

POLICEJNÍ AKADEMIE ČESKÉ REPUBLIKY V PRAZE

Fakulta bezpečnostně právní

Katedra bezpečnostních studií

Schizofrenie a začleňování schizofreniků do společnosti
Schizophrenia and integration of schizophrenics into society

Bakalářská práce

Bachelor thesis

VEDOUCÍ PRÁCE:
Mgr. Natálie Čermáková

AUTOR PRÁCE:
Klára Burgstallerová

Praha 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze dne 13. 3. 2024

Poděkování

Děkuji Mgr. Natálii Čermákové za vstřícné vedení této bakalářské práce. Také děkuji organizaci Fokus Tábor, především Mgr. Markétě Smetanové a Bc. Vladimíře Stráňkové za poskytnutí cenných rad a rozhovoru.

Anotace

Tato bakalářská práce se věnuje tématu schizofrenie a začleňování schizofreniků do společnosti. Zpočátku bude zaměřena na nemoc jako takovou, příznaky, průběh, diagnostiku a léčbu. Věnovat se bude tomu, jak nemoc ovlivňuje běžný život člověka s touto diagnostikou, včetně jejich pracovních možností, partnerských vztahů a volnočasových aktivit. Bude pojednávat také o neziskových organizacích, které se schizofreniky pracují a možnostem, jakými se jim snaží pomoci. V souvislosti s tím je zaměřena pozornost také na to, jak se přístup k lidem s duševní nemocí za poslední roky změnil a jaké jsou preferované postupy při spolupráci s nimi. Cílem této práce je objasnit celkovou situaci ohledně nemoci schizofrenie a pomoci tak s odbouráním celkového stigma, které se schizofrenií souvisí.

Klíčová slova

Návykové látky * pracovní příležitosti * resocializace * schizofrenie * společenské stigma * společnost

Annotation

This thesis is going to focus on schizophrenia and integration of schizophrenics into society. Initially, it will be focused on the disease as such. Then on symptoms, gradual cause of this illness and mainly on ways in which this disease affects social life of schizophrenics and their job opportunities as well. Also their relationships and leisure activities. There will be mentioned something about non-profit organizations, which usually work with people suffering from schizophrenia. In connection with this I am going to focus on how the approach to people with mental illnesses has changed in recent years and what are the preferred procedures in case of cooperation with them. My goal is to clarify the overall situation regarding this disease and thus help to break down the overall stigma surrounding schizophrenia.

Keywords

Addictive substances * job oppurtunities * resocialization * schizophrenia * social stigma * society

Obsah

Úvod	8
1. Vhled do problematiky schizofrenie	10
2. Příčiny schizofrenie	12
3. Příznaky schizofrenie	14
3.1. Kognitivní příznaky	15
3.2. Pozitivní příznaky	16
3.3. Negativní příznaky.....	17
3.4. Deprese u schizofrenie	18
4. Formy schizofrenie	20
5. Schizofrenie v dětství	22
6. Diagnostika a léčba schizofrenie	24
6.1. Diagnostika	24
6.2. Léčba schizofrenie	24
6.3. Dodržování medikace	26
6.4. První kontakt s psychiatrií	27
6.5. Centra duševního zdraví a jejich základní principy	28
7. Společenské stigma ohledně schizofrenie	30
7.1. Mýty spojené se schizofrenií	30
7.2. Vyjadřování se ohledně schizofrenie.....	31
8. Závislosti, návykové látky a schizofrenici	33
8.1. Závislosti	33
8.2. Schizofrenici a návykové látky	34
9. Resocializace lidí se schizofrenií	37
9.1. Resocializace.....	37

9.2.	Pracovní možnosti schizofreniků.....	37
9.3.	Neziskové organizace.....	40
9.4.	Současný přístup	41
9.5.	Schizofrenici a volnočasové aktivity	42
10.	<i>Schizofrenici a společenské vztahy</i>	45
10.1.	Partnerské vztahy	45
10.2.	Sexuální vztahy	48
10.3.	Komunikace s lidmi s duševním onemocněním	49
	<i>Závěr</i>	52
	<i>Seznam použitých zdrojů</i>	55
	Literatura	55
	Internetové zdroje a weby	56

Úvod

Schizofrenie je onemocnění, o kterém můžeme slyšet poměrně často. Široká veřejnost si bohužel termín schizofrenie často vybavuje ve spojitosti s nepříjemnými pocity a zkušenostmi. Většinou neví, co od lidí s touto nemocí čekat, nechtějí s nimi přijít do styku, nechtějí je zaměstnávat. Tato nemoc se také poměrně často vyskytuje ve spojitosti s násilnou trestnou činností. Není výjimečné, že společnost čeká od schizofreniků to nejhorší. A to přitom ani nemusí být seznámeni s tím, v čem tato nemoc spočívá.

Na toto téma existuje řada publikací. Pro vypracování této práce byla pravidelně využívána publikace od Jiřího Rabocha, Pavla Pavlovského a kolektivu s názvem Psychiatrie, dále kniha O nemoci, která se nazývá schizofrenie od Martina Jarolímka a také Schizofrenie v kazuistikách od Heleny Kučerové. Z velké části byl ale nápomocen i rozhovor s pracovníci Fokus Tábor Mgr. Markétou Smetanovou a Bc. Vladimírou Stráňkovou a články z webu Reforma psychiatrie.

Ačkoli existují publikace, které se tématem schizofrenie zabývají, většina z nich je na toto téma orientována spíše z psychologického či psychiatrického hlediska. Tato práce ale bude na onemocnění zaměřena z pohledu sociologického. Věnuje se tomu, jak nemoc ovlivňuje společenský, pracovní a partnerský život lidí s touto nemocí, ale i tomu, jaký vliv má na životy lidí v okolí jedince s touto diagnózou. Schizofrenie totiž mívá na všechny tyto faktory dopad poměrně zásadní.

Práce bude zaměřena ale i na to, jak široká veřejnost nahlíží na jedince s touto nemocí a na mýty a stigmata, která s ní jsou spojována. Protože právě ty mají zásadní vliv na současnou situaci lidí se schizofrenií, která je horší, než by bylo nutné a žádoucí.

V této práci bude také zmíněno nemálo informací o závislostech a schizofreniích ve spojitosti s návykovými látkami a výskytu schizofrenie u dětí. V posledních kapitolách bude pozornost zaměřena na způsoby resocializace lidí trpící touto nemocí.

Ačkoli se tato práce soustředí na onemocnění především ze sociologické stránky věci, tak je zpočátku věnována pozornost i nemoci jako takové.

Bude se zabírat příznaky schizofrenie, etiologií, diagnostikou a léčbou, ale i formám schizofrenie. Je to totiž důležité pro objasnění toho, jak nemoc působí na každodenní život schizofrenika a jeho okolí.

Důvodem volby tématu je rozšíření povědomí o skutečné povaze schizofrenie, neboť je ve společnosti stále opředena množstvím mýtů a stigmat.

Cílem této práce je především rozšíření vědomostí o daném tématu a shrnutí nejdůležitějších důvodů, proč a v čem je společenské fungování jedince s diagnostikovanou schizofrenií o tolik ztíženo na rozdíl od lidí, kteří jsou psychicky naprosto zdraví. Dále zjistit, jaké mají schizofrenici možnosti na otevřeném pracovním trhu a jak daná nemoc ovlivňuje jejich vztah k návykovým látkám. Popřípadě i to, zda se přístup k lidem s duševním onemocněním za poslední roky nějak mění a vyvíjí.

1. Vhled do problematiky schizofrenie

Psychické poruchy jsou obecně takové poruchy, které ovlivňují lidské myšlení a prožívání nebo určitým způsobem působí na jedincovy mezilidské vztahy. Duševní poruchy mohou být dědičné, ale také mohou vzniknout na základě různých traumat anebo jiných vnějších situací.

„Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě.“¹ Pro toto onemocnění je charakteristická porucha vnímání, myšlení, oploštělá nebo neadekvátní emotivita, narušená schopnost se srozumitelně chovat a jednat.

Název onemocnění pochází ze dvou slov, a to ze slova schizo, v překladu rozštěpit, a ze slova drén, tedy duše. Údajně toto složení slov vzniklo z představy, že u lidí postižených touto nemocí opravdu dochází k rozštěpení osobnosti. Teď už víme, že bychom tento „rozštěp“ měli chápat spíše ve smyslu rozštěpení mezi jednotlivými složkami osobnosti, tedy myšlením, vnímáním, emotivitou, vůlí a pamětí. I přesto, že jsou tyto složky pohromadě, tak jejich vzájemná integrace je rozvolněna, tím pádem je narušená jejich součinnost a v důsledku toho i jejich funkce.²

Psychické poruchy můžeme obecně dělit na neurózy, psychózy, afektivní poruchy a poruchy osobnosti. Rozdíl mezi neurózami a psychózami je v tom, že člověk trpící neurózou sice mívá úzkosti, strachy a deprese, ale dokáže s nimi normálně fungovat a je si jasně vědom reálného světa. V případě psychóz je tomu jinak. Člověk trpící psychózou je nemocí natolik ovládan, že už nedokáže rozpoznat reálný svět od toho, jak ho vnímá on. Má svoji vlastní realitu a žije pouze v ní. A právě do této kategorie spadá i schizofrenie. Psychóza sice je léčitelná, ale zásadně ovlivňuje život nemocného, respektive mění způsob toho, jak člověk vnímá sebe i okolí.

Jedna z věcí, kterou je schizofrenie velice specifická, je to, že zde existuje určitá vazba mezi charakterem nemoci a osobností postiženého jedince. A právě

¹ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 244

² RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 244

tato vazba je velice zásadní. To, že se osobnost každého z nás zásadně liší je všeobecně známý fakt. Pro schizofrenii je ale stěžejní to, že je právě charakterem každého jedince ovlivněn celý průběh nemoci, což činí podobu této choroby neskutečně rozmanitou a tím pádem i její diagnostiku velice obtížnou.³

Ostatní psychické poruchy mívají na rozdíl od schizofrenie určitý psychopatologický obraz, který je u každého pacienta víceméně podobný, a maximálně se objevují pouze malé obměny, které ale ve výsledku nemívají na diagnostiku dané nemoci žádný vliv.

³ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 9

2. Příčiny schizofrenie

Epidemiologie schizofrenie je zhruba 1 – 1,5 %. Vyskytuje se stejně u mužů i u žen, rozdíl je ale v tom, kdy nemoc propuká. Zatímco u mužů je to mezi 16 – 25 lety, u žen to bývá mezi 22 – 34 lety.⁴ Rozdíl mezi muži a ženami, co se této nemoci týče, je také to, že ženy jsou obecně méně často hospitalizovány a lépe sociálně fungují.

Jednoznačná příčina schizofrenie je dosud neznámá. Víme ale, že je vznik této nemoci podmíněn multifaktoriálně. Podíl jednotlivých faktorů je u každého jedince zcela odlišný. Obrovským faktorem je ale genetika. V případě, že má nemoc jeden z rodičů, tak je 10 – 12% šance, že ji zdědí i potomek.⁵ Velký vliv na vznik této poruchy mají také psychologické faktory. Momentálně se bere nejvíce na zřetel teorie zátěže a dispozice. Každý člověk je vybaven určitou mírou zranitelnosti, která se v běžném životě setkává s určitou mírou zátěže. V případě, že se člověk, který je přirozeně zranitelnější, setká s takovou mírou stresu, kterou nedokáže unést, může dojít k selhání adaptivních funkcí, poklesu odolnosti a rozvoji příznaků psychotického onemocnění.⁶

V úvahu jsou brány i určité sociální faktory. Nižší sociální vrstva a život v městských aglomeracích s větší hustotou obyvatelstva, mohou vyvolávat vyšší riziko pro rozvoj schizofrenie. V tomto případě ale nacházíme souvislost i se stresem, který může být způsoben právě sociálně ekonomickou deprivací.⁷

Jak již bylo řečeno, tak na vzniku této nemoci se podílí řada biologických, psychologických a sociálních faktorů. Podíl těchto faktorů je sice u každého jedince jiný, to ale nemění nic na tom, že léčba musí být komplexní.

