

# ÚVOD

Tento text je určen těm, jejichž blízký příbuzný – syn, dcera, manžel, manželka či někdo jiný – onemocněl závažnou duševní chorobou, patřící do skupiny nemocí, které společně označujeme jako »psychóza«. Může ovšem posloužit jako zdroj informací i samotným nemocným, aby se ve svých potížích dokázali lépe vyznat a aby o nich dokázali otevřeně mluvit jak se svými blízkými, tak s lékařem, který je léčí.

Ze zkušeností ze setkání s mnoha příbuznými nemocných víme, jak závažným problémem pro celou rodinu je, když u některého jejího člena propukne duševní choroba, která si vyžaduje jeho léčení v psychiatrické léčebně. Zcela zákonitou a normální reakcí jsou pocity zoufalství, smutku, zmatku a beznaděje. K tomu přistupuje snaha nalézt příčinu nemoci a členové rodiny pak mnohdy hledají vinu u sebe i jinde.

Členům rodiny přitom obvykle chybějí i základní informace o tom, o jaké onemocnění se vlastně jedná, čím je způsobeno, co mohou očekávat do budoucna a jaké jsou v současné době možnosti léčení těchto nemocí. Také nevědí, jak se mají k postiženému člověku chovat, čím mu mohou uškodit a čím naopak prospět.

Je přitom velmi dobře ověřenou skutečností, že člověk, který onemocněl psychózou, velmi citlivě reaguje na prostředí, v němž žije, a na to, jak se k němu chovají lidé, s nimiž je v častém kontaktu, což jsou nejčastěji právě členové rodiny. Těm přitom obvykle nechybí dobrá vůle nemocnému pomoci, ale nemají jim potřebné znalosti a informace.

V současné době není bohužel příliš obvyklé, aby lékař-psychiatr podával příbuzným o těchto otázkách obsáhlé informace, i když se situace v tomto ohledu nesporně zlepšuje. Pro příbuzné je také obtížné si tyto informace, podávané často odborným jazykem, delší dobu zapamatovat. Mnoho rodin se proto dlouhé měsíce potácí mezi nadějí a beznadějí, shání informace v lékařských knihách, kterým jen částečně rozumí, a bolestnou cestou pokusů a omylů hledá cestu k nemocnému člověku, který se pod vlivem duševní poruchy změnil.

**Cílem tohoto textu je poskytnout Vám srozumitelnou formou informace o tom, co je to »psychóza«, jaké má příčiny, průběh, prognózu a jak se dá léčit. Také Vám chceme poskytnout několik základních rad, čím můžete přispět k tomu, aby se psychický stav Vašeho příbuzného po propuštění z psychiatrické léčebny udržel co nejlepší. Vlastní rodina totiž může nejlépe poskytnout podporu člověku, který prodělal duševní nemoc, a umožnit mu, aby se zase vrátil do normálního života.**

Je samozřejmé, že informace v tomto textu nemusí plně vystihovat právě ty potíže a problémy, které má Váš příbuzný. Další poučení můžete získat z publikací, jejichž seznam je uveden na konci tohoto textu. Kromě toho můžete požádat o další informace lékaře, kteří o Vašeho příbuzného pečují. Jen při dobré spolupráci mezi lékařem, pacientem a jeho rodinou lze úspěšně léčit tak závažnou a složitou nemoc, jakou psychóza nesporně je.

## Kapitola 1

# CO JE TO PSYCHÓZA?

Pojmem »psychóza« označujeme skupinu závažných duševních nemocí, jejichž společným znakem je, že výrazně narušují psychické funkce. V důsledku toho nemocný odlišně vnímá svět kolem sebe i sebe sama a nedokáže odlišit, co se skutečně kolem něj děje a co je jenom jeho vlastní představa a fantazie. **Nedokáže tedy jasně rozpoznat, co je skutečnost a co ne.**

V mnoha případech přitom nemocný vůbec nemá pocit nemoci – považuje se za zcela zdravého a odmítá léčení. Dá se říci, že člověk postižený psychózou se dostává do svého vlastního, nereálného světa a ostatním lidem a skutečnému světu se odcizuje. Ostatní lidé přestávají nemocnému rozumět, nedokáží jeho jednání a projevy pochopit a on sám jim nedokáže vysvětlit, co se s ním děje. Psychický stav nemocného však není neměnný. Obvykle se u něj střídají období, kdy trpí výraznými příznaky psychózy – hovoříme o tzv. akutní **atace** psychózy –, s obdobími, kdy má jen nepatrné nebo vůbec žádné potíže – tato období označujeme jako **remise**.

## TYPY PSYCHÓZ

Jak jsme již uvedli, pod pojem »psychóza« zařazujeme více různých duševních nemocí.

Jsou to zejména tzv. »**symptomatické**« psychózy, jsou způsobené známými příčinami, které narušují činnost mozku. Sem patří psychózy, které jsou způsobeny otravou některými jedy nebo chronickým nadužíváním alkoholu či drog – mluvíme o tzv. **toxických psychózách**. Jiné psychózy jsou způsobeny degenerativními změnami mozku ve stáří, tzv. **involuční psychózy**. O těchto typech psychóz, jejichž příčiny jsou známé, však v tomto textu mluvit nebudeme. Jejich léčení i problémy s nimi spojené by si zasloužily samostatné pojednání. Existuje však skupina psychóz, jejichž příčiny dosud přesně neznáme. Dostupnými metodami nezjistíme žádné poškození mozku, i když jeho funkce je výrazně narušena. Proto tyto psychózy označujeme jako »**funkční**« nebo »**endogenní**« psychózy. A právě o těchto »funkčních« psychózách budeme dále pojednávat.

Klasifikace funkčních psychóz je dosud prozatímní a stále se vyvíjí. Pro zjednodušení si uvedeme čtyři hlavní typy funkčních psychóz:

- **schizofrenie**
- **maniodepresivní psychóza**
- **schizoafektivní psychóza**
- **paranoidní psychóza**

## Schizofrenie

V současné době převládá názor, že pod tímto pojmem se skrývá více typů duševních poruch, které však neumíme spolehlivě rozlišit.

Podle současné klasifikace rozlišujeme čtyři základní typy schizofrenie. Nejčastější je **paranoidní schizofrenie**. Při ní jsou nejvýraznějším příznakem **poruchy myšlení**, tzv. **bludy**, a **poruchy vnímání**, tzv. **halucinace**, obvykle sluchové (viz dále). Méně často se vyskytuje **simplexní schizofrenie**. Hlavní příznaky spočívají v tom, že se nemocný začne uzavírat do sebe, ztrácí zájem o svět kolem sebe, přestává o sebe dbát a mluví jen málo nebo vůbec ne. Dalším typem je **hebefrenní schizofrenie**, která se objevuje zvláště ve věku mezi 15. a 20. rokem. Postižený rovněž ztrácí zájem o svět kolem sebe, ale chová se klackovitě, nevhodně, necitlivě vůči druhým lidem, jeho nálada je nepřiměřená situaci a jeho řeč je často »šroubovaná«, nelogická a nesrozumitelná. Dnes již velmi vzácně se vyskytuje **schizofrenie katatonní**, při níž postižení zaujímají zvláštní, velmi bizarní polohy a jsou schopni v nich setrvat mnoho hodin, aniž by bylo možné s nimi navázat kontakt.

## Maniodepresivní psychóza

Hlavním příznakem je **změna nálady**, která není reaktivní, tj. nedá se vysvětlit tím, co nemocný prožil.

Častěji se objeví změna nálady ve smyslu **deprese** – nemocný je stále smutný, všechno vidí černě, z ničeho nemá radost, často se obviňuje kvůli maličkostem, má pocity beznaděje a pocit, že život pro něj ztratil cenu. V depresi se proto nezdědky objeví sebevražedné myšlenky, případně i sebevražedné jednání. Dalšími příznaky jsou ztráta chuti k jídlu a předčasné probouzení. Nejčastěji se postižený obvykle cítí ráno a dopoledne.

Méně častou poruchou nálady je **mánie**. Projevuje se nadměrnou veselostí a čínorodostí. Nemocný je přehnaně optimistický, na všechno si troufá, přeceňuje své schopnosti, do všeho se pouští, ale obvykle u ničeho nevydrží, protože začne dělat něco jiného. Málo spí, je velmi hovorný, často nerozumně utrácí peníze a je jen málo přístupný domluvě.

Řada nemocných trpí jen opakovanou depresí. Vzácněji se vyskytuje jen opakovaná mánie. U mnoha nemocných se objevují jak stavy deprese, tak stavy mánie. Proto oba tyto stavy zahrnujeme pod jednu nemoc.

## Schizoafektivní psychóza

Někteří nemocní trpí současně jak příznaky schizofrenie, tedy poruchami myšlení a halucinacemi, tak poruchou nálady, tedy depresí nebo mánií. Jsou jako by na pomezí obou výše popsaných nemocí, a proto u nich mluvíme o schizoafektivní psychóze. Zvláště na počátku schizoafektivní psychózy se kromě toho často objevují stavy zmatenosti a neklidu.

## **Paranoidní psychóza**

Pro tuto psychózu je charakteristická především porucha myšlení. Postižený začne být nevyvratně přesvědčen o něčem nereálném, například že druzí lidé jsou proti němu bezdůvodně nepřátelsky zaměřeni, že na něm provádějí nějaké pokusy, že jej okrádají, pomlouvají apod. Tomuto nevyvratnému mylnému přesvědčení říkáme blud. Přitom nejsou přítomny poruchy vnímání, např. sluchové halucinace, které by nemocnému vyhrožovaly. Mimo oblast svého bludného přesvědčení je nemocný schopen myslet a jednat zcela logicky.

## Kapitola 2

# PŘÍZNAKY PSYCHÓZ

Některé z nich jsme již stručně uvedli v předchozí kapitole. V této části je probereme podrobněji. Příznaky u psychóz můžeme rozdělit podle několika kritérií.

Jedním způsobem dělení je rozlišení na příznaky pozitivní a příznaky negativní.

**Pozitivní příznaky** se u zdravého člověka nevyskytují. Jsou jakoby něčím navíc. Patří sem bludy, halucinace, pocity ovládnutí aj.

