bez medikace i placebo
- Jeden pacient (20%) bude dobrý na placebo, když bude přesvědčen, že užívá aktivní medikaci

- Dva pacienti (40%) budou dobří jedině při správné udržovací antipsychotické terapii – nebudou mít relaps

Z toho vyplývá, že dva z pěti pacientů nepotřebují brát udržovací dávky psychofarmak - nedokážeme ovšem určit, kteří to jsou.

Ze soudobých antipsychotik se podle výsledků dvou studií, které byly provedeny v r. 2002 Sechterem a kol. a Martinem a kol. (in Švestka, 1998), a které srovnávaly účinnosti atypických antipsychotik, jako neúčinnější projevil clozapin. Amisulprid, olanzapin a risperidon se v účinnosti navzájem nelišily, přičemž jejich účinnost byla vyšší než u antipsychotik 1. generace.

Maršálek et al. (2007) popisuje účinek sertindolu, který byl ve srovnání s placebem vyšší, v porovnání s haloperidolem byla účinnost vzhledem k pozitivním schizofrenním příznakům srovnatelná, vzhledem k negativním významně účinnější než haloperidol a risperidon.

### **Dosud popsané negativní účinky farmakoterapie používané u psychotických klientů**

#### ❖ Poruchy kognitivních funkcí

Frith (1992) hovoří o tom, že pacienti jsou kromě všudypřítomných neuroleptik léčeni také anticholinergiky a trankvilizéry, které mohou způsobovat poruchy paměti.

#### ❖ Metabolické poruchy u léčby antipsychotiky

Nemocní schizofrenií představují rizikovou skupinu pro vznik metabolických poruch jako je abdominální obezita, vysoký krevní tlak, porucha glukózové tolerance a aterogenní dyslipidémie.

Se zvýšeným rizikem metabolického syndromu je spojeno zejména podávání clozapinu a olanzapinu, nižší riziko je u risperidonu a quetiapinu.

#### ❖ Vedlejší kardiovaskulární účinky při léčbě antipsychotiky

Kromě relativně časté a méně závažné posturální hypotenze a sinusové tachykardie je tato léčba spojena i se zvýšeným rizikem vzniku polymorfni komorové tachykardie, která může vést k synkopě a za určitých okolností k oběhové zástavě nebo náhlé smrti.

Z moderních preparátů jsou s relativně nejvyšším rizikem spojeny sertindol a ziprasidon.

#### ❖ Myokarditida a kardiomyopatie

Jedná se o poměrně vzácné, nebezpečné nežádoucí účinky. Mezi příznaky patří horečka, dušnost, tachykardie, chřipkové příznaky, únava a známky srdečního selhání.

Podle WHO (in Maršálek, 2007) je relativně nejvyšší riziko pro vznik myokarditidy nebo kardiomyopatie spojeno s podáváním clozapinu.

#### ❖ Tromboembolické komplikace

Maršálek et al. (2007) uvádí, že je všeobecně málo známo, že nemocní schizofrenií, léčení antipsychotiky, představují rizikovou skupinu pro vznik žilního tromboembolismu. Riziko sice není vysoké, ale může mít fatální následky (plicní embolie).

#### ❖ Prolaktin a sexuální funkce

Blokáda D2 receptorů antipsychotiky v tuberoinfundibulární oblasti vede ke zvýšení plazmatické hladiny prolaktinu. Klinickými projevy hyperprolaktinémie jsou:

- Galaktorea
- Zvýšené riziko rakoviny prsu
- Osteoporóza
- Snížení fertility
- Pokles hladiny testosteronu a snížení pohyblivosti spermií
- Sexuální dysfunkce
- Poruchy menstruačního cyklu

Prolaktinémii nejvíce zvyšují risperidon, amisulprid a zotepin.

#### ❖ EPS a tardivní dyskineze

V závislosti na podávané dávce způsobují EPS risperidon, amisulprid a zotepin.

#### ❖ Ostatní

V důsledku antipsychotické medikace se mohou objevit krevní dyskrázie jako leukopenie až agranulocytóza, trombocytopenie, anémie, leukocytóza, eozinofilie. Právě z důvodu vyššího rizika agranulocytózy byl pro clozapin vytvořen monitorovací systém krevního obrazu.

## **6.2. Psychoterapie psychóz**

Jak uvádí Strossová (1984), dosud je diskutována otázka, zda je u psychotiků vhodnější individuální nebo skupinová psychoterapie, v praxi se však ve větší míře stále používá psychoterapie skupinová. Vedle důvodů časové hospodárnosti tu hrají roli i zvláštní výhody skupinového působení: skupinová psychoterapie více přibližuje pacienty sociální realitě.



V PL Opava, kde má tato terapie tradici, je skupinová psychoterapie psychotiků zaměřena na doléčování a rehabilitaci, což znamená zařazení pacientů po přeléčení akutní fáze psychózy aktivní biologickou terapií. Lehce dekompenzovaní psychotici, kteří již jednou skupinovou psychoterapii absolvovali, mohou být při rehospitalizaci zařazení do skupiny ihned. Kontraindikací pro zařazení do skupiny je bouřlivý psychomotorický neklid, masivní halucinatorní či bludná produkce, katatonní stupor, suicidiální tendence apod. Překážkou pro zařazení je samozřejmě také snížený intelekt.

Jak uvádí Strossová (1984), přednostně je třeba poskytnout skupinovou psychoterapii pacientům poprvé hospitalizovaným, tj. při první atace jejich nemoci, protože tam lze od psychoterapie očekávat nejvýznamnější efekt.

Nejlépe se s psychotiky pracuje ve skupině, která je *smíšená* po stránce diagnóz i pohlaví a *otevřená*. Z hlediska diagnostického jsou do skupiny indikovány všechny endogenní a psychogenní psychózy, relativní kontraindikací je pouze paranoia, která je pro skupinovou psychoterapii příliš svízelná.

Heterogenita po stránce věku je v PL Opava omezena určitými hranicemi: dolní je přibližně u 18, horní kolem 45 let. Vzhledem k nedostatku speciální péče o adolescenty zařazují někdy do skupiny i pacienty sedmnáctileté (jen výjimečně i šestnáctileté), s plným vědomím toho, že to není ideální. Pacienti nad 45 let jsou zařazováni jen zřídka. Počet členů v terapeutické skupině se může pohybovat mezi 8 a 24. Nejlépe se pracuje se skupinou osmi- až dvanáctičlennou, v praxi ale bývá skupina početnější.

### **Konkrétní postupy práce**

Co se obsahu sezení týče, je rovnoměrně vyváжено zaměřením na minulost, současnost a budoucnost.

- Biografické a nozografické diskuse
  - Pracuje se s klientovým životopisem. K jeho vyprávění se pacient dostává zpravidla ve čtvrtém až pátém týdnu svého pobytu ve skupině. Životopis si nepřipravuje písemně, ale volně ho přednáší podle cyklostylované osnovy, kterou dostává předem.
  - V souvislosti s vyprávěním dětství se mohou otevírat zážitky, které je třeba terapeuticky zpracovat. Cílem je odreagování emocí z dřívějších traumatických zážitků a zdravější hodnocení minulé situace, čímž podle autorky ztrácí jejich onemocnění svou živnou půdu.
- Diskuze k aktuálním problémům, tematické a interakční, s využitím speciálních úvodních technik

### Příklady diskusních témat

- Problémy v manželství
  - Problémy rodičů s dětmi (a dětí s rodiči)
  - Vztah k autoritám
  - Problémy s alkoholem
  - Co mi dává skupinová psychoterapie
  - Léky a význam jejich užívání
  - Jak předcházet opakování nemoci
  - Sebevražedné myšlenky a proč má můj život cenu pro mne a pro druhé
  - Co mě v životě těší a uspokojuje
  - Kdo mi může být oporou a co já mohu poskytnout svým blízkým
  - Čeho se po propuštění obávám a na co se těším
  - Čeho bych chtěl v životě dosáhnout
  - Jaký jsem a jaký bych chtěl být
  - Dále se používají hry s psychoterapeutickým potenciálem a sociometrické testy
- Psychodrama
  - Psychomelodrama (pozn. psychodrama, při němž je dramatické vyjádření pacienta usnadňováno hudbou ve formě volných improvizací)
  - Imagoterapie (pozn. klasická Volpertova imagoterapie spočívá v systematickém a dlouhodobém nácviku nápodoby chování ideálního vzoru, vybraného z literárního díla: pacient opakovaně dramaticky přehrává chování literárního hrdiny v různých situacích a tomuto chování se učí, aby je pak mohl přenést do vlastního života.)
- V PL Opava se používá zjednodušená forma imagoterapie příležitostně v hodinách vyhrazených psychodramatu. Pacienti si v hodině kulturní terapie společně přečtou určenou povídku a následující den v psychodramatu přehrávají významné situace příběhu.
- Psychogymnastika
  - Arteterapie
  - Muzikoterapie

### **Úspěšnost skupinové terapie**

Autorka uvádí, že sledujeme-li katamnézy pacientů, zdá se, že vliv skupinové psychoterapie se projevuje dvojitým způsobem: jednak v kvalitnější remisi onemocnění, která je často dlouhodobá, jednak v lepší spolupráci pacientů s psychiatrickými ambulancemi.

Výzkum, který provedla Strossová s Rozinkovou (in Strossová, 1984), zhodnotil, že srovnání revertence (návratu onemocnění) schizofreniků léčených při první hospitalizaci pouze biologickou léčbou a schizofreniků léčených při první hospitalizaci také skupinovou

psychoterapií ukázalo, že revertence do jednoho roku u schizofreniků po psychoterapii je sice menší, avšak rozdíl není statisticky významný. Revertence do pěti let u schizofreniků po psychoterapii byla však natolik menší, že rozdíl je statisticky významný na 5% hladině významnosti.

### 6.3. Rehabilitace psychóz

Jak uvádí Bouček (2006), zahrnuje rehabilitace psychóz dvě oblasti:

#### 1) Rehabilitace sociálně-psychologická

- Psychoedukace
- Návčik sociálních dovedností
- Návčik sociálních vztahů

#### 2) Rehabilitace pracovní a činnostní

- Pracovní terapie v dílnách
- Arteterapie
- Muzikoterapie
- Biblioterapie
- Kinezioterapie
- Chráněné bydlení
- Fyzikální léčba (vodoléčba, masáže)

### 6.4. Jiné způsoby léčby

Zmíňme *transkraniální magnetickou stimulaci*, cílenou lokální aplikaci pulsního magnetického pole na mozek, kde indukce elektrického pole vyvolá depolarizaci neuronů. Cílem je přímá inhibice nebo stimulace mozkové kůry. Jak píše Tuček (2002), byl potvrzen antidepresivní účinek, zkouší se u obsedantně-kompulzivních stavů, úzkostných poruch a také schizofrenie. U schizofrenie byla zatím úspěšně použita k ovlivnění farmakorezistentních sluchových halucinací.

Raritní terapeutickou metodou jsou *mozkové operace* – oproti dřívější frontální lobotomii a cingulotomii jsou to dnes stereotaktické operace. Jedná se o nejradikálnější zákrok, který není nikdy indikován u schizofrenie dětí a mladistvých, neodstraňuje základní onemocnění, ale u dospělých ovlivňuje nezvládnutelné symptomy jako agresivní raptý nebo těžké obsese, zvláště je-li onemocnění spojeno s epilepsií. Úkolem zákroku je napomoci socializaci jedince.

Z nutriční terapie Peters (2007) hovoří o významnosti omega-3 mastných kyselin, jejichž nedostatek ovlivňuje zhoršování příznaků. Podobně jako kyselina listová nebo vitamin C. Možná souvislost je hledána také u nízké hladiny histaminu v krvi.

Dalším typem doplňkové léčby jsou tělesná cvičení, která by mohla být prospěšná i u schizofreniků a to nejen proto, že takto nemocní mají vyšší výskyt gastrointestinálních, respiračních a kardiovaskulárních onemocnění. Pohybová aktivita pomáhá zlepšit duševní stav u mnoha mentálních nemocí, jako např. u deprese, proto by mohla být přínosná i u schizofrenie.

Jinou alternativu představují masáže. Protože někteří lidé, trpící schizofrenií, ztrácejí pojem o tom, kde jejich tělo začíná a kde končí, mohou masáže napomoci opětovnému navázání spojení s vlastním tělem. Masážní terapie schizofreniky uvolňuje.

Při zmírňování stresu pacientů se schizofrenií může pomoci psychosomatická terapie, např. jóga, relaxace či řízená imaginace. Je třeba mít ale na paměti případy, kdy se cvičení jógy striktně nedoporučuje z důvodu zhoršení symptomatiky. Také expresivní terapie (výtvarné umění, hudba, tanec a drama) sjednocují emoce a pozvedají náladu.

## **7. Nejnovější poznatky k příčinám psychóz**

V Sao Paulu v Brazílii se v roce 2009 konalo sympozium, jehož obsahem bylo pátrání po příčinách schizofrenie. Na sympozium bylo přizváno 36 příspěvatelů z 10 zemí, aby diskutovali o nových nálezech z epidemiologie, psychopatologie, patofyziologie, genetiky a léčbě. Na 5. sympoziu, které se konalo v roce 2003, byly velké naděje upřeny ke genetickému výzkumu, který by mohl vyústit v identifikaci jednoho nebo více kandidátů genu na psychózu, ne-li přímo schizofrenii. V uplynulých letech byla očekávání naplněna neuspokojivě vzhledem k pouze nejasnému konsenzu na kandidáta genu. Na sympoziu se probírala realizace nových integrativních přístupů vyúsťujících z rozličných odvětví. Otázky vedly k tomu, jak můžeme nejlépe konceptualizovat tuto spíše komplexní nemoc. Sympozium tak zdůraznilo a podpořilo vznikající přiznání o potřebě integrovat znalosti z různorodých disciplín v psychiatrii s cílem vyvinout komplexní testovatelné hypotézy při hledání polyfaktoriálních příčin schizofrenie. Uvedme nyní obsah některých příspěvků.

Kirkbide a Scoriels (2009) hovoří o tom, že studie orientované na interakci geny-prostředí se stávají stále více formálně propracovanými, tím, jak se neurověda stále více zajímá o sociální organizaci a o to, jak se sociální faktory dotýkají biologického podkladu a

potenciálně vedou k psychózám. Nové vhledy z genomově zaměřených studií nabízejí nové indicie o vzácných genetických mutacích, včetně variant počtu kopií a nově vzniklých mutací.

Paulo Mensezes (2007) přispěl se svými nedávnými zjištěními z rozsáhlého epidemiologického výzkumu, který zkoumal nižší incidenci schizofrenie v Sao Paulu ve srovnání s jinými městy. Tento nález, pojmenován jako „Sao Paulo syndrom“ zvyšuje pravděpodobnost, že socio-environmentální procesy zapojené do etiologie schizofrenie mohou být odlišné napříč městy a být tak více komplexní než pouze jednoduše asociované s urbanicitou. Mensezes zvýraznil jiné pozoruhodné výzkumy, které pomohly rozptýlit dogmatické paradigma, že incidence schizofrenie je shodně rozptýlena po celém světě. Nyní je jasné, že existuje variace v incidenci schizofrenie na různých geografických úrovních – globálně, národně i místně, což dláždí cestu pro environmentální komponentu této poruchy. Z výzkumu vyplynulo, že riziko schizofrenie pro jedince je závislé na typu prostředí, kterému jsou vystaveni a zčásti na vlastní úrovni sociálního znevýhodnění nemocných.

Andreas Meyer-Lindenberg (in Kirkbide, Scoriels, 2009) prezentoval důkazy, jak sociální hierarchie nebo naše pozice v ní může ovlivnit neurální síť a jak sociální status ovlivňuje naše zdraví a chování. Konkrétně jak přesně ovlivňují sociální izolace a fragmentace biologické změny v mozku. Jiný autor, John McGrath (2009), se pokusil o více holistické porozumění, jak zdánlivě okrajové environmentální faktory odkazují na změny v patofyziologii, přes genetické a epigenetické (exprese genu) procesy, což dle něj může být rozhodující v objasnění multifaktoriálního základu schizofrenie.