O schizofrenii víme, že většinou začíná během dospívání a rané dospělosti. Předtím, než se dostaví první psychotické příznaky, nastává takzvané prodromální období. To je období, během kterého se člověk chová zvláště, má specifické

⁴ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 245

⁵ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 29

⁶ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 245

⁷ ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s. 16

myšlenky a pocity, je více vztahovačný, samotářský, mívá poruchy spánku, můžou se dostavit i halucinace a bludy.⁸

Obecně můžeme jmenovat některé příznivé a nepříznivé prognostické faktory. Mezi ty příznivé řadíme například ženské pohlaví, ženy se schizofrenií jsou totiž obecně méně často hospitalizovány a mívají lepší průběh než muži s touto nemocí. Dále je to premorbidní manželský nebo partnerský život, dobré premorbidní sociální fungování, lepší socioekonomické zázemí nebo převaha pozitivních příznaků nad negativními. Také je příznivější rychlý, prudký a akutní nástup. Co se týče nepříznivých prognostických faktorů, tam můžeme zařadit například schizofrenii v rodinné anamnéze, abúzus drog, život v nefunkční rodině a začátek onemocnění v brzkém věku.⁹

⁸ ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s. 21

⁹ ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s. 22-23

3. Příznaky schizofrenie

Příznaky schizofrenie můžeme obecně rozdělit na pozitivní, negativní a kognitivní. Pozitivní příznaky jsou všechny příznaky, které spočívají v tom, že jedinec nadměrně nebo zkresleně vyjadřuje normální funkce.¹⁰ Jinak řečeno je to všechno to, co je oproti standardu navíc. Negativní příznaky jsou založeny na tom, že je člověk oproti standardu o nějaké kvalitě chudší. Negativní příznaky ale obecně bývají větší problém. Jak již bylo řečeno, tak schizofrenie je velice individuální onemocnění. U každého člověka se tato nemoc chová odlišně a to se projevuje právě i v symptomech onemocnění.

Příznaky schizofrenie se neobjevují jednotlivě. Dochází k jejich různým kombinacím. Je třeba sledovat jednotlivé příznaky ve vývoji v čase. Průběh nemoci je u každého pacienta zcela odlišný, což je jeden z důvodů, proč je tak těžké stanovit jakousi prognózu. U všech pacientů je ale stejné to, že jde o nemoc chronickou. Je to jakýsi proces, který postupuje a mění se.¹¹

Schizofrenie většinou probíhá jako epizodické onemocnění. Střídá se období ataky s obdobími remise. A právě individualita nemoci se projevuje i v případě epizod nemoci.

Zhruba jedna třetina schizofreniků prožije pouze jednu nebo o několik málo atak více a následně se jejich nemoc už neprojeví. Lidé se tedy mohou vrátit ke svému normálnímu životu bez zatížení schizofrenií. Druhá třetina nemocných zažívá pravidelné relapsy. Střídá se u nich období epizod s remisemi.¹² S vývojem nemoci však dochází ke zhoršování kvality těchto remisí. Mohou také existovat průběhy bez atak. V tomto případě se schizofrenie rozvíjí čím dál tím více a následně dochází k jakémusi defektu osobnosti. Pod tímto pojmem, tedy pojmem defekt osobnosti, si můžeme představit situaci, kdy jedinec postupně ztrácí kvality myšlení, vnímání, emotivity a dalších složek osobnosti. Lidé bývají fyzicky slabí,

¹⁰ BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-x, s. 51

¹¹ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 17

¹² ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s. 21-22

nevýkonní a rychle znavitelní. Tito jedinci nejsou schopni samostatně žít ani pracovat a jsou tak zcela odkázáni na pomoc rodiny a zdravotnických zařízení.¹³

I přesto, že jsou obecně schizofrenní nemoci podle oficiální definice charakterizovány deformací myšlení a vnímání, tak intelektuální kapacita jedince bývá zachována. I tak se ale nějaké kognitivní defekty v důsledku nemoci rozvinout mohou.¹⁴

3.1. Kognitivní příznaky

Schizofrenií bývá z kognitivních funkcí velmi často ovlivněna pozornost, paměť a učení. Tyto funkce jsou velice důležité pro každodenní aktivity, ale i sociální a pracovní život. Lidé se schizofrenií se často nedokáží koncentrovat na jednu aktivitu nebo předmět. Mívají problém i s pamětí, hůře se jim ukládají i vybavují různé vzpomínky. S čím ale tolik často problém nemívají, je zapamatování si praktických činností. V případě, že mají fyzicky vykonávat nějakou aktivitu, většinou nemají problém si zapamatovat, jak ji vykonávat.

Jeden z příznaků schizofrenie, kterého si můžeme všimnout i bez důkladného vyšetření a dlouhých rozhovorů, je inkoherentní řeč. Inkoherentní řeč je typ řeči, která spočívá v tom, že daný člověk sice říká smysluplná slova, ta jsou ale navzájem s dalšími slovy spojována tak, že z nich vznikají věty, které jako celky příliš smysl nedávají.¹⁵

Typické je i pseudofilozofování a plané mudrování. Nemocný často filozofuje nad smyslem života, přemýšlí nad tím, proč je něco tak a ne jinak, ve všem hledá nějaký smysl. Veškeré filozofování je ale bez jakékoli jasné logiky a výsledku.¹⁶

¹³ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN isbn978-80-247-2045-6, s. 10

¹⁴ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 20

¹⁵ OBEREIGNERŮ Radko, OBEREIGNERŮ Katarína, DIVÉKY Tomáš, PRÁŠKO Ján. *Kognitivní deficit u schizofrenie*. [online] 2011 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/08.pdf>

¹⁶ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN isbn978-80-247-2045-6, s. 13

3.2. Pozitivní příznaky

Pro schizofrenii nejtypičtějším pozitivními příznaky jsou halucinace, iluze a bludy. Pod pojmem halucinace si můžeme představit to, že člověk vidí, slyší nebo třeba i cítí něco, co ve skutečnosti vůbec neexistuje. Halucinace tedy mohou být zrakové, sluchové, čichové nebo třeba chuťové. Nejběžnější jsou ale halucinace tělové. V tomto případě nemocný cítí na svém těle něco nepříjemného, pálivého nebo bolavého. Mohou to ale být i pocity, které pacient ani není vůbec schopen popsat.¹⁷

Poměrně běžné jsou i intrapsychické halucinace. To je typ sluchových halucinací, které pacient neslyší ušima, ale jinými orgány. Velice často přímo mozkiem. Právě s intrapsychickými halucinacemi souvisí takzvané ozvučené myšlenky. V tomto případě nemocný slyší v hlavě řeč, kterou považuje za svoje myšlenky. Někteří lidé se schizofrenií popisují i to, že mají pocit, že jim někdo do hlavy myšlenky vkládá anebo mu je naopak bere.¹⁸

V případě iluzí je to tak, že jedinec vidí, slyší nebo cítí něco, co sice existuje, ale on to vnímá zkresleně.

Dalším velice častým symptomem tohoto onemocnění jsou bludy. Bludy jsou založené na tom, že je nemocný nevyvratně přesvědčen o nějaké skutečnosti, která není pravdivá a často není ani možná. Nemocný je svým patologickým přesvědčením zcela ovládnut a pod jeho vlivem i jedná.¹⁹

U schizofreniků se můžeme setkat i s paranoiditou. V případě, že si pacient všimá ve svém okolí nějakých změn, ať už se týkají toho, že se ostatní lidé chovají jinak, že se děje něco s ním anebo dochází k jiným změnám a má tendence si vztahovat si tyto změny na svou vlastní osobu, tak jde právě o paranoiditu.

Velmi časté bývají právě paranoidní bludy. Ty se mohou vyskytovat v podobě perzekučních bludů, v tomto případě je nemocný nevyvratně přesvědčen o tom, že je sledován, popřípadě, že mu někdo škodí. Běžné jsou i religiózní bludy. Ty zase spočívají v tom, že nemocný žije v představě, že má

¹⁷ AROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 23

¹⁸ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 11

¹⁹ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 13

nějaké nadpřirozené schopnosti, popřípadě, že je vyvolený nebo třeba spasitel světa.²⁰

3.3. Negativní příznaky

Negativní příznaky bývají oproti těm pozitivním větší problém. Je tomu tak především proto, že se je okolí jedince, který těmito příznaky trpí, snaží vysvětlovat jako lenost a obecně mívá tendence je bagatelizovat.²¹

Schizofrenik, který těmito symptomy trpí, o nich většinou ani nechce mluvit. Uzavře se sám do sebe, začne se stranit lidem a nechává si je dlouhou dobu jenom pro sebe. Právě i z důvodu, že zpravidla začínají být brány v potaz až po delší době, tak bývá průběh nemoci horší než v případě pozitivních příznaků.

Mezi nejběžnější negativní příznaky nemoci řadíme různé úzkostné a depresivní prožívání. Častá je i emoční oploštělost. Pod tímto pojmem si můžeme představit situaci, kdy schizofrenik trpí sníženou intenzitou prožívání anebo v některých případech ani nedokáže cítit hluboké emoce, nedokáže mít někoho nebo něco doopravdy rád, neumí k ostatním chovat hlubší vztah. Okolí může člověka trpícího emoční oploštělostí vnímat jako někoho, kdo je velmi laxní, naprosto bez zájmu, bezcitný a lhostejný.²²

Dalším vyskytujícím se symptomem je alogie. Pro tu je typické to, že daný jedinec značně omezuje komunikaci s okolím a jeho sdělení jsou prázdna a bezvýznamná.²³

Apatie se projevuje především nezájmem. Můžeme ji pozorovat například v poklesu zájmu o běžné aktivity, které jedince dříve naplňovaly, ale i v poklesu zájmu o dodržování hygienických návyků. V krajních případech není pacient schopný ani základních aktivit, nedokáže vstát z postele nebo se najíst.

²⁰ KUČEROVÁ Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6., s. 12

²¹ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 26

²² RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 249

²³ MARDER Stephen, GALDERISI Silvana. *The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia* [online] 2017 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269507/>

V období projevu prvních negativních příznaků onemocnění, se jedinec často stává asociální. Člověk nemá zájem o trávení času s rodinou a přáteli, nemá zájem o budování vztahů.²⁴

3.4. Deprese u schizofrenie

U schizofrenie je deprese poměrně častá záležitost. Celoživotní prevalence deprese u schizofrenie je podle odhadů 60 - 80 %²⁵. Přesné procento schizofreniků, které jí opravdu trpí, se bohužel zjistit nedá. Každá studie používá trochu jiná kritéria a výsledky se tak velice liší. Ze všech studií ale vyplývá to, že je deprese u schizofrenie velice zásadní problém, který nemálo ovlivňuje průběh celé nemoci. Deprese poměrně zásadně zhoršuje kvalitu života a hlavně přímo souvisí se sklony k sebevraždě. Může se objevit již v prodromálním stadiu (tedy stadiu, které nastává před projevem prvních psychotických příznaků) onemocnění, ale i během odeznívání psychotických projevů.²⁶

Schizofrenie sama o sobě zhoršuje odhad sociálních situací, okolí nemocného nechápe, jedinec je často sociálně izolován, nedokáže řešit své problémy, nedokáže se postarat sám o sebe. Deprese tohle všechno ještě zhoršuje.²⁷

„Sebevražednost je jedním z nejzávažnějších problémů při onemocnění schizofrenií, protože bezprostředně ohrožuje život nemocného. Její nebezpečí přitom velmi často nebývá v praxi včas rozpoznáno. Sebevražedné tendence mohou být zakryty bouřlivým začátkem schizofrenní epizody, u chronických stavů naopak může být chování pacienta nenápadné.“²⁸

²⁴ MARDER Stephen, GALDERISI Silvana. *The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia* [online] 2017 [2024-02-03]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269507/>

²⁵ MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-116-5, s. 9

²⁶ MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-116-5, s. 14-15

²⁷ MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-116-5, s. 44

²⁸ MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-116-5, s. 55

V případě, že je zjištěna u pacienta schizofrenie deprese s výskytem suicidálních myšlenek, je obvykle nutná hospitalizace. Sebevraždou ukončí svůj život totiž až 10 % schizofreniků.²⁹

²⁹ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 247

4. Formy schizofrenie

Jako naprostá většina dalších psychických nemocí, se i schizofrenie dělí na různé formy a typy. Těmi nejběžnějšími jsou paranoidní schizofrenie, hebefrenní schizofrenie, katatonní schizofrenie a simplexní schizofrenie. Toto rozdělení je ale spíše teoretické. V praxi se totiž často navzájem překrývají nebo může jedna forma schizofrenie přecházet do jiné.³⁰

„Paranoidní schizofrenie je častá. Je charakterizována především bludy a halucinacemi, které se liší mírou uspořádanosti a naléhavosti podle průběhového stadia onemocnění. Bludy mohou velice často zahrnovat témata perzekuční, ale také témata velikášská.“³¹ Halucinace bývají poměrně často sluchové. Pro paranoidní schizofrenii je běžný i výskyt poruch vnímání. Ostatní symptomy nebývají příliš časté, anebo alespoň ne tolik nápadné.