**Negativní příznaky** se projevují tím, že nemocnému jakoby něco chybí, co zdravý člověk má, např. schopnost projevit nějaký cit, vůli něco udělat, projevit zájem o lidi kolem sebe apod.

Příznaky u psychóz můžeme také rozdělit podle toho, kterou složku psychiky narušují. Rozlišujeme tak poruchy chování, nálady, myšlení, vnímání, vůle, pozornosti a jiné.

### Poruchy chování

Změna chování je obvykle tím prvním, čeho si druzí na nemocném všimnou. Zpočátku se psychóza může projevovat tím, že se nemocný začne více uzavírat do sebe, na otázky odpovídá málo nebo vůbec ne, jeho odpovědi jsou obtížně pochopitelné. Někdy se začne vyhýbat společnosti druhých lidí, zvláště neznámých, přestane dbát o svou čistotu a pořádek a vydrží dlouhou dobu sedět a nic nedělat.

Někdy se nemocný chová podivně pod vlivem bludů, např. odmítá jíst, protože je přesvědčen, že jídlo je otrávené, brání druhým, aby se dívali na televizi, protože si myslí, že jej vysílání ovlivňuje, odmítá chodit ven, protože má pocit, že jej lidé na ulici sledují apod. Jindy je nemocný necitlivý vůči okolí, bez zjevné příčiny se směje se, pláče nebo se náhle rozčílí. Také se může stát, že nemocný přestane projevovat vůči druhým jakékoli city, na projevy druhých nereaguje, za nic nepoděkuje, zdá se, že je mu všechno lhostejné.

Navzdory vžitě představě o nebezpečnosti a nevypočitatelnosti duševně nemocných jsou tito postižení agresivní jen velmi vzácně. Obvykle to bývá v situacích, když nemají možnost odejít za situace, v níž se cítí nepříjemně (např. při hádce), nebo pod vlivem bludu, kdy se cítí ohroženi a brání se domnělým nepřítelům.

### Poruchy nálady

Již jsme se o nich zmínili při popisu maniodepresivní psychózy, při které jsou nejnápadnější. Vyskytují se však i u schizofrenie a u schizoafektivní psychózy.

Nálada se může změnit ve smyslu **deprese**. Nemocný je bez zjevné příčiny stále smutný, plačtivý, zdá se mu, že jeho život nemá cenu a že jej v budoucnosti již nic pěkného nečeká. Z ničeho se nedokáže radovat, obviňuje se pro maličkosti a často mívá sebevražedné myšlenky. Nejhůře se nemocný obvykle cítí časně ráno, kdy také hrozí největší nebezpečí realizace sebevražedných tendencí.

Opačnou poruchou nálady je **mánie**. Ta se projevuje stálou veselostí a zvýšenou aktivitou. Nemocný přeceňuje své schopnosti, dělá si velké plány a nepřipouští, že by se mu mohlo něco nepodařit. Mluví zrychleně a nahlas, málo spí, zrychleně se pohybuje, pouští se do mnoha věcí najednou, ale u žádné nevydrží a není příliš přístupný rozumné domluvě. Často je nemocný v tomto stavu zvýšeně podrážděný a snadno se dostává do konfliktu se svým okolím. V depresi je zachován pocit nemoci, a pokud nemocný odmítá léčbu, je to z přesvědčení, že mu stejně není pomoci. V mánii se nemocný naopak cítí velice zdravý, spokojený a jakékoli léčení většinou odmítá. Toho se však obvykle dožadují členové rodiny.

### **Poruchy myšlení**

Jsou typické pro schizofrenii. Postižený člověk má pocit, že se mu myšlenky pletou a že nedokáže myslet jasně a uspořádaně. Někdy je přesvědčen, že se mu do hlavy dostávají myšlenky cizí, které nejsou jeho, že mu je tam umisťuje nějaká cizí síla, např. nějaký vysílač.

Jindy slyší nemocný své myšlenky nahlas, jakoby je někdo vedle něj vyslovoval, a je přesvědčený, že i ostatní mohou slyšet, co si myslí. Někdy má nemocný pocit, že má v hlavě úplně prázdno a někdy si to vykládá tak, že mu nějaká cizí síla myšlenky z hlavy odebírá.

Postižený člověk pak mluví zmateně, spojuje věci a myšlenky, které nemají žádnou souvislost, případně se náhle zarazí a přestane mluvit vůbec. Proto je mnohdy obtížné se s ním domluvit a pochopit, co chce říci.

Dalším druhem poruch myšlení jsou tzv. **bludy**. Nemocný je nevyvratně přesvědčen o něčem, co je zjevně nesmyslné, ale nedá si to nijak vymluvit. Běžným událostem připisuje zvláštní význam. Je např. přesvědčen, že jej sleduje policie; že má v bytě kamery, které jej filmují; že lidé kolem něj mají nějaké zvláštní poslání, buď mu pomáhat, nebo mu škodit. Jindy je nemocný přesvědčen, že on sám má nějaké zvláštní schopnosti a že na něm závisí osud lidstva nebo že má zvláštní poslání od Boha apod. Někdy je nemocný přesvědčen, že zavinil nějaké neštěstí a zasluhuje potrestání. Bludné přesvědčení může mít řadu forem a nemocný podle něj často jedná - podniká různá opatření na obranu proti domnělým úkladům, píše stížnosti na úřady, ve zcela vzácných případech i napadne domněle nepřátele.

Po odeznění akutní ataky psychózy si nemocný často uvědomí nesmyslnost svého přesvědčení a někdy má pocit, jako by se probudil ze zlého snu.

## Poruchy vnímání

Říkáme jim **halucinace**. Nemocný může slyšet, vidět a cítit věci, které ve skutečnosti neexistují.

Halucinace *sluchové* jsou nejčastější. Postižený slyší buď určité zvuky (zvonení, pískání), nebo tzv. »hlasy«, které si o nemocném povídají, kritizují jej, někdy mu radí nebo vyhrožují. Nemocný jim někdy odpovídá, takže se ostatním zdá, že si povídá sám pro sebe. Jindy jim pouze naslouchá a řídí se podle nich.

Méně časté jsou u funkčních psychóz ostatní druhy halucinací: *zrakové*, kdy nemocný vidí věci, které nejsou; *čichové*, při nichž nemocný cítí různé zápachy a z toho pak může vyvodit např. to, že jej někdo chce otrávit plynem nebo že on sám nepříjemně zapáchá; *taktilní* – nemocný cítí na kůži pálení, mravenčení, štípání, a pak si třeba myslí, že je na dálku ozařován; *chutové* – nemocný má dojem, že »jídlo jinak chutná« a může si myslet, že je otrávené.

## Poruchy vůle

U schizofrenie má nemocný někdy dojem, že jeho vlastní vůle je **nahrazena cizí vůlí**. Případá si pak jako loutka nebo robot, ovládaný na dálku. Má dojem, že to co dělá, nedělá on sám, ale že »ono to dělá« nezávisle na jeho vůli. Může z toho pak dojít například k závěru, že je posedlý zlým duchem nebo že je vlastně někdo jiný, cizí.

Jindy se u nemocného projevuje spíše **ztráta vůle**, neschopnost se k něčemu rozhodnout, něco si naplánovat, něco udělat. Nemocný ztrácí zájem o věci, které jej dříve bavily, stahuje se do sebe, nemá zájem o druhé lidi a to ani o své nejbližší, nedokáže jim projevit své city a má sklon stahovat se do samoty. Nejde přitom o projev lenosti, neochoty ani zlé vůle. Není to ani, jak se nemocní i jejich příbuzní někdy domnívají, následek užívání léků. Jde o projev nemoci, stejně jako bludy nebo halucinace.

## Poruchy pozornosti

Člověk, trpící psychózou, mnohdy ztrácí schopnost soustředit se na sledování jen určitých podnětů a nevnímat si podnětů ostatních. Pro zdravého člověka není např. problém soustředit se v hovoru na to, co mu druhý říká a nevnímat si např. zvuku televize ve vedlejší místnosti nebo hluku auta, které projelo pod oknem. Nemocný psychózou toto nedokáže, a proto jen obtížně sleduje, co mu druzí říkají. Stejně tak se zdravý člověk dokáže soustředit na problém, který potřebuje vyřešit, např. co nakoupit, co udělat k večeři apod. Nemocný však své myšlenky mnohdy takto uspořádat nedokáže. To, nač se snaží myslet, je rušeno myšlenkami, které nemá pod kontrolou.

Někdy je mysl nemocného zaplavena velkým množstvím vjemů a myšlenek, v nichž se nedokáže orientovat, nedokáže je kontrolovat a vyvolávají v něm zmatek a úzkost. Řada projevů nemocného – zmatená řeč, zvláštní chování



a jeho snaha stáhnout se do samoty – je způsobena právě touto neschopností ovládat vlastní pozornost a myšlení.

### **Další příznaky**

Psychóza se často projevuje ještě jinými, tzv. **nespecifickými příznaky**, které se objevují zvláště na počátku a při odeznívání akutní ataky. Říkáme jim tak proto, že se mohou vyskytovat i u lidí trpících jinými psychickými poruchami nebo přechodně i u lidí zcela zdravých.

Velmi časté jsou *poruchy spánku*. Nemocný obtížně usíná, brzy se budí a někdy i několik nocí po sobě skoro nespí. **Je to jeden z nejčastějších příznaků, upozorňujících na nebezpečí opětovného zhoršení psychického stavu.**

Může se též objevit *změna chuti k jídlu*, ať již ve smyslu nechutenství (což je častější) nebo naopak nadměrné chuti k jídlu.

U řady nemocných se před propuknutím vlastních psychotických příznaků objeví *období zvýšené podrážděnosti a hádavosti*. Jindy má nemocný neurčitý *dojem, že se kolem něj děje něco divného*, čemu nerozumí, že se mění svět kolem něj, takže se v něm nevyzná tak jako dřív. Z toho často pramení *pocity úzkosti a zmatku*.