Hlavním tématem genetické sekce bylo identifikování cest, které mohou vést k lepšímu porozumění genetických fenoménů, jako např. hledání polymorfismů (proměnlivost určitých úseků genomu), majících spojení se schizofrenií. Analýza genové exprese tak objevila, že exprese více než 20 tisíc genů může vést až k 20 genům, potenciálně specifických pro schizofrenii. Další hlediska např. autorů Martins-de-Souza, Gattaz et al. (2009) zohlednila spojení kupříkladu s kalciovou homeostázou, oligodendrocyty nebo metabolismem energie.

Objevil se nový důkaz k podpoře Kapurovy hypotézy (2003), že riziko pro psychózu závisí na dopaminovém systému skrze chybnou interpretaci – abnormální - na jinak neutrální podněty. Graham Murray se svými kolegy ukázali nadměrnou striatální dopaminovou odpověď na normální podněty u lidí se schizofrenií.

Dopaminová hypotéza je pouze jednou z cest, jak může psychóza působit. Také jiné systémy jako glutamát, reakce glutamát-dopamin nebo centrální role hippocampu, regulující emocionální kontext naší pozice v čase a prostoru mohou poskytovat rovné možnosti osvětlení. Moghaddam (in Kirkbide, Scoriels, 2009) přednesla práci, ve které studovala

plánování glutamátových receptorů jako alternativní cestu léčby – pacienti vykazovali signifikantní zlepšení pozitivních i negativních příznaků a nezdálo se, že by trpěli vedlejšími účinky, které se běžně vyskytují u klasických antipsychotik.

Zatímco na jiných setkáních obsazovala epidemiologie periferii zájmu ve výzkumech, na tomto mítinku se vedla živá debata o tom, jak mohou epidemiologický a genetický výzkum přispět společně k objasnění pravděpodobně poly-genetické a poly-environmentální etiologii schizofrenie. Absence nesouhlasných hlasů může být ukázkou pozoruhodného posunu v paradigmatu psychiatrie a podporu spolupráce mezi jednotlivými odvětvími.

## II. VÝZKUMNÁ ČÁST

V minulosti dávnější i nedávné byla provedena celá řada studií a výzkumů, které se zaměřovaly na jednotlivé dimenze možné kauzality psychóz. V mnoha desítkách takových prací se badatelé více zaměřovali na biologické, psychologické, sociální nebo i spirituální faktory, vzácně také kombinaci obou. Vznikaly také práce, které shrnovaly dosavadní teorie ve třech těchto oblastech.

Např. Fink a Read et al. (2008) se pozastavili nad tím, jak velké množství studií se věnuje biologické dimenzi hledání příčin a jak malé procento oproti nim se věnuje zkoumání psycho-sociální oblasti - konkrétně týrání nebo zneužívání v rodinách a chudobě.

Výzkumy, které se zaměřovaly na spirituální hledisko, jsou výsledkem především posledních deseti let a zahrnovaly spíše náboženské hledisko. Tématy byly např. důležitost začlenění klientovy víry do léčby, ve smyslu lepšího vyrovnání se s vlastním stavem (D'Souza, Keks, 2003), důležitost začlenění klientovy víry do psychosociální léčby vzhledem ke snižování negativních emočních stavů (Miller, McCormack, 2006), podobně výzkum Russela a Steinové (2007) poukazuje na důležitost práce s vírou ve zvládnání schizofrenie, také ve smyslu zhoršování stavu, vnímali-li adolescenti svou nemoc jako boží potrestání.

Nenalezla jsem studii nebo průzkum, který by pojímal všechny čtyři dimenze – včetně spirituálního, v nenáboženském smyslu slova. Není mi rovněž známo, že by v České Republice kdokoli koncipoval výzkum jako komparaci případů a v nichž by sledoval a zohledňoval společné prvky ve všech čtyřech oblastech.

### 1. Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu bylo zjišťování shod mezi klienty s psychotickým onemocněním, co se životních zkušeností a prožitků týče, ve čtyřech oblastech lidského bytí – bio-psycho-sociálně-spirituálního pohledu; spirituálním ne nutně v náboženském smyslu slova. Cílem byla rovněž snaha poukázat na redukci skutečností na cestě za hledáním příčin psychotických onemocnění, pakliže bychom opomíjeli kteroukoli z nich.

S výzkumem jsem začala v létě roku 2009. Mým záměrem bylo vysledovat kongruenci v životních zkušenostech a prožitcích u klientů, jimž bylo diagnostikováno psychotické onemocnění, a tedy společné prvky, které by tak mohly poukazovat na možnou příčinu onemocnění. Sekundárně jsem zjišťovala také životní události, které by mohly předcházet tzv. „spouštěčům“ ataky psychózy.

Do výzkumu byly zařazeny tři diagnózy psychotického onemocnění, dle dostupnosti, s výjimkou psychóz diagnostikovaných jako vyvolaných účinky alkoholu nebo psychoaktivních látek. Cílem bylo zjišťovat shody uvnitř každé kategorie, popř. vysledovat analogie mezi kategoriemi navzájem.

V souvislosti s příčinou onemocnění jsem tedy zjišťovala analogie především v prostředí, z něhož klienti pocházejí, tedy v rodinných vztazích a sociálních vztazích a poměrech. Byla-li informačně dostupná, ověřovala jsem psychiatrickou zátěž v rodině a úrazy – především hlavy, a v neposlední řadě jsem se informovala na postoj klientů k náboženství a spiritualitě a hledala možnou propojenost s nemocí.

Při hledání analogií ve spouštěcích faktorech jsem se zaměřila na události, které předcházely atace v krátkém respektive bezprostředním časovém horizontu.

Po celou dobu otevřená čemukoli, co by se mohlo vynořit v průběhu výzkumu. Tak postupem času, s tím jak se objevovaly některé skutečnosti, jsem se začala detailněji zabývat také obsahem halucinací zrakových i auditivních a sny, které se ukázaly být provázané s životní historií klientů.



## 2. Výzkumné otázky

Společně s prohlubováním šetření výzkum podněcoval další otázky, které tak rozšířily počáteční východisko. Vzhledem k charakteru práce shledávám jako důležité uvést především výzkumnou otázku hlavní, které zněla:

**VO 1:** Existují paralely v osobní historii klientů s psychiatrickým onemocněním, s přihlédnutím ke všem čtyřem dimenzím člověka, a pokud ano, které to jsou?

*A sekundárně s tím výzkumná otázka vedlejší:*

**VO 2:** Jaké faktory, vztahující se ke spouštěčům onemocnění, implikují shodu?

## 3. Výzkumná metoda

V průběhu studie došlo k osudné a neovlivnitelné ztrátě některých dat vlivem ojedinělé technické chyby, proto jsem se vzhledem ke zbylému počtu dochovaných kompletních dat klientů (12) rozhodla použít techniky kvalitativní induktivní studie, v rámci mnohočetné případové studie. Kvalitativní induktivní studie se podle Hendla (2005) používá k navržení určité abstrakce a připravuje obecnou teorii.

Mioviský (2006) pak popisuje případovou studii jako typ výzkumu v kvalitativním přístupu, kdy případem rozumíme objekt našeho výzkumného zájmu. Mayring (in Mioviský, 2006) uvádí, že analýza jednotlivých případů nám v průběhu celého výzkumu umožňuje sledování, popisování a vysvětlování případu v jeho komplexnosti, díky čemuž můžeme dospět k přesnějším a do hloubky jdoucím výsledkům. Tím máme možnost lépe porozumět jednotlivým vztahům i celkovým souvislostem.

Yin (in Mioviský, 2006) pak hovoří o tom, že případovou studii je vhodné použít tehdy, když výzkumné otázky jsou typu „proč a jak“ a současně máme možnost jen malé kontroly nad zkoumanými procesy a událostmi a dále pokud je problém (fenomén) aktuální, soudobý a v reálném životním kontextu.

## 4. Výzkumný soubor a jeho výběr

Výzkumný vzorek tvoří celkem 12 klientů s diagnostikovaným onemocněním psychotického okruhu, s vyloučením diagnóz alkoholových psychóz a psychóz vyvolaných účinkem psychoaktivních látek.

Ve vzorku je obsaženo 6 mužů a 6 žen ze dvou psychiatrických léčen. Věkové rozmezí klientů je značně pružné, mezi 23-62 lety.

Ve výzkumném souboru se vyskytují diagnóza schizoafektivní psychóza, paranoidní schizofrenie a akutní polymorfní psychotická porucha s příznaky schizofrenie. Řada z klientů měla v po opakovaných hospitalizacích změněnu diagnózu, proto i vzhledem k obtížím, které se dosud objevují v souvislosti se stanovením přesné diagnózy (leckdy se diskutovalo o vhodnosti diagnózy), bylo ke stanovené diagnóze přistupováno s obezřetností. Byla-li zjistitelná, byla pro rozdělení do skupin použita diagnóza prvotní.

S přihlédnutím k Miovskému (2006), bylo výběru dosaženo *metodou záměrného výběru přes instituci*.

Klienti byli vybíráni vždy na základě týmového nebo samostatného uvážení ošetřujícího psychiatra, psychologa nebo vrchní sestry. Klienti byli vybíráni tak, aby splňovali podmínky:

- Požadovaná diagnóza
- Schopnost podat kvalitní výpověď a tedy absence těžkého kognitivního defektu
- Ochota spolupracovat
- Celkový stav fyzický i psychický, umožňující podstoupit rozhovor

## 5. Metody zisku dat

K zisku dat bylo použito techniky *polostrukurovaného interview*, kdy byly předem stanoveny dílčí oblasti, na které bude zaměřena hlavní linie rozhovoru. Zároveň se jednalo také o snahu podnítit *narativní interview*, jak uvádí Miovský (2006), jakožto typ polostrukurovaného interview, které se snaží dotazovaného povzbudit spíše k vyprávění, než jen k pouhé konverzační výměně. Tato snaha byla až na ojedinělé případy úspěšná.

Pakliže byl použit *direktivnější styl vedení rozhovoru*, bylo tak učiněno za účelem držení se linie (problém se zabíhavým myšlením některých klientů) nebo flexibilního směřování hovoru za účelem naplnění výzkumného záměru.

Otázky byly kladeny tak, aby podněcovaly samostatné vypravování klientů, tedy spíše otevřené a doplňující, nesugestivního charakteru.

Získané údaje jsem doplňovala o data ze *zdravotnické dokumentace* a *dekurzu*, v některých případech také o informace, které vyplynuly v průběhu *konzultace s psychologem*.

### 5.1. Postup získávání dat ze čtyř dimenzí

- V biologické dimenzi, která není v mých výzkumných kompetencích, jsem se orientovala podle výsledků vyšetření a údajů ve zdravotnické dokumentaci
- Psychologická oblast byla zohledněna na základě klinického dojmu a dále informací vyplývajících z vyprávění klientů o životě a v doplnění rovněž ze zdravotnické dokumentace
- Oblast sociální byla posuzována na základě subjektivních výpovědí a údajů z dokumentace
- Oblast spirituální byla zkoumána téměř vždy výhradně subjektivního vyjádření klientů, v naprosto ojedinělých případech byla zmínka také ve zdravotnické dokumentaci

### 5.2. Konkrétní oblasti, na něž byla zaměřena pozornost v průběhu rozhovoru

Na počátku výzkumu byla orientace v životní historii klientů sycena skrze anamnézy – rodinné, osobní a sociální. Během získávání dat ze subjektivní anamnézy – dle výpovědi klienta a objektivní anamnézy – dle zdravotnické dokumentace, se vykristalizovaly podoblasti, na které jsem se zaměřila detailněji:

#### Oblasti, na něž byla zaměřena pozornost při subjektivní výpovědi klienta

- ❖ Prostředí původní rodiny, z něhož klient pochází
  - *Rodinné vztahy a komunikace mezi členy rodiny*
  - *Způsob výchovy (zejména s přihlédnutím k trestům, týrání fyzickému i psychickému, popř. zneužívání)*
  - *Sociální poměry*
- ❖ Prostředí současné rodiny (vztahy, komunikace, sociální poměry, udržování kontaktu s širší rodinou atd.)
- ❖ Jiné sociální prostředí
  - *Škola (vztahy, zvládání)*
  - *Přátelé, vztahy a jiné kontakty*
  - *Pracovní prostředí (vztahy, zvládání)*
- ❖ Psychiatrická zátěž v rodině
- ❖ Úrazy – zejména hlavy
- ❖ Zájmy a způsob naplňování volného času
- ❖ Osobnost klienta (povaha, temperament a z toho plynoucí odhad jeho odolnosti)

- ❖ Vztah k náboženství a spiritualitě
- ❖ Vztah k alkoholu a drogám
- ❖ Smysl života klienta, popř. cíl, kterého by chtěl(a) dosáhnout po propuštění z léčebny
- ❖ Obsah vizuálních a auditivních halucinací, bludná produkce
- ❖ Sny
- ❖ Události, které bezprostředně předcházely atace onemocnění
- ❖ Stres v životě klienta
- ❖ Jak si klient vysvětluje svou nemoc

Oblasti, na něž byla zaměřena pozornost při studiu zdravotnické dokumentace a dekurzu

- ❖ Diagnóza, popř. předchozí stanovení diagnózy
- ❖ Okolnosti přijetí
- ❖ Rodinné poměry (původní i současné)
- ❖ Pracovní sféra
- ❖ Psychiatrická zátěž v rodině
- ❖ Prodělaná onemocnění, zejména úrazy hlavy
- ❖ Vztah k alkoholu a drogám
- ❖ Chování klienta na oddělení
- ❖ Obsah auditivních a zrakových halucinací před stabilizací
- ❖ Podávaná farmaka
- ❖ Návštěvy

### **5.3. Prostředí a podmínky rozhovorů**

Rozhovory byly realizovány v prostorech dané psychiatrické léčebny, v poskytnuté místnosti, vždy mezi čtyřma očima. Klienti zde měli soukromí a klid.

Čas na rozhovor nebyl výrazněji omezen, bylo-li potřeba, byli klienti uvolněni z programu. Trvání jednotlivého rozhovoru bylo v počátcích výzkumu, kdy jsem zjišťovala, jaké informace budou pro účel výzkumu důležité, mezi 60-90 minutami, na konci výzkumu mezi pak mezi 30-45 minutami.

## 6. Etika výzkumu

- ❖ Klienti v rámci informovaného souhlasu s hospitalizací souhlasili s možným vyšetřením nebo přístupem ze strany studentů.
- ❖ Klienti, kteří se vstoupili výzkumu, tak učinili s dobrovolným souhlasem. Byl jim psychologem, nebo jiným kompetentním pracovníkem na oddělení předem sdělen účel setkání, na jehož základě se mohli rozhodnout, zda se účastní, či nikoli
- ❖ Klientům bylo před započítím rozhovoru mou osobu znovu sděleno, jak bude setkání probíhat, charakter setkání – proč k setkání dochází a sdělen fakt, že mohou rozmluvu v libovolnou dobu přerušit
- ❖ Rozhovory probíhaly v soukromí mezi čtyřma očima, v podmínkách, které umožňovaly relativní pohodlí klientů
- ❖ Klienti byli vnímáni jako plnohodnotní jedinci, a bylo k nim přistupováno jako k osobám s vlastním jedinečným osudem, byť hospitalizovaným pro nemoc, a tedy s úctou
- ❖ Klientům bylo jasně řečeno, že v případě citlivého nebo emočně silně obsaženého tématu, ke kterému můžeme dospět, nemusí o takové vzpomínce hovořit
- ❖ K choulostivým otázkám bylo přistupováno citlivě, ohleduplně a bez nátlaku, vždy s ohledem na celkový kontext situace
- ❖ Pakliže už došlo k silným emočním reakcím na choulostivá témata, o nichž klient dobrovolně hovořil, následoval vždy postup zpracování takových emocí nebo jiných reakcí, které by mohly zanechat negativní dopad na klientovi a tím jej poškodit
- ❖ Klientům byla zdůrazněna anonymita jejich osoby
- ❖ Vzhledem k citlivosti zejména paranoidně laděných klientů ke lži, byl všem klientům sdělen pravdivý účel výzkumu

## 7. Zvýšení validity výzkumu

### 7.1. Triangulace zdrojů dat

Jak uvádí Miovský (2006), platí, že čím bohatší jsou zdroje dat, tím bohatší možnosti máme pro následnou analýzu a interpretaci. Při nízkém spektru zdrojů dat se naopak zvyšuje riziko zkreslení.

