Univerzita Karlova v Praze

Katolická teologická fakulta

Katedra pastorálních oborů a právních věd

Tomáš Zapadlo

Pastorační péče o psychoticky nemocné

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Doc. Ing. ThLic. Aleš Opatrný, Th.D.

Praha 2012

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval samostatně a použil jen uvedené prameny a literaturu.

2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.

3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

21. června 2012

Tomáš Zapadlo

Bibliografická citace

Pastorační péče o psychoticky nemocné : Bakalářská práce / Tomáš Zapadlo; vedoucí práce: Aleš Opatrný. -- Praha, 2012. -- 82 s.

Anotace

Práce se zabývá pastorační péčí o psychoticky nemocné. Charakterizuje psychotická onemocnění obecně a vybraná jednotlivě. Pojednává o zásadách pastorační péče obecně a dále specificky u nemocných. V práci jsou aplikovány poznatky a formulována specifika pastorační péče o psychoticky nemocné. V první kapitole je zhodnocena odborná literatura. Druhá kapitola pojednává o nemoci a pastorační péči. Ve třetí kapitole jsou popsána jednotlivá psychotická onemocnění, jako schizofrenie, porucha s bludy, schizoafektivní porucha, psychotická mánie, psychotická deprese, bipolární porucha. Rovněž jsou zde uvedeny psychózy vyvolené užíváním návykových látek a psychotické poruchy v důsledku somatického onemocnění. Čtvrtá kapitola specifikuje pastorační péči o nemocné.

Klíčová slova

pastorační péče, psychotická onemocnění, halucinace, bludy, drogy, zpovídání, exorcismus

Abstract

Pastoral care of psychotic patients

The thesis deals with the pastoral care for psychotic people. Psychotic diseases are characterized in general and some of them separately. The thesis deals with the pastoral care principles in general and specifically for the ill. Knowledge is applied and specifics of the pastoral care for the psychotic people are formulated in the thesis. Professional literature is evaluated in the first chapter. The second chapter deals with a disease and the pastoral care. Particular psychotic diseases are described in the third chapter, such as schizophrenia, delusion disorder, schizoaffective disorder, psychotic obsession, psychotic depression, bipolar disorder. Drug abuse psychoses and psychotic disorders as a result of a somatic disease are also listed in that chapter. The pastoral care for the ill is specified in the fourth chapter.

Keywords

pastoral care, psychotic diseases, hallucinations, delusions, drugs, confess, exorcism

Počet znaků (včetně mezer): 122722

Poděkování

Chtěl bych poděkovat vedoucímu práce panu Doc. Ing. ThLic. Aleši Opatrnému, Th.D. a také panu MUDr. Ing. Aleši Urbanovi, Ph.D. za jeho laskavé přečtení práce a odborné psychiatrické vyjádření k obsahu.

Obsah

Obsah.....6

Úvod.....7
1. Zhodnocení odborné literatury.....8
2. Nemoc, pastorační péče.....9
2.1. Nemoc a duševní nemoc.....9
2.2. Psychotická onemocnění.....12
2.3. Pastorační péče.....16
3. Jednotlivá psychotická onemocnění.....19
3.1. Schizofrenie.....20
3.2. Porucha s bludy.....29
3.3. Schizoafektivní porucha.....34
3.4. Afektivní poruchy s psychotickými příznaky.....35
3.4.1. Psychotická mánie.....35
3.4.2. Psychotická deprese.....39
3.4.3. Bipolární porucha.....41
3.5. Psychózy vyvolané užíváním návykových látek.....43
3.6. Psychotické poruchy v důsledku somatického onemocnění.....46
4. Specifika pastorační péče o nemocné.....48
Závěr.....60

Seznam použitých zkratek
Přílohy
Seznam vyobrazení
Seznam literatury

Úvod

Ve své práci bych chtěl upozornit na možná úskalí a jevy, které mohou nastat při pastorační péči o psychoticky nemocné. Jak jednat s takto handicapovaným jedincem, aby náš přístup nepřinesl více škody než užitku ? Je sice pravda, že nás nemocný potřebuje jako člověka, ale i bežným lidským přístupem se zde dá napáchat neúmyslná škoda. Snahou bylo nastínit, s čím se může pastorační pracovník u psychoticky nemocných setkat. Člověk alespoň trochu nezasvěcený by totiž mohl být velice zaskočen. Z těchto důvodů jsem se zabýval charakterizováním psychotických onemocnění a pojednal o zásadách pastorační péče směrem k těmto nemocným. Téma považuji za potřebné, protože pastorační pracovník se bude setkávat s duševně nemocnými téměř každodenně a psychoticky nemocní lidé rozhodně netvoří nepatrnou skupinku, ale celosvětově se jedná o desítky milionů lidí. Za důležitou jsem rovněž považoval otázku: Kdy se jedná o psychotické onemocnění a kdy o posedlost duchem zla ?

1. Zhodnocení odborné literatury

Pastorační péči o psychoticky nemocné není u nás věnována v odborné literatuře velká pozornost. Většinou se jedná o část informací z celku díla. Práci, která je zaměřena pro zpovědníky, napsal M. Kašparů,[1] rovněž do oblasti zpovědní praxe je zaměřen původně polský sborník s upraveným českým vydáním, jehož ediory jsou J. Augustyn a pro české prostředí A. Opatrný.[2] A. Opatrný napsal také několik drobnějších, ale pro téma vhodných prací.[3] Dílčí informace lze nalézt v kvalitním díle Pastorální medicína a zdravotní etika profesora Adolfa Slabého. Zajímavé informace částečně i z oblasti psychopatologie nabízí profesor Pavel Říčan v knize Psychologie náboženství a spirituality. Obšírnou a zajímavou práci pro pomáhající profese napsala profesorka Marie Vágnerová.[4] Pro získání nutných znalostí z oblasti medicíny existuje ohromné množství literatury o psychotických onemocněních, ale takové informace jsou pro téma práce nepostradatelné. Pro orientaci v džungli psychiatrie a psychologie je vhodná práce od V. J. K. Pinkavy (pod pseudonymem Jan Křesadlo).[5] Při zpracování tématu jsem využil i kvaliní encyklopedické práce autorů Hartl a Hartlová, která obsahuje odborné vysvětlení nejenom všeobecně známých termínů.[6] Pro základní informace z oblasti psychiatrie je vhodný Slovník psychiatrických termínů. Velice zajímavou práci napsal anglický psychiatr Kenneth McAll.[7] Případy schizofreniků, které uvádí ve své práci, povětšinou nereagovaly na obvyklou léčbu. Po spirituálním zásahu, modlitbě u nich docházelo k zázračnému zlepšení stavu. Pro informace o posedlosti a duševní nemoci jsem použil řadu prací od kněze a exorcisty Eliase Velly a od kněze jménem Gabriele Amorth.