Všechny tyto »nespecifické« příznaky se mohou projevit během života téměř u každého člověka a neznamenalí, že je ohrožen psychózou. Pokud však někdo již psychózu prodělal, měl by tyto příznaky chápat jako varovné signály, že se jeho psychický stav zhoršuje a informovat o nich svého lékaře.

Myslíme si, že si nyní dokážete lépe představit, jak je pro člověka, který trpí některými z popsaných příznaků, obtížné, aby zvládl požadavky běžného života. Jeho duševní pochody jsou narušeny, takže se obtížně orientuje ve vnějším světě i sám v sobě. Je pochopitelné, že nedokáže chodit do práce, vykonávat domácí povinnosti, udržovat běžné vztahy s druhými lidmi, pěstovat své záliby a někdy nezvládá ani péči sám o sebe.

V době onemocnění psychózou potřebuje nemocný jak odborné léčení, tak pochopení, toleranci a podporu ze strany svých nejbližších.

### **Jak stanovujeme diagnózu psychózy**

V současné době nemáme k dispozici žádné tzv. objektivní vyšetření, které by umožnilo rychle a jednoznačně tuto diagnózu stanovit. Nepomůže nám rentgen, vyšetření krve, moči ani žádné jiné laboratorní testy.

Diagnózu tedy stanovujeme na základě psychiatrického vyšetření. Jeho základ spočívá v rozhovoru s nemocným a v pozorování jeho chování. Velmi mohou pomoci také údaje od lidí, kteří nemocného dobře znají a mohou lékaři popsat, v čem se jeho chování změnilo. V určení diagnózy také pomáhají speciální psychologické testy.

Stanovit diagnózu psychózy není jednoduché a trvá to poměrně dlouho. Někdy ani po úspěšném vyléčení první akutní ataky psychózy nedospějí lékaři k jed-

noznamenému závěru o jaký druh psychózy vlastně šlo a teprve další průběh nemoci – zda se znovu opakuje a zda zanechala nějaké trvalé následky – pomohou k upřesnění diagnózy.

### **Jak časté jsou psychózy?**

Psychózy nejsou nijak vzácná onemocnění. V průběhu života onemocní psychózou přibližně 2–4 % lidí.

**Schizofrenie** postihují 1–2 % lidí a jsou stejně časté u mužů i u žen. Začínají nejčastěji mezi 16. a 35. rokem života, přičemž u žen obvykle začínají o něco později a mívají i příznivější průběh.

**Maniodepresivní psychóza** postihuje 0,5–1 % lidí, je třikrát častější u žen než u mužů a začíná obvykle mezi 25. a 35. rokem života.

Údaje o tom, jak často se vyskytuje **schizoafektivní psychóza** se u různých autorů velmi liší, protože kritéria jejího stanovení nejsou tak jasně určena, jako je tomu u ostatních psychóz. Snad postihuje o něco častěji ženy než muže.

**Paranoidní psychóza** je vzácné onemocnění a četnost jejího výskytu nepřesahuje 0,1 %.

# PŘÍČINY PSYCHÓZ

Hned na počátku této kapitoly musíme uvést, že v současné době máme ještě velké mezery ve znalostech, co je vlastně příčinou toho, že určitý člověk v určitém věku onemocní psychózou. Přitom však víme nesrovnatelně více, než jsme o této otázce věděli ještě před 20–30 roky. Výzkum v této oblasti probíhá velmi intenzivně, takže lze očekávat, že se naše znalosti v dohledné době opět rozšíří.

Podle současných představ není psychóza způsobena jedinou příčinou, ale spíše společným působením řady dílčích příčin. Některé z nich jsou **vrozené**, zděděné, jiné jsou způsobeny **vlivy prostředí**, v němž nemocný žije, a **událostmi**, které během života prožívá.

Podle současných teorií jsou vlastní příznaky psychózy způsobeny **narušením určitých chemických pochodů v některých částech mozku**.

Podle jedné z teorií je při **schizofrenii** v některých částech mozku nadbytek látky zvané *dopamin*. Tato látka slouží k přenosu informací mezi jednotlivými nervovými buňkami. Podle této teorie je v důsledku nadbytku dopaminu v mozku přenášeno současně příliš velké množství informací, takže je mozková kůra nedokáže správně zpracovat, rozlišit důležité zprávy od nepodstatných, ani rozlišit informace přicházející z jiných částí mozku od informací přicházejících zvenku. Nemocný pak nedokáže odlišit např. vlastní myšlenky od toho co slyší, nedokáže se vyznat v sobě ani v okolním světě.

Tato teorie se však dnes již považuje za příliš zjednodušující a novější teorie předpokládají současnou poruchu funkce i dalších látek v mozku, např. serotoninu.

Při **depresi** se zjistilo, že v určitých částech mozku je *nedostatek* látek zvaných *noradrenalin* a *serotonin*, což vede k nedostatku aktivity a pocitům smutku.

Naopak při **mánii** se předpokládá *nadbytek noradrenalinu* v mozku.

Přes tyto poznatky je ovšem nutné přiznat, že naše představy jsou dosud velmi obecné. Nevíme, které chemické pochody a v kterých částech mozku jsou při psychózách narušeny, ani jak spolu souvisejí jednotlivé příznaky a změny v množství uvedených látek v mozku. Existuje o tom řada různých teorií, které pro jejich složitost nebudeme uvádět.

Základní otázkou však zůstává, co je vlastní příčinou vzniku poruch těchto chemických pochodů v mozku.

Nejrozšířenější současná teorie předpokládá, že k propuknutí psychózy dochází tehdy, když jsou lidé, kteří mají vrozenou vlohu k psychotickému onemocnění, vystaveni nadměrné zátěži z okolního prostředí.

V současné době se považuje za prokázané, že **určitá vloha k onemocnění psychózou se dědí**. V řadě studií se prokázalo, že zatímco v běžné populaci je riziko onemocnění schizofrenií asi 1–2 %, pak partnerům, z nichž jeden trpí schizofrenií, se narodí dítě, které později onemocní schizofrenií, asi v 10 % případů. Pokud trpí schizofrenií oba rodiče, je riziko onemocnění u jejich dětí asi 40–50%.

Studium jednovaječných dvojčat (jedinci, kteří mají zcela shodnou genetickou výbavu) ukázalo, že pokud jedno z dvojčat onemocní schizofrenií, pak riziko onemocnění u druhého dvojčete je asi 50%. Z toho je možno usoudit, že asi poloviční váhu při vzniku schizofrenie má dědičný základ. Znovu ovšem opakujeme: **dědí se vloha, náchylnost k nemoci, nikoli nemoc sama!**

Stále totiž zbývá k vysvětlení druhá polovina – příčiny, které způsobují, zda nemoc opravdu propukne a kdy. Zdá se, že těchto příčin je celá řada.

Riziko vzniku psychózy během života zvyšují takové události, jako je těžký průběh porodu, těžké onemocnění v průběhu raného dětství, špatná výživa a neutešené rodinné podmínky během dětství - prostě vše, co může nějakým způsobem narušit normální rozvoj činnosti mozku. Znovu ovšem zdůrazňujeme: tyto faktory jsou pouze přídatné! V žádném případě je nelze považovat za jedinou příčinu toho, že člověk v pozdějším věku onemocní schizofrenií či mani-depresivní psychózou. A naopak – psychózou mohou onemocnět i lidé, kteří během dětství vyrůstali ve zcela bezproblémovém prostředí.

V poslední době byla věnována velká pozornost výzkumu faktorů, které vedou k vlastnímu propuknutí onemocnění. Zdá se, že rozhodujícím faktorem, vedoucím ke vzniku akutní ataky psychózy, je nějaká psychická zátěž čili **stres**. Ukazuje se, že lidé s vrozenou náchylností ke vzniku psychózy jsou ve srovnání s ostatními lidmi méně odolní vůči stresu.

Tímto stresem mohou být jak určité jednotlivé události (jako je úmrtí někoho blízkého, studijní zátěž, ztráta zaměstnání, rozvod, u žen těhotenství a porod), tak déletrvající životní situace, v nichž se člověk musí přizpůsobit změně svého dosavadního životního stylu (například období dospívání, osamostatnění se z původní rodiny a zakládání rodiny vlastní).

Člověka s vlohou k onemocnění psychózou také ohrožuje v jeho duševní rovnováze, pokud žije v prostředí, kde panuje napětí a hádky, když jej druzí spíše kritizují, než aby jej pochválili a když s ním nemluví přímo a jasně, ale spíše očekávají, že se sám domyslí na základě různých náznaků a nepřímých poznámek. Také mu neprospívá, když s ním druzí jednájí jako s nedospělým dítětem, dělají všechno za něj a neberou zřetel na jeho názory, nerespektují jeho potřebu soukromí a samostatnosti.

Rodiče či jiné blízké osoby ovšem mohou člověku ohroženému psychózou velmi pomoci, aby se udržel v dobrém psychickém stavu, pokud mu dokáží poskytnout pomoc a podporu a vytvořit mu atmosféru bezpečí a klidu, kterou jinde než ve vlastní rodině jen těžko nalezneme.

# PRŮBĚH A PROGNOZA PSYCHÓZ

Průběh a prognóza psychóz se v posledních desetiletích, díky novým léčebným možnostem, výrazně změnily.