Získané údaje od klientů jsem doplňovala údaji ze zdravotnické dokumentace a dekurzů a v některých případech také konzultovala s psychologem oddělení.

## 7.2. Hustý popis

Jak uvádí Miovský (2006), je hustý popis charakteristický tím, že podává zprávu nejen o faktech, ale také informuje o kontextu události, pohnutkách a individuálních významech aktérů.

V interview nebyl mým cílem pouze prostý výčet dat, nýbrž jsem pátrala po subjektivních pohnutkách klientů, jejich pocitech, jejich pohledu na rozličné situace a jiných vjemech.

## 7.3. Silná data

Silná data jsou podle Miovského (2006) data vytvářená v průběhu delší časové jednotky, nikoli hned při prvním kontaktu.

V několika případech jsem uskutečnila interview ve dvou setkáních a v jednom případě dokonce ve třech, což vždy přineslo nová podstatná zjištění, která vlivem počáteční nedůvěry nebo jiné okolnosti, na prvním setkání nezazněla.

## 8. Zpracování dat

Ve fázi zpracování dat došlo nejprve k *přepisu* poznámek psaných rukou do textové podoby. Souběžně s tím bylo použito *redukce dat* nepotřebných vzhledem k účelu výzkumu, dále *editorování*, pod nímž Miovský (2006) rozumí doplňování poznámek o některé další podrobnosti a úpravu chaotických poznámek do přehledné podoby. Následně jsem v pracovní verzi použila také techniku *barvení textu*, za účelem zdůraznění částí důležitých pro vhlad do celé problematiky.

Během zpracovávání dat byly jednotlivé oblasti, na něž jsem se doptávala v interview, seskupeny do kategorií:

- Poměry (prostředí, vztahy, komunikace) v původní rodině
- Jiné sociální prostředí (negativní zkušenosti)
- Psychiatrická zátěž v rodině
- Obsah halucinací a bludné produkce, spirituální aspekt, popř. sny
- Alkohol a drogy (užívání, zneužívání)
- Osobnost klientů

## 9. Analýza dat

Analýza dat byla provedena *analýzou jednotlivých případů* podle Yina (in Hendl, 2005), kdy každý případ je analyzován sám o sobě a navazuje srovnání jednotlivých případů. Zde se jednalo o komparaci v oblastech, které byly uvedeny v kapitole 4. a hledala se signifikantní shoda mezi jednotlivými případy.

Specifickou technikou byla metoda tzv. *analytické indukce*, kde cílem je podle Hendla (2005) zvýšení pravděpodobnosti nalezení univerzálních a kauzálních vztahů. Výzkumník poté formuluje tvrzení, které platí pro všechny případy. Poté dochází k navržení hypotézy pro vysvětlení dat vzhledem k jednotlivým případům. Pokud je hypotéza některým případem porušena, upraví se tak, aby případ zahrnula, nebo je případ vyloučen jako neadekvátní. Pracuje se tedy i s tzv. negativními případy.

K účelu analýzy dat byly použity přehledové tabulky, pro lepší orientaci jsou u každého přehledu tabulky tři, pro každou diagnózu zvlášť.

Výsledky jsou prezentovány rovněž v tabulkách – pro každou oblast zvlášť a vyjádřeny procentuálně.

### 9.1. Problém s diagnózou

Někteří badatelé upozornili na to, že se psychózy diagnostikují velmi obtížně a v mnoha případech panuje spornost. Např. Strossová (1984) uvádí, že se často stává, že na počátku onemocnění se diagnóza zdá zcela jasná, avšak další průběh vede k diagnostickým pochybnostem.

Ve výzkumu se objevily dva případy, u nichž si lékaři nebyli jisti diagnózou a případy, u nichž docházelo – obvykle při změně léčebny při další atace – také ke změně diagnózy. V případech, kdy došlo ke změně, byla-li zjistitelná, byla zohledněna prvotní diagnóza klienta.

### 9.2. Rodinné poměry

Poměry v rodině, kde daný klient(ka) vyrůstal(a) jsou důležité především pro pochopení podmínek, v nichž se vyvíjela jejich osobnost, dále z hlediska modelu rodičovského chování a tím sociálního učení a možnosti transgeneračního přenosu do budoucí rodiny.

Přehled 1**Tab. 1: Schizoafektivní porucha<sup>3</sup>**

	RODINA
<b>Klient 1</b>	- Silné obrany, o dětství nesdílí, rodiče na tomto světě jsou roboti, protože on přišel z jiného světa. V současné době žije společně s nimi.
<b>Klient 2</b>	- <u>Otec</u> patrně pedant a despota (klient uvedl, že musel např. krájet chléb na mm přesné plátky, pokud to nesplnil, následovala hádka). Nedokázal k němu nalézt vztah. Ještě v současné době mu otec plánuje život. - <u>2 sestry</u> – starší schizofrenie, mladší – poruchy trávicího traktu a deprese. Dle dokumentace měl klient sestry deprimovat. - <u>Matka</u> schizofrenička, štvála dcery proti otci, mladší sestru tahala za vlasy po zemi a zavírala ji v tmavé, chladné místnosti. Klient se jí nezastal, protože to pro něj byla standardní situace. Klienta nutila ještě jako předškolní dítě několik hodin opakovaně kreslit šikmé čáry. Zůstala mu vzpomínka matného osvětlení lampy. Matka trávila čas doma, schraňovala nepotřebné věci, otec s nimi údajně jezdil občas na výlety. - V současné době žije sám s rodiči, sestry odešly už před 14 lety.
<b>Klient 3</b>	- <u>Matka</u> – podle vyprávění klienta se jeví jako cholerická, agresivní, napadala otce nožem (informaci mu sdělila sestra, on si nevzpomíná), klientovi říkala „pse“. Matkou fyzicky týrán, rány do oblasti hlavy. Matka bila i ostatní sourozence, např. knihami po hlavě. - <u>Otec</u> - povoláním záchranář, zdá se, že spíše v pozadí, submisivní. Otec a matka se často hádali, kvůli práci a nedostatku peněz – to bylo otci matkou vyčítáno. Doma byl nepořádek, o děti se nezajímali. Matka občas něco uvařila, o domácnost se ale nestarala. Po smrti otce po příchodu z práce už jen spávala v pokoji. - Mezi <u>sourozenci</u> (bratr, sestra) boje, bratr agresivní, napadal je, bral mu hračky. Agresivní byl ale také klient - uvedl, že kopl otce i sestru, ale „nechtěl“. Všichni sourozenci měli společný pokoj. - Jako rodina se nikdy nesešli u jednoho stolu. Komunikace v rodině nefunkční, pokud „hovořili“ bylo to o tom, „jaká je doba“ – matka nadávala, otec si stěžoval. S matkou se ale prý bavili o všem možném, konkrétně uvádí matčino vyprávění o tom, jak „souložila s otcem na kožichu v zimě.“ - Patrný vliv silných obran (např. dětství přes všechna uvedená fakta ohodnotil jako hezké). - S otcem prý vycházeli dobře, otec mu říkal „Jirečku“ a nosil mu mléko - Bratr jej měl „úkolovat“, např. musel vykopat studnu. S matkou žil v domě až do jejího převozu do PL, kde měla strávit 9 dní, než zemřela. - Dnes žije se sestrou, ta jen polehává, nestará se o nic - Chudá rodina - Klient si pamatuje babičku, matku otce, protože jej „zmlátila“

<sup>3</sup>(Pozn.: schizoafektivní porucha byla počáteční diagnózou klienta 4, při jedné z dalších hospitalizací byla změněna na paranoidní schizofrenii. Z důvodu výše popsaného je klient zařazen do skupiny schizoafektivní porucha)



<b>Klient 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodina z chudých poměrů, <u>otec</u> se občas opil. Oba rodiče pracovali v kravíně, vstávali časně – měl údajně volnou ruku ve výchově. Přesto když dělal „lumpárny“ jej otec tvrdě potrestal – klient tvrdí, že jej zbil asi jen 4 krát v životě a to tak, že jej zatlačil do štěrbin mezi kuchyňskou linkou a zdí a surově jej bil hlava nehlava (klackem nebo páskem), dokud <u>matka</u> nezakročila, aby přestal, že jej zabije. Dětství vnímá jako hezké a toto jednání ze strany otce jako spravedlivý trest.</li> <li>- <u>2 bratři</u></li> </ul>
-----------------	---

**Tab. 2: Paranoidní schizofrenie**

	<b>RODINA</b>
<b>Klient 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodiče a výchova v pořádku, šokem pro něj bylo, když jako mladý kluk zjistil, že matka má jinou známou. Do té doby žil v domnění, že jejich vztah je harmonický. Říká, že to otřásl jeho jistotou ve vztahy a pocitem bezpečí.</li> </ul>
<b>Klient 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 let žila celá rodina u babičky a dědy na zemědělské usedlosti, pak byt s rodiči</li> <li>- Strýc měl pašovat cigarety do Rakouska, dává mu vinu za to, co museli prožívat doma – měl strach o svůj život, od 56. roku údajně rodina pod dohledem STB, kvůli strýci – měl strach o mámu</li> </ul>
<b>Klientka 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Od 3 let žije u pěstounů - prarodičů z matčiny strany, společně se dvěma staršími sestrami, bratry neguje.</li> <li>- <u>Matka</u> zprostředkovala klientce informaci, že jako malá byla zneužita otcem mladší sestry, matka ho měla přistihnout. Klientka si na událost nevzpomíná. Matka kuřačka, neschopná starat se o děti ani domácnost. Údajně přecházela mezi dvěma partnery – patrně biologickým otcem a otcem druhé sestry (mladší má jiného otce), druhý partner měl matce vyhrožovat zabitím</li> <li>- Biologický <u>otec</u> alkoholik, matkou jí bylo sděleno, že zemřel</li> <li>- 2 sestry - prostřední sestra měla být také zneužívána.</li> <li>- Bizarní hry se sestrami - houpání na lustru, sestru honila s morčetem, bavilo ji krmit potkany lentilkami</li> <li>- <u>Babička</u> měla matce bránit sestry vídat, např. pod záminkou, že si hrají a nemá je rušit.</li> <li>- Vztahy s prarodiči problematické, se sestrami musely být potichu, aby smíchem nerušily. Pokud se smály, byly od sebe izolovány. Pakliže se prarodičům něco nezamlouvalo, následoval trest. Příkladem trestu bylo klečení na hrachu a jedení ze stoličky. Děda klientku dle jejího vyjádření psychicky „dusil“, protože říkal, že půjde za mámou, ale ona dobře věděla, že to není možné. Klientka naznačuje, že byla období, kdy nedostávala jídlo, prarodiče to ale následně popírali s tím, že si to vymýšlí, že „to bylo od nervů a proto nejedla“. Babička trpěla nespavostí a stávalo se, že ve spánku úmyslně bránila i klientce</li> <li>- Informace korespondují s dokumentací, klientka má ale navíc také bratra, alkoholika, o němž nemluvila</li> </ul>
<b>Klientka 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Otec</u> despota, poroučel, fyzické násilí vůči <u>matce</u>, děti se na to musely dívat – <u>mladší a starší sestra</u> a ona. Fotbalový rozhodčí, říkali mu „soudce mrkev“. V létě nebýval doma</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Náročná fyzická práce jako dítě, pracovala v lese, nosila těžké dřevo.</li> <li>- Starší sestra se matky zastávala a pak také málem „schtala“ také.</li> </ul>
<b>Klientka 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bydlení v RD, <u>matka</u> a otec se hádali, otec se léčil v léčebně (diagnóza neznámá), přísný, oba ji nutili čistit venku kanály, když jí bylo asi 6 let.</li> <li>- <u>Bratr</u> – psychicky klientku týrá.</li> <li>- Strýc ji údajně měl přivést do jiného stavu. Chodil navštěvovat klientčinu babičku (svou matku). Musela jít na potrat – myslela si, že spolu mají vztah, byť byl ženatý, bylo jí 17, je nešťastná, když si na to vzpomene, nechápe, proč se tak zachoval</li> <li>- Všichni bydlí pohromadě.</li> </ul>
<b>Klientka 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociální poměry chudé, <u>Otec</u> bil <u>matku</u> a <u>bratra</u>. Otec se léčil na psychiatrii pro paranoii.</li> <li>- <u>Bratr</u> ji často bil. Kopal ji do břicha. Rodiče s tím nic nedělali.</li> </ul>

Tab. 3: Akutní polymorfni psychotická porucha

	RODINA
<b>Klientka 11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Matka</u> rizikové těhotenství (dle dokumentace)</li> <li>- Tvrdí, že je adoptovaná, že jí teta teprve před dvěma lety řekla, že její pravá rodina žije jinde, má 5 sourozenců, časově do půl roku poté, co se dozvěděla o adopci, se ocitla v léčebně. (Podezřívám na sexuální zneužití)</li> <li>- Přítel tety hodně pil</li> <li>- Klepe se, když o tom má mluvit, není schopna</li> <li>- Podle anamnézy si vše vymyslela. Říká, že se jmenuje jinak</li> <li>- <u>3 sestry a 2 bratři</u> - podle jejího vyjádření</li> <li>- Ona je nejmladší</li> <li>- Tety se prý nezeptala na to, proč si ji adoptovali</li> <li>- Říká, že teta ji i poté bere jako svou dceru</li> <li>- Říká, že má sestru – dceru tety, která je narozená na podzim stejného roku</li> <li>- Podle anamnézy byl její <u>otec</u> alkoholik, který bil matku i dceru, automaty, neplacení výživného, ublížení na zdraví</li> </ul>
<b>Klientka 12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Jedináček</u></li> <li>- <u>Otec</u> s ní nemluvil, zajímaly ho jen úspěchy, když byl neúspěch, bylo zle</li> <li>- Do 13 let žili společně s babičkou a dědou, pak se přestěhovali sami do paneláku</li> <li>- Vše muselo být po <u>matce</u>, otec v jejím závěsu. V 52 letech rakovina děložního čípku, zemřela</li> <li>- Měla přítele 7 let z jiného města, ale po smrti matky v 99. roce <u>otec</u> chtěl, aby se vrátila do rodného města a ona tak učinila.</li> <li>- Otec pod vlivem nové přítelkyně</li> <li>- Ona je u otce služka</li> <li>- Otec s ní nemluvil tehdy a nemluví s ní ani teď – vyčítá jí, že je nehodná dcera.</li> <li>- Brečí, když si vzpomene, otec i jeho nová přítelkyně jí nadávají do bezdomovců. Byla totiž i v azylovém domě, aby nemusela být doma, ale tam to nezvládala</li> <li>- Psychické a citové vydírání</li> <li>- Nemá se kam vrátit – jediné k otci - říká, že je jí lépe v léčebně</li> </ul>

### 9.3. Jiné sociální prostředí

Ve výčtu figurují především negativní zážitky a zkušenosti z jiných sociálních sítí, než je rodina, jako útok, znevažování, izolace, žádné, nebo nevhodné přátelské kontakty apod., které se mohly neblaze podepsat na psychice klientů. V některých případech je uvedeno také povolání klienta, pro lepší vykreslení situace.