[1] Kašparů 2002
[2] Augustyn-Opatrný (ed.) 2010
[3] Opatrný 2003; Opatrný 2005
[4] Vágnerová 2008
[5] Křesadlo 2001
[6] Hartl-Hartlová 2000
[7] McAll 2007

Pro vyvarování se běžně rozšířených omylů z oblasti převážně psychologie, ale i psychiatrie, zaujme pozornost knížka 50 největších mýtů populární psychologie, je nutné však dodat, že ani ta není bez rozporů.

2. Nemoc, pastorační péče

2.1. Nemoc a duševní nemoc

„Slovo nemoc je definováno jako porucha zdraví.“[8] Církev ve svých dvoutisíciletých dějinách projevovala živý zájem o nemocné a trpící, v čemž následuje svého Učitele. Péče o nemocné je nedílnou součástí církve a týká se celého církevního společenství.[9] *„Pán volá každého z nás ke službě uzdravování.“*[10] Zdraví je hodnotou z nejvíce ceněných v současné době a bylo jí i v minulosti. Je důležité pro dosahování životních cílů. Podle některých lidí se zdraví projevuje nepřítomností nemoci, choroby či úrazu,[11] což není úplně správné vymezení. *„Podle definice, kterou přijala Světová zdravotnická organizace v roce 1958, je zdraví stav úplného tělesného, duševního a společenského souladu, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“*[12] Dovolím si zde použít definici zdraví J. Křivohlavého, která bývá používána v učebních textech.[13] *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“*[14] V nemoci často nedosahujeme takových výsledků, jako ve zdravém stavu. Nemoc přináší různé potíže. Mohou nastat socioekonomické problémy. Náš denní program a rytmus bývá

[8] Zacharová-Čížková 2007: 102
[9] Messina 2005: 143-144
[10] Vella 2006: 312
[11] Zacharová-Čížková-Littva 2010: 111
[12] Slabý 1991:17
[13] Zacharová-Čížková-Littva 2010: 111
[14] Křivohlavý 2009: 40

narušen. Pokud jsme hospitalizováni, navazujeme nové vztahy s ošetřujícím personálem i ostatními pacienty.

„Psychické nemoci lze chápat jako pokusy o řešení osobních rozporů.“[15] Cena, kterou za to dotyčný platí, je však příliš velká. Zraňuje sebe, ale i své okolí. *„Léčba by měla směřovat k tomu, aby si nemocný vytvořil nový vztah k realitě.“*[16] Nemocný podstatu těchto rozporů už ani nedokáže pojmenovat, problémy byly zatlačeny do jeho podvědomí. Nesmíme se proto potom divit, že se nemoc objevuje někdy náhle a pro okolí i nepochopitelně. Nevíme však, zda jsou rozpory příčinou nebo až následkem onemocnění.[17] Různí lidé v různých dobách mají odlišný názor, co je zdravý rozum. Každé období přistupuje jinak k tomu, co je normální a co normální není.[18] Hippokrates dával duševní nemoc do spojitosti s nerovnováhou tělesných šťáv. [19] Podle Aristotela je zdravý rozum duševní schopnost, která sjednocuje společné vjemy z okolního světa. Barva totiž může být vnímána jenom jedním smyslem, ale výška může být vnímána více smysly.[20] Neurolog Paul Julius Moebius (1853-1907) označil normálnost za lehkou slabomyslnost.[21]

Nepříliš úspešné pokusy o léčbu agresivními prostředky, jako např. inzulínová komáta či nedobrovolné lobotomie, provázejí psychiatrii do dnešních dnů. Nemusíme se proto moc divit, že psychicky handicapovaný člověk, například schizofrenik, sám v provopočátku své nemoci ani pomoc nevyhledá, i když si uvědomuje, „že něco není v pořádku“. Nemusíme ale uvádět jako příklad schizofrenii, to samé se vztahuje k „méně“ závažným případům, které jsou často velmi dobře léčitelné, jako lehčí formy depresí či obsedantně kompulzivní poruchy. Lidé se často psychiatrie bojí. Dokonce i

[15] Pera-Weinert 1996: 96
[16] Tamtéž: 97
[17] Tamtéž: 96-97
[18] King 2007: 106; Nicola 2011: 362
[19] Benson 2005: 31
[20] King 2007: 106
[21] Musil a kol. 2006: 23

vysokoškolsky vzdělaní lidé dnešní doby se radši psychiatrii obloukem vyhnou.[22] Bojí se i samotného označení „nálepkou blázna“. Na vznik nálepkovací teorie měla velký vliv sociologie. Tato teorie spočívá v myšlence, že samotné označení diagnostickou nálepkou má velký vliv na prohloubení stavu nemoci.[23] Nutně na považenou jsou experimenty, kdy se zdraví lidé vydávali za nemocné duševní chorobou a často byli rovněž v psychiatrických zařízeních diagnostikováni chybně jako duševně nemocní, což psychiatrii na důvěře u lidí nepřidá, i když simulace duševní choroby nebývá častá, je poměrně těžká **(obr. 19)** a nepodařila se ani světoznámemu autorovi Haškovi. Bez významu není, že v USA se vyskyuje častější diagnostikování schizofrenie než například ve Velké Británii. Někteří pacienti, kteří byli v USA označeni jako schizofrenici, byli ve Velké Británii označeni jako trpící mánií, hysterickou poruchou osobnosti atd.[24] V. J. K. Pinkava označil situaci v psychologii a psychiatrii za džungli.[25] Je nutné si uvědomit, že duševní nemoc je nemoc jako každá jiná, i když někteří lidé k tomu tak nepřistupují. U některých nemocí byla již dříve prokázána spojitost mezi duševní nemocí a organickým poškozením mozku, ale u většiny duševních poruch tomu tak doposud není.[26] Již řecký lékař Galenos považoval za rozhodující orgán pro vznik duševní nemoci mozek. Rovněž Wilhelm Griesinger (1817-1868) dával nemoci duše jasně do souvislosti s nemocemi mozku.[27]