„Hebefrenní schizofrenie vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tj. mezi 15 a 25 lety. Mívá špatnou prognózu, protože zasáhne rozvoj osobnosti v době, kdy by se měla vytvářet a stabilizovat nová identita jedince. Pokud v této vývojové fázi propukne závažné duševní onemocnění, nová identita se nevytvoří a původní, dětské sebepojetí nemůže sloužit jako stabilní základ. Hebefrenní forma schizofrenie se jeví jako prohloubená a protahovaná puberta s podivným způsobem uvažování, nápadným šaškováním a klackovitým chováním neodpovídajícím věku.“³²

Velice častým typem schizofrenie je také katatonní schizofrenie. V této formě jsou nejvýraznější poruchy psychomotoriky. Ty se mohou projevovat nadměrným neklidem, ale na druhou stranu také i útlumem motoriky. Vyskytovat se může i stupor, tedy naprostá neschopnost pohybu.³³

Posledním častým typem schizofrenie je simplexní schizofrenie. Ta většinou vzniká poměrně plíživě. Pro pacienty trpící simplexní schizofrenií je

³⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 345

³¹ BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-x, s. 54

³² VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 347

³³ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 17

typické, že se projevuje leností a sociální nepřizpůsobivostí. Nemocní se dokážou celý den jenom potulovat, být bez zájmu o cokoli a bývají velice apatičtí. Často se straní společnosti a někdy nezvládají ani základní úkoly.³⁴

Mohou se ale vyskytovat i další formy schizofrenie. Je to například nediferencovaná schizofrenie, kterou není možné zařadit do žádného z podtypů, dále reziduální schizofrenie nebo i postschizofrenní deprese. Ty ale nebývají tak časté.³⁵

Zvláštní kategorií jsou schizofrenii příbuzné stavy. Sem můžeme mimo jiné zařadit i schizotypní poruchu. „*Schizotypní porucha se vyznačuje excentrickým chováním, anomáliemi myšlení a emotivity, které připomínají schizofrenii, ale není přítomen žádný ucelený a charakteristický schizofrenní příznakový okruh.*“³⁶ Vedle schizotypní poruchy je řazena také trvalá porucha s bludy. To je dlouhodobá porucha, pro kterou je typický výskyt bludů.³⁷

Jako poslední zmiňuji akutní a přechodné psychotické poruchy. Tyto poruchy ve většině případů netrvají déle než jeden měsíc a jsou pro ně charakteristické afektivní poruchy a poruchy myšlení včetně výskytu halucinací a bludů.³⁸

³⁴ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 349

³⁵ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 21

³⁶ BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006, ISBN 80-244-1354-x, s. 79

³⁷ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 257

³⁸ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 258

5. Schizofrenie v dětství

Jak již bylo řečeno, tak nejběžnější věk pro rozvoj schizofrenie je u mužů mezi 16. a 25. rokem a u žen mezi 22. a 34. rokem.³⁹ Může se ale stát i to, že se schizofrenie rozvine o něco dříve. Tedy v dětství. Schizofrenie v dětství je zcela srovnatelná se schizofrenií v dospělosti. Prognóza schizofrenie, která se rozvine v dětství, bývá ale horší, než když se rozvine až v dospělosti. V případě, že postihne dítě, tak má zásadní vliv na jeho další rozvoj. Větší bývá i sociální handicap.⁴⁰

„Schizofrenní děti mají špatný kontakt s realitou pro fantazie, bludy a halucinace, ale vývoj myšlení není tangován.“⁴¹ Co se týče epidemiologie, tak do 15. roku věku onemocní zhruba 4 % schizofreniků, nejčastěji schizofrenie vzniká mezi 14. a 16. rokem, ale malý počet dětí onemocní i mezi 5. – 9. rokem života.⁴²

Pro schizofrenii v dětství je typické, že společně s dalšími symptomy bývá provázána i s autistickými projevy. *„V předškolním věku se schizofrenie (spíše prodromální příznaky) projevuje tzv. syndromem bludných fantazií. Fantazie jsou tak intenzivní, že se dítě ponoří do svého světa a odklon od reality se projeví autismem.“⁴³ „U dětí mladšího školního věku jsou nejvýraznějšími symptomy schizofrenie porucha interpersonálního kontaktu a porucha emocí. Ta je vyjádřena buď emoční plochostí, nebo naopak přecitlivělostí, náladovostí, emoční inkontinencí. Děti jsou bez zájmu a zvědavosti. Hrají-li si, tak rigidně, stereotypně, bez účasti vrstevníků. Výrazné jsou poruchy řečového vývoje.“⁴⁴*

Poměrně pravidelně se vyskytují i neodůvodněné strachy, často i z naprosto běžných předmětů. Vyskytují se také poruchy kognitivních funkcí. Děti

³⁹ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 29

⁴⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 361

⁴¹ MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3, s. 14

⁴² MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3, s. 14

⁴³ MALÁ Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-0737-3. s. 29

⁴⁴ MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3, s. 23

často nejsou schopny koordinovat a integrovat různé funkce, mívají problém s přijímáním a zpracováváním informací, dělá jim problém standardně hodnotit situace a objevuje se i porucha pozornosti.⁴⁵

Jak již víme, tak schizofrenie se u každého jedince projevuje zcela odlišně. Je tomu tak i v případě, když vypukne schizofrenie již v dětství. U každého převládají jiné příznaky, má různě dlouhé ataky a symptomy se projevují jiným způsobem. V čem je rozdíl od schizofrenie dospělých je, že má ještě o něco větší vliv na průběh onemocnění rodina člověka, který touto nemocí trpí. Ti jedinci, kteří mají kvalitní a podporující rodinné zázemí, často mívají i lepší prognózu.⁴⁶

⁴⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 363

⁴⁶ MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3, s. 109

6. Diagnostika a léčba schizofrenie

6.1. Diagnostika

Co se týče diagnostiky schizofrenie, tak zatím neexistuje jednoznačný test, který by schizofrenii dokázal jasně prokázat nebo vyvrátit. Psychiatr tedy musí člověka, u kterého schizofrenii předpokládá, pozorovat a vyhodnocovat jednotlivé příznaky.⁴⁷

Psychiatr se zaměřuje jednak na to, jak pacient mluví, především, jestli je řeč zvláštní nebo nesouvislá. Zajímá ho i fakt, zda se pacientovi nehoní v hlavě myšlenky proti jeho vůli, popřípadě jestli je považuje za své. Zjišťuje samozřejmě i to, zdali jedinec netrpí halucinacemi a bludy. Důležitá je pro diagnostiku schizofrenie i emotivita. Ta bývá často rozštípnuta. Pacient navenek prožívá něco jiného, než prožívá uvnitř.⁴⁸

Je nutné zohlednit i to, že spolu jednotlivé příznaky souvisejí a navzájem se ovlivňují a tvoří tak nějaký celek. Každou jednotlivost je ale třeba posuzovat v kontextu ostatních příznaků a teprve potom je možné najít v celé té chorobě nějaký smysl. I když smysl, který je z našeho pohledu nelogický nebo zvláštní⁴⁹

6.2. Léčba schizofrenie

Schizofrenik se v důsledku symptomů cítí ve stavu naprostého chaosu a zmatku. Tento stav je navíc většinou obohacen o nespavost, úzkosti a nepříjemné pocity.⁵⁰ Právě v tento moment je naprosto zásadní, aby se pacient dočkal právě té léčby, kterou potřebuje, a která mu pomůže. Největší roli v léčbě schizofrenie hraje farmakoterapie. Většina v současné době existujících psychofarmak začne mít zklidňující efekt zhruba do jednoho měsíce od jejich nasazení. Na zklidnění pacienta a zmírnění halucinací a bludů jsou předepisovány neuroleptika. Ty se vyskytují buď ve formě tablet, kapek anebo injekcí. Právě

⁴⁷ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 248

⁴⁸ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6. s. 25-26

⁴⁹ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6, s. 9

⁵⁰ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 45

injekce jsou momentálně nejoblíbenější. Je tomu tak hlavně z důvodu, že pacient nemusí každý den myslet na to, aby dodržoval medikaci. Stačí mu, když si v horizontu dvou týdnů až dvou měsíců (záleží na množství a druhu léčiva, které užívá), dojde na injekci. A také právě injekce zajišťují pravidelné uvolňování léku do organismu. U neuroleptik má vliv na uvolňování léku do organismu jak nepravidelnost užívání medikace, tak ale i faktory, jako je třeba strava. Množství léku v těle tak bývá často nestabilní, což má tendence vyvolávat nežádoucí vedlejší účinky. Injekce tento problém řeší. Dalším velmi důležitým lékem při léčbě schizofrenie jsou i antidepresiva.⁵¹

Každý lék může vyvolat nežádoucí vedlejší účinky. Proto je potřeba, aby pacient s psychiatrem spolupracoval a komunikoval do doby, dokud mu nebude předepsána ta léčba, která pro něj bude opravdu vhodná.

Současně s farmakoterapií je velmi důležitá i psychoterapie. Ta může probíhat například formou individuální psychoterapie, která je vhodná především pro lidi trpící hlubší psychickou poruchou. Poměrně častá je i skupinová psychoterapie, která probíhá ve větším počtu lidí s podobnými problémy. Je vhodná především pro pacienty, jenž mají lehčí formu schizofrenie, anebo s ní už dokáží nějakým způsobem fungovat. Další formou psychoterapie, která je také využívaná, je rodinná nebo párová psychoterapie. Ta je realizována hlavně v případech, kdy problémy pacienta souvisí s prostředím, ve kterém žije.⁵²

Velmi důležité je v procesu léčby schizofrenie taktéž sociální poradenství. Sociální poradenství je odborná činnost napomáhající jedincům ve složitých situacích. Co se schizofreniků týče, tak je sociální poradenství využíváno hlavně v souvislosti s hospodařením s penězi, zajištěním bydlení, pomoci s nalezením zaměstnání a radami pro komunikaci s úřady a podobně.⁵³

I při pravidelném užívání psychofarmak dochází až u 30 % pacientů ročně k relapsům. Bývá to jak z důvodů, které přímo souvisejí s chorobou, ale i z důvodů psychosociálních. Tedy kvůli nedostatku podpory z okolí, nedostatku zdravotních

⁵¹ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 45–47

⁵² JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 50–51

⁵³ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 53-54

systemů a podobně. „Bylo zjištěno, že míra emocí, kterou vyjadřují nemocnému jeho nejbližší, má vliv na výskyt relapsů i efekt antipsychotické léčby. Negativní vliv mají nadměrně vyjádřené emoce v pozitivním i negativním smyslu.“⁵⁴

6.3. Dodržování medikace

Bohužel je určité procento schizofreniků, které léky brát nechce. Většinou tomu tak je kvůli vedlejším účinkům léků, ale v některých případech tomu tak je i z důvodu takového, že léčbě zkrátka nevěří. Vedlejší účinky léčby mohou být poměrně radikální. Stává se tak často z důvodu nevyhovující léčby, ale v některých případech může mít i ta nejlepší možná medikace vedlejší účinky, které nejsou pro jedince snesitelné. A některým lidem s touto nemocí je zkrátka příjemnější vypořádávat se s halucinacemi, bludy a dalšími symptomy, než žít v naprosto utlumeném stavu, ve kterém poměrně často nejsou schopni ani prožívat jakékoli emoce.

Co se týče kontroly schizofreniků, hlavně co se dodržování medikace týče, tak ta je v podstatě neexistující. Ne vždy se stává, že má schizofrenik ve svém okolí osoby, kteří dávají pozor na to, aby dodržoval léčbu. Nějakou sociální síť okolo sebe schizofrenici sice mívají, ale ve chvíli, kdy se pacient rozhodne léčbu nedodržovat a symptomy nad ním převezmou moc, tak ho zkrátka málokdo dokáže přesvědčit o tom, že by léky brát měl.

Ze strany státu je ústavní léčba ukládána pouze v případech, kdy je to opravdu nutné. Tedy v situacích, kdy jsou schizofrenici nebezpeční buďto pro sebe nebo pro okolí.⁵⁵ V ostatních případech tomu takto není a jedinec se tedy léčit nemusí. I když je vhodná medikace v naprosté většině případů jediný způsob, díky kterému by mohl mít důstojný a samostatný život. V situacích, kdy se tedy schizofrenik rozhodne léčbu nedodržovat, příznaky nemoci jsou natolik silné, že se o sebe nedokáže sám postarat a nedokáže si zajistit ani základní potřeby. A pokud zároveň jedinec nemá ve svém okolí lidi a rodinu, kteří by tuto roli zastali a pomohli mu alespoň ty základní potřeby uspokojit, tak se bohužel může stát, že

⁵⁴ ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1. s. 72

⁵⁵ *Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník*. Vydání třinácté. Praha: ARMEX Publishing, 2024. ISBN 978-80-87451-95-3

jedinec skončí bez domova a musí žít v naprosto nedůstojných podmínkách. Poměrně často ještě navíc s různými závislostmi, protože to je to jediné, co mu kolikrát od jeho stavů dokáže alespoň trochu pomoci se odpoutat.