#### Přehled 2

**Tab. 4: Schizoafektivní porucha**

	JINÉ SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ
<b>Klient 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Šikana na vojně, klient říká, že to bylo nepředstavitelné utrpení, hrozná doba</li> <li>- 2 vojáci se zastřelili, člověk byl jen evidenční číslo – nic neznamenal. Chodil s některými chlapci občas na pivo, aby se odreagoval. Jezdil s nákladním autem, celá situace pro něj byla psychicky náročná. Nejprve trpěl somatickými obtížemi, zvracel, bolesti, ale lékařský nález byl nulový.</li> <li>- Na stehně měl 6cm dlouhou řeznou ránu</li> <li>- V dětství po autohavárii měl otřes mozku</li> </ul>
<b>Klient 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Když byl malý, byli se starší sestrou na 2 měsíce v ozdravovně, protože u matky propukla po posledním porodu naplno schizofrenie. Matka vinila svou nejmladší dceru z toho, co se jí stalo</li> <li>- Bizarní hry: se sestrami se bavili házením s myši</li> <li>- Školu mu vybral otec – měl dbát na to, aby se jemu a sestrám dostalo nějakého vzdělání, matku nezajímala ani škola ani pořádek v domácnosti. Škola jej nebavila a nešla mu – otec se na něj údajně za to nezlobil a naopak se snažil s tím něco udělat a pomoci mu (vzhledem k silným tendencím klienta rodinu idealizovat, se jeví spíše jako nepravděpodobné).</li> <li>- Přítelkyni nikdy neměl</li> </ul>
<b>Klient 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Když onemocněl zápallem plic a bronchitidou, údajně se mu ve škole smáli, udává strach z „mučení“</li> <li>- Kamarády neměl, pamatuje si jen jednoho kamaráda z dřívějšíka, se kterým hrával šachy.</li> <li>- V současné době žije se sestrou - návštěvy mívají sporadicky - synovce nebo někoho dalšího z rodiny. Sousedy nezná. Říká, že to u nich vypadá jako „na smetáku“, na dvoře se povalují vraky aut a zřejmě i jiné haraburdí, mají též kočky.</li> </ul>
<b>Klient 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chodil do hospody s kamarády na kulečník a u toho si dali pivo. Ale kdysi prý moc nepil</li> <li>- Inteligentní, vysokoškolák, původní profese chemik. Záliba v matematice. To, co se mu děje dnes vysvětluje na principu Pythagorovy věty</li> <li>- Má 2 dcery, studující, jedna složila maturitu, manželka pije – často. Násilí mezi nimi</li> </ul>

Tab. 5: Paranoidní schizofrenie

<b>Klient 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studovaný inženýr, inteligentní muž ve středním věku, přemýšlivý, sleduje rád psychologické filmy</li> <li>- V období puberty měl silný strach, že si nikdy nenajde slečnu a nepovede normální sexuální život. Silné pocity viny při masturbaci, dokonce úvahy o suicidiu</li> <li>- Z jeho první práce ho vyhodili už při zkušební době ani pořádně nevěděl proč, domnívá se, že možná byl příliš „namachrovaný“. Výpověď jím otřásla.</li> <li>- Práce - dříve pojišťovací smlouvy – sankce – velký stres, dluhy</li> <li>- Později získal výbornou práci v reklamní agentuře, flexibilní pracovní doba, shovívavost a tolerance jeho hospitalizace. Ale nyní mu dali najevo, že pokud bude ještě někdy nemocný, dostane výpověď (třetí hospitalizace)</li> <li>- Má velký strach o práci a s tím spojený strach o vlastní existenci</li> <li>- Vztahy problémové, s tehdejší přítelkyní hádky, žárlivost a nedůvěra, nechtěla si ho vzít – tehdy bylo pro ni ještě brzy</li> <li>- Dál měl dva vztahy, nevyšly, současná přítelkyně o 10 let starší</li> <li>- Měl nepříjemný incident v hospodě, řešilo se to venku, ten muž mu něco sdělil, klient mu řekl, že ho zabije...pak se začal bát</li> <li>- Jednou šel kolem jeho zahrady a řekl mu podle dokumentace, že je mrtvý (ale zda on nebo klient, nezmíněno)</li> </ul>
<b>Klient 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Říká, že on sám udával druhé</li> <li>- Zadlužil se, byl zamilovaný, proto si vzal dva úvěry, ženy ho vždy jen využily pro peníze a odešly od něj</li> <li>- Rodiče možná kvůli němu ztratí byt</li> </ul>
<b>Klientka 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ve škole se otevírala pomalu, byla příliš důvěřivá, ostatní ji proto měli ubližovat a zneužívat ji. Za pár minut uvedené neguje.</li> <li>- Kamarádky jí např. říkaly, že je moc hezká a je třeba jí od toho pomoci. Pod falešnou záminkou jí pak bylo ublíženo. Při jedné takové situaci došlo k vážnému poranění klientčina nosu</li> <li>- Klientka hovoří o hledání v nedávné době, které jí měl zprostředkovat nějaký „pán“, který jí řekl, aby s ním proto šla do hotelu, tam ale došlo ke znásilnění.</li> <li>- Po tomto zážitku se objevila autoakusace</li> <li>- Po negativním zážitku „znásilnění“, který ji hluboce zasáhl, začala být dle svých slov okolím vnímána jako hyperaktivní</li> <li>- Klientka uvádí, že pro odreagování, chodila do baru, kde hrála rocková hudba</li> <li>- Udává mobbing ze strany spolupracovníků</li> <li>- V současné době přátele nemá</li> </ul>
<b>Klientka 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Neměla přátele, protože rodiče jí jako dítěti zakazovali se s kýmkoli stýkat</li> <li>- Musela být doma a těžce pracovat</li> <li>- Nedostudovaná švadlena, neměli peníze</li> <li>- Pomocná síla v chemičce. Tam měla mít úraz – popálená – říká, že šetřili na penězích, takže nebyla dostatečně chráněna oděvem a pak jí neproplatili úrazové</li> <li>- V kolektivu měla být oblíbená, protože se uměla ozvat a „seřvat chlapy“</li> <li>- Dvě děti s manželem (od 18ti bydlela mimo rodinu) – dcera a syn – zemřel ve 3 měsících, s dcerou údajně vztah dobrý, ale nikdo neví, že je v léčebně, nechce, aby to věděli...manžel jí s ničím nepomáhal, musela nosit těžké dřevo. Manžel na podpoře. Smrt před 4 lety</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Byla v práci, pak se starala o rodinu, doma citový chlad ze strany manžela</li> <li>- Má žít dle anamnézy sama v nájemním bytě</li> <li>- Bojí se lidí, pomlouvají ji</li> <li>- Pak údajně druhý manžel, s nímž je doteď, nicméně dle dokumentace – přítel ji měl po porodu opustit a měla bydlet u rodičů</li> </ul>
<b>Klientka 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- V 9. třídě ji zbil spolužák (pravděpodobně opakovaná šikana)</li> <li>- Pracovala jako sekretářka</li> <li>- Mluví o jediné kamarádce, která měla více mužů zároveň, vyčítá si, že jí tehdy neřekla, že takto se slušná dívka nechová</li> <li>- Byla velmi vyčerpaná (z práce a hovoří také o geopatogenních zónách v pokoji, kam ji rodiče dali, když jí bylo 10.)</li> </ul>
<b>Klientka 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Práce kuchařky, náročné, ve 22 letech na 2 roky v horách daleko od rodiny – tam 1. ataka ke konci pobytu</li> <li>- Manžel, nezaměstnaný, seznámili se přes jeho matku, hospitalizovanou na stejném oddělení.</li> <li>- 4 děti, všechny v DD</li> <li>- S tchyní problémy a hádky</li> </ul>

*Tab. 6: Akutní polymorfni psychotická porucha*

<b>Klientka 11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Studovala zemědělskou školu, pak zahradnictví – nástavbu</li> <li>- Pracovala v Bille v zelenině, její vedoucí na ni ale byla nepříjemná a křičela, že nedělá, co má dělat.</li> <li>- Říká, že má přítele v Praze – policistu, jsou spolu 3 roky, ale podle otázek se zdá, že se neviděli od doby, kdy ona odešla do léčebny (je zde již přes 2 roky). Zda je tedy přítel skutečný, nebo vymyšlený, nevím, v dokumentaci není zmínka.</li> <li>- Je možné, že pro svou snahu vést normální život, což si moc přeje, si jej vymyslela.</li> </ul>
<b>Klientka 12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jedináček, nesměla se kamarádit – stále byla zavřená doma</li> <li>- V 19-ti letech se odstěhovala</li> <li>- Zdravotní sestra ve FN, pracovala 20 let jako sestra... 2004 nemoc, měla smlouvu na dobu určitou, do roku 2006, takže po roční neschopence ji ještě vzali, ale v roce 2006 už s ní neprodloužili smlouvu</li> <li>- Manžel ji bil, 3 roky vdaná, pak nová známost – totéž, bil ji</li> <li>- 2000 nový přítel, žili v dvojdomku s jeho rodiči a jeho 2 dětmi, děti jí sprostě nadávaly, pak ji jeho rodiče vyhodili – protože po nemoci už nemohla být „výkonná služka“</li> </ul>

#### 9.4. Psychiatrická zátěž v rodině

Některé údaje sdělovali klienti sami, někdy neznali fakta, v obou případech sloužila jako zdroj zdravotnická dokumentace.

##### Přehled 3

**Tab. 7: Schizoafektivní porucha**

	<b>PSYCHIATRICKÁ ZÁTĚŽ V RODINĚ</b>
<b>Klient 1</b>	Beze zmínky klientem i v dokumentaci
<b>Klient 2</b>	Matka schizofrenie, starší sestra schizofrenie
<b>Klient 3</b>	Sestra schizofrenie, bratranec otce trpěl schizoafektivní poruchou
<b>Klient 4</b>	Strýc z matčiny strany léčen na PL

**Tab. 8: Paranoidní schizofrenie**

<b>Klient 5</b>	o zátěži neví, v dokumentaci 0
<b>Klient 6</b>	0 hospitalizací, babička sebevražda
<b>Klientka 7</b>	Matka a sestra trpí schizofrenií, matka hospitalizována 6krát, babička se léčí pro úzkosti.
<b>Klientka 8</b>	Není si vědoma, v dokumentaci 0
<b>Klientka 9</b>	Otec bludy
<b>Klientka 10</b>	Otec paranoia

**Tab. 9: Akutní polymorfní psychotická porucha**

<b>Klientka 11</b>	Není si vědoma, dokumentace 0
<b>Klientka 12</b>	Není si vědoma, dokumentace 0

## 9.5. Alkohol a drogy

### *Přehled 5*

**Tab. 10:** Schizoafektivní porucha

	ALKOHOL A DROGY
<b>Klient 1</b>	- Prvotně mu byla diagnostikována alkoholová psychóza, ta byla hned při druhé hospitalizaci změněna na schizoafektivní psychózu - Začalo to na vojně, kde si dával pivo, aby to tam vydržel
<b>Klient 2</b>	0
<b>Klient 3</b>	- Kuřák 60 cigaret denně, abúzus 6 piv denně, drogy 0, zneužívání akinetonu
<b>Klient 4</b>	- Kuřák, poslední dobou nadměrně pivo 6-7, i tvrdý alkohol

**Tab. 11:** Paranoidní schizofrenie

<b>Klient 5</b>	0
<b>Klient 6</b>	0
<b>Klientka 7</b>	- Abúzus alkoholu či drog neguje, říká ale, že jí byla před nedávnem podána droga, nevěděla jaká, až podle účinků měla zjistit, že se jednalo o heroin. Měla po něm halucinace. Stalo se to jen jednou.
<b>Klientka 8</b>	0
<b>Klientka 9</b>	0
<b>Klientka 10</b>	0

**Tab. 12:** Akutní polymorfni psychotická porucha

<b>Klientka 11</b>	0
<b>Klientka 12</b>	- Když je úzkostná, napije se

## 9.6. Obsah halucinací a bludné produkce, spirituální aspekt, popř. sny

Někteří klienti hovořili o svých halucinacích, bludech, spirituálních zážitcích i snech bez problémů, jiní se naučili po několika hospitalizacích svou produkci zamlčovat nebo popírat, po zkušenosti, že jim jejich sdělení bylo spíše ke škodě. V takových případech byla hlavním zdrojem především dokumentace a dekurzy. U otevřených klientů byly informace také doplněny údaji z těchto zdrojů.

Přehled 4

Tab. 13: Schizoafektivní porucha

	<b>OBSAH HALUCINACÍ A BLUDNÉ PRODUKCE, SPIRITUÁLNÍ ASPEKT, POPŘ. SNY</b>
<b>Klient 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Přišel z jiného světa – ale zpátky už se nemůže vrátit – je možné přecházet jen jedním směrem. Byl zvědavý, tak přišel sem. A pak – v tom původním světě mu bylo už všechno jedno. Tady ale nic není pravé. Jeho rodiče jsou roboti. Říká, že by se tam chtěl vrátit, ale už to není možné.</li> <li>- Neřekli mu, že má rakovinu, lékaři nevědí, co chtějí</li> <li>- Stane se tragédie, přijde hrozná doba. Přijde to v srpnu. Nemůže a nechce o tom mluvit.</li> <li>- Při přijetí byl klient zmatený a neustále se vysvlékal do naha</li> <li>- Na vojně začal mít pocit, že to není on, že mu někdo bere myšlenky a dává mu do hlavy své-cizí a z toho neznáma měl strach. Přestal stačit klukům. Báł se, že ho zabijí, řekli mu to (vzhledem k šikaně mu mohli skutečně říci slovně, že tak učiní).</li> <li>- Báł se, že už nikdy neuvidí rodiče, protože zradil vlast a armádu (pocity viny za nemoc)</li> <li>- Na útvaru rozbil televizi, protože z ní slyšel hlasy</li> <li>- Hlasy slýchal i na oddělení, ale nerozuměl, co říkají</li> <li>- Po první hospitalizaci pracoval v dílně. Vysadil léky. Pak začal mít pocity, že mu chce mistr ublížit, že je proti němu. Mistr je bývalý zaměstnanec STB, protože o něm věděl, co dělal na vojně</li> <li>- Domníval se, že léky mu vymažou paměť</li> <li>- Manický, jezdil autem bez řidičského průkazu a v noci bloudil po hřbitově</li> <li>- Byl živý a chtěl, aby mrtví vylézali z hrobů, chtěl to vše ukázat komunistům – cítil neklid a napětí větší, než v minulosti</li> <li>- Nepamatuje si nic, protože si nechce připomínat nic z prožitého</li> </ul>
<b>Klient 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klient i otec pobožní, klient od mladých let stále četl Bibli a hledal v ní smysl, našel v ní útěchu</li> <li>- Má krásné sny, z nichž se musí probudit do reality.</li> <li>- Sen - jeskyně, vchází do ní – ví, že je zde ukryto tajemství smyslu světa.</li> <li>- V dokumentaci - kresba slunce zaškrtného mraky, ptáci, náznak hradu a v dolní části tmavě modré slunce a skály</li> <li>- „Věřit i bez pocitů“ – názor klienta na víru v Boha. Když míval manické stavy, zažíval pocity euforie a ty pak hledal i ve víře v Boha – ale dnes ví, že víra není o těchto euforických stavech.</li> </ul>
<b>Klient 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rodina byla věřící</li> <li>- Slyšel šelest a bouchání na dveře, pocity pronásledování</li> <li>- Napaden narkomany, synovec užívá geneticky upravenou marihuanu, mánie – pracoval i 2 dny v kuse. Sestra se o něj nestará, chtějí mu vzít majetek</li> <li>- Má u sebe evangelium, přinesl 3 láhve vína a plný batoh jablek, s tím, že to má dát lékař své rodině</li> <li>- Celé dny sedí ve sklepě, má tam strach</li> <li>- Má hlasy, které mu říkají, že ho budou mučit. Neví, proč utekl (z PL), musí pořád utíkat, už na vojně to tak bylo, je mu to líto. Občas má pocit, že je sledován</li> <li>- Stihomam, pocity pronásledování bratrem</li> <li>- Přeludy, v nichž se mu zjevovala mu tmavá postava</li> </ul>