### Schizofrenie

Schizofrenie se dříve považovala za nemoc s velmi nepříznivou prognózou. Předpokládalo se, že nemoc probíhá v akutních atakách, během nichž se psychický stav nemocného prudce zhorší a tento zhoršený stav přetrvává až do další ataky. Vzhledem k malým možnostem léčby byl konečným výsledkem často stav chronicky duševně nemocného, který byl uzavřen ve svém vlastním psychotickém světě, neschopen navázat smysluplný kontakt s okolím a neschopen se o sebe postarat. **Tyto představy o neléčitelnosti a špatné prognóze schizofrenie přetrvávají u veřejnosti doposud, i když dnes už je situace podstatně jiná!**

V současné době lze říci, že **průběh i prognóza schizofrenie závisí u každého nemocného nejen na typu jeho nemoci, ale i na něm samotném, především na jeho spolupráci s lékařem a dodržování pravidelné životosprávy a užívání doporučených léků. Důležitý je také vliv rodinného a pracovního prostředí a životních událostí, které jej potkají.**

**Horší prognóza schizofrenie** je u nemocných mužů, u kterých se projeví:

- výskyt schizofrenie v blízkém příbuzenstvu
- nápadné povahové rysy již před onemocněním, jako je plachost, uzavřenost, agresivita
- začátek nemoci před 20. rokem života
- pozvolný, plíživý rozvoj příznaků
- převaha negativních příznaků – uzavřenost, nezájem o okolí
- vznik nemoci bez souvislosti s psychickou zátěží

Kromě těchto negativních faktorů však existují i **faktory, které průběh a prognózu schizofrenie ovlivňují příznivě:**

- dobrá spolupráce a vztah důvěry nemocného s lékařem
- pravidelná životospráva, pravidelné užívání léků podle rady lékaře
- klidné pracovní a rodinné prostředí, bez hádek, napětí a stresu
- vyhýbání se zátěžovým situacím, případně jejich úspěšné zvládnutí za pomoci příbuzných nebo lékaře (např. stěhování, úmrtí v rodině, změna zaměstnání apod.)

V současné době probíhá schizofrenie nejčastěji ve formě **akutních atak**, kdy se u nemocného projevují výrazné příznaky nemoci. Léčení ataky trvá obvykle

několik týdnů až měsíců. V této době nemocný často vyžaduje intenzivní ústavní péči. Po odeznění příznaků následuje období **remise**, trvající někdy řadu let a může být i doživotní. V této době je nemocný obvykle v péči ambulantního psychiatra a je do značné míry schopen zvládat běžné povinnosti doma i v zaměstnání.

Musíme ovšem upozornit, že po akutní fázi následuje vždy **fáze zotavovací**, která může trvat několik měsíců. V této fázi trpí nemocný především takovými příznaky, jako je zvýšená únavnost, nižší výkonnost, menší zájem o dění kolem sebe, zvýšená potřeba klidu a soukromí. Užívání udržovacích dávek léků tuto fázi zkracuje. Naopak předčasné přerušování užívání léků výrazně zvyšuje riziko propuknutí další akutní ataky schizofrenie.

Tímto způsobem, tedy **opakovanými atakami akutního onemocnění střídanými obdobími s minimálními nebo žádnými příznaky, probíhá schizofrenie u 50–60 % nemocných**. Menší psychická odolnost vůči stresu i ve fázi remise mnohdy vede k tomu, že nemocný nedokáže dosáhnout původní úrovně v zaměstnání a je méně výkonný i v běžném životě. Proto si musí hledat nenáročná zaměstnání, případně je mu přiznán invalidní důchod, a někdy jen s obtížemi plní roli matky či otce. Přesto je většina nemocných schopna se o sebe postarat a najít si způsob života, který uspokojuje jak je, tak jejich blízké.

Asi **u 10–15 % nemocných neustupují akutní příznaky ani po delším léčení**, nemocný zůstává uzavřen ve svém psychotickém světě a není schopen se o sebe postarat. Tito nemocní zůstávají pak více méně trvale odkázáni na péči druhých lidí, ať již v rodině, v psychiatrické léčebně nebo v ústavu sociální péče.

**U 20–30 % nemocných choroba po jedné nebo více akutních atakách odezní** a tito lidé žijí dále bez jakýchkoli zdravotních následků.

Dosud neumíme předpovědět, který průběh u kterého nemocného nastane. Přesto však z těchto údajů vyplývá, že **více než 80 % nemocných, kteří prodělali akutní ataku schizofrenie, se vyléčí natolik, že jsou schopni se o sebe postarat a vést uspokojivý život**. Prognóza je výrazně lepší u těch nemocných, kteří své nemoci porozumí, dobře spolupracují s lékařem, pravidelně užívají léky a žijí v klidném a tolerantním rodinném prostředí.

## **Maniodepresivní psychóza**

Maniodepresivní psychóza probíhá rovněž **ve fázích depresivní nebo manické nálady, které jsou střídány obdobími zcela bez příznaků**. Akutní fáze trvá od několika týdnů do 2–3 měsíců, období mezi fázemi se obvykle postupně prodlužují od půl do několika roků. Závažnost deprese i mánie bývá ve starším věku mírnější.

Depresivní fáze jsou asi třikrát častější než fáze manické. Někteří nemocní mají pouze depresivní fáze, méně časté je střídání pouze fází manických. Maniodepresivní psychóza obvykle nezanechává trvalé následky a po odeznění akutní fáze nemoci jsou nemocní bez potíží.

## **Schizoafektivní psychóza**

Průběh schizoafektivní psychózy je podobný, jako je tomu u maniodepresivní psychózy. Nemoc tedy probíhá **v akutních fázích**, které však **obvykle odezní bez následků**. Prognóza tohoto onemocnění je ve většině případů dobrá.

## **Paranoidní psychóza**

Průběh paranoidní psychózy je obvykle dlouhodobý a chronický, i když jsou známy případy úplného vyléčení. Bludná přesvědčení nemocného většinou však navzdory léčení úplně nezmizí, pouze se postupně snižuje jejich naléhavost. Cílem léčby v těchto případech není ani tak nemocného přesvědčit o nesprávnosti jeho bludného přesvědčení, ale naučit jej, aby podle nich nejednal a nedostával se tak do problémů a konfliktů s okolím.

## Kapitola 5

# LÉČENÍ PSYCHÓZ

Léčení psychóz vychází z našich současných znalostí o příčinách těchto nemocí. Vzhledem k tomu, že předpokládáme, že psychózy jsou způsobeny současně více příčinami, i jejich léčení provádíme současně několika způsoby: léky, elektrokonvulzivní terapií, psychoedukací a psychoterapií, rehabilitační a pracovní terapií.

## LÉKY

Základem léčení psychóz je v současné době v převážné většině případů podávání léků, které upravují narušené chemické pochody v mozku. Léky, podávané u psychóz, dělíme podle jejich účinku do několika skupin:

- neuroleptika
- antidepressiva
- lithium a biston
- léky, odstraňující nežádoucí účinky neuroleptik

Jako doplňující léky užívají nemocní i léky z dalších dvou skupin:

- anxiolytika
- hypnotika

### ■ Neuroleptika

Jsou to léky, snižující účinek dopaminu v mozku. Používají se hlavně při léčení schizofrenie, ale i u ostatních funkčních psychóz. Neuroleptik je celá řada. Mezi tzv. typická neuroleptika patří: CHLORPROMAZIN (Plegomazin), TISERCIN, THIORIDAZIN, PERFENAZIN, PROCHLORPERAZIN, CHLORPROTHIXEN, HALOPERIDOL, MODITEN, FLUANXOL, CISORDINOL a mnohá další.

V posledním desetiletí se objevily nové léky, tzv. atypická neuroleptika (nověji označována jako antipsychotika), které se liší především výrazně menšími nežádoucími účinky (viz dále). Patří sem: LEPONEX, DOGMATIL (Eglo-nyl), TIAPRIDAL, RISPERDAL a BURONIL.

Další nová neuroleptika-antipsychotika se připravují a zkoušejí, např. SERDOLECT a ZYPREXA. Snahou je vyvinout léky, které by měly co nejlepší léčebný účinek a co nejméně nežádoucích účinků.

### Hlavní a vedlejší (nežádoucí) účinky neuroleptik

Všechna neuroleptika mají velmi podobné **hlavní účinky**. Vedou ke zklidnění nemocného a k úpravě spánku. Myšlení nemocného se postupně upravuje



a zlepšuje se jeho schopnost soustředění. Bludy a halucinace zpočátku pod vlivem léků ztrácejí svou naléhavost, to znamená, že sice ještě trvají, ale nemocnému začínají být lhostejné, neobtěžují jej tolik a nemusí se podle nich řídit. Později většinou postupně zcela vymizí. Dá se říci, že díky neuroleptikům nemocný postupně vychází ze svého nereálného psychotického světa a vrací se zpět do světa skutečného.

Účinnost jednotlivých neuroleptik je srovnatelná, ale některému pacientovi více pomáhá jedno a jinému druhé. Tuto individuální účinnost a snášenlivost je zapotřebí vyzkoušet, předem ji předpovědět dosud nedokážeme. Neuroleptika více ovlivňují pozitivní příznaky psychóz (bludy, halucinace) než příznaky negativní (staženost, nezáměr, nechut do činnosti). Tzv. atypická neuroleptika–antipsychotika však účinněji ovlivňují i negativní psychotické příznaky.

Neuroleptika neužívají nemocní pouze v akutní atace nemoci, ale v nižších dávkách i v období remise, kdy již žádné příznaky nemají. To proto, že **neuroleptika mají výrazný preventivní účinek**, to znamená, že předcházejí nové atace psychózy. Opakovaně se prokázalo, že pacienti, kteří po odeznění akutních příznaků přestali užívat léky podle předpisu, do 1 roku v 70 % případů opět onemocněli akutní schizofrenií. U pacientů, kteří léky pravidelně užívali, došlo během 1 roku k akutnímu onemocnění schizofrenií jen ve 25–30 % případů. Z toho plyne, že **pravidelné užívání léků i po vymizení příznaků psychózy snižuje více než dvojnásobně riziko další ataky nemoci**. Je to podobné jako u řady dalších nemocí, například při cukrovce – nemocný musí brát léky ne proto, že by se cítil nemocný, ale proto, aby se jeho potíže nevrátily.

Jedním ze způsobů, jak zajistit, aby měl nemocný v těle trvale dostatečné množství léku, je injekční podávání dlouhodobě působících neuroleptik. U nás se užívají nejčastěji MODITEN, FLUANXOL, CISORDINOL a HALOPERIDOL v depotních formách. Tyto léky se podávají jednou za 2–5 týdnů po jedné ampulce. Mnoha nemocným tak odpadá starost s tím, aby si každý den pamatovali, že mají užít určitý počet tablet.

Kromě svých hlavních, léčebných účinků, však neuroleptika často mají ještě další účinky, kterým říkáme **vedlejší (nežádoucí)**. Tyto účinky mohou být pacientům někdy nepříjemné, většinou ale nejsou nebezpečné. Vyskytují se hlavně na počátku léčby a po určité době se i při nepřetržitém užívání zmírňují. Kromě toho máme k dispozici léky, které tyto nežádoucí účinky neuroleptik zmírňují a odstraňují.