Jak již bylo ale řečeno, tak každý člověk s touto nemocí má zcela odlišný průběh. Tudíž je i spousta schizofreniků, kteří i bez medikace dokáží žít život, který je pro ně příjemnější a přínosnější než v případě, kdy medikaci dodržují.

6.4. První kontakt s psychiatrií

Pro průběh léčby je velice důležité to, jak probíhal první kontakt pacienta s psychiatrií. Je totiž zásadní pro získání důvěry pacienta a následný vývoj terapeutického procesu. Při prvotním setkání pacienta s psychiatrií je důležité získat veškeré relevantní informace jak o pacientovi, tak o jeho rodině, zázemí a prostředí. Pro získání těchto informací je podstatné, aby pacient svému ošetřujícímu lékaři věřil a cítil se dostatečně v bezpečí.

„Proces terapeutického ovlivnění psychotických příznaků u našich pacientů je poměrně složitý, jelikož do něj vstupuje řada různých faktorů. Především na počátku samotné terapie je nezbytné, aby ošetřující lékař nabídl co nejlepší terapeutický postup a aby byl schopen je věrohodně vysvětlit pacientovi samotnému.“⁵⁶

Pro co nejlepší průběh léčby jsou důležité i jiné momenty. Je to například včasné rozpoznání toho, že je něco v nepořádku ze strany okolí, odhodlání k vyhledání odborné pomoci, nalezení adekvátní pomoci, protože ne každý terapeut je pro daného pacienta to, co opravdu potřebuje a v případě, že je potřeba hospitalizace, tak co nejpříjemnější její průběh a také třeba to, jaký vztah udržuje pacient s rodinou a personálem.⁵⁷

⁵⁶ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich therapy*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 42

⁵⁷ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich therapy*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 39-42

6.5. Centra duševního zdraví a jejich základní principy

Přístup k lidem s duševním onemocněním se v poslední době mění. A s ním se mění i přístup Center duševního zdraví. Jedna z nejzásadnějších reforem se týká toho, že se nyní dává mnohem větší zřetel na zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním. Reforma se týká i zavedení jasně strukturované meziresortní spolupráce v oblasti sociálních služeb, zdravotnictví, ale i pracovního trhu, justice a školství.⁵⁸

„Centrum duševního zdraví je zdravotně-sociální služba, která pomáhá lidem se závažným duševním onemocněním a je součástí Strategie reformy psychiatrické péče. Hlavním úkolem je přesun péče o klienty do jejich přirozeného prostředí. Odbornými přístupy multidisciplinárního týmu zamezit častým opakovaným hospitalizacím či napomáhat k výraznému zkrácení doby léčby v psychiatrické nemocnici.“⁵⁹

Centra duševního zdraví se snaží o co největší integraci do běžných životních podmínek. Při tom je ale důležité brát na zřetel duševní onemocnění daného pacienta a nějak s ním pracovat. Tato centra jsou tvořena řadou pracovníků z různých oborů, kteří spolu navzájem spolupracují tak, aby pacientovi byla poskytnuta ta pomoc, kterou právě on doopravdy potřebuje. Vytvoření těchto multidisciplinárních týmů je jeden z prvních úkolů, které Centrum duševního zdraví musí splnit.⁶⁰

Nestátní organizace orientované na provozování komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním začaly v České republice vznikat již v devadesátých letech. Vedle toho stále existovala klasická psychiatrická zařízení. Tyto dvě organizace spolu však příliš nespolupracovaly. Zdravotničtí pracovníci mívají tendenci vnímat člověka na základě jeho diagnózy. Zaměřují se na kontrolu nemoci, zmírňování a odstraňování příznaků a kladení důrazu na fyziologickou léčbu. Na druhou stranu sociální pracovníci spíše vnímají danou osobu jako

⁵⁸ PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 4

⁵⁹ PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-06-02]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 4

⁶⁰ PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 5

individuální stvoření. Jsou si vědomi jeho silných a slabých stránek, jeho schopností a spolupracují i s lidmi z jeho okolí.⁶¹

Polovina členů Center duševního zdraví bývají zdravotníci a druhá polovina sociální pracovníci. Pointa těchto center je vzájemná spolupráce. Jde o využití silných stránek každého z oboru a vytvoření tak té nejkvalitnější služby pro lidi s duševním onemocněním.⁶²

V posledních letech je hlavním cílem léčby takzvané recovery neboli zotavení. „Zotavení znamená přijetí zodpovědnosti a nalezení osobní, svébytné cesty maximální možné kontroly nad svým životem. Jedná se o velmi individuální proces.“⁶³ Léčení samotných příznaků nemoci, což je přístup, který razí zdravotnický systém, totiž lidem nezajistí kvalitní a plnohodnotný život. Recovery přístup je založen na určitých principech. Mezi ty můžeme zařadit například rozvoj silných stránek, celistvý přístup, zplnomocňování a především individuální přístup.⁶⁴

⁶¹ PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 8-9

⁶² PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 9

⁶³ PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-06-02]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 17

⁶⁴ PFEIFFER Jan a kol. *Základy práce v multidisciplinárním týmu Centra duševního zdraví*. [online] 2022 [cit. 2024-02-27]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/Základy%20práce%20v%20CDZ%20na%20příkladech.pdf>, s. 19

7. Společenské stigma ohledně schizofrenie

7.1. Mýty spojené se schizofrenií

Jak již bylo naznačeno, tak kolem onemocnění schizofrenie panuje spousta nepravdivých informací. Lidé si často vytvářejí názory na tuto chorobu, které bývají založeny na hrstce případů, které se naprosto vymykají standardu, a mívají tendence dělat ukvapené závěry, které pacientům ani trochu nepomáhají.⁶⁵

Většina těchto názorů se vyskytuje ve spojitosti s nepředvídatelností schizofreniků, nikdy si nikdo nemůže být jistý tím, jak se jedinec zachová a co od něj čekat. Navíc jsou velice nespolehliví, tím pádem jim lidé neradi nabízejí pracovní pozice a rodiny a nejbližší okolí schizofreniků často mívají špatné zkušenosti co se spravování financí a majetku týče.

Je ale zásadní, abychom si byli vědomi toho, že právě tyto zgeneralizované předsudky velice negativně ovlivňují pacienta i jeho nejbližší okolí. Dotyčný trpící schizofrenií má kvůli tomu tendence se izolovat od okolního světa, bojí se o své diagnóze mluvit a jeho šance na vyléčení, anebo alespoň možnost vést víceméně samostatně a plnohodnotně svůj život, se zásadně snižují.⁶⁶

Lidé mívají s touto nemocí spojené negativní asociace. Buďto mají pocit, že se o nemoci nemluví, tudíž nemají prakticky žádné informace, anebo když už se o ní mluví, tak je to v negativním slova smyslu. Nemoc ovlivňuje společenské vztahy schizofreniků, jejich schopnost komunikovat s okolím a šanci na ta mít kolem sebe širší sociální síť. To ale neznamená, že by jim kvůli zgeneralizovaným předsudkům nemělo být umožněno stát se plnohodnotnými členy společnosti.

Jeden z důvodů, proč má široká veřejnost s touto nemocí spojené převážně negativní názory, je strach z agresivity schizofreniků vůči okolí. Ta se u daných jedinců vyskytnout může, ale není vůbec tak častá, jak si lidé mívají tendenci myslet. V případě, že se jedinec chová agresivně, tak je tomu tak ve většině případů na základě prožívaných emocí a v důsledku příznaků. Navíc se

⁶⁵ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 252-253

⁶⁶ OCISKOVÁ Marie, PRAŠKO Ján, VRBOVÁ Kristýna, KAMARÁDOVA Dana, JELENOVA Daniela, LÁTALOVÁ Klára, MAINEROVÁ Barbora, SEDLÁČKOVÁ Zuzana, TICHÁČKOVÁ Anežka. *Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií*. [online] 2014 [cit. 2024-02-20]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=980>

ve skutečnosti v naprosté většině situací schizofrenik k agresivitě obrátí pouze v případech, kdy jde buďto o neléčeného jedince, anebo o někoho, kdo má medikaci nevyhovující. Navíc tak jedná pod vlivem nemoci, z pocitu ohrožení vlastního života nebo v návaznosti na bludy a paranoii.⁶⁷ U schizofreniků i velice často převládá autoagrese nad heteroagresí. K heteroagresi se většinou obracejí neplánovaně. Pod vlivem prožívaných emocí a z pocitu vlastního ohrožení a strachu.⁶⁸

7.2. Vyjadřování se ohledně schizofrenie

S tématem společenského stigmatu ohledně psychických nemocí souvisí i způsob, jakým se o daném postižení bavíme. „*Samotnou volbou slov a větných spojení můžeme podporovat přirozený proces zotavení z vážného duševního onemocnění, nebo ho blokovat a klást mu překážky.*“⁶⁹ Tím, jakým způsobem totiž o situaci mluvíme, můžeme nepřímo ovlivňovat, jak od nás budou tato slova vnímána. Způsobem, jakým se vyjadřujeme můžeme někoho jiného přimět k tomu, aby nad tématem smýšlel pozitivně anebo naopak zbourat jakékoli naděje.⁷⁰

Jedna z prvních věcí, která je doporučována, je neoznačovat člověka jeho diagnózou. Neměl by se tedy používat například termín schizofrenik, ale spíše člověk trpící schizofrenií. Věc, které bychom se taktéž měli vyhnout, je generalizování na základě diagnózy. To, že se jeden pacient s touto nemocí zachoval nějakým způsobem, neznamená, že se tak budou chovat všichni. Každý má jiný průběh onemocnění a tak bychom k tomu měli přistupovat. Poslední fakt, který zde bude zmíněn ohledně tohoto tématu, je naděje a důvěra v budoucnost. Právě toto je jedna z nejdůležitějších částí procesu léčby. V případě, že je pacient ohledně údravy z jeho nemoci naprosto beznadějný, tak léčba ve spoustě

⁶⁷ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 71

⁶⁸ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeuty*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 71-72

⁶⁹ BRYNYCH Ladislav a kol. *Příručka jazyka zotavení*. [online] 2020 [cit. 2024-02-29] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni>

⁷⁰ BRYNYCH Ladislav a kol. *Příručka jazyka zotavení*. [online] 2020 [cit. 2024-02-29] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni>

případů ztrácí smysl. Je důležité zaměřit se na jeho silné stránky a vzbudit a udržovat v něm naději ve vyléčení.⁷¹

Je zcela zásadní si uvědomit, že dokud nebude změněn způsob, jakým se o nemoci bavíme, tak nemůže být změněn ani způsob, jakým na ni nahlížíme a jak ji vnímáme.⁷²

⁷¹ BRYNYCH Ladislav a kol. *Příručka jazyka zotavení*. [online] 2020 [cit. 2024-02-29] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni>

⁷² BRYNYCH Ladislav a kol. *Příručka jazyka zotavení*. [online] 2020 [cit. 2024-02-29] Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni>

8. Závislosti, návykové látky a schizofrenici

8.1. Závislosti

„Závislostí se v užším kontextu rozumí dlouhodobý, trvalý vztah k někomu nebo k něčemu, vycházející z pocitu silné touhy nebo potřeby toto uspokojit. Takový stav ovlivňuje jednání závislého člověka a omezuje jeho svobodu.“⁷³

Definitivní diagnóza závislosti může být stanovena v případě, že během posledního roku došlo ke splnění alespoň tří bodů z následně uvedených:

- Silná touha užívat látku
- Potíže v sebeovládání při užívání látky, a to, pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky
- Tělesný odvykací stav. Látka je užívána s úmyslem zmenšit příznaky vyvolané předchozím užíváním této látky, případně dochází k odvykacímu stavu, který je typický pro tu, kterou látku. K mírnění odvykacího stavu se také někdy používá příbuzná látka s podobnými účinky
- Průkaz tolerance k účinku látky je vyžadování vyšších látek, aby se dosáhlo účinku původně vyvolaného nižšími dávkami
- Postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času vyhrazeného k získání nebo užívání látky nebo zotavení se z jejího účinku
- Pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků⁷⁴

Závislost se skládá ze složky fyzické a psychické. Ve slovníku Národního zdravotnického informačního portálu je fyzická závislost definována jako: *„Stav člověka, který opakovaně užívá nějakou psychoaktivní látku a pociťuje nepříjemné abstinenci příznaky, pokud ji přestane užívat. Je to dáno tím, že tzv. systém odměny v mozku si na psychoaktivní látku při opakovaném užívání zvykne, a žádá*

⁷³ Státní zdravotní ústav. *Závislost: co to je?* [online] [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>

⁷⁴ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. 5., rozšířené vydání. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1357-4, s. 18

*si stále vyšší dávku.*⁷⁵ Psychická závislost je obvykle větší problém než ta fyzická. Bývá mnohem hůře ovlivnitelná a zvládnutí této složky závislosti je přímo závislé na vůli pacienta.⁷⁶

Závislosti můžeme obecně rozdělit na látkové a nelátkové. V případě těch nelátkových jsou lidé závislí na určité činnosti. Zpočátku tyto činnosti jedinec dělá z důvodu, že mu přinášejí pocit štěstí nebo úlevy. Postupem času se ale vytváří na této činnosti jakási neodolatelná touha, ze které se eventuálně stává závislost. Mezi nejznámější nelátkové závislosti řadíme gamblerství, workoholismus, a hypersexualitu⁷⁷

Mezi nejčastější látkové závislosti patří závislost na alkoholu, tabáku, lécích, marihuaně a dalších nelegálních drogách. Látkové závislosti jsou specifické tím, že vznikají na základě vpravování určité látky do lidského těla.⁷⁸

Závislost může vzniknout z mnoha důvodů. Někdy je to kvůli lidem, kterými se daný jedinec obklopuje, jindy kvůli prostředí, ve kterém vyrostl, anebo v některých případech může vzniknout z toho důvodu, jaké účinky dané látky nebo aktivity vyvolávají. Například díky některým drogám jedinec na chvíli nemusí myslet na svoje každodenní problémy, a tak slouží jako jeho nástroj na útěk z reality.⁷⁹ A právě i z tohoto důvodu můžou v některých případech vznikat závislosti u lidí, kteří trpí schizofrenií.