<b>Klient 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hledání smyslu života – našel jej v Buddhovi, pak v Bibli. Není to tam doslovně napsáno, ale on ví, že tam ten smysl je.</li> <li>- Existuje princip 3 duchů – duch matky, duch otce a duch vědomí – ten poslední je nejsilnější, převládá</li> <li>- Princip vzniku světa: Nebylo to ve vesmíru – to, co třesklo, bylo peklo a on nyní pocítuje utrpení všech duší – snáší se na jeho hlavu – vnímá silné napětí, má pocit, že mu pukne hlava. Přejde to a on usne jen tehdy, když se napije</li> <li>- Cítí teplo v dlaních</li> <li>- Měl vnuknutí, že má „založit nakvas“ – on nerozuměl tomu, co se po něm chce, ale věděl, že to znamená, že má udělat něco, z čeho by byli lidi „vyvalení“. Pak ztratil vědomí.</li> <li>- Když to na něj přišlo prvně, chtěl, aby jej kamarádi ukřižovali</li> <li>- Hovoří o hoře Paprsek v Jesenících v souvislosti se spiritualitou</li> <li>- To, co se mu děje vysvětluje na principu Pythagorovy věty – jako paralelu</li> <li>- Vidí měnící se tváře – až do děsu. Cítí energii duchů v děsu</li> <li>- Ještě před zážitkem s ukřižováním si klekl na žhavé uhlí – má viditelné silné jizvy po spáleninách na kolenou. Klečel i ve vroucí vodě – popsal mi složitý mechanismus, jak se přivázal, aby se nemohl osvobodit</li> </ul>
-----------------	---

*Tab. 14: Paranoidní schizofrenie*

<b>Klient 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pocity pronásledování a sledování – auty, lidmi</li> <li>- Na oddělení vyhrožoval jiným klientům, že je zabije, nebo zbije, pokud mu neřeknou, jak se má jejich partnerka. Chce jim vypíchnout oči, aby se na něj nemohli dívat</li> <li>- Opakuje „žiju s tím už 20 let“</li> <li>- Je bodyguardem Obamy, jediným, kdo na to má</li> <li>- Supertajný agent</li> <li>- Byl rovněž napaden jiným klientem</li> <li>- Ze spaní vykřikoval: „čekáš na mě“ a „jdi pryč“</li> <li>- „všichni budete sedět, až zčernáte“</li> </ul>
<b>Klient 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Léky ho zabíjí</li> <li>- Má leukémii</li> <li>- Slyší hlas matky</li> <li>- Hovoří o existenci Cenzora v léčebně, třídí dopisy</li> <li>- Je generál, se samopalem prošel světa kraj, budou se ještě všichni divit</li> <li>- Nejvíce se bojí „těch světél“, strašidelné sny, pokus o otravu</li> <li>- Věřící, přemýšlí nad tím, co je mezi nebem a zemí</li> <li>- Viděl malou kostku, jak se zvětšovala a zmenšovala</li> <li>- Říká, že v nemoci se cítí bezpečně</li> </ul>
<b>Klientka 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Při první hospitalizaci (diagnostikována tehdy jako akutní polymorfni psychotická porucha přes paranoidní bludy) uvedla, že všichni byli proti i pes agresivně štěkal - „pes štěká, proto mě sleduje to auto“</li> <li>- Matka a sestra jsou jehovistky, ovlivňují ji, má přeprogramovaný i mobil, sleduje ji policie</li> <li>- Nyní adaptovaná na to, co má říkat</li> </ul>
<b>Klientka 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Po celém těle má červy (lidské). Slyší hlasy, komentují její jednání</li> <li>- Myslela si, že jsou ve spalovně mrtvol (pracovala jako pomocná síla v chemičce)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nechce zemřít, připadá si ještě mladá</li> <li>- Všechno už je jedno, je mrtvá (dle dokumentace zkolabovala a byla resuscitována, epileptička, zjištěn MRSA (methicilin rezistentní zlatý stafylokok)</li> <li>- Nemá žádné myšlenky, v léčebně jí je vygumovali, je smutná, protože půjde spálit, divné myšlenky na pálení</li> <li>- Katolička, i rodina byla věřící</li> </ul>
<b>Klientka 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Geopatogenní zóny v bytě – působí na její hlavu (nervy) a páteř</li> <li>- Kontaktovala často léčitele, říká, že jí doporučili korek a také že pomáhá zabetonování</li> <li>- Klientka si udělala doma opatření proti zónám, ale potřebuje ještě jednu vrstvu</li> <li>- Mívala sny o napnuté králičí kůži (otec stahoval králiky)</li> <li>- Hlasitě volala: „Mami, neboj se!“</li> <li>- Chtějí ji otrávit</li> <li>- Má rozpuřenou hlavu; chvějí se jí vnitřní nervy</li> <li>- Čeká „marťánky“</li> <li>- Viděla dívku se sekyrou, chtějí ji zabít</li> <li>- Dle dokumentace se léčí od 12ti let, kdy jela s chlapci na motorce, vybourali se a na obloze se objevila rudá záře a zjevila se Panna Maria – a klientka tak věděla, že má žít. Měla otřes mozku, ale Panna Maria jí to vyléčila (mám podezření na psychospirituální krizi, avšak není možné zpětně zjistit, je léčena již přes 30 let)</li> <li>- Cítila podporu Panny Marie i později, viděla ji</li> <li>- Má strach od té doby, co kamarádka „stiskla páčku“</li> <li>- Strach, že má rakovinu – bolesti břicha</li> </ul>
<b>Klientka 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Když jí bylo 23 let, měla pocit, že má přes hlavu závoj. Cítila se divně a tehdy si uvědomila, že je nemocná</li> <li>- Doma kamery</li> <li>- V léčebně několikrát, naposledy začala být neklidná, chtěla do léčebny, přešlapovala na místě, měla pocit stísněnosti, jakoby byla zavřená, řekla manželovi, aby ji odvezl do léčebny.</li> <li>- Poslední diagnóza: reziduální schizofrenie</li> <li>- Věřící, sen o Ježíši Kristu – říká: „mám ho ráda a budu mu věrná“, pocit, že ji chrání</li> </ul>

*Tab. 15: Akutní polymorfni psychotická porucha*

<b>Klientka 11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adoptovala ji její teta, ve skutečnosti je z 6 sourozenců, rodný list je zfalšovaný, jmenuje se jinak, ví jaké je její skutečné příjmení</li> <li>- Dvojče tety si myslelo, že je nemocná, tak ji vzali na PL</li> <li>- Vzpomíná na hlas poprvé před odvozem, ale říká, že si nepamatuje, co dělala, ani co říkala</li> <li>- Jen ví, že byla vzteklá, cítila se podvedená a zklamaná</li> <li>- Dle dokumentace říkala, že její praví rodiče jsou v Americe, komunikují spolu komunikátorem a ona je překvapená, že to vážně funguje a je to tak jednoduché</li> <li>- Mluvila k otci v místnosti, který tam reálně nebyl</li> <li>- Je těhotná 12 měsíců a 12 měsíců trvají její potíže, těhotenství je rizikové</li> </ul>
--------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Otec je gynekolog</li> <li>- Měla AIDS a 3 nádory</li> <li>- Hledá černé auto, které ukradla</li> <li>- Matka se převlékala za doktorku</li> <li>- Klientka je „policajt i voják“</li> <li>- Rodina je věřící i klientka</li> </ul>
<b>Klientka 12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hlasy komentovaly, co dělá, a přikazovaly, co musí udělat</li> <li>- Nemohla se proto na nic soustředit</li> </ul>

### 9.7. Osobnost klientů

Osobnost klientů byla posuzována skrze klinický dojem, dále dle výpovědí klientů o jejich životech a naplňování času, v neposlední řadě byly některé informace sesbírány ze zdravotnické dokumentace a dekurzu.

Osobnostní charakteristiky klientů nejsou vázány pouze na současnost vzhledem k rozvoji onemocnění, nýbrž jsou zbarveny také rysy, které byly přítomny již premorbidně.

Posuzování osobnosti klientů je důležité pro představu o nich jako o jedinečné entitě, ale také pro představu o tom, jací byli v dětství, jací jsou dnes a pro představu o stylu zvládání zátěže.

#### Přehled 6

**Tab. 16:** Schizoafektivní porucha

	<b>OSOBNOST KLIENTŮ</b>
<b>Klient 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Odpor a nedůvěra, usuzuji na negativní zkušenost z předchozích hospitalizací. Klient se zdráhá hovořit o alternativním světě, některé informace sdělí až po přemáhání.</li> <li>- Pesimisticky naladěný, až pasivní odpor, má dojem, že jsem „jedna z nich“ (o lékařích si myslí, že nevědí, co chtějí a tají před ním informace o jeho zdravotním stavu)</li> <li>- Hovoří pouze o první a třetí hospitalizaci – dle dokumentace si nechce připomínat prožité</li> </ul>
<b>Klient 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinický dojem: Submisivní, ustrašený, nebo spíše úzkostný, emočně labilní, velmi křehká psychická struktura</li> <li>- Introvertní, melancholicky laděný</li> <li>- Připadá si, že nerozhoduje o svém životě, ale že mu o něm ani nenáleží rozhodovat, strach z otce</li> </ul>
<b>Klient 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nudí se. Připadá si sám, ale nic na tom měnit nechce</li> <li>- Má pocit, že jeho život je zmařený. Po injekcích už tento pocit nic nezmění</li> <li>- Naprostá rezignace na život</li> </ul>
<b>Klient 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Logorea, klient je chaotický, roztěkaný, ochotně vypráví o spirituálních záležitostech, vysvětluje</li> <li>- Během rozhovoru vidí okolo mě létající šklebící se tváře (týden po přijetí), cítí napětí a strach</li> </ul>

Tab. 17: Paranoidní schizofrenie

<b>Klient 5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Je patrný zachovalý smysl kontaktu s realitou, klient přemýšlí, spolupracuje, snaží se přijít na to, čím by mohla být jeho nemoc způsobena, hledá analogie všech tří hospitalizací</li> <li>- Trápí se tím, má starost kvůli práci, aby jej nevyhodili, když bude znova nemocný – má motivaci pro zdraví</li> <li>- Naposledy přišel sám, měl pocit, že se to vrací, že zase začíná vnímat druhé na ulici jako ty, co jej sledují</li> <li>- Říká: „přijde stres a je průser“</li> </ul>
<b>Klient 6</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Až mu změní léky, bude to dobré</li> <li>- Neuroleptika dostal, aby zapomněl</li> <li>- Bojí se</li> <li>- Trauma z toho, že není v kontaktu s rodinou</li> <li>- V nemoci se cítí bezpečně</li> <li>- Introvert, melancholik</li> <li>- Třes rukou</li> <li>- Klientova psychika na mě působí velmi křehce</li> </ul>
<b>Klientka 7</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientka se po několika hospitalizacích naučila popírat halucinatorní a bludnou produkci.</li> <li>- Nacházela se na oddělení neuróz pro zachovalou schopnost sociálních vztahů s druhými lidmi</li> <li>- Stabilizovaná, spolupracující, nejprve strnulá</li> <li>- V průběhu rozhovoru se strnulost ztrácí a je nahrazena neklidem až hyperaktivitou</li> <li>- V subjektivně zbarvených otázkách je patrné silné citové pohnutí, tehdy klientka hovoří velmi rychle, zadržává se nebo koktá, je nervózní a napjatá, tiskne si ruce do zbělení kloubů, potí se</li> <li>- Místy jsou naopak patrné zárazy, činí jí obtíže se vyjádřit, mluví pomaleji, váhá a sleduje mé reakce.</li> <li>- Při přesměrování hovoru na téma s obecně kladnou konotací, se celá viditelně uvolní, pookřeje, občas se rozzáří a někdy i rozesměje.</li> </ul>
<b>Klientka 8</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Osamocená, zlomená žena, po traumatu smrti syna, po němž ji měl navíc partner opustit</li> <li>- Melancholické ladění, až depresivní, pohroužená do sebe</li> </ul>
<b>Klientka 9</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patrný silný negativní účinek farmakoterapie po mnoha letech</li> <li>- Mám dojem „zbytku“ člověka</li> <li>- Velmi nešťastná, věří tomu, že za její potíže mohou geopatogenní zóny, a proto se snaží je eliminovat</li> <li>- Doma není spokojená, ale nemá, kam jinam by šla</li> </ul>
<b>Klientka 10</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Klientka velmi nemluvná, nejprve stále mlčí, je třeba ji velmi povzbuzovat a klást jednoduché otázky. Mentální funkce se mi jeví jako podprůměrné.</li> <li>- Rozmluví se, až když ji uklidňuji a ujišťuji o tom, že to společně zvládneme</li> </ul>

**Tab. 18:** Akutní polymorfni psychotická porucha

<b>Klientka 11</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nestabilní, úzkostná, rozřesená, klepe se, když dojde na citlivá témata, má strach, nemá kam jít, pociťuje bezmoc, velmi depresivní</li> <li>- Dívá se do stolu, jen občas nesměle pohlédne vzhůru</li> </ul>
<b>Klientka 12</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plačtivá, bezmocná, nemá, kam jít, má dojem bezmoci, byla v azylovém domě, bylo to tam hrozné, k otci se nechce vrátit, má strach</li> <li>- Říká, že v léčebně je jí lépe</li> <li>- Velmi nešťastná</li> </ul>

## 10. Výsledky výzkumu

### 10.1. Faktor rodinného prostředí

	Počet klientů	Fyzické týrání nebo tvrdé tresty	Psychické týrání	Kombinace obou předchozích	Zneužití	Negativní zkušenost v rodině Celkem
<i>Schizoafektivní porucha</i>	4	2	-	1	-	
<i>Paranoidní schizofrenie</i>	6	2	-		2	
<i>Akutní polymorfni psych. por.</i>	2	1	1	-	-	
Celkem	12					
Suma	100%	41,66%	8,33%	8,33%	16,66%	74,98%

#### Shrnutí

U 75 % klientů se vyskytovala negativní zkušenost v rodině.

Pro schizoafektivní poruchu se objevila shoda u fyzického týrání, v jednom případě se objevila kombinace fyzického a psychického týrání. Jeden klient skrze silné obrany o původní rodině nevyprávěl.

U paranoidní schizofrenie se objevily mimo fyzické týrání také případy zneužití, v jednom případě, nezahrnutého do procentuálního výsledku byl klient svědkem nevěry své matky, což pro něj znamenalo silné otřesení jeho důvěrou ve vztahy, neboť rodiče pro něj do té doby znamenali jistotu a bezpečí. Tuto nedůvěru si pak přenášel do svých partnerských vztahů. Poslední, šestý klient zažil dle svých slov kriminální aktivitu svého strýce a jeho stíhání, což v něm vyvolávalo emoce strachu o sebe a vlastní rodinu. V tomto případě nevíme, zda se tak stalo ve skutečnosti, neznáme objektivní fakta o poměrech rodiny v tehdejší době.

## 10.2. Jiné sociální prostředí

	Počet klientů	Negativní sociální zkušenost *	Existenciální problémy	Kombinace obou předchozích	Celkem
<i>Schizoafektivní porucha</i>	4	3	-	-	
<i>Paranoidní schizofrenie</i>	6	2	-	4	
<i>Akutní polymorfni psych.porucha</i>	2	2	-	-	
Celkem	12				
Suma	100%	58,33%		33,33%	91,66%

\*negativní sociální zkušeností se myslí sociální izolace nebo špatné chování a jednání vůči klientovi

### Shrnutí

Vyjma jediný případ klienta se schizoafektivní poruchou, který má v anamnéze abúzus alkoholu a nevíme, zda měl předchozí špatnou zkušenost s lidmi, u všech ostatních klientů se objevila negativní zkušenost ve formě izolace nebo špatného chování ze strany druhých, šikany nebo znevažování a také sociálních problémů vlivem nedostatku peněz a tedy strachu, co bude dál.

## 10.3. Psychiatrická zátěž v rodině

	Počet klientů	Psychiatrická diagnóza v rodině	Celkem
<i>Schizoafektivní porucha</i>	4	3	
<i>Paranoidní schizofrenie</i>	6	3	
<i>Akutní polymorfni psych.porucha</i>	2	0	
Celkem	12		
Suma	100%	50%	50%

### Shrnutí

Psychiatrická zátěž v rodině se vyskytla u 50 % klientů, z toho v 5 případech se jednalo o nejužší rodinný kruh (matka, otec, sourozenec).