V průběhu času se lidstvu podařilo najít léky na různé choroby, a proto není divu, že je nyní pohled zaměřen více, než tomu bylo dříve, na duševní poruchy. Situace u duševních nemocí je složitější i v tom, že to co je u jedné

[22] Kašparů 2007: 81

[23] Thomas Szasz napsal knihu Mýtus o duševní nemoci, ve které uvádí, že duševní nemoci jsou nálepky, kterými psychiatři udržují svou moc nad pacienty.

[24] Kafka 1993: 55; Libiger 2002: 345

[25] Křesadlo 2001:5

[26] U syfilis se jasně prokázalo duševní onemocnění ve spojitosti s onemocněním mozku. U některých duševních poruch se toto do dnešní doby nepodařilo, ale některé moderní zobrazovací metody možná značí určitý úspěch.

[27] Vacek 1996: 18

kultury považováno za běžné a přijatelné, může být u druhé kultury považováno za patologické.[28] Pod tlakem farmaceutického průmyslu se dnes upouští od léčby dlouhodobých duševních onemocnění a léčba se zaměřuje spíše na drahou krátkodobou léčbu s viditelnými účinky. Člověk, který je delší dobu a častěji nemocen, ztrácí záměstnaní, je „out" i ve skupině svých přátel a nebývá již vhodným patrnerem pro společný život. Podobné situace jsou běžné ve společnosti, která uznává jen výkon. Duševně nemocní stojí podle společnosti na samém dně společenského žebříčku.[29]

2.2. Psychotická onemocnění

Psychóza je složenina z řeckých slov psyché (duše) a osis (nemoc). Psychóza tedy znamená nemoc duše. Pojem psychóza zavedl v roce 1845 Ernst von Feuchtersleben a postupně jím byly nahrazeny používané pojmy duševní nemoc, zuřivost nebo šílenství.[30] Od tohoto termínu se v dětské i dospělé psychiatrii odklánějí a není používán jednotně. Někteří lidé mají nesprávně spojenu s psychózou pouze schizofrenii.[31] Dříve se používalo rozdělení psychóz na organické a funkční podle toho, zda jsou způsobeny nějakým známým činitelem či nikoli. Dnes se ukazuje, že toto rozdělení není správné, protože všechny psychotické stavy mají asi společného jmenovatele v narušené biochemii. „*Psychóza není přesně stanovená choroba, je to syndromologická prezentace heterogenních skupin, které sdílejí společné fenomény.*"[32] Psychóza je tedy syndrom, nikoli samostatná nosologická jednotka. U těchto onemocnění bývají přítomny formální i obsahové poruchy myšlení (dezorganizované myšlení a myšlení s bludy). Narušeno bývá i chování a vystupování. Vyjadřování takto handicapovaného může být vysoce nesrozumitelné **(obr.**

[28] Fine 2009: 235-236
[29] Marsch 2008: 84; Pera-Weinert 1996: 97
[30] Benesch 2001: 277
[31] Malá 2005: 9; Probstová 2009: 34
[32] Hort-Hrdlička-Kocourková-Malá 2000: 146

10).[33] Psychóza zasahuje do nitra člověka a do mezilidských vztahů hlouběji než neuróza. Dokonce ani rodinní příslušníci nemusí rozumět chování člověka s psychózou a nemohou se s ním často domluvit.[34] Neurotik si je vědom své nemoci, kdežto psychotik si své nemoci vědom není. Existují však také výjimky a neplatí to tedy vždy. Psychóza je těžkým onemocněním.[35] Je pro ni typická dezintegrace osobnosti a ztráta kontaktu s realitou. Jako druhotné sympotomy můžeme uvést bludy a halucinace.[36] Ten, kdo ještě nepřišel do kontaktu s psychotikem, může být zaskočen a znejistěn **(obr. 3, 5, 8, 9, 10, 11)**. Jednání s člověkem akutně psychotickým může být skutečně velmi rozdílné od dosavadních zkušeností.[37] S. Freud usoudil, že vážní psychotici nejsou vhodní pro psychoanalýzu a ve své ordinaci se proto věnoval raději neurózám. Ve vztahu ke schizofrenním nemocným však říkal, že by se jim zčásti dalo pomoci i psychologickou cestou.[38] Z psychotické motivace může dojít k sebevraždám, závažným automutilacím, jako jsou kastrace či amputace,[39] ale také k agresivnímu jednání. Někteří autoři hovoří o psychóze jako o „horečce duševních nemocí“. Stres ve formě traumat i akutního stresu může být spouštěčem, podobně jako spánková deprivace. Stavy podobné psychózám mohou vzniknout i z nedostatku spánku, jak prokázaly pokusy v USA. Semdnáctiletý Randy Gardner se v lednu 1964 vystavil pokusu, kdy po jedenáct dní nespal. Objevilo se u něj rozostřené vidění, halucinace, měl pocit, že je někým jiným. Tento stav se však po obnovení spánku samovolně upravil. Halucinační zážitky při usínání a probouzení však nejsou skutečným příznakem psychózy.[40] Známky psychotického onemocnění se mohou