8.2. Schizofrenici a návykové látky

Specifická je schizofrenie i v souvislosti s návykovými látkami. Zneužívání návykových látek znamená v léčbě zásadní komplikaci. Schizofrenici mívají k zneužívání návykových látek větší sklon než lidé, kteří žádnou psychickou poruchou netrpí. Lidé s tímto onemocněním se často snaží příznaky onemocnění alkoholem a jinými látkami vyléčit nebo alespoň tyto příznaky zmírnit. Přitom ale

⁷⁵ *Fyzická závislost.* [online] [cit. 2024-03-02] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5809>

⁷⁶ NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost.* 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672, s. 21-22

⁷⁷ STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV *Nelátkové závislosti: co to je?* [online] [2024-03-02] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/321-nelatkovve-zavislosti-zakladni-informace>

⁷⁸ STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Závislost: co to je?* [online]. [cit. 2024-02-08]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>

⁷⁹ KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup.* Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6, s. 24

užívání návykových látek urychluje nástup schizofrenního onemocnění a vede k častějším relapsům a hospitalizacím.⁸⁰

Zneužívání návykových látek velice zásadně zhoršuje spolupráci s pacientem i průběh onemocnění. Mezi drogy s nejvyšším rizikem indukce psychózy patří kokain, amfetaminy, kanabis a alkohol. Vliv má samozřejmě intenzita a trvání abúzu a genetika.⁸¹

To, že lidé se schizofrenií sami o sobě nebyvají tak agresivní, jak široká veřejnost předpokládá, již bylo řečeno. Můžeme ale říci, že v případě, kdy je schizofrenik závislý na návykových látkách, tak sklony k agresivnímu chování mívá podstatně větší.⁸²

Nejvíce prozkoumaná je v souvislosti se schizofrenií marihuana. „Zdá se, že THC může některé pacienty subjektivně krátkodobě uklidňovat a euforizovat, vede však k nárůstu relapsů.“⁸³ Ze studie z roku 2003 vyplývá, že rozvoj závislosti na konopí a výrobků z něj je spojen se zvýšeným výskytem psychotických symptomů i v případě, že jsou vzaty v potaz již existující symptomy a další faktory.⁸⁴

Obecně můžeme říci, že kvůli tomu, jak jednoduše je marihuana běžně dostupná, je nebezpečnější než třeba pervitin nebo kokain, které mají schizofrenici taktéž v oblibě. Zásadní je i to, že marihuana, ke které se nejběžněji dostaneme, je pěstována ve sklepech pod zářením, navíc s využitím specifických hnojiv. Tím se urychluje celý proces vegetačního cyklu a mění se poměr THC a CBD. Zatímco u marihuany, která je pěstována venku, je poměr THC cca 6 %, u té ze sklepů to může být až 20 %. A právě THC je látka, která vyvolává nebezpečné důsledky

⁸⁰ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN isbn978-80-247-2045-6, s. 27

⁸¹ MARŠÁLEK Michal. *Schizofrenie a drogové závislosti* [online]. Praha 2008 [cit. 2024-02-19] Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf>

⁸² JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 71

⁸³ VYSKOČILOVÁ Jana, PRÁŠKO Jan. *Psychické a somatické komplikace závislosti na kanabinoidech* [online] [cit. 2024-02-19]. Praha 2015. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1002>

⁸⁴ FERGUSSON David, HORWOOD William, SWAIN-CAMPBELL. *Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people* [online] 2003 [cit. 2024-02-19] Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537032/>

pro lidský mozek. V případě, že má jedinec předpoklady ke vzniku schizofrenie, může i minimální množství užití marihuany nemoc vyvolat.⁸⁵

Existuje u nás spousta protialkoholních a protidrogových léčeben. Včetně léčebny Magdalena. Kromě jiných projektů pod její záštitou existuje i program Chrupa, který je zaměřen na lidi s duální diagnózou, který tedy dokáže současně pracovat se závislostí i s duševním onemocněním. Tato forma léčby je pro spousty lidí jediným možným řešením. Není totiž zas tak nemožné se setkat se schizofrenikem, který je závislý na návykových látkách takovým způsobem, že u něj již nedokážeme rozpoznat, jaké symptomy jsou způsobené duševní nemocí, a jaké v důsledku závislosti.⁸⁶ V rámci programu Chrupa jsou praktikovány terapie v kombinaci s jiným doléčováním v bezpečném prostředí. Tento program se snaží naučit klienty vést smysluplný samostatný život s respektem k jejich duševnímu onemocnění a potřebám spojeným s nimi.⁸⁷

⁸⁵ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 76-77

⁸⁶ KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2045-6., s. 27-28

⁸⁷ Magdalena o.p.s. [cit. 2024-02-19]. Dostupné z: <https://www.magdalena-ops.cz/cs/lecba-zavislosti-a-jejich-prevence/lecba-zavislosti/lecba-ostatnich-zavislosti/>

9. Resocializace lidí se schizofrenií

9.1. Resocializace

Pro schizofreniky je naprosto zásadní resocializace, tedy návrat nemocných zpátky do společnosti a běžného společenského života. S resocializací poměrně často pomáhá sociální poradenství. Není výjimečné, že člověk trpící schizofrenií potřebuje pomoc se spravováním financí a majetku, nalezením vhodné pracovní pozice, ale i s dalšími věcmi, které široká veřejnost považuje za samozřejmé. Kromě sociálních pracovníků schizofrenikovi může s resocializací pomoci i jeho rodina.⁸⁸

9.2. Pracovní možnosti schizofreniků

Lidé s dlouhodobými chorobami včetně schizofrenie se setkávají s překážkami, které jim brání pracovat. Ať už z důvodu stigmat, předsudků nebo diskriminace. Práce je pro velkou část společnosti náplň života a většina lidí s duševní nemocí stojí o to, aby nějakou pracovní pozici mohla mít.⁸⁹

I přesto, že široká veřejnost je nyní lépe informována o psychických nemocech, než tomu bylo dříve, tak zde stále panuje mnoho nepravd a polopravd, kvůli kterým mají lidé s psychickými problémy, včetně schizofreniků, podstatně ztížený život oproti lidem, kteří jsou psychicky zdraví. Stálé zaměstnání na plný úvazek má zhruba 10 % schizofreniků.⁹⁰ Toto číslo je tak nízké z více důvodů. Jednak jsou to jejich zhoršené kognitivní funkce, které nemoc způsobuje. Projevují se hlavně v oblastech, jako je pozornost, paměť, výkonnost a rychlost zpracování informací.⁹¹ Dále je tu fakt, že schizofrenici někdy mají v oblibě návykové látky, což zhoršuje průběh onemocnění a psychosociální fungování. Roli hrají i další

⁸⁸ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 53-54

⁸⁹ BOARDMAN Jed, GROVE Bob, PERKINS Rachel, SHEPHERD Geoff. *Work and employment for people with psychiatric disabilities*. [online] 2018 [cit. 2024-15-02]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/work-and-employment-for-people-with-psychiatric-disabilities/DA5EC960B970AFB752D785EE3E024A19>

⁹⁰ ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s. 23

⁹¹ OBEREIGNERŮ Radko, OBEREIGNERŮ Katarína, DIVÉKY Tomáš, PRÁŠKO Ján. *Kognitivní deficit u schizofrenie*. [online] 2011 [cit. 2024-15-02]. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/08.pdf>

symptomy onemocnění a nepředvídatelnost průběhu. V neposlední řadě je tu i tělesné onemocnění. „*Nemocní se schizofrenní poruchou mají o 50 % vyšší riziko smrti na tělesná onemocnění a o 20 % kratší délku života.*“⁹²

I tak ale můžeme najít spoustu schizofreniků, kteří dokážou stále zaměstnání opravdu mít. Plyne z toho pro ně spousta výhod. Jednak jsou finančně nezávislí, čímž uleví především svým rodinám a státu. Jsou součástí kolektivu, jenž jim napomáhá v nalezení a vytvoření společenských kontaktů, přátel a známých, díky kterým se schizofrenici nemusí cítit tak osamocení.⁹³ Navíc mají někoho, kdo si v případě potřeby všimne nežádoucích zvrátů v průběhu onemocnění a může tak pomoci v předejití relapsů, sebepoškození nebo jinému nežádoucímu chování.

V případě, kdy má schizofrenik vhodnou práci hraje pozitivní roli i to, že když dostane určité zodpovědnosti, tak mívá tendence cítit se potřebný, cítí, že má jeho život nějaký smysl, což mu samozřejmě pomáhá s jeho psychickou pohodou a zvyšuje kvalitu života. Navíc práce přirozeně vnáší do života člověka nějaký režim.

To, že většina schizofreniků nepracuje, není kvůli tomu, že pracovat nemohou, jde pouze o to, že není dostatek volných pracovních míst, které by byly pro lidi se schizofrenií vhodné.

U nás je stále spousta možností na využití chráněných pracovních pozic. Jde především o chráněné dílny a tréninková pracoviště. Hlavním smyslem těchto organizací je pomoci najít lidem se speciálními potřebami jakýsi prostor, kde budou moct rozvíjet své pracovní možnosti a dovednosti, nastolí jim v životě nějaký režim, získají cenné zkušenosti a pomůžou s ekonomickou nezávislostí. To vše za pomoci vyškolených poradců a terapeutů.

Důležitá je zde pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace je jednou ze složek ucelené rehabilitace. „*Cílem ucelené rehabilitace je poskytnout osobám se zdravotním postižením, ať už je jejich postižení jakékoli povahy a původu,*

⁹²ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s.23

⁹³ BOARDMAN Jed, GROVE Bob, PERKINS Rachel, SHEPHERD Geoff. *Work and employment for people with psychiatric disabilities*. [online] 2018 [cit. 2024-15-02]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/work-and-employment-for-people-with-psychiatric-disabilities/DA5EC960B970AFB752D785EE3E024A19>

co nejširší účast na společenském i hospodářském životě a co největší nezávislost.“⁹⁴ Hlavní je na myšlence pracovní rehabilitace to, že zahrnuje poradenskou činnost, která je zaměřena právě na výběr vhodného povolání, přípravu lidí, kteří potřebují pomoc se zaměstnáním a na vytváření vhodných podmínek pro výkon povolání.

Důležité jsou i chráněné pracovní dílny. Nyní dle zákona známé pod pojmem chráněná pracovní místa. „*Pracovním místem zřízeným pro osobu se zdravotním postižením se rozumí pracovní místo, které zaměstnavatel zřídil pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody uzavřené s Úřadem práce. Na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek.*“⁹⁵ Díky tomu, že jsou tyto dílny chráněné, mají lidé s daným postižením lepší možnosti, jak se s určitou náplní práce seznámit a jak si ji osvojit a zároveň díky tomu, že jsou tyto chráněné dílny opravdu chráněné, mohou mít pocit bezpečí a nemusí se obávat toho, že by jich chtěl někdo jenom zneužít. Nejznámější jsou z chráněných dílen tréninkové kavárny. S nimi se máme možnost setkat poměrně běžně. Vedle těchto kaváren existují i různé řemeslné dílny.