#### 10.4. Alkohol a drogy

	Počet klientů	Alkohol a drogy	Celkem
<i>Schizoafektivní porucha</i>	4	3	
<i>Paranoidní schizofrenie</i>	6	0	
<i>Akutní polymorfni psych.porucha</i>	2	1	
Celkem	12		
Suma	100%	33,33%	33,33%

#### Shrnutí

U schizoafektivní poruchy se ve dvou případech objevilo nadužívání alkoholu, v jednom z nich v poslední době (nevíme přesně, jak tomu bylo v minulosti). U paranoidní schizofrenie se neobjevil jediný případ, pouze jedna klientka tvrdila, že jí byla podána droga v jediném případě, proto není zahrnuta ve výsledcích. U akutní polymorfni psychotické poruchy jedna klientka uvedla skutečnost, že je-li úzkostná, napije se.

#### 10.5. Halucinace a bludy, spirituální aspekt, popř. sny

V obsazích halucinatorní a bludné produkce klientů se pravidelně objevovala následující témata:

- ❖ Existence jiného, alternativního světa
- ❖ Velké schopnosti (hrdina, vojevůdce)
- ❖ Rakovina, nádory, leukémie
- ❖ Apokalypsa, tragédie
- ❖ Strach ze zabití, mučení, ukřižování, otrava
- ❖ Témata smrti (je mrtev, hřbitovy, červi)
- ❖ Vznik vesmíru
- ❖ Rozpůlení
- ❖ Ježíš Kristus, Panna Maria
- ❖ Těhotenství

Tato témata se nápadně podobají mytologickým motivům tak, jak je popsal Perry (in Benda, 2007), viz kapitola 6.6. teoretické části.

V přehledových tabulkách můžeme vidět, že mimo mytologická témata, se u klientů objevuje propojenost obsahu bludů a halucinací klienta s jeho osobním životem. To v mnoha

případech zbavuje tuto produkci známek bezsmyslnosti nebo iracionality a ukazuje na fakt provázanosti obsahu bludů a halucinací se skutečným životem klientů.

Pakliže jsme ochotni vynaložit snahu k porozumění zdánlivě nesmyslné produkci klientů a jsme toto spojení schopni spatřit, můžeme logicky usuzovat, že osobnost daného klienta nelze od projevu nemoci izolovat.

## 10.6. Osobnost klientů

Ve výzkumu se objevily značné analogie mezi klienty navzájem (řada z nich dříve, často od dětství, ale i dnes vlivem nemoci):

- ❖ Uzavřenost, melancholické nebo depresivní ladění
- ❖ Nízká sebeúcta
- ❖ Strach, submise, pocity bezmoci a nemožnosti ovládat sám svůj život
- ❖ Bezvýchodnost a ztráta životního smyslu vlivem nemoci
- ❖ V dětství bizarní hry
- ❖ Samotářské zájmy, např. četba
- ❖ Absence blízkých uspokojivých vztahů, ať rodinných, přátelských nebo partnerských, v minulosti i dnes a s tím spojené negativní pocity osamění a izolace
- ❖ Nedůvěra
- ❖ Obrany typu idealizace rodiny a lidí, kteří ublížili, popírání skutečnosti, vytěšňování, projekce, racionalizace, útěk do fantazie (tedy jak se zdá obrany nejen psychotického, ale také neurotického charakteru)<sup>4</sup> Podle analytického modelu Mentzose (2005) (viz kap. 7.4.) přechod od neurózy k psychóze spočívá v tom, že konflikt není vytěsněn, nýbrž odštěpen – dochází k jeho obětování. To by mohlo vysvětlovat zdánlivé neurotické vytěsnění. Některé obrany se jeví jako důsledek negativních zkušeností s hospitalizacemi, nikoli primárně nemoci.
- ❖ Existenciální obavy
- ❖ Nevyrovnanost s traumaty minulosti
- ❖ Transformace jejich obtíží do smrtelné nemoci

Tyto výše popsané znaky ukazují na důležitost zaměření se ve větší míře na psychologické terapeutické působení, nejen na vliv nezpracovaných témat z minulosti, které mohou komplikovat proces uzdravování, ale také problémů s navazováním vztahů, hledání životního smyslu apod.

---

<sup>4</sup> K psychotickým obranám řadíme psychotickou projekci u paranoi, obrácení impulsu či myšlenky do jeho opaku nebo popření (patří sem i proměna matoucích vjemů v bludy a halucinace). (2008)



### 10.7. Další klienti – částečné informace

Z hlediska navýšení počtu zjištění a pro potvrzení výše uvedených výsledků si dovoluji zveřejnit zachovalá částečná data dalších klientů, kteří byli původně zařazeni do výzkumu.

#### Klient 13

- *Otec* psycholog, hospitalizovaný v léčebně, pravděpodobně pro poruchu nálady. Po CMP ležák. Klient měl strach, že by mohl také onemocnět.
- *Bratr a mladší sestra*. Gymnázium, vojenská vysoká, 7 semestrů, člen KSČ, podmínkou bylo dosloužit v armádě – závazek.
- 2 krát vyhozen z práce pro nadbytečnost, v jedné z nich velký stres, cizinci
- Vychovatel na učilišti – 7 let – pak byl propuštěn, těžce to snášel, opět velký stres. Bydlel v té době s manželkou – dispečerka.
- Podnikal, firma zanikla – jeden z důvodů rozvodu
- Ponížení z pocitu, že je bez peněz, nespavost
- Nemůže sehnat práci, má ze všeho obavy
- Matka si vzala půjčku, aby mohla splatit jeho dluhy
- Napětí ve vztahu k rodičům – není schopen zapojit se díky svým problémům tak, jak by si představovali
- Dříve denně pivo, popral se v hospodě, šel na něho muž s nožem Otec porucha údajně porucha nálady (v dokumentaci je pouze informace o CMP)
- Paranoidní schizofrenie

#### Klient 14

- V rodině citový chlad, psychické týrání, fyzické tresty, nekomunikovalo se
- Od tří let imaginární přítelkyně, jmenuje se Zoe (význam jména je život), která mu slíbila, že jej vezme na jiný svět. Ten jiný svět je plný pouze lásky a ničeho jiného, jsou tam různobarvé barevné budovy, pouze tam může být šťasten. Říká jí „lásko“ – je to jeho jediná přítelkyně a jen s ní bude šťastný
- Na tomto světě není šťastný
- Opakované pokusy o suicidium
- Diagnostikován jako schizotypní porucha osobnosti

#### Klient 15

- Jeho rodiče se o něj nestarali, byl fyzicky týrán, vyrůstal u prarodičů
- U tématu fyzického týrání se zlomí, pláče, třese se. Nikomu to ještě neřekl, ke mně cítí důvěru.
- Od 14- ti let se začal toulat po lese, z důvodu nefunkčních vztahů v rodině i jinde, zkoušel účinek různých rostlin
- Hovoří o spirituálních prožitcích, o astrální projekci, o šamanských knihách
- Hodně čte tento duchovní literaturu a literaturu o smyslu života, věří v to
- Zde jsem pojala rovněž podezření na možné spuštění psychospirituální krize, vlivem praktikování jistých technik a užití halucinogenní látky
- Diagnostikován jako schizoafektivní porucha

**Klient 16**

- Starý pán, přes 60 let, stále mluvil o Rusku, zabíhavé, ulpívavé myšlení, stále se vracel k jedinému tématu a hrůzám, které prožil za války
- Doma vypínal televizi a ledničku, protože se bál požáru – silný strach ze vzplanutí ohně
- Na krku jizva po řezné ráně nožem (z období války?)
- Diagnóza paranoidní schizofrenie – stálý pocit ohrožení i ze strany blízkých, už přes 60 hospitalizací
- Schovával si nůž pod polštář, ohrožoval blízké – strach ze smrti

**Klient 17**

- Muž 21 let, kouřil marihuanu, poté byl v zahraničí na rok pracovat, tam zkusil i tvrdší drogu, dostal „fake“ (příměs silnější drogy, nekvalitní drogu) od někoho, komu věřil, měl pocit, že už nikomu nemůže věřit, nastartovalo to stihomam – museli si pro něj přijet rodiče.
- První hospitalizace
- Diagnóza paranoidní schizofrenie

**Klient 18**

- Muž ve středním věku, hospitalizován podruhé, onemocněl až v dospělosti po 40. roce věku.
- Pouze hlasy
- Druhá hospitalizace
- V dětství opakovaně utrpěl poranění hlavy, otřesy mozku, jeden těžký
- Problémy doma s manželkou, je to jeho druhá partnerka – dlouho si nemohl žádnou najít, má strach, že ho opustí
- Hlasy mu říkají, že ji má zabít, že mu ji vezmou, že spolu nemůžou být

**Klient 19**

- Muž 30 let, můj známý, výběr mimo léčebnu
- Poprvé hospitalizovaný na gymnáziu s diagnózou paranoidní schizofrenie
- V dětství zneužit otcem, potlačil to a vytěsnil, ale později se vzpomínka vynořila
- Od té doby udává potíže
- Zajímá se o spiritualitu, cvičí 5 Tibeťanů, medituje, hodně čte transcendentální a ezoterické zdroje
- Nedávno opět hospitalizovaný, měl halucinace, tvrdí, že si cvičením otevřel něco, co neměl, že teď už ví, že musí být opatrnější a nezahrávat si
- U něj mám podezření na psychospirituální krizi – byť byl v minulosti diagnostikován s paranoidní schizofrenií

## 11. Možná omezení výzkumu

- ❖ Přes intuitivní vnímání, pozorování neverbální komunikace, posuzování závažnosti kognitivního deficitu v tom kterém případě, empatii a snahu o objektivitu navzdory subjektivním dojmům, je nemožné plně obsáhnout vše nebo zabránit možným nepřesnostem ve vyprávění klientů. Přesto se domnívám, že možná zkrácení vážně nenarušila výsledná zjištění. Některé informace, které mi pacienti sdělili a které nebyly zaneseny do dokumentace, není možné ověřit a je více než pravděpodobné, že je ověřit ani nelze.

V takových případech jsem ke klientům přistupovala s důvěrou a sdělené informace považovala za pravdivé. Pokud se ovšem v takovém sousledu informací objevovaly alogismy, nebo jiné znaky, které by odkazovaly na smyšlenku nebo fantazii, nebyly považovány za skutečné. Přesto bylo i s takovými fakty nakládáno jako s materiálem, který je součástí nemocného a může napomoci k pochopení jeho osoby i povahy jeho onemocnění.

- ❖ Sezení byla uskutečněna v jednom nebo dvou sezeních a v jednom případě ve třech sezeních. Vzhledem k vážnosti diagnózy, kterou komplikovala řada obran, je možné předpokládat, že později by někteří klienti, u nichž byly obrany obzvláště silné, byli ochotni sdělit více informací. Omezení zde ale vzniklo rolí, kterou nebyl terapeut, nýbrž výzkumník, sbírající data.
- ❖ Vzhledem k diagnóze klientů je k omezením nutné přičíst také možné aktuální vnitřní nastavení klientů, které může značně proměnlivé (vedlejší účinky léků, emoční nepohoda apod.) a tudíž je možné, že v jiný čas by byli schopni poskytnout detailnější nebo jinak hodnotnější informace
- ❖ Výběr klientů byl limitován výběrem z aktuálně hospitalizovaných klientů a tedy omezen množstvím klientů vyhovujících vzhledem k diagnóze (nemožnost ovlivnit aktuální složení diagnóz)
- ❖ Někteří z klientů, kteří měli odpovídající diagnózu, nebyli schopni vzhledem k rozsahu kognitivního deficitu, aktuálnímu nepříznivému stavu, neschopnosti spolupráce nebo nemoci podstoupit rozhovor
- ❖ Možná omezení mohou plynout také z podmínek a atmosféry místa výzkumu

## 12. Diskuze

Výzkum podnítl otázek a otevřel také řadu tematických oblastí, které bych zde nyní chtěla předložit.

### ➤ Osudy klientů

Je možné předpokládat, že vyrůstá-li klient v rodině, která se vyznačuje chladem, nefungující nebo žádnou komunikací, nezájmem, nebo dokonce psychickým a fyzickým týráním, nebo zneužíváním, pak společně s kombinací vnitřních predispozic dojde k *osobnostní změně*. Je-li taková atmosféra denním chlebem již od malička, stává se, že dochází k *odchýlení osobnostního vývoje*, klient se může uzavírat do sebe, být úzkostný a pociťovat bezmoc. K tomu se často přidružují obtíže s navazováním vztahů v okolí. Psychická odolnost takových dětí není velká (viz kap. 3.2.). S tím, jak dítě roste, jsou na něj z okolí kladeny požadavky, s nimiž se musí vypořádat. Často se tak již v počátku objevuje nezvládání školních povinností. U některých klientů se v anamnéze objevovala agresivita, jiní se sami stávali oběťmi šikany. Objevovala se ztráta pocitu vlastní hodnoty a s tím spojená nízká sebeúcta a obviňování sebe sama. Klienti uváděli pocit prázdnoty ve svém životě, spolu s nezvládáním kumulace požadavků okolí.

Klienti také často ještě předtím, než se objevila první ataka, měli zálibu v knihách. To může být přirozeným důsledkem osamocení ve vztazích a souběžně s tím introvertního nastavení. Později se objevila četba náboženských nebo duchovních knih, většinou jako hledání smyslu nebo jako reakce na prožitky ataky.

Není obtížné si kupříkladu představit, že klient, kterého v životě provází povětšinou negativní zkušenost, produkuje v atace onemocnění blud novodobého trpícího, který je vyvolen Bohem, nebo mají pocit, že jsou zkázou pro celý svět. Klienti též věří ve spásu, v to, že je to Boží trest, nebo mají imaginární přátele či inklinují k alternativnímu světu. Tato fakta se zdají hojně korespondovat s Jungem a Perrym a jejich chápáním psychóz (viz kap. 7.6.).

Klienti se zpravidla obávají své izolace a samoty, ale zároveň se bojí k někomu přiblížit (především v počátcích onemocnění), neboť se obávají, že jim bude ublíženo. Často již dopředu očekávají negativní reakce, mají negativní fantazie. V tomto pohledu se zdá poměrně snadné stát se paranoidním, máme-li špatné zkušenosti – příklady můžeme vidět i ve svém okolí. Např. šikanované děti si už dopředu myslí, že když se jiné děti smějí, smějí se jim, nebo když si šeptají, hovoří o nich. A to samozřejmě ve zlém.

Zdá se, že jádro lze prakticky vždy nalézt v nějakém problému v mezilidských vztazích, které se také objevily s železnou pravidelností ve výzkumu.

Protože lidé existují skrze vztahy k druhým, zrcadlí je, skrze druhé poznávají sebe sama a skrze komunikaci prezentují své já, ti, kteří blízké kontakty nemají, nemohou vyjádřit sebe sama. Tím dochází k potlačení značné energie. Otázkou do diskuze je to, kde se tato energie kumuluje.

Je tak možné, že stresová událost spouští toto extrémní množství energie, v souladu s jungiánskou teorií vytěsněné v nevědomí, která byla u klientů zatížených osobní historií, blokována. Jedinci se zátěží z dětství a bloky, kteří mají přátele, nebo kteří svou energii vhodně investují, by tak k obrazu psychózy nikdy nemuseli dospět.

Z výzkumu vyplývá, že se nezdá až tak důležité, kdy přesně negativní zážitek, který s člověkem oťrese, nastal. Zpravidla je možné vysledovat negativní jevy již v původní rodině, nebo dřívějších sociálních vazbách, ale ty se nezdají být rozhodující.

Zdá se mi logické, že mnoho případů první ataky schizofrenie nastává v době, která časově odpovídá vývojovému utváření identity – což sám o sobě je úkol nelehký a pro výše popsané případy může být zcela nad jejich psychické síly.

Jak ale již bylo naznačeno, objevily se i případy klientů, kdy stresová událost nastala až v dospělosti. Obvykle tomu bylo v souvislosti se ztrátou zaměstnání, které spustilo vlnu vážných existenciálních obav a posílilo pocity méněcennosti, z pohledu výzkumu zejména v případech mužů. Zde je patrný silnější vliv genderu. Zdá se tedy, že spouštěcím faktorem onemocnění je skutečně velké stresové vypětí nejrůznějších příčin, které na málo odolnou osobu s výše popsanými osobnostními znaky zapůsobí nezvladatelným způsobem.