[33] Mohr 2007: 74-75
[34] Kalina 2001: 16-17
[35] Křesadlo 2001: 23-24
[36] Probstová 2009: 34
[37] Vodáčková 2007: 405
[38] Benson 2010: 35
[39] Platznerová 2009: 53
[40] Mohr 2007: 75; Coren 1998: 54-55

vyskytnout při schizofrenii, vážné depresi, mánii, demenci, akutních stavech zmatenosti, toxické psychózy, alkoholismu atd.[41] Existuje velké množství tělesných nemocí, jež doprovázejí duševní projevy podobné schizofrenii. Při zánětu mozku a mozkových blan, nádoru se objevují syndromy charakteristické pro psychózy, ale při odeznění tohoto tělesného onemocnění odeznívají i tyto příznaky, avšak někdy zůstává postižena pamět a inteligence, bývá změněna povaha, čemuž říkáme organický psychosyndrom.[42] Pro rozvoj psychózy mají nejspíše význam biologické i psychosociální faktory.[43] Psychózu bychom měli důsledně odlišit od projevů obvyklé psychospirituální krize během dospívání.[44] Lidé pod vlivem psychózy povětšinou musejí být zneschopněni či pobírají invalidní důchod.[45] Mezi bezdomovci není počet psychoticky nemocných nijak zanedbatelný. Bezdomovectví vzniká často jako následek duševní choroby nikoliv naopak. Pozornost budí množství duševně nemocných žen mezi bezdomovci. Přibližně čtvrtina lidí bez domova se někdy léčila v psychiatrické léčebně.[46]

Psychotická onemocnění mají polygenní příčinu. To, že mají polygenní příčinu, ovšem neznamená, že by psychologické teorie pro vznik onemocnění neměly vůbec žádnou váhu.[47] Rodiče psychoticky nemocných bývají lidé s vyhraněnými, nápadnými a akcentovanými rysy. Pokud toto onemocnění má těžký průběh, když začíná v dřívějším věku a pokud již onemocnělo více osob v rodině, znamená to i vyšší potenciální riziko vzniku onemocnění u dalších členů rodiny. Pokud máme před sebou takto handicapovaného jedince, je důležité si uvědomit, že se u něj jedná pradvěpodobně o „souhru“ biologických

[41] Brown-Pullen-Scott 1992: 31
[42] Vacek 1996: 24
[43] Probstová 2009: 34-36
[44] Kaplánek 2010: 200
[45] Fine 2009: 237
[46] Dragomirecká-Kubisová 2004: 31-34
[47] Polygenní příčina - kombinace genetické predispozice a vnějších faktorů

a psychosociálních faktorů pro vznik onemocnění, ovšem s různou hloubkou.[48] Vliv různých prostředí není zanedbatelný. Riziko onemocnění schizofrenií je o 38 % vyšší ve městě než na vesnici. Ve městech je také vyšší zastoupení depresí a užívání drog, zatímco alkoholismus je častější ve vesnickém prostředí. Sluchové halucinace se vyskytují častěji ve vyspělejších zemích světa, např. v USA, vizuální halucinace jsou typičtější pro méně vyspělé země v Africe či Střední a Jižní Americe. Se schizofrenií se můžeme setkat ve všech kulturách, jsou zde však specifické odlišnosti.[49] Není nutně pravda, že by lidé, kteří jsou v naší kultuře označeni jako psychotici, by v jiných kulturách byli označeni jako šamani. Tyto jiné kultury mají šamany i psychotiky.[50] Zdá se, že doba neléčené psychózy je pro mozek toxická. Kognitivní deficit, ať už subjektivně pociťovaný nebo objektivně zjištěný, znamená riziko přechodu do psychózy. Je třeba rozlišovat z hlediska terapeutického ovlivnění pozitivní příznaky, negativní příznaky a kognitivní deficit.[51] Elektrokonvulzivní léčba bývá indikována u onemocnění rezistentních na léky. Jedna třetina pacientů si však stěžuje po prodělané EKT na poruchy paměti a malá část těch, kteří podstoupí EKT, může dokonce zemřít.[52] Je zajímavé, že většina těch, kteří ji podstoupili, hodnotí tento krok pozitivně, ale negativně je hodnocena těmi, jež ji nepodstoupili.[53] Každý psychotický proces znamená pro takto postiženého velkou psychickou zátěž a i po prodělaném onemocnění jsou patrné následky, v některých případech však může být pro dotyčného z určitého hlediska posílením.[54]

[48] Hort-Hrdlička-Kocourková-Malá 2000: 54-55; Probstová 2009: 34-36
[49] Plante 2001: 101, 334
[50] Lilienfeld-Lynn-Ruscio-Beyerstein 2011: 227
[51] Malá 2005: 122
[52] Mortalita se udává na hodnoty 0, 02 až 0, 002 % zejména z důvodů anestezie a kardiopulmonálních komplikací. (Hosáková 2007: 128)
[53] Seifertová-Kopeček-Bareš 2006: 234; Hosáková 2007: 128
[54] Bouček a kol. 2006b: 56

2.3. Pastorační péče

Cílem pastorační péče o nemocné je podpoření léčebného procesu a přiměřeného vyrovnání se situací, v níž se nemocný nachází. V některých zemích jsou pastorační pracovníci součástí zdravotnického týmu, a dokonce se podílejí na rozhodování o způsobu léčby. Základní činností, které se pastorační pracovník nesmí zproněvěřit, je hledání spirituálního zdraví. Dá se předpokládat, že ne všichni absolventi teologických fakult se budou specializovat na zdravotnické prostředí, ale všichni kněží se při svém pastoračním působení setkají s osobami nemocnými nebo umírajícími. Profesor Slabý zdůrazňuje jako vhodné, aby studenti v rámci pastorální medicíny byli informováni o základních chorobách a jejich příznacích.[55]

„Pastorační péče je založena na víře jako integrující síle života.“[56] V posledních desetiletích můžeme vidět velký příklon k pastorační péči chápané jako duchovní či duševní pomoc. Pod vlivem amerického pojetí pastorační péče se tato více zabývá vztahem mezi náboženskou zkušeností a duševními nemocemi. Základním prostředkem pastorace je rozhovor.[57]