### **Nejčastější vedlejší účinky neuroleptik:**

- zvýšená spavost
- závratě, zvláště při náhlé změně polohy
- ztuhlost těla a třes rukou
- vnitřní neklid, popocházení, poposedávání
- sucho v ústech

- svalové křeče, obvykle očních svalů («stropky»)
- rozostřené vidění
- zácpa nebo průjem
- u žen narušení menstruačního cyklu a výtok z prsů
- snížená sexuální reaktivita
- zvýšená citlivost na sluneční záření
- mimovolné pohyby jazykem, ústy či končetinami

Tyto nežádoucí účinky jsou u různých neuroleptik různě silné a nevyskytují se všechny společně. Například HALOPERIDOL vede častěji ke ztuhlosti a třesu, zatímco CHLORPROMAZIN způsobuje větší spavost a závratě.

Jednou z hlavních výhod novějších atypických neuroleptik-antipsychotik je to, že mají mnohem méně nežádoucích účinků, takže jejich užívání není pacientům tak nepříjemné. Zvláštní nežádoucí účinek, naštěstí velmi vzácně se vyskytující, byl zjištěn u LEPONEXU – u některých pacientů se snižoval počet bílých krvinek. Proto je nutné u pacientů, kteří užívají Leponex, pravidelně kontrolovat počet bílých krvinek.

Nežádoucí účinky neuroleptik se většinou postupně samy od sebe zmírňují. Kromě toho, jak se zlepšuje psychický stav nemocného, můžeme dávky neuroleptik snižovat, čímž mizí i jejich nežádoucí účinky. Pokud jsou nežádoucí účinky nemocnému hodně nepříjemné a trvají delší dobu, uvážíme vždy změnu podávaného neuroleptika. Různí nemocní totiž snášejí různá neuroleptika různě – lék, který jednomu pacientovi velmi vyhovuje, působí jinému velké nežádoucí účinky. **Ve spolupráci lékaře s pacientem je zapotřebí najít ten druh neuroleptika, který nemocnému nejvíce vyhovuje.**

Další možností je užívání léků, které tyto nežádoucí účinky neuroleptik zmírňují a odstraňují; pojednáme o nich samostatně.

**Dávku neuroleptika je rovněž nutno stanovit individuálně.** Musí být dostatečně vysoká, aby odstraňovala příznaky psychózy, a zároveň co nejnižší, aby nemocného neobtěžovaly nežádoucí účinky. K tomu je **nezbytná dobrá spolupráce nemocného s lékařem.** Je třeba, aby dokázal lékař popsat, jak na něj léky působí, a na druhé straně, **aby respektoval jeho pokyny**, zvláště pokud jde o jejich **pravidelné užívání.** Pokud totiž nemocný užívá léky nepravidelně, případně někdy dávku vynechá a pak se to snaží dohnat tím, že si vezme dávku vyšší, hlavní účinek léku je nižší a naopak nežádoucí účinky jsou výraznější. Nemocný musí vědět, že dávky neuroleptik je vždy nutné měnit postupně a že po každém snížení je zapotřebí vyčkat nějakou dobu, zda se psychický stav nemocného nezhorší. I tehdy, když je nemocný zcela bez potíží, je vhodné brát neuroleptika nejméně 1 rok a teprve pak uvažovat o jejich úplném vysazení.

**Na závěr ještě jednou opakujeme:**

**Neuroleptika nejen odstraňují akutní psychotické příznaky, ale při pravidelném užívání také brání tomu, aby se psychóza znovu projevila!**

## ■ Antidepresíva

Jsou to léky, které působí proti depresi. Zvyšují množství noradrenalinu a serotoninu v mozku. Existuje jich několik desítek druhů. U nás se v současné době nejčastěji užívají tato antidepresíva: MELIPRAMIN, AMITRIPTYLIN, PROTHIADEN, NOVERIL, ANAFRANIL (HYDIPHEN), LUDIOMIL, VIVALAN a další.

K novým antidepresívům s výrazně mírnějšími nežádoucími účinky patří SE-ROPRAM, DEPREX (PROZAC), FEVARIN, ZOLOFT a AURORIX. Tato nová antidepresíva mohou užívat i lidé, kteří trpí kromě deprese i dalšími chorobami, například nemocemi srdce nebo zraku.

I u antidepresív platí to, co u neuroleptik: lék, který je velmi účinný u jednoho nemocného, nemusí být tak účinný u jiného.

Nemocný musí vědět, že účinek antidepresív se neprojeví ihned po jejich podání, ale až po 10 až 14 dnech pravidelného užívání. Nemá proto smysl vzít si jednu tabletu antidepresíva, když se člověk cítí smutný. Při pravidelném užívání však antidepresíva vedou k postupnému vymizení depresivních pocitů a celkovou dobu deprese výrazně zkracují.

I typická antidepresíva mají řadu **nežádoucích účinků**, které sice nejsou nebezpečné, ale mohou být pro nemocného nepříjemné. Podobají se nežádoucím účinkům typických neuroleptik. Nejčastěji se objevuje sucho v ústech, rozostřené vidění, třes rukou, zácpa nebo průjem, kolísání krevního tlaku a u žen někdy narušení pravidelnosti menstruačního cyklu. Tyto nežádoucí účinky se často objeví dříve, než nastoupí hlavní antidepresivní působení léku, takže se nemocný může v prvních dnech léčby cítit hůř než předtím – deprese přetrvává a přidružily se nežádoucí účinky léků. Toto zhoršení však v žádném případě není důvodem k přerušování užívání léků. Nežádoucí účinky totiž během 2–3 týdnů vymizí a naopak teprve po této době se projeví příznivý účinek léků na náladu. Nemocný začne mít větší zájem o svět kolem sebe, přestane všechno vidět černě, začne mít chuť do práce, upraví se spánek a chuť k jídlu.

Vzácně někdy může dojít pod vlivem antidepresív k tzv. »přesmyku« z depresivní nálady přímo do mánie. Proto je důležité, aby byl nemocný pod kontrolou lékaře, který dávky léků upraví podle aktuálního psychického stavu.

## ■ Lithium a carbamazepin

Lithium se užívá jako lék u mánie, protože vede ke zklidnění nemocného, ale především jako lék, který zabraňuje výkyvům nálady jak do deprese, tak do mánie – tedy jako preventivní lék u maniodepresivní psychózy. U nás používáme přípravek LITHIUM CARBONICUM nebo pozvolněji účinkující CON-TEMNOL.

Lithium sice velmi účinně působí zklidnění průběhu maniodepresivní psychózy, ale vyžaduje úzkou spolupráci mezi lékařem a pacientem. Při předávkování

totiž může dojít k otravě lithiem, která se projevuje průjmem, svalovými záškuby a zhoršením vidění. Proto je nutné, aby u pacientů, kteří užívají lithium, se pravidelně jednou za 2–4 týdny kontrolovala hladina lithia v krvi.

Právě kvůli možným rizikům užívání lithia byly hledány jiné léky, které by měly podobný účinek a přitom byly bezpečnější. Zjistilo se, že u řady nemocných takto podobně působí karbamazepin (BISTON). Tento lék nemá výrazné nežádoucí účinky, ale u některých nemocných není tak účinný jako lithium. Podobně jako u ostatních léků, které podáváme u psychóz, je nutné i tyto léky brát dlouhodobě, a to i v době, kdy nemocný nemá žádné příznaky nemoci. Jejich účinek je totiž především preventivní.

### ■ Léky odstraňující nežádoucí příznaky neuroleptik

Podáváme je někdy nemocným, kteří neuroleptika kvůli výrazným nežádoucím účinkům špatně snášejí. Tyto léky odstraňují především pocity vnitřního neklidu, třes, ztuhlost svalů a křeče očních svalů. Nejčastěji se u nás používají AKINETON, PROTHAZIN a DEPARKIN.

### ■ Anxiolytika

Jsou léky, které snižují pocit napětí a úzkosti. U psychóz je podáváme jako doplňující léky pacientům, kteří trpí silnými stavy úzkosti. Nevýhodou anxiolytik je to, že při dlouhodobém užívání se jejich účinnost snižuje a může na ně vzniknout návyk. Mezi nejčastěji užívaná anxiolytika patří: DIAZEPAM, LE-XAURIN, NEUROL (Xanax), DEFOBIN a RIVOTRIL.

### ■ Hypnotika

Protože jedním z příznaků psychóz je narušený spánek, dostávají někteří pacienti léky zlepšující usínání – hypnotika. I u těchto léků dochází při dlouhodobém užívání ke snížení účinku a i na ně může vzniknout návyk. Vzhledem k tomu, že jejich účinek je často krátkodobý, nedokáží ovlivnit předčasné probouzení. Nejčastěji se u nás užívají tato hypnotika: ROHYPNOL, NITRAZEPAM, STILNOX.

### ■ Léky v těhotenství

Závěrem této stati bychom chtěli upozornit, že podobně jako u většiny ostatních léků, je i užívání léků pro léčbu psychóz nevhodné v těhotenství, protože mohou vést k poškození plodu. Proto je nutné, aby se ženy, které prodělaly psychózu a užívají léky, chránily před otěhotněním.

Pokud žena, užívající tyto léky, touží po dítěti, je zapotřebí se poradit s psychiatrem. Ten zváží, zda její zdravotní stav je natolik stabilizován, že je možno léky vysadit. Těhotenství, porod a péče o malé dítě představuje však i pro zdravou ženu značnou psychickou zátěž, a tím spíše pro ženu s »křehčími« nervy. Zvláště u žen, které již prodělaly více atak psychózy, je riziko spojené s tě-

hotenstvím velmi vysoké. Nároky, spojené s péčí o dítě (případně o více dětí), v mnoha případech vedou dříve nebo později k nové atace onemocnění.