Jung (2000) řekl, že to vypadá, jako by pacienti jen čekali na spolehlivou osobu, aby se mohli zhroutit. Jeden klient řekl: „Měl jsem pocit, že mi hlava musí v následující vteřině vybuchnout. Měl jsem strach, že na ulici totálně zešílím, že moji mysl zatáhne mlha, vše se obrátí naruby a já se přestanu ovládat.“ Proto jsem raději běžel tam, kde se budu moct zbláznit v bezpečí. Skutečně řada klientů zařazených do výzkumu po předchozí zkušenosti byla už dopředu schopná vnímat, že se „to blíží“ a odešli se „zbláznit do bezpečí“. Zajímavé je, že klienti jako ten z příkladu, dokázali svůj stav na určitou dobu pozdržet.

#### ➤ Alkohol a návykové látky

Traduje se, že užití návykových látek u schizofrenie je důsledkem snahy odstranit si nežádoucí účinky medikace či negativní schizofrenní příznaky. U klientů, u nichž v anamnéze nacházíme abúzus alkoholu nebo látek, je někdy obtížně určit (vzhledem k chybějícím údajům), nakolik se abúzus objevoval již před propuknutím onemocnění a nakolik souvisí

s vlastním onemocněním. V předloženém výzkumu se alkohol objevoval především u mužských klientů, zdá se ale, že se na atace onemocnění nepodílel.

➤ Potřeba individuálního přístupu ke každému klientovi

Ve výzkumu se ukázalo jako důležité přistupovat ke každému klientovi jako k jedinečné entitě, s jedinečnou osobní historií a naprosto individuálními životními zkušenostmi a prožitky a vyvarovat se zobecňování.

V tomto se ztotožňuji s daseinsanalytickým přístupem tak, jak jej popsal Kratochvíl (2006), který zdůrazňuje neopakovatelnost a jedinečnost osobnosti pacienta, a s tím individuálnost přístupu k němu. Je kladen důraz na poznání pacienta v kontextu jeho jedinečné osobnostní struktury.

➤ Otázka individuální psychoterapie

Domnívám se, že vzhledem ke zjištěním, které máme o účinnosti léčby a dále vzhledem k informacím, které přinesl výzkum, je do budoucna žádoucí znovu otevřít otázku individuální psychoterapie pro psychotiky. Nelze očekávat, že vzhledem k praktickým otázkám by bylo její zavedení do praxe snadné, domnívám se ale, že by bylo vhodné tuto možnost zohlednit a prodiskutovat.

Řada klientů se vzhledem ke svému vnitřnímu nastavení a osobnosti na skupině neotevře, nebo sdělí jen kusé informace. Klienti mají sice možnost individuálních pohovorů, ale jak jsem zjistila, zpravidla ji příliš nevyužívají.

V průběhu výzkumu jsem si znova uvědomila, jak jsou klienti s psychotickým onemocněním citliví k otázkám důvěry a jak může být obtížné prolomit bariéru, která vznikla v důsledku špatné zkušenosti často při první hospitalizaci, ale i při hospitalizacích dalších. To ke skupinovému otevření se také nepřispívá. Skupinová terapie je leckdy přínosná, ne vždy však dostačující.

Domnívám se, že v případě psychotických klientů by neměla být podceňována oblast psychoterapeutické práce, naopak by měla být navýšena její frekvence. Jednu hodinu týdně vnímám jako nedostačující.

Je ale důležité podotknout, že individuální terapii vnímám jako nadějnou v případech, kde dosud nedošlo k hlubšímu narušení kognitivních funkcí a kde jsou klienti kapacitně schopni vyšší frekvenci zvládnout.

➤ Důležitost porozumění bludům a halucinacím

Jung (2000) říká, že jakkoli můžeme získat závěry o stávajícím uzpůsobení nevědomých pochodů a událostí, nikdy se nedostaneme dál než k „jakoby“. Hovoří tak o subjektivních prožitcích nemocného. Přesto je důležité snažit se nemocnému porozumět v jeho vlastním jazyce.

Jak uvádí Syřištová (v rozhovoru pro Českou Televizi, 2011) v souvislosti s psychoticky nemocnými, k tomu, abychom mohli pochopit, poznat a vůbec pomoci druhému člověku, musíme se dovědět o jeho vlastním prožívání a nazírání jeho vlastního světa.

Už Jung (2000) se vyslovoval pro to, aby byly inteligentnímu pacientovi objasňovány jeho symptomy a zejména psychické obsahy. Byl toho názoru, že fascinace archetypickými obsahy je zvlášť nebezpečná, a proto je třeba objasnit jejich neosobní smysl. Tak může klient při další atace čelit vpádu nevědomí s pochopením, tím asimilovat cizorodé obsahy nevědomí a svůj vědomý svět integrovat. V případě že si na obsahy vzpomíná, je důležité je s ním prodiskutovat a zpřístupnit jeho chápání.

Také Greek (2010), který prožil psychózu na vlastní kůži, hovoří o tom, že pokud je osoba stabilizovaná a plně akceptuje svou diagnózu, je dobré přezkoumat její osobní život a snažit se porozumět pozadí skrytému za dramatickostí halucinací. Vhled do osobnosti a života nemocného dává naději nalezení významu ve zdánlivě iracionální a bizarní podstatě schizofrenie. Zasazení symboliky témat a halucinací prožitých během psychózy do osobní historie individua, komunitního nebo světového kontextu, pomáhá snižovat jeho úzkost a pomoci identifikovat oblasti zlepšení v jejich adaptaci ve světě.

Arieti (in Hoffman, 2010) zjistil, že auditivní a vizuální halucinace mohou nastat v souvislosti s dramatickou sociální izolací, která tak může posilovat zvýšené „sluchové očekávání“. S výjimkou pacientů, jejichž stav nemoci byl již velmi pokročilý, je podle autora možné připustit, že hlasy se vyskytují pouze v konkrétních situacích, tj. když pacient očekává, že je uslyší. Život většiny halucinujících pacientů ve studii charakterizovala hluboká sociální izolace a často se tak zdá, že hlavním zdrojem sociální komunikace pro tyto pacienty jsou právě jejich hlasy. Když se výzkumníci pacientů zeptali, zda se pokouší hlasům naslouchat, dokonce i když je právě neslyší, odpověď byla téměř všeobecně „ano“. Obvykle se také objevovala ostražitost a také strach, že pokud hlasy utichnou, něco se stane. Většina pacientů proto hlasům nejen odpovídala, ale snažila se s nimi zahájit slovní komunikaci, dokonce i tehdy, byli-li vulgární nebo ponižující.

Zajímavé je zjištění, že u jeptišek (tamtéž), které si znovu vyvolaly vzpomínky na mystickou náboženskou zkušenost přítomnosti Boha, byla subjektivní vzpomínka doprovázena aktivací stejných oblastí, které vykazují aktivaci také před halucinatorní zkušeností.

➤ Kolektivní nevědomí a moderní kolektivní obraz

Mnozí badatelé došli k závěru, že potřebujeme nový model psychiky, jehož podstatné prvky by nezahrnovaly pouze Freudovu biografickou dimenzi, nýbrž i Jungovo kolektivní nevědomí a spiritualitu.

Pokud se podíváme na halucinace a bludy dnešních klientů, ale i pokud si prohlédneme, jaký typ halucinací měli klienti dnes už pokročilého věku v tehdejší režimu, můžeme vidět, že také produkce bludů a halucinací je leckdy proměňována a modifikována vzhledem k době, ve které se objevuje. V přehledech této studie je možné vidět, že zatímco kdysi to bylo kupříkladu pronásledování STB, dnes se klienti staví např. do role bodyguarda prezidenta Obamy. To poukazuje na provázanost se současným děním ve společnosti. Mohli bychom tak hovořit o jakémsi „moderním kolektivním obrazu“.

Zdá se také, že u klientů, kteří nemají blízko k náboženství nebo duchovnímu vnímání, se objevují spíše kolektivní obrazy jiného rázu dle vlastního nastavení nebo preference, např. mafie. Podle Junga (2000) se někdy stává, že určité osobní vztahy příležitostně vyžadují nevědomou kompenzaci. Tehdy se projeví kolektivní obrazy, které jsou více mytologické povahy. Rovněž morální, filozofické a náboženské problémy, vzhledem k obecně platnému charakteru, vyvolávají mytologické kompenzace.

Pribáň (2004) píše, že legendy a mýty předpokládají, že paměť i každé vyprávění musí utvářet kolektivní pouta a společenské normy. Takové mýty samozřejmě zná i moderní politika, která je udržuje prostřednictvím oficiálních výkladů dějin, jak je známe z učebnic dějepisu, politických projevů nebo státních symbolů. Nezáleží na tom, zda jsou to mýty zcela falešné či alespoň částečně vycházejí z historické zkušenosti. Důležité je, že vytvářejí kolektivní obrazy společnosti o sobě samé a že tyto obrazy jsou obecně přijímané jako skutečná realita.

➤ K antipsychotikům a překonanosti některých aspektů medicíny

Naděje se upírají k vývoji nových a kvalitnějších antipsychotik. Otázka ale zní: Je redukce negativních projevů psychiky skutečnou léčbou? Ve výzkumu jsem se setkala s klienty, jejichž stav by se možná z farmakologického hlediska dal označit za stabilizovaný,



nicméně klient se po ostatních stránkách nijak výrazně nelepšil, což koreluje s problémy odstraňování negativní symptomatiky.

Co se týče pozitivních příznaků, jak píše Chopra (1993), schizofrenik vyléčený chemickými prostředky ještě neexistuje, protože být „normální“ je víc, než jen nemít halucinace. Potlačením jeho halucinací, vizí nebo hlasů zůstane ne člověk, ale skořápka.

Snaha, která vede ke zjištění příslušných genů a jiných abnormalit v činnosti mozku, jako by poukazovala na ireverzibilitu stavu klientů. Skutečnost, že léčba antipsychotiky je úspěšná pouze v jedné třetině případů, hovoří pro skutečnost, že snaha hledat také jiné prostředky a možnosti není zbytečná.

Spolu s tím narážíme také na již zmíněnou překonanost linearitu medicíny. Jak uvádí Kozák (2005), pokud by svět byl lineární, pak by nezáleželo na předchozích stavech a nemoci by vůbec nemohly existovat. Následky nemoci by byly pouze aktuálním výsledným stavem, který by bylo možné změnit na jakýkoli jiný. Organismy by procházely neustálými individuálními proměnami, proto by nebylo možné hovořit ani o jakýchkoli druzích. Vše by se muselo jevit jako dokonalý chaos.

V tomto pohledu je veškerá léčba farmaky, která působí na pozitivní symptomatiku, pouhým překrytím příčiny – podobně jako u většiny somatických nemocí, která ale vlastní příčinu neodstraňuje. Podobně jako analgetika přerušují kontakt s informací o tom, proč bolest vznikla, přerušují kontakt s pozadím ataky také farmaka.

Vančura (in Benda, 2002) hovoří o tom, jak je důležitá dobrá spolupráce s psychiatry, aby dovedli najít dávku léků, která je ještě účinná, ale ne až tak účinná, aby bránila klientovi v kontaktu s tím, co se vynořuje. Vančura dále říká, že důvodem, proč se obecně snažíme o minimalizaci farmakoterapie, je skutečnost, že farmaka tlumí proces, který podle přesvědčení jeho a jeho kolegů je za optimálních okolností léčivý. Farmakologická pomoc je na místě jestliže je klient nebezpečný sobě nebo okolí, jestliže převládajícími psychickými obranami jsou paranoidní vnímání nebo projekce, dále pokud je klient ve stavu extrémního rozrušení, cítí se neschopen situaci zvládnout a žádá úlevu od rušivých příznaků a nebo tam, kde emoční zkušenost je příliš silná a znemožňuje určitou míru odstupu, potřebnou pro terapeutickou práci.

To, že pravá příčina zůstala nepoznána nebo se s ní nijak léčebně npracuje, by vysvětlovalo fakt, proč po vysazení léků dochází k nové atace. Z tohoto pohledu se zdá být rozvoj na poli zdokonalování léčby schizofrenie psychofarmaky slepou uličkou, která k její

skutečné léčbě nepřispívá. Vše je navíc komplikováno množstvím negativních účinků antipsychotik, byť se v současné době usiluje o jejich další redukci.

➤ Víra v klientovo uzdravení, jejich naděje a pozitivní působení

Řada z klientů měla o své nemoci hodně načteno, řada z nich se obracela k Bohu nebo k náboženstvím - domnívám, že v řadě případů to nebylo pouze proto, že se v jejich pozitivní produkci objevovala mytologická témata, ale také proto, aby našli nějaký smysl své nemoci.

Pokud je klient přesvědčen, že je nemožné mu pomoci, nebo jejich život postrádá smysl, nikdo mu nepomůže. To mohou potvrdit výsledky mé studie, kdy stav klientů, kteří se zcela ztotožnili s faktem, že jejich nemoc nelze nikdy vyléčit, nebo rezignovali na život, se nelepšil v řádu nejen měsíců, ale i let. Např. jeden z klientů, který se zúčastnil výzkumu, se navzdory lékům, jejich změně a úpravám dávek, za tři roky vůbec nezlepšil, ba naopak se horšil. Z rozhovoru s ním vyplynulo, že pro něj jeho život již nemá smysl. V myšlenkách se upnul k imaginární přítelkyni, která mu slíbila, že jej vezme na lepší svět - svět, v němž není zlo a je jen čistá láska. To bylo jediné, na co se těšil. Zde se jeví jeho setrvávání v nemoci jako čirá volba, byť pasivního rázu. Volba vlivem rezignace na realitu.

Chopra (1993) uvádí, že pakliže by neexistovala diagnóza a člověk by se domníval, že má bezejmennou nemoc, byly by najednou statistiky, které nyní představují překážku, podružné. Domnívám, že je třeba pracovat právě s probuzením víry a naděje na uzdravení. To, že neznáme přesné mechanismy působení nebo přesnou příčinu neznamena, že nemoc nelze léčit vůbec. Vynést takový ortel výrazně už dopředu snižuje možnost pozitivního působení a především naděje. Naděje, která minimálně pomůže zlepšit stav, nemůže být nikdy považována za zbytečnou.

Chopra (1993) ve své knize opakovaně narážel na to, jak je důležité právě vyjádření lékařů – byli-li skeptičtí, byl skeptický i pacient a místo aby v sobě živil naději, pomalu se snažil smířit s vlastním koncem. Chopra tak narážel na v psychologii známý termín *nocicepce*.

Jak píše Redfield (2006), pacienti by si měli představovat, jak se rozpomínají na to, co chtěli v životě vykonat, ale co ještě neudělali. Předpokladem skutečného léčení je uvědomění si toho, co chceme dělat, až se uzdravíme. Jinými slovy – je důležité nalézt nějaký smysl ve vlastním životě.

➤ Potřeba životní alternativy

Klient se také musí vypořádat se skutečností, že se „nevrátí“ tak jako dřív a stane-li se tak, je důležité, aby měl alternativu a nemusel se vracet tam, odkud přišel. Řada klientů

z výzkumu neměla, kam by se uchýlila, zbývalo jim vrátit se do původní rodiny, kde zakusili negativní jevy. Je proto důležité podporovat spolupráci s orgány sociálních služeb a hledat možnosti pro náhradní řešení pro takový typ klientů.

➤ Důležitost spolupráce mezi jednotlivými obory

Dávno je známo, že biologická a sociální sféra může ovlivňovat psychickou a obráceně. Naprosto souhlasím se závěry, které byly předneseny na sympoziu v Sao Paulu v roce 2009 (viz kap. 10), ohledně nutnosti integrace jednotlivých disciplín, neboť žádné z nich se nedá upřít svébytná platforma, na nichž ta která oblast byla schopna vybudovat vlastní stavbu. Zásluhy se nedají upřít oborům zaměřených na oblast biologickou, psychologickou ani sociální. Pokud vidíme, že stavba má přesto prasklinu, byli bychom sami proti sobě, kdybychom nezohlednili také materiál, z něhož jsou vystavěny stavby ostatní.