Důležitost uzdravování nemocných stanovil sám Ježíš, zdůrazňoval tuto činnost i směrem k učedníkům, dává jim k tomu moc (Mt 10, 1; Lk 10, 8-9; Mk 16, 17-18) a tato činnost rozhodně nesmí být a není lhostejná ani dnešní církvi, a to nejenom hierarchii.[58] V jednu chvíli svého života sám svatý Augustin pochyboval o tom, zda má ještě církev moc uzdravovat a domníval se, že byla dána církvi Ježíšem jen pro prvopočátek. Později však viděl Augustin vícero uzdravení v chrámě, kde slavil mši a změnil názor. Ježíš určitě

[55] Slabý 1991: 8
[56] Ambros 2003: 94
[57] Tamtéž: 94-95
[58] Pražské arcibiskupství spolufinancuje duchovní službu v Psychiatrické léčebně Bohnice. V roce 2011 zde byla posvěcena nově zřízená kaple sv. Ducha, která má sloužit nemocným. Zdejší spirituální péči koordinuje teolog a psychoterapeut Mgr. Jaromír Odrobiňák. Duchovní péče se tady v nedávné době rozšířila nejen na pacienty všech oddělení, ale také na jejich blízké a o celý personál. V areálu se nachází kostel sv. Václava. (Prinz 2011: 1; http://www.plbohnice.cz/o_lecebne/spiritualni_pece/o_spiritualni_peci/cz)

neočekává, že budeme vynechávat přirozené prostředky léčby nabízené vědou, jako lékaře, psychiatry, psychology, léky. Tyto věci také patří do Boží prozřetelnosti. Bylo by pošetilé neobracet se k tomu, který skutečně uzdravuje. Uzdravení, které pochází od Ježíše, ať už tělesné, duševní nebo duchovní, je projevem jeho nesmírné lásky k nám.[59]

Pastorační péče o psychicky nemocné patří vůbec k nejtěžším v oblasti pastorační péče o nemocné. Činnost řádů v péči o nemocné byla za minulého režimu převážně zaměřena na těžce duševně nemocné.[60] Aby byl duchovní členem zdravotnického týmu, měl by mít nějaké zdravotnické vzdělání. O to se nyní u nás snaží teologická fakulta v Olomouci ve spolupráci s lékařskou fakultou.[61] Člověk konající pastorační péči o takto nemocné, by si měl uvědomit, že není psychoterapeut a jeho péče je zaměřena do roviny spirituální. Duševní a duchovní stránka života jsou však velmi těsně spjaty, takže někdy nevíme, zda je vhodný duchovní nebo terapeut.[62] Ani zpovědnice není místem pro systematickou psychoterapii. Ovšem psychoterapie může být vhodnou základnou pro duchovní vedení. V této oblasti péče je kladen nárok na odborné schopnosti dotyčného, aby mohl například přesně zajistit následnou kvalifikovanou péči.[63] Jan Pavel II. upozorňoval na to, že zpověď by se neměla stát metodou psychoanalytickou či psychoterapeutickou. Rovněž zdůrazňuje rozdíl mezi činy „lidskými“, za něž neseme odpovědnost, a činy „člověka“, které jsou ovlivněny patologickými procesy a individuálními zážitky.[64] Církev sama předpokládá úzkou spolupráci světa psychologů, psychoterapeutů a kněží, ovšem zásadně se staví proti tomu, aby jedna služba byla nahrazována druhou, a to i u kněží s terapeutickými předpoklady, s výjimkou pokud by se jednalo o kněze hluboké osobní víry, oboustranného profesionála a dotyčný by

[59] Vella 2011: 19-24
[60] Duka-Badal 2009: 51
[61] Tamtéž: 52
[62] Říčan 2007: 121
[63] Slabý 1991: 152-153; Szpakowski 2010: 249
[64] Prusak 2010: 298-299.

sám požádal o spojení obou pomocí.[65] *„Psychoterapie může teologii posloužit v jejím úkolu uzdravování duše.“*[66] Znalost psychopatologie je důležitá pro posouzení závažnosti psychických problémů a naléhavosti odborné pomoci.[67] Medicína ani psychiatrie nedokáží pomoci ve všech případech. Francis MacNutt zastává názor, že psychiatrie dokáže problémy spíše lépe analyzovat, než je léčit. Psychiatr může nejenom objevit kořeny našich problémů, ale také předepsat léky na potíže související s narušenou chemickou rovnováhou v těle. Kniha Sirachovec má rozhodně pravdu, když říká, že nemocného může někdy vyléčit i lékař (38,13).[68] *„Chceme-li pomoci trpícím, nestačí k tomu vzájemný respekt vědy a náboženství, nemocní potřebují jejich vzájemnou spolupráci: lékařskou péči i modlitbu!“*[69] Pokud chceme lidem opravdu pomáhat v rámci duchovního doprovázení, měli bychom být schopni určit, v jakém psychickém stavu se nacházejí. Měli bychom být schopni položit si a zodpovědět otázku v souvislosti s aktuálním stavem: „Mohu jim skutečně pomoci ?“[70] Zpovědník by měl vést kajícníka k tomu, aby v rovině duševní i duchovní dokázal nazývat věci pravými jmény. Velice důležité je také dokázat správně motivovat jedince pro medicínskou nebo psychologickou pomoc v případě nutné potřeby.[71] Stále častěji dochází k situacím, kdy zpovědníkova psychologická intuice a znalosti již nepostačují, a přichází tak na řadu odborná psychiatrická nebo psychologická pomoc.[72] Mystici a vizionáři bývají dnes podrobováni psychickému vyšetření z důvodů, aby byl chorobný proces rozeznán od mystické zkušenosti.[73] V praxi duchovního vedení se asi nesetkáme moc často s mystiky, ale s lidmi s hlubokými ranami v duši se budeme setkávat

[65] Agustyn 2010: 302
[66] Ševčíková 2005
[67] Vodáčková a kol. 2007: 402
[68] MacNutt 2010: 176 , 264, 266
[69] Tamtéž: 267
[70] Augustyn 1997: 30-31
[71] Prusak 2010: 297
[72] Cholewa 2010: 230
[73] Augustyn 1997: 31

každodenně. Nebývá až zas tak velký problém poznat člověka s duševní poruchou, jako to jak se k němu zachovat, jak k němu přistupovat.[74]

3. Jednotlivá psychotická onemocnění

Než se budeme zabývat jednotlivými psychotickými onemocněními, je důležité ozřejmit dva podstatné pojmy pro celou skupinu těchto onemocnění - halucinace a bludy.