## **ELEKTROKONVULZÍVNÍ TERAPIE**

Jde o velmi účinnou metodu léčby, zvláště u deprese. Laické označení této léčby – »elektrošoky« – je nešťastné a zavádějící, protože v lidech často vzbuzuje nepříjemné představy a obavy. Existuje i zcela mylná představa, že jsou dávány nemocným »za trest«. Je zajímavé, že nejpozitivněji hodnotí elektrokonvulzivní terapii ti, kteří ji skutečně podstoupili a kterým pomohla, zatímco ti, kteří o ní nevědí skoro nic, ji často předem odmítají.

Ve skutečnosti nejde o žádný »šok« pro nemocného. Tato léčba se dnes provádí tak, že nemocný dostane injekci, která jej uspí, a teprve potom se krátkým, asi 0,5 sekundy trvajícím elektrickým výbojem podráždí určitá nervová centra v mozku.

Elektrokonvulzivní terapie je zvláště účinná u depresí. Její účinek se projevuje již po několika dnech a to i u těch nemocných, jejichž stav se po antidepresívech delší dobu nelepšil. Velkou pomocí je především pro těžce depresivní nemocné, u kterých hrozí vysoké riziko sebevražedného jednání.

U schizofrenie je účinnost elektrokonvulzivní terapie nižší. Někdy však po ní dojde k vymizení nezájmu, staženosti a uzavírání se do vlastního psychotického světa.

Pro nemocného je výkon naprosto nebolestivý a jediným nežádoucím účinkem, na který si nemocní někdy stěžují, jsou dočasné výpadky paměti, které však během několika dnů zase vymizí.

## **PSYCHOEDUKACE A PSYCHOTERAPIE**

Jsou to další léčebné metody, používané při léčbě psychóz. Vychází se při nich z poznatku, že psychóza často propuká pod vlivem nějaké zátěžové situace, nějakých problémů, např. v práci nebo v rodině. Dále vychází z předpokladu, že čím dříve se začne akutní ataka psychózy léčit, tím snadněji se jí podaří zvládnout. Proto je důležité, aby nemocný svým potížím co nejlépe porozuměl. Pokud si uvědomí, že je nemocný a jak se jeho nemoc projevuje, dokáže sám rozpoznat, že se jeho stav horší a včas vyhledat odbornou pomoc.

**Psychoedukační programy** se zaměřují především na podávání informací nemocným i jejich příbuzným. Tyto informace jsou základním předpokladem, aby nemocný a jeho rodina dokázali příznakům psychózy lépe porozumět a aby byli schopni a ochotni v léčbě spolupracovat s lékařem.

Snažíme se tedy, aby nemocný získal na svou nemoc tzv. »náhled«, aby byl schopen o svých prožitcích a příznacích otevřeně mluvit a aby byl ochoten spolupracovat s lékařem při jejich zvládnání.

Jedním z nejnovějších psychoedukačních programů o schizofrenii je PRELAPSE, doporučený Světovou zdravotnickou organizací a podporovaný Nadací Lundbeck. Je určen jak pacientům, tak i jejich příbuzným a sestává z 8hodinových setkání, během nichž se účastníci dozvědí důležité informace o tom, jak se schizofrenie projevuje, jaký je její průběh a prognóza, jak se léčí a jak lze předcházet návratu (relapsu) psychotických příznaků. Cílem programu je zlepšit spolupráci mezi lékaři, pacienty a rodinou a snížit výskyt relapsů schizofrenie.

**Psychoterapie** psychóz vychází z poznatku, že *»léky odstraňují příznaky, ale neodstraňují problémy.«* Cílem psychoterapie je tedy nemocným pomoci při řešení jejich životních problémů. Během psychoterapie se o těchto problémech nejen hovoří, ale také se prakticky zkouší, jak co nejlépe zvládnout určité životní situace, které pro člověka, který prodělal psychózu, mohou být dosti psychicky náročné, např. jak začít rozhovor; jak se vyhnout hrozící hádce; jak reagovat na dotazy známých po návratu z léčení apod. V psychoterapii probíráme s nemocnými jejich rodinné vztahy, jejich budoucnost, mluvíme o situacích, kterých se obávají, na co se těší atd.

Obvykle se provádí tzv. **skupinová psychoterapie**. Jeden nebo dva terapeuti se scházejí se skupinou pacientů a během 1–1,5 hodiny probíhá diskuse na určité téma, do které se mohou zapojit všichni přítomní. Nemocní na skupině často mluví o svých potížích a problémech, které do té doby úzkostlivě tajili, zvláště když slyší, že podobné příznaky nebo problémy prožil i někdo jiný ve skupině. Nemocní často také dokáží dobře rozpoznat nereálnost bludných přesvědčení u druhých členů skupiny, i když k vlastním bludů nejsou kritičtí. Když zjistí, že i druzí se např. cítí sledováni, že se cítí být pod vlivem cizí síly nebo že slyší hlasy apod. často po nějaké době dospějí k názoru, že i u nich samotných se jedná spíše o projev nemoci než o skutečnost. Nemocný, který nemá pocit nemoci, často přijme názor, že by se měl ještě nějakou dobu léčit a že léčení potřebuje spíše od spolupacientů než od lékaře nebo příbuzných. Nemocní, kteří již mají s psychózou více zkušeností, také předávají své poznatky těm, kteří se dosud ve své nemoci nevyznají a neví jak jí čelit. Na skupině se často diskutuje o lécích, proč je nutné je užívat, jaké mají hlavní a nežádoucí účinky.

Kromě těchto skupinových diskusí využíváme v psychoterapii i další metody. Jednou z nich je **psychodrama**: pacienti přehrávají scénky, které se jim v životě staly, nebo do kterých se v blízké budoucnosti mohou dostat. Přitom jednak prožívají minulé zkušenosti a jednak se učí, jak v budoucnu tyto situace lépe zvládnout. Rady a postřehy jim k tomu poskytují ostatní členové skupiny.

Další metodou je **psychogymnastika**. Pacienti vyjadřují různé nálady a prožitky beze slov, jen pomocí mimiky, gest a pohybů. Tento způsob vyjadřování je mnohdy snadnější pro nemocné, kteří jsou ještě hodně uzavřeni do sebe a mají obavy mluvit před ostatními.

Dalšími metodami jsou **arteterapie** – využití malby k vyjádření prožitků; a **muзикoterapie** – poslech vhodně volené hudby nebo vyvolání příjemných emočních prožitků pomocí hry na jednoduché hudební nástroje.

Při všech těchto metodách jde o to, aby nemocný postupně odlišil svůj vnitřní svět od světa vnějšího a aby dokázal opět navázat kontakty s lidmi kolem sebe.

## **REHABILITACE A PRACOVNÍ TERAPIE**

Důležitou složkou při léčení psychóz je též **pravidelný denní režim**, ve kterém se nemocný snadno vyzná. Nezbytná je dostatečná doba spánku, pravidelná doba vstávání a uléhání, podávání léků a jídla. Tím dochází k úpravě tzv. »biorytmů,« které bývají během psychózy vážně narušeny.

Kladnou úlohu má též klidná a uvolněná atmosféra na oddělení, kde na nemocného nedoléhají starosti a povinnosti běžného dne. Přitom je ovšem nutné dbát na to, aby se nemocný během dne v rámci svých schopností zabýval nějakou činností, která odvádí jeho pozornost od chorobných myšlenek a představ, zlepšuje jeho schopnost soustředění a při které se udržuje v kontaktu s druhými lidmi.

K těmto účelům slouží tzv. **pracovní terapie**, během níž se nemocní zaměstnávají různou nenáročnou činností, jako je pletení, vyšívání, kreslení, práce na zahradě nebo zhotovování výrobků z proutí. Nemocný tak postupně nenásilnou formou znovu získává schopnost zapojit se do běžných činností, domluvit se a spolupracovat s ostatními, zajímá se o svět a o lidi kolem sebe.

# RODINA A DUŠEVNĚ NEMOCNÝ

Z toho, co jsme dosud uvedli, vyplývá jeden velmi důležitý závěr: **Průběh duševní nemoci a celkový psychický stav nemocného závisejí do značné míry na tom, v jakém prostředí nemocný žije.**

Protože příčina psychóz není dosud objasněna, uvažovalo se v minulosti i o tom, že by jejich kořeny mohly ležet v nevhodné výchově nebo ve špatných vztazích v původní rodině. Tyto teorie jsou však dnes považovány za překonané. **Neprokázalo se, že by rodinné prostředí bylo příčinou vzniku psychického onemocnění.** Na druhé straně je však jednoznačně prokázáno, že **rodinné prostředí má významný vliv na průběh duševního onemocnění.**

**Rodina tedy může člověku, který prodělal psychózu, velice pomoci,** aby se cítil dobře, a aby se příznaky jeho nemoci nevrátily. K tomu je ovšem zapotřebí, aby členové rodiny věděli, jak se mají vůči nemocnému po propuštění z léčení chovat, které věci mu prospívají a které naopak mohou vést ke zhoršení jeho psychického stavu. Rodina by také měla vědět, jak reagovat na chování nemocného, které je způsobeno jeho nemocí a které ostatním vadí, aby to nevedlo k hádkám a napětí, které neprospívá ani nemocnému, ani ostatním členům rodiny.

V době, kdy je nemocný propuštěn z léčení, obvykle netrpí akutními příznaky psychózy, jako jsou bludy nebo halucinace, není výrazně depresivní a dá se s ním rozumně domluvit. Na první pohled se může zdát, že je zcela zdravý a že je schopen zvládat problémy každodenního života stejně dobře jako dřív.

Toto zdání je ovšem mnohdy klamné. Po odeznění akutní fáze psychózy následuje období zotavování, které často trvá i řadu měsíců. V tomto období je nemocný stále zvýšeně psychicky labilní a obtížně zvládá zvýšené tělesné i psychické zatížení. Navenek se to projevuje třeba tím, že má sklon více polehávat, má menší zájem o věci kolem sebe, vyhýbá se domácím pracím a stahuje se více do sebe a do samoty. Ze zkušenosti víme, že tyto projevy někdy vadí ostatním členům rodiny více než akutní projevy psychózy. Nepovažují je totiž za následky nemoci, ale myslí si, že se nemocný nesnaží, že je líný, snaží se jej povzbuzovat, pobízejí jej k činnosti, kritizují jej za to, co neudělal, někdy to považují za schválnost z jeho strany.