Na Východě mají zásadu neodsuzovat nic předem, pokud to sami nepoznají. Je proto třeba rozvíjet poznání ve všech směrech.

➤ Prevence

Prevence na poli psychóz je zatím ve fázi výzkumů a s nimi hledání společných faktorů, které atace předchází. Zatím jsou popisovány projevy a příznaky. Problematika je to často obtížná vzhledem k nenápadnosti a časové protrahovanosti. Je to rovněž problém, který lze jen obtížně monitorovat, neboť chybí „kontrola“. Je možné pozorovat selhávání v jednotlivých oblastech života, problémy se spánkem, ale málokdo s takto postižených začne uvažovat o prodromálních příznacích psychózy, přesně jako to vyjádřil jeden z klientů ve výzkumu. Klienti často pozorovali, že mají obtíže nejčastěji právě se spánkem, nebo zaznamenali změnu nálady, ale v tomto ohledu zprvu zpravidla nevyvíjeli žádnou iniciativu.

Nevědomé pochody se také manifestují prostřednictvím symptomů, jednání, afekty, fantaziemi nebo sny. Již v této fázi by bylo třeba začít s pomocí, otázkou ale je, jak takové případy včas zachytit. Zdá se, že možností by mohla být pokračující rozšířená edukace veřejnosti.

### 13. Závěry

Výzkum ukázal, že mezi jednotlivými klienty je skutečně možné vypořádat analogie a také mezi jednotlivými diagnózami nalézt určité nuance a tak vyextrahovat určité faktory.

Ve výzkumu se s častostí objevovaly faktory:

- dysfunkční rodinné prostředí
- osamělost a izolace, absence přátel
- negativní zkušenost z jiného sociálního prostředí (škola, práce...)
- neschopnost navázat fungující partnerský vztah, nebo žádné vztahy
- introverze, nízká sebeúcta, melancholie, pesimismus
- absence smyslu života a životní radosti
- událost bezprostředně před propuknutím ataky, spojená se silným stresem - traumatem, nebo závažné existenciální problémy
- pokud v anamnéze nebylo nic z výše uvedeného, co by mezi oběma diagnózami rozlišovalo, vyskytoval se v daném případě doma rodičovský model se stejnou diagnózou

➤ Rozdíly mezi diagnózami

- V případě schizoafektivní poruchy se objevovalo v anamnézách častěji fyzické týrání a alkohol
- V případě paranoidní schizofrenie se navíc objevovalo v anamnéze zneužití a často existenciální potíže
- Zdá se, že v případě paranoidní schizofrenie se prakticky vždy jednalo o zážitek velkého zklamání, otřesení důvěrou v člověka, „zneužití“ ale ne nutně v sexuálním smyslu slova
- U akutní polymorfni psychotické poruchy se jednalo o negativní zážitek, přičemž se dá očekávat návrat onemocnění a s ním změna diagnózy

Výzkum odpověděl na primární a sekundární výzkumnou otázku a podnítil také řadu otázek dalších, které byly částečně diskutovány v předchozí kapitole.

## 14. Souhrn

Diplomová práce byla zaměřena na zjišťování příčin psychotických onemocnění na všech čtyřech úrovních člověka, a to biologické, psychologické, sociální i spirituální.

Teoretická část se na svém počátku zabývá důležitostí historie a společností, které vždy existují na pozadí duševní nemoci a mohou přispívat k jejímu zbarvení.

Dále zde jsou předloženy faktory, které mohou snižovat vulnerabilitu k duševnímu onemocnění, konkrétně plasticita mozku a odolnost osobnosti.

Následuje představení jednotlivých teorií, které vznikly na poli jednotlivých dimenzí, biologických, psychologických, sociálních a spirituálních, přičemž klade zvláštní důraz na důležitost zařazení spirituálního aspektu do celé koncepce. Upozorňuje se na to, že bohužel každý, kdo se dnes vydává na cestu, která se liší a jeví podle vnějšího pohledu jako velmi netradiční až mystická, se v kruzích odborné veřejnosti nutně vystavuje velkému riziku profesního znevážení.

V další části byly shrnuty současné způsoby léčby a dále také nejnovější poznatky, které byly zjištěny z hlediska příčin jednotlivých onemocnění.

Cílem praktické části bylo hledání analogií mezi životními osudy klientů s diagnostikovaným onemocněním psychotického okruhu, které by mohly přispět k pochopení příčinnosti onemocnění, včetně hledání spouštěcích faktorů.

Tohoto cíle bylo dosahováno prostřednictvím techniky mnohočetné případové studie, konkrétně kvalitativní induktivní studie a dílčí technikou polostrukturovaného interview s klienty ze dvou psychiatrických léčeben.

Výsledky studie ukázaly na přítomnost analogií v životních osudech klientů a také otevřely další témata a návrhy, které byla prodiskutovány v kapitole 12.

Práce si kladla za cíl poukázat na důležitost otevření se jiným možnostem a oblastem, které by mohly přispět objasnění dosud nepoznaných příčin psychóz, včetně návrhu nových opatření a podnítit diskuzi a zájem odborné veřejnosti o některá dosud opomíjená témata.

Motivací výzkumníka je rozšířit počet klientů a i nadále se tak věnovat výzkumu této problematiky.

## LITERATURA

- Adžaja, S. (2009). *Léčení duše: sjednocující pohled psychoterapie východu a západu*. Praha: Isadora
- Belzen, J., A. (2009). *Některé podmínky, možnosti a hranice psychologických studií spirituality*. Československá psychologie, LIII (4)
- Benda, J. (2005). *Za hranicemi běžné zkušenosti: S Michaelem Vančurou o psychospirituální krizi*. Regenerace, č. 9, Regenerace, s.r.o.
- Benda, J. (2007). *Mystika a schizofrenie*. Vydáno vlastním nákladem. Ústí nad Labem.
- Benešová, M., Kulišťák, P., Preiss, M. (2009). *Neuroplasticita lidského mozku a její význam pro psychologii*. Československá psychologie, LII (1)
- Bentovim, A. (1998). *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha: Grada Publishing
- Bob, P., Šusta, M. a kol. (2006). *Traumatický stres a kindling: Důsledky pro indikaci antikonvulzivní léčby. Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha: Galén
- Bohm, D. (1980). *Wholeness and the implicate order*. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Bouček, J. a kol. (2006). *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého
- Cameron, N., Rychlak, J. (1985). *Personality development and psychopathology: a dynamic approach*. Boston: Houghton Mifflin Co.
- Crow, T., J. (1997). *Aetiology of schizophrenia: an echo of the speciation event*. International Review of Psychiatry, vol. 9
- Crow T., J. (2010). *The nuclear symptoms of schizophrenia reveal the four quadrant structure of language and its deictic frame*. Journal of Neurolinguistics, vol. 23
- Čačka, O. (1997). *Psychologie dítěte*. Tišnov: Sursum
- Češková, E. (2007). *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf
- D'Souza, R., Keks, N. (2003). *Spirituality and psychosis*. Australasian psychiatry. 11(2). Ebscopublishing
- Dominguez, M., G., Lieb, R. et al. (2010). *Early expression of negative/disorganized symptoms predicting psychotic experiences and subsequent clinical psychosis: A 10-year study*. The American journal of Psychiatry
- Engfer, A. (1986). *Kindesmißhandlung [Child maltreatment]*. Stuttgart: Enke.
- Friedman, L., J. (2000). *Identity's architect*. Cambridge: Harvard university press
- Frith, Ch., D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove (UK): Lawrence Erlbaum Associates Ltd.
- Gaganová, J. M. (2004). *Putování: Tam, kde se setkávají šamanismus a psychologie*. Praha: Dobra, 2004
- Goldberg, E.(2004). *Jak nás mozek civilizuje*. Praha: Nakladatelství Karolinum
- Greek, M., T. (2010). *How a series of hallucination tells a symbolic story*. Schizophrenia Bulletin, vol. 36. Oxford university press

- Gupta, S., Kulhara, P. (2010). *What is schizophrenia: A neurodevelopmental or neurodegenerative disorder or a combination of both. A critical analysis*. Indian J. Psychiatry 52(1)
- Hartl, P., Hartlová, H. (2004). *Psychologický slovník*. Praha: Portál
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál
- Heterington, M., E., Martin, B. (1986). *Psychopathological disorders in childhood*. New York: John Wiley
- Hoffman, R., E. (2010). *Revisiting Arieti's "Listening Attitude" and Hallucinated Voices*. Schizophrenia Bulletin. 36(3). Oxford University Press
- Hollingshead, A., B. (1961). *Some issues in the epidemiology of schizophrenia*. Yale: American sociological review. 26(1)
- Hort, V., Hrdlička, M. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál
- Hoskovcová, S. (2006). *Psychická odolnost předškolního dítěte*. Praha: Grada
- Höschl, C., Stopková, P. (2007). *Diskrétní a spojitě v konceptualizaci bipolární poruchy a schizofrenie*. Psychiatrie, 11(3.)
- Hošek, V. (1997). *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum.
- Hrdlička, M. (2005). *Schizofrenie v dětském a adolescentním věku*. Pediatrie pro praxi, vol. 5  
[http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1868&magazine\\_id=4](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1868&magazine_id=4)
- Chopra, D. (1993). *Léčení těla a mysli*. Praha: Alternativa
- Jung, C., G. (2000). *Výbor z díla III. - Osobnost a přenos*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka
- Kapur, S. (2003). *Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology and pharmacology in schizophrenia*. American journal psychiatry, vol. 160
- Kihlstrom, J., F. (1992). *The psychological unconscious: Found, lost and regained*. American Psychologist. Vol. 47
- Kingdon, T., G., Turkington, D. (2005). *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press
- Kirkbride, J., B., Scoriels, L. (2009). *Review of the 6th symposium for the search for the causes of schizophrenia, Sao Paulo, Brazil, 3-6 February 2009*. European archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience.
- Kilcommons, A., M., Morrison, A., P. (2005). *Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors*. Acta psychiatrica Scandinavica. Blackwell Munksgaard
- Koukolík, F., Motlová, L. (2004). *Schizofrenie: neurobiologie, klinický obraz, terapie*. Praha: Galén
- Kozák, J. (2005). *Psychoenergetika: Léčba životní silou*. Praha: Eminent
- Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál
- Kuby, C. (2005). *Na cestě do sousední dimenze*. Praha: Eminent

- Malá, E. (2005). *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Praha: Grada
- Malá, E. (2007). *Dítě a stres*. Praha: Tigris
- Maršálek, M. et al. (2007). *Posuzování profilu antipsychotika: Příklad sertindolu*. Praha: Galén
- Martins-de-Souza, D., Gattaz, W. et al. (2009). *Prefrontal cortex shotgun proteome analysis reveals altered calcium homeostasis and immune system imbalance in schizophrenia*. *Eur Arch Psychiatry Clin. Neuroscience*, vol. 259
- Matějček, Z., Dytrych, Z. (2002). *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada
- McCormack, J., Miller, R. (2006). *Faith and religious delusions in first-episode schizophrenia*. *Social work in mental health*, vol. 4. The Haworth press
- McGrath JJ, Susser ES (2009). *New directions in the epidemiology of schizophrenia*. *Med. J. Aust.*, vol. 190
- Menezes P., R., Scazufca M., et al (2007). *Incidence of first-contact psychosis in Sao Paulo, Brazil*. *Br. J. Psychiatry*, vol. 191
- Mentzos, S. (2005). *Dynamika duševní nemoci*. Praha: Portál
- Michalčáková, R. (2007). *Strachy v období rané adolescence*. Brno: Společnost pro odbornou literaturu – Barrister & Principal
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing
- Mokrejš, A. (2005). *Veřejnost: skutečnost – iluze – fikce*. Praha: Triton, Praha
- Mufsonová, S., Kranzová, R. (1996). *O týrání a zneužívání*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny
- Murray G, Clark L., et al (2008) *Incentive motivation in first-episode psychosis: a behavioural study*. *BMC Psychiatry*, vol. 8
- Nelson, John E. (1994). *Madness or transcendence? Looking to the ancient East for a modern transpersonal diagnostic system*. *ReVision*; vol. 17
- Peters, D. et al. (2007). *Moderní lékař*. Praha: Euromedia Group, k. s.
- Pidrman, V. (2004). *Atypická antipsychotika-nová data*. 46. Česko-slovenská psychofarmakologická konference. Praha
- Pidrman, V., Nuss, M. (2003). *Amisulprid a jeho místo mezi atypickými antipsychotiky*. 11. Celostátní konference biologické psychiatrie v Luhačovicích. Praha
- Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia
- Pouthas, V., Jouen, F. (2000). *Psychologie novorozence*. Praha: Grada Publishing
- Rastislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. Praha: Area, s.r.o.
- Read, J., Fink, P. J. (2008). *Child maltreatment and psychosis : A return to a genuinely integrated bio-psycho-social model*. Walsh Medical Media: Clinical schizophrenia & related psychosis
- Refield, J. (2002). *Celestinské proroctví*. Praha: Pragma
- Rusu, I., Sanders, A., R. et al (2005). *Haplotypic association spanning the 22q11.21 genes*



- COMT and ARVCF with schizophrenia*. Molecular Psychiatry, vol. 10
- Russell, E., P., Stein, C., H. (2007). *God's will, God's punishment, or God's limitations? Religious coping strategies reported by young adults living with serious mental illness*. Journal of clinical psychology, vol. 63. Wiley Periodicals, Inc.
- Sak, P., Saková, K. (2004). *Mládež na křižovatce*. Praha: Svoboda servis
- Schermer, V., L. (2007). *Duch a duše: nové paradigma v psychologii, psychoanalýze a psychoterapii*. Praha: Triton
- Strossová, I. (1984). *Skupinová terapie psychotiků v praxi*. Zprávy VÚPs. <http://www.pl.opava.cz/SKUPPST.htm>
- Stuchlíková, I. (2002). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál
- Švestka, J. (1998). *Clozapin. Prototyp antipsychotik nové generace*. Praha: Maxdorf
- Tuček, J. (2002). *Transkraniální magnetická stimulace a její možnosti v psychiatrii*. Psychiatrie pro praxi, č. 3 [www.solen.cz](http://www.solen.cz)
- Tůma, I. (1999). *Schizofrenie a kognitivní funkce*. Praha: Psychiatrické centrum
- Účok, A., Bikmaz, S. (2007). *The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia*. Acta psychiatrica Scandinavica
- Vančura, M. *Psychospirituální krize*. Vodáčková, D. a kol. (2002). *Krizová intervence*. Praha: Portál.
- Vaničková, E. (2004). *Tělesné tresty dětí*. Praha: Grada Publishing
- Youngson, R. M. (2000). *O šílenství, podivínství a genialitě*. Praha: Portál
- Yovell, Y. (2005). *Nepřítel v mém pokoji*. Praha: Portál
- Zvolský, P. (1977). *Genetika v psychiatrii*. Praha: Avicenum

## Internetové zdroje

- Černý, M. (2003). *Záhada jménem schizofrenie*. <http://www.21stoleti.cz/view.php?cisloclanku=2003112119>
- Pribáň, J. (2004). *Vyšetřování nekončí. Zapomeneme?* [http://vulgo.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=79:vyetovani-nekoni-zapomeneme&catid=1:politika-eseje](http://vulgo.org/index.php?option=com_content&view=article&id=79:vyetovani-nekoni-zapomeneme&catid=1:politika-eseje)
- [http://www.paprsky1.de/Germanska\\_nova\\_medicina\\_Dr\\_Ha/germanska\\_nova\\_medicina\\_dr\\_ha.html](http://www.paprsky1.de/Germanska_nova_medicina_Dr_Ha/germanska_nova_medicina_dr_ha.html)
- [http://www.medo.cz/jaromir/kniha\\_trn\\_2v/i/index.html](http://www.medo.cz/jaromir/kniha_trn_2v/i/index.html)
- <http://www.ceskatelevize.cz/porady/1059542845-jeste-jsem-tady/204562253100002-eva-syrstova>
- <http://vida.ppzdravi.cz/diagnozy/psychozy.html>