Za zmínku určitě stojí i přechodné zaměstnání. Přechodné zaměstnávání je služba zaměřená na obnovení či získání dovedností potřebných k fungování na trhu práce. Klienti pracují po dohodě na určitém místě, kde mají podporu terapeutů, učí se, jak získat nové pracovní návyky a zlepšují své dovednosti v dané oblasti.⁹⁶

V nalezení práce schizofrenikům pomáhá i podporované zaměstnání. „*Podporované zaměstnání je časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů*

⁹⁴ NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7. s. 90

⁹⁵ § 75 zák. č. 327/2017 Sb., [cit. 2024-15-02] dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-327>

⁹⁶ ŘÍČAN Pavel a kol. *Přechodné zaměstnávání příklad dobré praxe z Fokusu Vysočina*. [online] 2009. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8mYnAuc uEAxWThf0HHZZTAGkQFnoECB0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.fokusvysocina.cz%2Fdocument.ashx%3Ffile%3DPrechodne_zamestnavani_zari09_cesky.ppt&usq=AOvVaw3IZm5vfQV_RLpqwaNThet&opi=89978449

omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm.“⁹⁷

9.3. Neziskové organizace

V České republice je také mnoho nevládních neziskových organizací, které pomáhají lidem s duševním onemocněním najít vhodné pracovní uplatnění. Jedna z nejvýznamnějších těchto organizací je Fokus. Fokus je nevládní organizace, která poskytuje sociální a zdravotní podporu lidem s duševními problémy skrze komunitní týmy a centra duševního zdraví. Jednotlivých poboček Fokusu je po České republice již 22 a lidé s duševním postižením tak mají nemálo možností, jak služeb této organizace využít.⁹⁸

Fokus pomáhá lidem například v nalezení vhodné pracovní pozice nebo chráněného bydlení. To je určeno pro osoby, které nějakými duševními nemocemi trpí a nezvládají nebo nechtějí žít sami. Je časově omezené a podpora spočívá v tom, že si jedinci za poskytnutí finanční úhrady mají možnost vyzkoušet samostatné bydlení, ve které jim je ale nabídnuta určitá forma pomoci a podpory.

Další velice známou organizací, která se zabývá pracovním uplatněním lidí se schizofrenií, je Občanské sdružení Green Doors. To se zabývá nácvikem dovedností v tréninkové kavárně za podpory terapeuta. Pod její záštitou existuje dodnes asi nejznámější tréninková kavárna s názvem Café Na půl cesty.⁹⁹

Velmi často schizofreniky využívaným občanským sdružením je mimo jiné ESET-HELP. Tato organizace pomáhá lidem v rozšíření jejich dovedností tak, aby překonali nějakou překážku, zpravidla způsobenou určitou duševní poruchou, a bylo jim tak umožněno vést samostatně a spokojeně svůj život.

ESET-HELP také disponuje vytvořenými přechodnými pracovními a tréninkovými místy. Pod tuto organizaci spadá například kavárna Dendrit Kafé, ve které si jedinci s duševním onemocněním mohou vyzkoušet pozici barmana nebo úklidového pracovníka. Nabízí také možnost vyzkoušení různých

⁹⁷ VITÁKOVÁ, Petra (ed.). *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9., s. 16

⁹⁸ Fokus Tábor. [cit. 2024-02-16] Dostupné z: <http://www.fokustabor.cz>

⁹⁹ Green Doors. [cit. 2024-02-16] Dostupné z: https://www.greendoors.cz/cs/landing_page/cafe-na-pul-cesty-3/#terapie

pochůzkových pozic, pozici pomocného administrativního pracovníka nebo úklidového pracovníka zahrady.¹⁰⁰

9.4. Současný přístup

Chráněný pracovní trh je sice stále aktuální téma, ale v dnešní době je už podle nejnovějšího přístupu preferován otevřený trh práce. Například organizace Fokus Tábor se k chráněnému trhu již tolik nehlásí. Řídí se tím, že stejně jako je každý člověk naprosto specifický jedinec, který má specifické potřeby, schopnosti a vlastnosti, tak to tak mají i lidé s duševním onemocněním. A stejně jako mají všichni ostatní nárok na to, aby si vybrali pracovní pozici, která je bude bavit, naplňovat a budou v ní mít šanci na kariérní vzrůst, tak by takovou možnost měli mít právě i lidé s duševním onemocněním. Chráněná pracoviště jsou sice skvělým způsobem, jak se naučit nějakou manuální práci. Navíc je to jedno z mála pracovišť, které nemá problém nabídnout práci na zkrácený pracovní úvazek a nedělá jim problém pracovat s lidmi, kteří trpí nějakou duševní nemocí. Není zde ale úplně šanci na kariérní vzrůst, naplněnou potřebu seberealizace, možnost mít plnohodnotnou práci, díky které se bude jedinec cítit plnohodnotným členem společnosti.¹⁰¹

Jak již bylo řečeno, tak každý člověk, včetně těch s duševní nemocí, je zcela jedinečný. Tím pádem jsou i lidé, kterým vyhovuje práce v chráněném prostředí více než na otevřeném trhu. Jsou rádi, že mohou mít práci, ve které se cítí bezpečně, mají rádi jistotu zaměstnání, jistotu toho, že je nikdo nebude odsuzovat na základě jejich diagnózy a budou k nim s vědomím této nemoci přistupovat.

Ať už daný jedinec pracuje v chráněném prostředí nebo na otevřeném trhu práce, tak se odborníci nyní hlásí spíše k přístupu, že pro co nejlepší zotavení je žádoucí, aby byli lidé se schizofrenií za podpory terapeutů, sociálních a dalších pracovníků začleněni do běžného života.¹⁰²

Konkrétně Fokus Tábor například spolupracuje s úřadem práce a jejich cílem je najít pro jedince takovou práci, která mu bude vyhovovat a bude odpovídat

¹⁰⁰ ESET-HELP. [cit. 2024-02-16] Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/prace.php>

¹⁰¹ Informace poskytnuté v rámci rozhovoru s pracovníci Fokusu Tábor

¹⁰² Informace poskytnuté v rámci rozhovoru s pracovníci Fokusu Tábor

jeho vzdělání, schopnostem a zájmům. Během celého tohoto procesu mu je po boku pracovník Fokusu a pomáhá a radí mu v situacích, ve kterých si třeba sám jedinec neví rady anebo potřebuje nějakou motivaci zvenčí.¹⁰³

Zároveň ale pracovníci Fokusu pracují i s rodinou a blízkými daného jedince. Snaží se jim pomoci pochopit, jak pod vlivem nemoci funguje a jak jeho život ovlivňuje medikace. Zároveň je jejich cílem jedincovo bezprostřední okolí naučit, jak mu být oporou a dostatečnou motivací, aby mohl pacient dále plnohodnotně fungovat i bez podpory této neziskové organizace.¹⁰⁴

Ačkoli existují organizace, které mohou pomoci najít schizofrenikům vhodnou pracovní pozici, tak jich není mnoho a mimo tato tréninková a rehabilitační pracoviště jich je velice poskromnu. I přesto, že právě neziskové organizace spolupracují s některými zaměstnavateli a dokáží tak pomoci lidem se schizofrenií najít práci na otevřeném trhu práce, tak právě stále panující stigma ohledně psychických nemocí neustále snižuje šance schizofreniků na to, aby mohli vést samostatný a plnohodnotný život.¹⁰⁵

9.5. Schizofrenici a volnočasové aktivity

Co se obecně týče trávení volného času, tak víme, že je pro všechny velice zásadní trávení volného času kvalitně. Je to věc, díky které se můžeme cítit naplnění, způsob, kterým se dokážeme odreagovat od běžného života, povinností a problémů, se kterými se dennodenně setkáváme, způsob, díky kterému se setkáváme s rodinou, přáteli a známými.

Člověk, který je v dobrém psychickém stavu, se lépe vyrovnává s problémy okolního světa a stresem, ale také s psychickými problémy a nemocemi.

Pro schizofreniky je plnohodnotné trávení volného času nemocí taktéž ztíženo. Jak již víme, tak jejich intelektové a socializační schopnosti bývají omezené, tím pádem jsou v jejich běžných životech značně ztíženy i sociální aktivity. I vedlejší účinky léků, které užívají, mohou narušit jejich sociální život. Především tomu tak bývá kvůli zhoršeným kognitivním funkcím, neschopnosti poučit se z vlastních chyb a poruše koncentrace a pozornosti. Právě kvůli jejich

¹⁰³ Informace poskytnuté v rámci rozhovoru s pracovníci Fokusu Tábor

¹⁰⁴ Informace poskytnuté v rámci rozhovoru s pracovníci Fokusu Tábor

¹⁰⁵ Informace poskytnuté v rámci rozhovoru s pracovníci Fokusu Tábor

omezenějším sociálním aktivitám, se často zhoršuje i zdravotní stav. Velice často se stává, že se pacient zabere do svých myšlenek, které bývají bludné a nedokáže se soustředit na cokoli jiného.¹⁰⁶

I z tohoto důvodu je žádoucí, aby pacient docházel na terapie. Terapeut mu může pomoci s rozhodnutím začít trávit čas aktivně a najít konkrétní možnosti, které pro něj budou vhodné.

„Dobrou zprávou také je, že jelikož je náš mozek geniální orgán, který během našeho života využívá maximálně jednu desetinu své kapacity, tudíž je možné v mnoha případech pomocí systematického tréninku, tedy nácviku kognitivních funkcí, tyto problémy výrazně zmírnit anebo i odstranit.“¹⁰⁷

Pro lidi trpící schizofrenií je kvalitní trávení volného času důležité ve fázi, kdy nemoc propuká. To zejména kvůli tomu, že se jedinec díky pestrému životu méně zaobírá nemocí jako takovou a dokáže se s diagnostikou lépe smířit, ale také z důvodu, že jsou volnočasové aktivity většinou provázané s nějakou sociální strukturou. Jak již víme, tak právě sociální skupiny jsou pro lehčí průběh onemocnění velice zásadní.

Volnočasové aktivity jsou důležité i ve fázi resocializace. Je žádoucí, aby se jedinec začlenil do společnosti a vytvořil si nějaký pravidelný režim. Právě v tom mu různé aktivity a koníčky mohou pomoci.

„Ze všeho uvedeného vyplývá, že situace, kdy pacient, který leží doma, postrádá sociální kontakty, nemá téměř žádnou sociální zpětnou vazbu a trpí pocity prázdnoty, ho pouze utvrzuje v tom, aby se stále více propadal do svého bludného psychotického svět. Pokud by aktivně a smysluplně trávil svůj volný čas ve společnosti dalších lidí, situace by byla výrazně odlišná.“¹⁰⁸

Možnost ke kvalitnímu trávení volného času mají schizofrenici v léčebnách. Například i v Psychiatrické léčebně Bohnice mají spoustu příležitostí, jak si zpestřit život. Nemocnice zprostředkovává využívání dílen, různé sportovní aktivity, možnost na sebevzdělávání se, trávení času s rodinou a přáteli, příležitosti

¹⁰⁶ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021: ISBN 978-80-7601-428-2, s. 67-68

¹⁰⁷ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 68

¹⁰⁸ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 68

k trávení času v přírodě. To vše jim pomůže ve vytvoření pravidelného režimu, přinese jim do života nějakou pestrost a kontakty.¹⁰⁹ Ty jim v budoucnu mohou pomoci například s nalezením vhodné pracovní pozice, komunikací s úřady, začleněním do společnosti nebo do nějaké skupinky přátel, ale i spoustou dalších věcí.

Problém nastává často ve chvíli, kdy je pacient propuštěn z léčby. V nemocnici mají hodně možností, jak trávit volný čas, podporu ze strany sociálních pracovníků a přátel. Navíc je zde jistota, že schizofrenik bere léky, které potřebuje ke stabilizaci svého stavu. Když jsou ale z léčby propuštěni, tak se kolikrát ocitají ve světě úplně sami. Samozřejmě jsou tu již zmiňovaná centra duševního zdraví, která pacientovi mohou být obrovskou podporou, ne každý se k nim ale dostane.

¹⁰⁹ Psychiatrická léčebna Bohnice. [cit. 2024-02-16]. Dostupné z: <https://bohnice.cz/aktivity/>

10. Schizofrenici a společenské vztahy

10.1. Partnerské vztahy

Co se týče schizofreniků a jejich partnerských vztahů, tak stejně jako ve všech ostatních oblastech záleží na tom, v jakém stádiu onemocnění je, a jak intenzivní má jedinec příznaky.

Vytváření partnerských vztahů je důležité pro všechny. Každý se potřebuje cítit pro někoho potřebný, cítit se něčeho součástí, potřebuje partnera pro život. Vztah je způsob, jak se osamostatnit od primární rodiny a zároveň si vytvořit svoji vlastní identitu. Pro schizofreniky ale bývá vytváření partnerských ale i přátelských vztahů podstatně těžší záležitostí než pro lidi bez duševního postižení.

Tím, že se v současnosti klade mnohem větší důraz na to, aby i lidé s duševním onemocněním dokázali fungovat v běžné společnosti, se hledí i na to, aby mohli mít právě i ty partnerské a přátelské vztahy.