Na tyto výčitky nemocný často reaguje podrážděně, neodpovídá, zavírá se o samotě apod. Tyto konflikty pak vedou v rodině k napětí, podrážděnosti a někdy až nepřátelství. Musíme znovu zdůraznit, že právě taková atmosféra je pro psychicky labilního člověka velmi škodlivá a může způsobit opětovné zhoršení jeho stavu.



Kromě této »vyčítavé« reakce se setkáváme ještě s jiným typem chování ostatních členů rodiny vůči člověku, který se vrátil z léčení na psychiatrii. Nekritizují jej, ale chovají se k němu jako k malému dítěti, tj. nic po něm nevyžadují, udělají všechno za něj, ve všem se jeho přáním podvolují, a to i nesmyslným přáním, které vyplývají z jeho nemoci. Někdy se snaží sáhodlouze vysvětlovat nemocnému nesmyslnost jeho bludných přesvědčení, jindy nerespektují jeho potřebu samostatnosti a soukromí, ve všem za něj rozhodují, považují jej za neschopného pochopit, co je pro něj nejlepší - krátce řečeno, myslí a jednají za nemocného.

Jakkoli je tato snaha ochránit nemocného před všemi problémy pochopitelná, nemocný na tuto přemrštěnou péči často reaguje podrážděně, protože cítí, že se s ním nejedná přiměřeně jeho věku. To vede u ostatních členů rodiny k pocitům nevďěku a křivdy, v rodině opět vzniká atmosféra napětí a vzájemných výčitek, což může duševní stav nemocného zhoršit.

Z předchozích řádek by se mohlo zdát, že situace lidí, žijících s duševně nemocným v úzkém kontaktu, je neřešitelná: škodí mu jak kritika, tak nadměrná péče z jejich strany. Naštěstí však víme, že existuje řada rodin, kde se naučili příbuzní žít s nemocným ve vzájemné shodě tak, aby to bylo přijatelné pro obě strany.

**Jak tohoto stavu dosáhnout? Cílem úsilí všech členů rodiny musí být vytvoření klidné a tolerantní atmosféry, v níž může každý říci svůj názor a kde se problémy řeší v klidu, bez napětí a hádek.**

Jedním z prvních předpokladů k dosažení tohoto cíle může být to, že **rodina sníží svá očekávání** ohledně toho, co je nemocný po propuštění z léčení schopen zvládnout. Je nutné si uvědomit, že nemocný má za sebou často několik měsíců pobytu v léčebně, kde je úplně jiný režim a jiné nároky, a proto potřebuje určitou dobu, aby si zvykl na život doma. Tento přechod představuje pro něj velkou zátěž, a proto nemocný v této době potřebuje zvýšenou toleranci ze strany okolí.

Zvláště pokud nemocný nastoupí znovu do zaměstnání, je zapotřebí počítat s tím, že se bude vracet unavený a bude mít tendenci polehávat a stahovat se do samoty. Často je též nutné změnit i dlouhodobé životní plány, jako je studium, svatba, narození dalšího dítěte apod. Všechny tyto problémy je vhodnější odsunout na pozdější dobu, kdy už se bude nemocný cítit silnější a schopnější je zvládnout.

Je důležité, aby se členové rodiny naučili **rozpoznat, které události představují pro nemocného zvýšenou zátěž**. Řada příbuzných dokáže již z výrazu tváře nebo z chování nemocného poznat, že mu něco vadí, že je napjatý a nervózní. Těmto situacím, které nemocného rozrušují, je pak lépe se vyhýbat. Pokud to není možné, pak je dobré na ně nemocného předem upozornit, aby se na ně mohl připravit, např. návštěva známých, rodinná oslava, nutnost odcestovat apod.

Vzhledem k tomu, že nemocný má často problémy se zpracováním většího množství informací z okolí, žije se mu lépe v prostředí, kde panuje určitá pravidelnost, určitý řád, takže ví, kdy co může očekávat. Nejde o to, aby se život domácnosti řídil kvůli nemocnému podle nějakého striktního rozvrhu hodin, ale přece jen je pro nemocného vhodnější, když žije v prostředí, kde se věci nedělají každý den jinak. Je dobré, když v rodině vládne pravidelnost v takových věcech, jako je doba na jídlo, doba vstávání a uléhání, doba odchodu do práce a návratu z práce apod. **Pravidelný režim dne a rozumná životospráva velmi napomáhá k udržení dobrého psychického stavu.**

Je také důležité, **jakým způsobem se s nemocným mluví.** Je třeba mít na paměti, že **potřebuje jasné a srozumitelné informace, podané klidným a přátelským způsobem.** Nemocný má často problémy s pochopením toho, co se po něm chce, když se na něj mluví příliš rychle a v příliš dlouhých větách. Rovněž rozčilený a příliš hlasitý tón hlasu může vést k tomu, že se nemocný rozruší a není pak schopen vnímat, co se mu druzí snaží říci. Je dobré se přesvědčit, že nemocný skutečně porozuměl tomu, co mu bylo řečeno. Samozřejmě, že je velice důležité, aby jednotliví členové domácnosti říkali nemocnému přibližně totéž a měli na něj podobné požadavky, aby nepropadal zmatku a nejistotě, komu z rodiny má vlastně věřit.

Jakékoli hádky a neshody mezi členy domácnosti by se měly odehrávat bez účasti nemocného, pokud se jeho psychický stav nemá zhoršit.

Někdy mají příbuzní pocit, že nemocný reaguje podrážděně, ať mu řeknou cokoliv. V takovém případě je lepší rozhovor přerušit a navrhnout jeho odložení až do doby, kdy se všichni uklidní. Než se s nemocným pohádat, je lepší odejít z místnosti nebo převést řeč na jiné téma.

Vzhledem k tomu, že nemocný má často v období rekonvalescence tendenci uzavírat se do sebe, je zapotřebí najít rozumnou míru v tom, jak se jej ostatní snaží **zapojit do rodinného života.** Tento problém je nutno řešit v každé rodině individuálně, ale obecně snad lze říci, že členové rodiny by měli dát nemocnému najevo, že o něj stále mají zájem, nabídnout mu, zda se nechce zapojit do nějaké činnosti v domácnosti nebo do rozhovoru, ale nenutit jej násilím, když to odmítá a když se na to necítí. Nejdůležitější (a zároveň nejtěžší) je prostě »být tady,« aby měl nemocný možnost sám se rozhodnout, kdy se chce zapojit a kdy ne.

Z toho, co nám nemocní říkají, víme, že sám **fakt, že někdo onemocněl duševní nemocí, vede** u řady z nich **k pocitům méněcennosti a deprese.** Tyto pocity jsou často ještě zvyšovány necitlivými poznámkami lidí, s nimiž se setkávají např. na pracovišti, o »bláznech,« »magorech« apod. Příbuzní mohou k těmto pocitům méněcennosti přispívat tím, že dávají nemocnému najevo, že je zklamal, že od něj očekávali víc, když jej kritizují za to, co udělal špatně apod.

Je jasné, že tyto pocity méněcennosti představují pro pacienta velkou psychickou zátěž a že má pod jejich vlivem méně chuti snažit se o překonání problé-

mů, které s jeho nemocí souvisejí, že má sklon k rezignaci. Máme-li zájem, aby se nemocný ze svých potíží co nejdříve zotavil a aby dokázal fungovat podle svých nejlepších schopností, je nezbytné **podporovat jeho sebevědomí a pocit sebejistoty.**

**Je důležité, aby se příbuzní naučili vidět i malé pokroky** v tom, co nemocný zvládne, a aby tyto pokroky **ocenili pochvalou.** Přitom nelze srovnávat výkon nemocného s tím, co dokáží ostatní zdraví lidé. Takové srovnání obvykle dopadá v neprospěch nemocného a nemá žádnou logiku. Je to, jako bychom porovnávali, kolik dokáže uběhnout člověk po těžkém infarktu s tím, jak běhá člověk se zdravým srdcem.

Po prodělání psychózy dělají člověku často potíže i věci, které ostatní běžně zvládají. Je však zapotřebí ocenit a pochválit hlavně snahu a naučit se vidět každý malý úspěch. Je nutné si vytvořit určitý »vnitřní metr« a porovnávat podle něj to, co nemocný dokázal dnes s tím, co dokázal před týdnem nebo před měsícem. Tak si lépe uvědomíme pokroky, které nemocný dělá. U člověka po psychóze není nikdy možno říci »to přece nic není,« »to by přece dokázal každý« nebo »kdybyste viděli, jaký byl dřív.« Takový přístup škodí jak nemocnému, tak jeho blízkým, kteří se snaží mu pomoci. Důležitý je optimismus, schopnost vidět každý krůček, každé zlepšení.

V této souvislosti bychom chtěli upozornit na jednu z velmi citlivých oblastí partnerských vztahů a tou je **sexuální soužití.** Nemocní v akutní fázi obvykle ztrácejí o sexuální soužití zájem. Ve fázi rekonvalescence po propuštění z léčení se u nich tento zájem postupně obnovuje, ale pod vlivem léků jsou jejich sexuální reakce pomalejší a tlumenější. Zvláště muži to často nesou velmi těžce a jakékoli necitlivé poznámky na toto téma je silně rozrušují. Je proto důležité, aby jim jejich partnerky poskytly i v této sféře oporu a aby byly schopné zaujmout při sexuální předešle aktivnější úlohu a aby si uvědomovaly, že nemocný potřebuje silnější a delší stimulaci. Sexuální soužití se tak stává oblastí spolupráce mezi oběma partnery, což může vzájemný vztah utužit.