Halucinace mohou být zrakové (člověk vidí to, co ti druzí nevidí), sluchové (časté jsou hlasy, které nadávají, radí, komentují, nabádají – člověk může být potom agresivní), čichové (člověk cítí nepříjemné zápachy, spáleniny, jedy), chuťové (cítí, že má otrávené jídlo, vodu, pachuť jídla), hmatové (rovněž velice nepříjemné dojmy pálení, brnění, svědění, manipulování, znásilňování – to může vést k podávání trestních oznámení), motorické (časté po požití drog - že se vznáší, má jiné tělo, jiné parametry), intrapsychické (někdo mu vidí do hlavy, nebo mu manipuluje s myšlenkami – např. hlasatelé mu ukradnou myšlenku). Intrapsychické halucinace stojí na pomezí mezi halucinacemi a bludy.[75] Halucinace jsou vjemy, které nemají reálný podklad. Vznikají nezávisle na vnějším podnětu a člověk je přesvědčen o tom, že je to pravda. Je zajímavé, že halucinace může dotyčný jedinec zažívat i pod vlivem hypnózy, kdy například tančí s partnerem, který ve skutečnosti není. Není pravda, že všichni lidé, kteří někdy zažili své halucinace, jsou psychotici. Přibližně deset procent všech lidí někdy má halucinace a nejsou závislí na drogách.[76] **Pseudohalucinace** je klamný vjem bez skutečného podnětu. Na rozdíl od halucinací je člověk nepovažuje za reálné. Paobraz nebo doznívající vjem popsal V. Ch. Kandinský, který si povšiml, že po dlouhotrvajícím pozorování mikroskopem vidí stále ještě obraz předtím

[74] Augustyn 1997: 31
[75] Bartůšková 2009/2010
[76] Lilienfeld-Lynn-Ruscio-Beyerstein 2011:227

zkoumaného objektu.[77] Důležité je odlišení patologického vnímání od smyslového klamu, který se vyskytuje i u zdravých lidí (např. tyč ponořená do vody se jeví jako zlomená). Také silná únava může mít za následek zkreslené vnímání, tedy iluzi, která nemusí znamenat závažnou duševní poruchu. Stejně jako halucinacím i iluzím mohou podlehnout všechny smysly.[78] Samotný strach a úzkost z halucinací mohou být tak velké, že donutí člověka k suicidu. **Bludy** jsou nevývratná přesvědčení, která se vyznačují nekorigovatelností a nesmyslností obsahu.[79] Blud je třeba odlišovat od omylu – blud je nevývratný. Sekundární blud se může vyvinout na základě halucinací. Mezi nejčastější bludy patří blud újmy, pronásledování, velikášství.[80] Bludem není myšlenka, přejatá od sociální skupiny člověka.[81]

Zvláštností je takzvaná vazbová psychóza. Jedná se o účelovou rekaci u lidí primitivních, nevyzrálých, která ovšem není předstíraná. U člověka před vynesením rozsudku dojde ke stavu, ve kterém jsou pestré halucinace všech smyslů a bludy typu, že bude odsouzen k smrti, omilostněn, osvobozen cizí mocností. Po vynesení rozsudku většinou pomíjí i tento stav. U dlouhodobě vězněných se však někdy vyskytne psychóza s bludy omilostnění a osvobození schizofrenního původu nebo s původem v organické demenci.[82]

3.1. Schizofrenie

Termín schizofrenie má svůj původ v řeckém „schizein“ - rozštěp a „phren“ - mysl.[83] Volně přeloženo znamená „rozštěp mysli“.[84] Schizofrenie byla dříve řazena mezi endogenní psychózy, kde je typický rozštěp mysli. Rozštěpem

[77] Kafka 1993: 41
[78] Orel-Facová a kol. 2010, 223-224; Bahbouh-Bureš-Grof-Havel-Horáček-Madlafousek-Mikota-Preiss-Volavka 2002: 152
[79] Rahn-Mahnkopf 2000: 172
[80] Vacek 1996: 155-156
[81] Hosáková 2007 :11
[82] Křesadlo 2001: 90-91
[83] Preiss-Kučerová 2006: 190
[84] Malá 2005: 10

mysli se rozumí rozštěp psychických funkcí mezi myšlenkovými obsahy, emocemi a motorickými projevy.[85] Jedná se o závažné duševní onemocnění, které je charakterizováno psychotickými fenomény, které narušují reálné vnímání světa. Projevuje se poruchou myšlení, vnímání i afektivity a zasahuje do integrity osobnosti.[86] Někdy se hovoří o schizofrenii jako o imaginárním světě, kde svítí umělé slunce,[87] jako o světě uvnitř světa, jako o ráně, která je ovšem částečně i součástí reálného světa. Emil Kraepelin použil pojem dementia praecox a takto odlišil předčasnou demenci a bipolární poruchu.[88] Toto onemocnění postihuje přibližně jedno procento populace. Kdybychom k tomu připočetli schizoafektivní poruchu a schizotypní poruchu osobnosti, jednalo by se o číslo ještě větší. V České republice bylo v roce 2002 hospitalizováno 1681 pacientů s diagnózou schizofrenie.[89] Máme dochované zaznámy staré třeba i několik tisíc let o chování, které může značit toto onemocnění.[90] Dříve se pojmenovávala jako dementia praecox (předčasná demence), z toho důvodu, že se vyskytuje i u mladých lidí. U tohoto onemocnění se také setkáváme s deteriorací. Schizofrenie jako pojem se ve vědecké literatuře objevuje v roce 1911. Mezi významné osobnosti, které onemocněly touto nemocí, patří J. F. Nash **(obr. 4)**, držitel Nobelovy ceny za ekonomii, dále například (asi) Isaac Newton, (asi) Emanuel Swedenborg, (asi) Wiliam Blake, Daniel Paul Schreber. V neodborném a románovém knižním světě je tento termín často značně špatně chápán nebo používán. Pro toto pojetí se vžil pojem literární schizofrenie.[91]