Schizofrenici obecně mívají mnohem chudší sociální síť. Můžou za to samozřejmě příznaky onemocnění, a to již v premorbidním stádiu. To je typické tím, že se člověk často začíná uzavírat sám do sebe, je hodně vztahovačný, nekomunikuje s okolím. V tomto stavu přirozeně přeruší kontakt s lidmi ze svého okolí a ukončí tím existující vztahy a vazby. Schizofrenici obecně mívají i nižší komunikační schopnosti, což vytváření vztahů zrovna nepřispívá.¹¹⁰

Kvůli všem těmto důvodům potřebují schizofrenici mezi svými přáteli a rodinou lidi, kteří dokáží člověka přijmout i s touto nemocí. Pochopí, že na příznaky onemocnění dotyčný nemá vliv a naučí se s člověkem udržovat kontakt i přes všechny překážky, které nemoc vytváří. Pro pacienty schizofrenie je fungující sociální síť velice zásadní. Jednak pomáhá se zlepšením psychického stavu a vytváří pro něj pocit podpory a bezpečí. To samozřejmě napomáhá i s lehčím průběhem onemocnění.

Pro schizofreniky je velmi důležité, aby byli obklopani jak lidmi, kteří také trpí stejným nebo podobným onemocněním, ale i lidmi, kteří jsou duševně zdraví.

¹¹⁰ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021: ISBN 978-80-7601-428-2, s. 64

Schizofrenici jim mohou nabídnout pochopení, podobné zážitky a zkušenosti, které jsou nemocí ovlivněny, předávat si potřebné informace.

Na druhou stranu se díky jedincům bez daného postižení mohou cítit normální. Součástí běžné komunity, nezátížení tímto onemocněním.

Schizofrenie se většinou rozvíjí v období dospívání a rané dospělosti.¹¹¹ Právě tohle období je naprosto zásadní pro získávání zkušeností v oblasti partnerských vztahů. Příznaky schizofrenie ale tento proces zásadně ztěžují.¹¹²

Mnoho vědců předpokládá, že lidé trpící schizofrenií žít v partnerském vztahu vůbec nedokážou. Nemocní totiž mají problém si někoho připustit k tělu a začít mu doopravdy věřit.¹¹³

V případě, že se nemocnému i přes tyto překážky podaří najít někoho, s kým si partnerský život dokáže představit, tak nastává problém sdělení diagnózy novému partnerovi. Ve chvíli, kdy se noví partneři o této nemoci dozví, tak je to ve velké části případů vyděsí. Spousta lidí má z nemoci strach nebo nejsou připraveni na plnohodnotný vztah s člověkem, který touto nemocí trpí. Jak již bylo řečeno, tak je tato nemoc velice nevyzpytatelná a nepředvídatelná a život se schizofrenikem je bezpochyby náročný, tudíž je strach z partnerského života se schizofrenikem zcela pochopitelný.

Z těchto důvodů žije naprostá většina schizofreniků bez životních partnerů a tím pádem je i šance na to, že budou mít potomky, značně ztížená.

V případě, že se nemocnému jedinci podařilo vztah najít, je potřeba se naučit s nemocí pracovat. Největší problém ve vztahu se schizofrenním jedincem bývají změny v chování. Jednotlivé epizody jsou často dlouhé a vyčerpávající a ne každý dokáže svého partnera v těchto výkyvech zvládat. Pro schizofrenii je typická i emoční oploštělost a právě cítění a vyjadřování emocí je věc, kterou většina lidí od vztahu očekává a vyžaduje.

¹¹¹ RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9, s. 246

¹¹² JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 64

¹¹³ MALMBERG Aslög, LEWIS Glyn, DAVID Anthony, ALLEBECK Peter. *Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia*. [online] 1998 [cit. 2024-02-17]. dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/premorbid-adjustment-and-personality-in-people-with-schizophrenia/1A487F0D19B6B378D9300AD871726031>

Velice zásadním problémem jsou i vedlejší účinky medikace. Mezi ty nejčastější patří nadměrný útlum, spavost a únava. Vyskytuje se i zhoršená motorika, poruchy koncentrace, pozornosti a paměti, častý bývá vnitřní neklid. Všechny tyto vedlejší účinky člověka velice zásadně ovlivňují a mají negativní vliv i na partnerský život. Proto musí být partner schizofrenika k nemoci velice tolerantní a chápavý.

Schizofrenici navíc bývají poměrně často v poměru ke svému věku psychosexuálně nezralí, což celé této situaci také zrovna nepřispívá.¹¹⁴

Rodičovství je věc, kterou se přirozeně schizofrenici taktéž zabývají. Tím, že je schizofrenie často podmíněná geneticky, se spousta lidí rozhodne, že ani svoje biologické děti mít nechce. Hrají zde roli samozřejmě i příznaky onemocnění. I když se někteří schizofrenici dokážou postarat sami o sebe a dokážou vést relativně normální život, ne každý se odhodlá vzít si na svou odpovědnost i potomka.

Schizofrenní ženy obecně mívají pozitivnější vztah k rodičovství a chtějí se stát matkami. Oproti mužům i mívají se svými dětmi lepší vztah. Těhotenství je ale obecně emocionálně velice náročné, a to i pro ženy schizofrenní. Může se tedy stát i to, že těhotenství psychický stav schizofrenní ženy ještě zhorší.

Partner je pro nemocného jedince velice důležitý. Dodává schizofrenikovi podporu, respekt, pomoc ve velice náročných situacích a pocit, že je jedinec něčeho součástí a není na všechno sám. Toto všechno pomáhá schizofrenikovi ve zvládnání příznaků onemocnění, vedlejších účinků medikace, podporuje dotyčného v tom, aby v léčbě pokračoval a celkově mu pomáhá ke snazšímu průběhu onemocnění.

Společenské stigma okolo schizofrenie stejně jako s ničím jiným nepomáhá ani v tom, aby si schizofrenici dokázali najít životního partnera. Proto je velice důležité, aby bylo stigma ohledně psychických nemocí odbouráno, aby se o tomto tématu konečně mohlo otevřeně mluvit a přestalo být tabu. Právě toto pomůže lidem, kteří nějakou duševní nemocí trpí, aby se přestali za svou diagnózu stydět a mohli otevřeně o svých problémech mluvit, což jim doufejme pomůže v lepším průběhu a jednodušší léčbě.

¹¹⁴ JAROLÍMEK Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. Praha: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2, s. 64

Není ani úplně výjimečné, že schizofrenici, kteří nemají dostatečnou oporu ze strany rodiny a přátel, končí bez domova. Pomoc státu je v tomto případě nedostatečná, a tak se mezi bezdomovci údajně nachází v průměru 10 % neléčených schizofreniků. Toto číslo se liší v rozvojových a rozvinutých zemích. Zatímco v rozvinutých zemích se podle odhadů nachází zhruba 8 % neléčených schizofreniků mezi bezdomovci, v rozvojových zemích to je až 22,15 %.¹¹⁵ Podle odhadů některých odborníků je ale toto číslo i u nás mnohem větší. Například český psychiatr Ivan David odhaduje, že u nás mezi lidmi bez domova trpí psychózami 20 – 40 % lidí.¹¹⁶

Toto onemocnění mívá zpočátku příznaky, které si společnost běžně nezačne automaticky vysvětlovat jako schizofrenii, pacient je uzavřený, podrážděný, přestává komunikovat se svým okolím. V moment, kdy tedy přijde diagnóza schizofrenie, tak to bývá nejen pro rodinu obrovský šok. Tím, že je tato nemoc stále spojená s mnoha mýty a stigmaty, tak má spousta lidí nejdříve tendenci skutečnost, že člen jejich rodiny touto nemocí trpí tajit a stydí se za ni anebo tuto diagnózu shazují a zjednodušují. Pro co nejlhčí průběh a co nejjednodušší léčbu je ale velice zásadní to, aby byla léčba zahájena co nejdříve a aby se rodina schizofrenika k nemoci postavila čelem a byla mu oporou.¹¹⁷

10.2. Sexuální vztahy

Sexuální vztahy schizofreniků bývají stejně jako skoro vše v životech schizofreniků nemocí zásadně ovlivněné. Jednak je to samozřejmě proto, že mají problém najít si vhodného partnera, ale také to souvisí s tím, že v některých

¹¹⁵ AYANO Getinet, TESFAW Getachew, SHUMET Shegaye. *The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis*. [online] 2019 [cit. 2024-02-17]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880407/>

¹¹⁶ SASÍNOVÁ Petra, *Na ulici strádají tisíce nemocných, stát jim nepomáhá*. [online] 2009 [cit. 2024-02-17]. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/na-ulici-stradaji-tisice-nemocnych-stat-jim-nepomaha/r~i:article:627261/>

¹¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4, s. 354-359

případech může schizofrenik v rámci negativních příznaků trpět také sníženým libidem.¹¹⁸ To může být sníženo i v důsledku vedlejších účinků medikace.¹¹⁹

Velkou roli v této oblasti hraje i období, ve kterém nemoc propukne. Tím, že u žen nemoc propuká obecně později než u mužů, mívají lepší sociální zázemí a větší zájem o sex.

10.3. Komunikace s lidmi s duševním onemocněním

Schizofrenie sice nepostihuje intelekt pacienta, ale to, jak vnímá určité situace v některých případech ano. Každý má jiný průběh a jiné příznaky, na základě zkušeností se ale dají generalizovat nějaká pravidla, která by měla při komunikaci se schizofrenním jedincem pomoci.¹²⁰

- Vysvětlete, kdo jste a jaká je vaše role
Duševní onemocnění ovlivňuje lidské myšlení a prožívání. Jedinci s diagnostikovanou schizofrenií mají často z ostatních lidí a daných situací strach, navíc mohou být i ovlivněny bludy. Proto by jim mělo být vysvětleno, že jsou v bezpečí a že jim od Vás žádné nebezpečí nehrozí.
- Respektujte emoce
To, že budeme respektovat emoce jiného, neznamená, že je musíme chápat. Je ale důležité nechat jedince cítit ty emoce, které cítí. Má na ně nárok stejně jako všichni ostatní.
- Naslouchejte pozorně a aktivně
Pro správnou komunikaci je potřeba nedávat na první dojem. Ne vždycky je totiž situace tak jasná, jak se zpočátku zdá. Může nás to svádět k všeobecné generalizaci, která je i v případě duševních nemocí nežádoucí.

¹¹⁸ DUMONTAUD Marion a kol. *Sexual dysfunctions in schizophrenia: beyond antipsychotics. A systematic review.* [online] 2019 [cit. 2024-02-17]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31711954/>

¹¹⁹ ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře.* 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1, s. 58

¹²⁰ BRYNYCH Ladislav a kol., *Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize.* [online] 2020 [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jednání_0.pdf

- Mluvte klidným tónem hlasu
Je běžné, že lidé často vnímají více to, jak jim něco sdělujeme než to, co jim sdělujeme. A to ještě o něco více platí pro náročné a vypjaté situace. V případě, že je dané sdělení vyjádřené klidným a rozvážným hlasem, tak ho míváme tendenci přijímat lépe, a to platí ať už je jím řečeno víceméně cokoli.
- Věnujte pozornost řeči svého těla
Stejně jako způsob, jakým sdělujeme nějakou informaci, bývá zásadní i naše neverbální komunikace. Aby bylo správně pochopeno to, co chceme říct, je důležitý způsob, jakým stojíme, naše mimika, ale třeba i proxemika.
- Komunikujte transparentně
Je třeba být k danému člověku ohledně situace, která se právě děje zcela upřímný. Je důležité, aby byl jedinec informován a aby mu bylo sděleno, co se bude dít do budoucna. I to totiž pomůže vnést do daného vztahu nějakou důvěru.
- Vyjadřujte se jednoduše a podporujte vzájemné porozumění
Je obecně doporučováno používat běžný jazyk a přizpůsobit se tomu, s kým mluvíme. Je důležité, aby bylo zcela zřetelné, že si jsme s jedincem rovnocenní a není mezi námi nikdo nikomu nadřazený.
- Vyhněte se negativnímu jazyku a nálepkování
Z Vaší konverzace by nemělo být cítit jakékoli zlehčování situace, ponižování daného jedince nebo všeobecná generalizace.
- Věnujte vzniklé situaci o trochu více času než obvykle
Pokud bude zpočátku konverzace věnováno více času k vytvoření jakési důvěry, bude i následující konverzace o něco jednodušší.
- Pomozte v navázání na další zdroje podpory a spolupracujte
Je dobré předat kontakty i na jiné lidi a organizace, které mohou danému jedinci v budoucnu pomoci.¹²¹

¹²¹ BRYNYCH Ladislav a kol., *Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize.* [online] 2020 [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jednání_0.pdf

Konkrétně pro komunikaci s lidmi, kteří trpí halucinacemi a bludy by měla být uplatňována ještě nějaká další pravidla. Je třeba si uvědomit, že stavy, které jedinec prožívá, pro něj mohou být velice reálné. Proto je třeba je nezlehčovat a nevyvracet. Je třeba je přijmout jako něco, co on reálně vnímá, ale zároveň jejich existenci nijak nepotvrzovat. Je vhodné dát danému jedinci najevo, že chápete obtížnost situace a rozumíte mu. A to i v případě, kdy je agresivní. Obecně pro komunikaci s člověkem, který trpí jakýmkoli duševním onemocněním je ale důležité dání najevo vzájemného respektu a důvěry.¹²²

¹²² BRYNYCH Ladislav a kol., *Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize*. [online] 2020 [cit. 2024-02-28]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jednání_0.pdf

Závěr

Bakalářská práce se zabývala lidmi s duševním onemocněním schizofrenie a způsoby, jakými nemoc ovlivňuje jejich každodenní život.