Ženy obvykle snášejí snížení sexuálního zájmu lépe. Někdy jsou však vystaveny tlaku a výčitkám svých zdravých partnerů, kteří po nich vyžadují tutéž sexuální aktivitu jako dříve. Je zapotřebí si uvědomit, že žena po prodělání psychózy potřebuje od muže především něžnost, trpělivost, pocit bezpečí a opory. Rozhodně není vhodné na sexuální styky naléhat a vynucovat si je, dokud nejsou potěšením pro oba partnery. Po prodělání tak závažné nemoci, jako je psychóza, vystupuje do popředí **důležitost citového a láskyplného vztahu mezi partnery, kteří se dokážou navzájem přizpůsobit a vyjít si vstříc.**

Když jsme uvedli, že nemocný potřebuje ke svému zotavení toleranci ze strany okolí, nechtěli jsme tím ovšem říci, že je nutné mu tolerovat všechno. **Pokud se totiž nemocný v rodině nenaučí, že určité jednání není vhodné a jeho okolí mu jej tolerovat nebude, je jisté, že se dostane do potíží a konfliktů**

**mimo rodinu.** Kromě toho je třeba, aby se v rodině žilo dobře všem jejím členům a ne, aby se všechno točilo kolem nemocného, jeho nároků a požadavků. **Pokud vám tedy určité jednání nemocného vadí, pak je zapotřebí mu to jasně a jednoznačně říci a dohodnout se s ním, jak situaci řešit.**

Je vhodné také předem stanovit, jaké následky bude mít porušení této dohody. Přitom je ovšem nutně pečlivě uvážit, zda jsou tyto »tresty« opravdu přiměřené a zda jste schopni k nim sáhnout a uplatnit je, protože plané vyhrožování je horší než neříkat nic. V každém případě je lepší se s podobnými rozhodnutími neunáhlit a případně se o nich poradit s psychiatrem nebo psychologem, který nemocného zná.

Z hlediska fungování celé rodiny, je důležité, **aby si každý její člen zachoval vlastní způsob života**, vlastní záliby a vlastní přátele. Je zapotřebí si uvědomit, že péče o nemocného je často vyčerpávající a je možno se jí věnovat dlouhodobě jen za předpokladu, že i ostatní členové rodiny se budou cítit dobře a najdou si možnosti, jak si odpočinout a odreagovat se. Proto je nutné nepřerušovat kontakty s přáteli, kterým je možno se svěřit se svými starostmi, věnovat se i nadále koníčkům, při kterých se člověk uvolní a cítí příjemně. Rodina by nikdy neměla dovolit, aby se všechny její myšlenky a starosti točily jen kolem nemocného.

Rodiče, jejichž syn či dcera prodělali psychózu, se často ptají, zda se bude moci v budoucnu oženit nebo vdát. Odpověď zní, že to samozřejmě není vyloučeno a známe řadu lidí, kteří byli léčeni pro psychózu a žijí v uspokojivém a fungujícím manželství. Ovšem vzhledem k tomu, že příznaky nemoci mají tendenci se opakovat a že nemocní mají sníženou schopnost plnit nároky, které na ně klade úloha matky či otce, je riziko, že se manželství nevydaří, větší než v běžné populaci. Proto lidé, kteří prodělali psychózu, zůstávají častěji svobodní a častěji se i rozvádějí. Důležité ovšem je, že toto rozhodnutí je třeba nechat v rukou těch, jichž se týká – tedy nemocného či nemocné a jejich partnerů (ti ovšem musí být o zdravotním stavu nemocného či nemocné informováni!). Necitlivé zasahování rodičů do této soukromé sféry vztahu v rodině obvykle zhorší – v tom se situace nijak neliší od rodin se zdravými dětmi.

Je nutné si také uvědomit, že není žádnou tragédií ani ostudou zůstat svobodný a pro mnohé lidi je to rozhodně lepší řešení než neuvážený sňatek a následně problémy v manželském soužití, které mohou vážně narušit psychickou rovnováhu nemocného.

Příbuzní se také často ptají, jak mají reagovat, když nemocný vykládá nějaké nesmysly nebo když se nějak nezvykle chová. Pokud jde o nesprávné myšlenky nebo představy, vyplývající z nemoci, je bezpečně prokázáno, že nemá smysl je nemocnému vyvracet a hádat se s ním. Na druhé straně není ani správné mu je potvrdovat. Radíme spíše, chovat se k nemocnému jako k někomu, kdo má odlišnou náboženskou víru než my. Tedy nevyvracet mu jeho domněnky a představy, ale dát jasně najevo, že je nesdílíme. Přitom to není na překážku,

abychom s nemocným dobře vycházeli. V hovoru se snažte tato »sporná« témata obcházet. Stejně tak, pokud nemocný mluví o hlasech, je možné mu říci např.: »Já nic neslyším, ale dovedu si představit, že ty ano.«

Pokud jde o nezvyklé chování, je zapotřebí se domluvit s nemocným na tom, aby jeho chování nerušilo ostatní členy rodiny ani jiné lidi – např. že si bude s hlasy povídat nahlas jen ve svém pokoji, že bude chodit nezvykle oblečen jen doma, ale nebude tak vycházet na ulici apod.

Je důležité, aby tyto rozmluvy byly vedeny v klidném, věcném tónu, bez rozčilování a bez nadávek. Také je zapotřebí se vždy snažit o rozumný kompromis, aby nemocný svým chováním neohrožoval sebe ani jiné lidi, ale aby mu nebylo vše striktně zakázáno.

V případě, že nemocný ohrožuje buď sebe, nebo někoho jiného a není s ním rozumná domluva možná, je nutné zavolat lékaře, případně policii. Ze zkušenosti ovšem víme, že agresivní jednání u lidí postižených psychózou je velmi vzácné a téměř nikdy není zcela nevysvětlitelné. Často mu předcházejí neshody a hádky, které nemocného rozruší a zúzkostní.

Příbuzní, kteří nemocného znají lépe než kdokoli jiný, jsou také schopni si všimnout každé změny jeho psychického stavu. Často jsou schopni nejdříve ze všech rozpoznat příznaky toho, že se psychický stav nemocného opět horší. Tyto **varovné příznaky** bývají velmi různé, ale u téhož nemocného se obvykle opakují tytéž příznaky před propuknutím akutní ataky psychózy.

Jedním z nejobvyklejších varovných příznaků je **zhoršení spánku**. Přes den bývá nemocný obvykle více **podrážděný**, rozčilují jej i věci, které by jindy přešel v klidu. Někdy se nemocný začne více **stahovat do samoty**, vyhýbá se lidem a odmítá chodit ven.

Pokud si těchto nebo i jiných varovných příznaků rodina všimne, je vhodné dohodnout se s nemocným, aby se šel poradit se svým ošetřujícím psychiatrem. Pokud to odmítá a tvrdí, že se cítí dobře, je lépe, když s ním k lékaři zajde někdo z rodiny a sdělí lékaři, co se mu na chování nemocného nelíbí, v čem se jeho chování v poslední době změnilo. Členové rodiny také někdy kontrolují, zda nemocný užívá pravidelně léky. Přitom je ale nutné volit takovou formu, která by nemocného neponižovala a nevedla k hádkám. Hrozícímu návratu akutní ataky psychózy je mnohdy možno ve spolupráci s psychiatrem zabránit, když se na něj nemocný včas obrátí, často stačí na přechodnou dobu upravit dávky léků a ponechat nemocného nějakou dobu doma.

**Spolupráce mezi ošetřujícím lékařem a rodinou je velice důležitá. Je nutné, aby mezi rodinou a lékařem vládla vzájemná důvěra, aby se členové rodiny mohli zeptat lékaře na vše, co je v souvislosti s potížemi a problémy nemocného zajímavé a aby mohli i oni sami informovat lékaře o svých potížích a problémech, souvisejících se soužitím s člověkem, který prodělal duševní nemoc. Je prokázáno, že zlepšením této vzájemné spolupráce lze dosáhnout výrazného snížení počtu relapsů (návratů) onemocnění.**

V tomto textu jsme se vám pokusili poskytnout některé základní informace, týkající se duševních nemocí, které označujeme jako psychózy, a problémů, které s nimi souvisejí. Vzhledem k velké šíři jednotlivých příznaků i problémů je pochopitelné, že jste zde nemohli najít odpověď na všechny otázky, které vás trápí. Můžete se s nimi však obrátit na psychiatra v psychiatrické ambulanci nebo psychiatrické léčebně, který pečuje o Vás nebo o Vašeho příbuzného.

## **Přehled literatury, která pojednává o problémech, spojených s psychózou:**

HAUSNER, M.: Duševně nemocný mezi námi. Praha, Avicenum 1981.

JAROLÍMEK, M.: O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha, Pallata 1996.  
(Neprodejná účelová publikace pro občanské sdružení Ondřej.)

KALINA, K.: Jak žít s psychózou. Praha, Avicenum 1988.

SYŘIŠŤOVÁ, E.: Imaginární svět. Praha, Mladá fronta 1977.

VINAŘ, O.: Schizofrenní onemocnění. Praha, Lundbeck v nakladatelství Galén 1997. (Neprodejná účelová publikace podpořená nadací Lundbeck.)

## **Zpracování zážitků duševní nemoci v beletrii:**

GORDONOVÁ, B.: Tančím tak rychle, jak dokážu. Praha, Práce 1985.

KRZYSZTOŃ, J.: Šílenství I–III. Praha, Odeon 1984.

SYŘIŠŤOVÁ, E.: Puklý čas. Martin, Osveta 1988.

VINAŘ, O.: Léky na duši. Praha, Grada 1995.

Autor:  
MUDr. Petr Možný  
Psychiatrická léčebna Kroměříž  
ředitel MUDr. Václav Klíma

Petr Možný  
KDYŽ SE ŘEKNE PSYCHÓZA

Jako neprodejnou účelovou publikaci  
pro Lundbeck Česká republika s. r. o.  
vydalo nakladatelství Galén  
Nádražní 116, 150 00, Praha 5  
Praha, 1997, 1999

Copyright © Petr Možný, 1997, 1999

Copyright © Lundbeck Česká republika, 1997, 1999

Na obálce je použita ilustrace  
z účelové publikace LUNDBECK  
»Jak se cítíte zde a nyní«.

**Lundbeck Česká republika s. r. o.**  
U páté baterie 8 a 10  
160 00 Praha 6-Střešovice  
tel.: (02) 24 31 28 89, 24 31 36 37, 24 31 45 34  
fax: 24 31 94 25  
e-mail: [lundbeck@ecn.cz](mailto:lundbeck@ecn.cz)  
<http://www.ecn.cz/lundbeck>