Schizofrenie má několik podtypů: schizofrenie paranoidní, hebefrenní, katatonní, simplexní, nediferencovaná. Každý postižený však rozvíjí svou

[85] Malá 2005: 25
[86] Koutek-Kocourková 2003: 62
[87] Syřišťová 1977: 8
[88] Fine 2009: 237
[89] Pavlovský 2009: 61
[90] Vágnerová 2008: 333
[91] Křesadlo 2001: 18

vlastní schizofrenii.[92] Nevíme, co způsobuje toto onemocnění, respektive etiologie je dosud nevyjasněná. Diskutuje se o různých možných příčinách. Uvažuje se o spojitostech s dopaminem, serotoninem, noradrenalinem, kyselinou γ-aminomáselnou (GABA), glutamátem, neuropeptidy, fosfolipidy neuronálních membrán a nenasycenými mastnými kyselinami. Některá literatura uvádí jako pravděpodobnou hlavní příčinu nadměrnou aktivaci dopaminergního systému v mozku nebo nerovnováhu chemických procesů v mozku.[93] Fenyciklidin a ketamin jsou antagonisté receptorů glutamátu, což rovněž může potvrzovat glutamátovou teorii schizofrenie.[94] V anatomii mozku se někdy vyskytuje rozšíření mozkových komor. Stavy podobné schizofrenii se dávají také do souvislosti s komunikací v rodině. Hojně diskutovaná byla dvojná vazba, kdy rodinný příslušník (matka) směrem k dítěti něco říká a něco jiného vyjadřuje mimoverbálně.[95] Ke schizofrenii potomka může také vést chřipkové onemocnění matky během druhého trimestru těhotenství, v souvislosti s autoimunitní odpovědí.[96] Přibližně u jednoho procenta se začíná projevovat do 10 let věku, ve 4% případů proběhně první ataka do 15 let věku a mezi 15.-20. rokem života se manifestuje v 10 % všech případů.[97] Schizofrenie v dětství začíná většinou až v pubertálním věku, ale vzácně se může vyskytnout již ve věku předškolním. Výskyt onemocnění schizofrenií v

[92] Případ schizofrenie: „Muž, který chtěl být kdysi knězem, začal prohlašovat, ‚že je prorokem Ježíše Krista, že svět je ztracen a on že bude očekávat poslední dny v postu a na modlitbách. Stereotypně se modlil žalmy, ve dne i v noci jevil úzkostný neklid. Říkal, že teď už může pomoci jen pokání a obrácení. Právě začal poslední soud a nastal konec času. On bude jako prorok vzat na nebesa živý, to mu slíbil Bůh. K poslední modlitbě před cestou do nebe již ropzepjal své paže a čeká na Boha. Posléze se stal netrpělivým a začal se svlékat. Nahý vyskočil z okna a přes pole a louky běžel Bohu naproti. Na jedné výšině v lese s rozepjatými pažemi bez pohybu, jako zkamenělý čekal na Krista. Jeho úzkost sílila a stala se nesnesitelnou. Všechno viděl změněné. Svět se mu zdál zároveň hrozivý i bezvýznamný. Za soumraku spatřil náhle světlo a za chvíli se mu z nebe zjevil kříž s Kristem, což mu dalo sílu vytrvat vzdor chladu v hlubokém sněhu. V tomto stavu byl nalezen a proti své vůli hospitalizován.“ (Hochenegg 1980. Podle Říčan 2007:127)

[93] Matoušek 2008:188; Malá-Pavovský 2010: 61; Frankel-Kranzová 1998: 35

[94] Hosáková 2007: 40

[95] Vybíral 2000: 45-46; Vybíral 2009: 59-61

[96] Hosáková 2007: 40

[97] Koutek-Kocourková 2003: 62

preburtálním věku se udává 0, 2 až 2 na 10 000. Jako první znak nastávajícího schizofrenního onemocnění v dětství se může objevit bipolární porucha.[98] Ruští autoři zastávají názor, že schizofrenie u dětí i dospělých je ta samá nemoc. Rozhodující pro vnik tohoto onemocnění jsou genetické faktory, psychická traumata mohou být spouštějícím faktorem. Časté bývají drobné endokrinologické odchylky a somatické onemocnění může být provokujícím momentem. Suchareva[99] vyčleňuje u dětí schizofrenii s výraznými psychotickými projevy a organickým postižením, která vlastně koreluje s Kraepelinovu dementií praecox a schizofrenii s charakterovými změnami a občasným lehkými psychotickými projevy. V zásadě se všichni shodnou na existenci syndromu bludných fantazií. U dětí se v raném věku objevuje množství fantazií. V těchto fantaziích se mohou odrážet různá přání, traumata i se v nich s traumaty vypořádávají. Je zde tedy určitý logický vztah k realitě. Později se množství fantazií vytrácí, ale s nimi se vytrácí i ten logický vztah a objevuje se blud.[100] Pro dětskou schizofrenii je typická velice silná úzkost, bizarnost v chování, „fantazie podobné bludům", neschopnost odlišit fantazii od reality. Zjistit halucinace a bludy v předškolním věku je těžké, mohou na ně upozornit náhlé zárazy v činnosti a realitě nepřiléhající reakce.[101] Není tak vyhraněná co do typů, a proto se používá vyjádření nediferencovaná nebo schizofrenie v dětství.[102] Schizofrenie v dětství se u chlapců a dívek často projevuje rozdílně. U chlapců bývá nápadná hypearktivita a agrese, u dívek je to sociální stažení a uzavření se do sebe. Děti bývají motoricky neobratné a mají potíže se soustředěním. Mohou se objevit strachy i z tak banálních věcí, jako je vodovodní kohoutek.[103] Prognóza onemocnění bývá horší, pokud schizofrenie začíná v brzkém věku. V dětství je vývoj schizofrenie povětšinou