V první kapitole bylo objasněno, že schizofrenie je nemoc, která zásadně narušuje myšlení, vnímání, ale i prožívání člověka, který jí trpí a zároveň lidé s touto nemocí jsou často postiženi rozštěpem mezi jednotlivými složkami osobnosti. V druhé kapitole bylo zjištěno, že vznik schizofrenie je sice podmíněn multifaktoriálně, ale obrovským faktorem je zde genetika. Také bylo zjištěno, že průměrná epidemiologie schizofrenie ve společnosti je 1 – 1,5 %.

Třetí kapitola se věnovala příznakům schizofrenie. Ty zde byly rozděleny do jednotlivých kategorií, a to na kognitivní, pozitivní a negativní příznaky. Samostatná podkapitola se zaměřila i na depresi u schizofrenie. Zde bylo řečeno, že to je velice častý a zásadní problém a také to, že svůj život ukončí sebevraždou až 10 % schizofreniků. Další kapitola pojednávala o jednotlivých typech schizofrenie. Ačkoli se schizofrenie dá dělit na určité druhy, tak ty se v praxi navzájem překrývají a doplňují anebo také může jedna forma schizofrenie přecházet do jiné. Pátá kapitola se věnuje schizofrenii v dětství. Ta se projevuje velice podobně jako v dospělosti. Prognóza ale bývá na rozdíl od situací, kdy vznikne až v dospělosti obecně horší.

Co se týče diagnostiky schizofrenie, tak stále neexistuje test, který by nám dokázal schizofrenii jednoznačně potvrdit nebo vyvrátit. Pro diagnostiku této nemoci je nutné pozorování pacienta psychiatrem, který dokáže vyhodnotit jednotlivé příznaky. Ohledně léčby byla zmíněna důležitost psychoterapie a farmakoterapie. V té hrají hlavní roli neuroleptika. Zde je ale velice důležitá individuálnost pacienta a jeho projevů nemoci. Každý reaguje na léky jinak a tím pádem má i odlišnou medikaci. Tato kapitola je zakončena podkapitolou zabývající se Centry duševního zdraví. Jsou totiž nedílnou součástí procesu léčby, začlenění duševně nemocných lidí do společnosti a pomoci jim na cestě k plnohodnotnému a samostatnému životu.

Následovala kapitola, která se zabývala společenským stigmatem ohledně této nemoci. Věnovala se tomu, jak panující mýty a stigmata ovlivňují, respektive zhoršují životy schizofreniků. Schizofrenie je totiž onemocnění, o kterém lidé často

neznají moc informací anebo na základě případů z médií čekají od schizofreniků pouze to nejhorší. Nemoc sice ovlivňuje chování daného jedince, neznamená to ale, že jsou pro společnost nebezpeční. Pozornost zde byla zaměřena i na agresivitu schizofreniků. Ta není vůbec tak častá, jak si lidé často myslí. A v případě, že jedinec agresivní je, jedná tak většinou pouze pod vlivem nemoci nebo z pocitu vlastního ohrožení.

Další kapitola se věnovala závislostem a schizofrenikům ve spojitosti s návykovými látkami, kde bylo zjištěno, že lidé s touto nemocí mají někdy tendence zmírňovat příznaky schizofrenie právě návykovými látkami. V důsledku toho ale může dojít až ke vzniku duální diagnózy, Navíc obecně návykové látky znamenají pro průběh léčby zásadní komplikaci.

Následují dvě kapitoly, které považuji za jádro této práce. Týkají se právě resocializace a společenských vztahů lidí s diagnostikovanou schizofrenií.

Co se týče samotné resocializace schizofreniků, tak je tato kapitola z velké části orientovaná na pracovní možnosti schizofreniků. Stálé zaměstnání na plný úvazek má asi 10 % z nich. Toto číslo ale není takto nízké pouze kvůli nemoci samotné. Hrají zde obrovskou roli právě různá stigmata a neinformovanost společnosti. Symptomy samozřejmě hrají také svou roli, ale ne tak zásadní, jak by bylo nutné. V této kapitole byla pozornost věnována i neziskovým organizacím, které s lidmi s duševním onemocněním pracují. V rámci toho je téma zaměřeno na způsob, jakým se právě přístup k duševně nemocným lidem za poslední roky změnil. Člověk se schizofrenií už totiž nebývá tolik souzen na základě jeho diagnózy, ale spíše jako individuální bytost se specifickými potřebami.

Socializační schopnosti schizofreniků bývají nemocí často omezené. Navíc vedlejší účinky medikace někdy zhoršují kognitivní funkce. To má negativní vliv i na společenské vztahy schizofreniků a tím pádem i na jejich volnočasové aktivity.

Co se týče schizofreniků a jejich partnerských vztahů, tak i ty jsou v důsledku nemoci značně omezeny. V této kapitole je pozornost věnována především důležitosti fungující společenské sítě v jejich okolí. Právě partneři a rodina schizofrenika jsou ti lidé, kteří dokážou jedince podporovat v léčbě a být mu oporou ve všech stádiích nemoci. A to je pro co nejlepší průběh nemoci a samotné léčby velice zásadní.

Poslední podkapitola se věnovala komunikaci s lidmi s duševním onemocněním. Stejně jako je možné setkat se s lidmi, na kterých ani nejde poznat, že nějakou duševní nemocí trpí, tak je možné setkat se i s lidmi, kteří danými symptomy disponují. V tomto případě může být komunikace s nimi v některých situacích velice ztížena. Pro správnou komunikaci je nutné si i kromě jiných věcí uvědomit, že to, že daný člověk trpí nějakými příznaky a má duševní onemocnění neznamena, že je méněcenný. Tudiž je třeba s ním mluvit jako s naprosto rovnocenným člověkem.

Osobně si myslím, že stigmata ohledně duševních nemocí by měla být odbourána a celkově by toto téma již nemělo být tabu. Právě tento přístup podle mě zhoršuje průběh onemocnění nejenom u lidí se schizofrenií, ale i u lidí, kteří mají jiná duševní onemocnění. Špatný dopad mají i na rodiny a blízké duševně nemocných lidí. Za velice důležité považuji i reformu přístupu k lidem se schizofrenií a jinými duševními nemocemi. To, že člověk už není souzen na základě jeho diagnózy, ale spíše jako individuální bytost se specifickými potřebami je právě ten přístup, který by měl být aplikován. A to nejen od sociálních pracovníků a zdravotnického personálu, ale i od široké veřejnosti.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

- BOUČEK, Jaroslav. *Speciální psychiatrie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1354-x
- ČEŠKOVÁ, Eva. *Schizofrenie a její léčba: průvodce ošetřujícího lékaře*. 2., rozš. vyd. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, 2007. ISBN 978-80-7345-114-1
- JAROLÍMEK, Martin. *O nemoci, která se nazývá schizofrenie: příručka pro pacienty, jejich blízké a jejich terapeutů*. V Praze: Vyšehrad, 2021. ISBN 978-80-7601-428-2
- KALINA, Kamil. *Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup*. Monografie (Úřad vlády České republiky). Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. ISBN 80-86734-05-6
- MALÁ, Eva. *Schizofrenie v dětství a adolescenci*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0737-3
- MARŠÁLEK, Michal. *Deprese u schizofrenie: průvodce ošetřujícího lékaře*. Farmakoterapie pro praxi. Praha: Maxdorf, c2007. ISBN 978-80-7345-116-5
- NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3672
- NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN isbn978-80-7367-509-7
- RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9
- *Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník*. Vydání třinácté. Praha: ARMEX Publishing, 2024. ISBN 978-80-87451-95-3
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4

- VITÁKOVÁ, Petra (ed.). *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání: projekt EQUAL - rozšíření metodiky, národní a evropská spolupráce*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

Internetové zdroje a weby

- AYANO Getinet, TESFAW Getachew, SHUMET Shegaye. *The prevalence of schizophrenia and other psychotic disorders among homeless people: a systematic review and meta-analysis*. [online] 2019. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6880407/>
- BOARDMAN Jed, GROVE Bob, PERKINS Rachel, SHEPHERD Geoff. *Work and employment for people with psychiatric disabilities*. [online] 2018. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/work-and-employment-for-people-with-psychiatric-disabilities/DA5EC960B970AFB752D785EE3E024A19>
- BRYNYCH Ladislav a kol. *Příručka jazyka zotavení*. [online] 2020. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/prirucka-jazyka-zotaveni>
- BRYNYCH Ladislav a kol., *Základní principy jednání s lidmi s duševním onemocněním (nejen) v případě krize*. [online] 2020. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/Principy%20jednání_0.pdf
- DUMONTAUD Marion a kol. *Sexual dysfunctions in schizophrenia: beyond antipsychotics. A systematic review*. [online] 2019. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31711954/>
- ESET-HELP. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/prace.php>
- FERGUSSON David, HORWOOD William, SWAIN-CAMPBELL. *Cannabis dependence and psychotic symptoms in young people* [online]. 2003. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12537032/>
- Fokus Tábor. Dostupné z: <http://www.fokustabor.cz>

- *Fyzická závislost.* [online] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/5809>
- Green Doors. Dostupné z: https://www.greendoors.cz/cs/landing_page/cafe-na-pul-cesty-3/#terapie
- Magdalena o.p.s. Dostupné z: <https://www.magdalena-ops.cz/cs/lecba-zavislosti-a-jejich-prevence/lecba-zavislosti/lecba-ostatnich-zavislosti/>
- MALMBERG Aslög, LEWIS Glyn, DAVID Anthony, ALLEBECK Peter. *Premorbid adjustment and personality in people with schizophrenia.* [online] 1998. dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/premorbid-adjustment-and-personality-in-people-with-schizophrenia/1A487F0D19B6B378D9300AD871726031>
- MARDER Stephen, GALDERISI Silvana. *The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia* [online]. 2017. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5269507/>
- MARŠÁLEK Michal. *Schizofrenie a drogové závislosti* [online]. Praha 2008. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2008/06/05.pdf>
- OBEREIGNERŮ Radko, OBEREIGNERŮ Katarína, DIVÉKY Tomáš, PRAŠKO Ján. *Kognitivní deficit u schizofrenie.* [online] 2011. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/02/08.pdf>
- OCISKOVÁ Marie, PRAŠKO Ján, VRBOVÁ Kristýna, KAMARÁDOVA Dana, JELENOVA Daniela, LÁTALOVÁ Klára, MAINEROVÁ Barbora, SEDLÁČKOVÁ Zuzana, TICHÁČKOVÁ Anežka. *Stigmatizace a sebestigmatizace u pacientů se schizofrenií.* [online] 2014. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=980>

- Psychiatrická léčebna Bohnice. Dostupné z: <https://bohnice.cz/aktivity/>
- ŘÍČAN Pavel a kol. *Přechodné zaměstnávání příklad dobré praxe z Fokusu Vysočina*. [online] 2009. Dostupné z: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwi8mYnAucuEAXWThf0HHZZTAGkQFnoECB0QAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.fokusvysocina.cz%2Fdocument.aspx%3Ffile%3DPrechodne%20zamestnavani%20zari09%20cesky.ppt&usg=AOvVaw3IZm5vfQV_RLpgwaNThet&opi=89978449
- SASÍNOVÁ Petra, *Na ulici strádají tisíce nemocných, stát jim nepomáhá*. [online] 2009. Dostupné z: <https://zpravy.aktualne.cz/domaci/na-ulici-stradaji-tisice-nemocnych-stat-jim-nepomaha/r~i:article:627261/>
- Státní zdravotní ústav. *Nelátkové závislosti: co to je?* [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/321-nelatkov-e-zavislosti-zakladni-informace>
- Státní zdravotní ústav. *Závislost: co to je?* [online] Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>
- § 75 zák. č. 327/2017 Sb., dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-327>