[98] Svoboda-Krejčířová-Vágnerová 2001: 539; Malá 2005: 107
[99] Suchareva 1955
[100] Malá 2005: 22-23
[101] Říčan-Krejčířová 1997: 161
[102] Koutek-Kocourková 2003: 62
[103] Vágnerová 2008: 362

plíživý. K diagnóze schizofrenie musí být přítomny dva projevy z oblasti: bludy, halucinace, inkoherence nebo rozvolnění asociací, katatonické projevy, ploché nebo zcela nepřiměřené emoce. Pokud jsou halucinace hlasů silné (bez vztahu k poruše nálady), nebo hlasy komentují chování či myšlení nemocného, nebo pokud jsou bludy bizarní, tak stačí pouze jeden z těchto symptomů. Tyto symptomy musí přetrvávat nejméně po dobu šesti měsíců, někteří autoři však udávají dobu jednoho měsíce.[104] Maximum incidence u schizofrenie je mezi 18. a 30. rokem života **(obr. 7)**. U žen začíná o něco později než u mužů. Člověk se „propadá" do často velmi hrůzyplného světa. Myšlení trpícího se řídí vlastními zákony logiky. Nastává postupná degradace až rozpad osobnosti. Nemocný se stává trvale invalidním. Skutečnou závažnost poruchy ukáže většinou až delší časový úsek **(obr. 6)**.[105] 20 % postižených nemá více jak jednu epizodu onemocnění, jedna třetina má několik epizod s mírnými následky, u 10 % nemocných se setkáváme s opakujícími se epizodami, které trvalé poškození moc nemění, jedna třetina pacientů má opakující se epizody, jež vedou k devastaci.[106] E. Bleuler shrnuje rozhodné znaky pro schizofrenii do 4 didaktických A - autismus, ambivalence, afektivita, asociace. U autismu se jedná o poruchu myšlení, o chorobný únik z reality do fantazií. Myšlení je neproduktivní a pasivní. Později se začalo používat spíše myšlení dereistické. Kanner použil tohoto termínu pro novou diagnostickou jednotku infantilní autismus. Pro ambivalenci je typický zážitek protichůdných přání, myšlenek, impulzů. Afektivita u handicapovaných může být plochá nebo nepřiměřená. Pro asociace takto nemocných je příznačné jejich rozvolnění.[107] V počátečním stavu onemocnění upoutá pozornost nadměrná vzrušivost paměťového centra. [108] Může se vyskytnout myšlenkový trysk nebo naopak myšlenkový záraz,

[104] Svoboda-Krejčířová-Vágnerová 2001: 539
[105] Hort-Hrdlička-Kocourková-Malá 2000: 145; Malá-Pavlovský 2010: 60
[106] Hort-Hrdlička-Kocourková-Malá 2000: 146
[107] Malá 2005: 11, 41
[108] Vágnerová 2008: 337

útlum. **Paranoidní** forma je typická halucinacemi a bludy. Paranoidní doslova znamená nerozumný (para=vedle; noos=rozum).[109] Typickými jsou sluchové halucinace, kdy se například dva hlasy hádají nebo něco přikazují, vyskytují se také tělové halucinace. Zrakové halucinace nebývají až tak časté. Roku 1871 napsal článek o **hebefrenii** Ewald Hecker (1843-1909).[110] Hebe byla naivně hloupoučká adolescentní dcera Dia a Hery. Byla bohyní mladosti a číšnicí bohů, usrkávala víno a chichotala se. Hebefrenie však nemá jenom tyto projevy a může skončit těžkou regresí a deteriorací.[111] Je v něčem podobná simplexní schizofrenie, ale neobjevuje se u ní taková apatie. Hebefrenika si můžeme představit jako nadměrného pubescenta v dospělosti. Nemají důvod studovat, protože už všechno vědí. Objevuje se povrchní zájem o filozofii, literaturu, umění. V současné době se však setkáváme s tím, že i určitá umělecká díla hebefreniků mohou poutat pozornost odborné i laické veřejnosti. Méně vyhraněné hebefreniky můžeme označit za heboidy. Jedna čtvrtina schizofreniků, tedy i hebefreniků se uzdraví sama, respektive jejich stav neprogredujue.[112] Hebefrenní forma je charakterizována klackovitostí s nesmyslným šklebením a pseudofilozofováním[113]. Tato forma symptomatikou nejvíce odpovídá laickým představám o „bláznech.“[114] Ze změti syndromů vydělil **katatonii** Karl Ludwig Kahlbaum (1828-1899) a poprvé o ní referoval roku 1872. Na zařazení do schizofrenie se ovšem (podobně jako u hebefrenie) podíleli Kraepelin a Bleuler.[115] Typ katatonní je dnes již poměrně vzácný a

[109] Vodáčková a kol. 2007: 405-406
[110] Vacek 1996: 43
[111] Malá 2005: 10-11
[112] Křesadlo 2001: 50-52
[113] Pseudofilozofické úvahy se však mohou vyskytnout i při jiných formách schizofrenie. Ukázka z kazuistiky: „‚Podle nového mravního schématu je na prvním místě nezradit boha, tj. socialimus. Přikázání Nezabiješ je až páté a proto nic neznamená.‘ Během ústavního pozorování referoval o ‚dálkových vlnách‘, které z něho dělají robota, protože ovládají jeho myšlenky. Závěry jednoznačně svědčily pro paranoidní schizofrenii...“ (přejato z: Pavlovský 2009: 72).
[114] Libiger 2002: 356
[115] Vacek 1996: 41,42

vyznačuje se setrváváním po delší dobu v nepřirozených polohách či nadměrnou agitovaností, tedy psychomotorickými poruchami. Dokonce jeden druh katatonní schizofrenie, tzv. Stauderova katatonie, může skončit úmrtím. U Stauderovy katatonie jsou indikovány elektrošoky jako první krok, ne jako alternativa u rezistence na léky.[116] **Simplexní** schizofrenie není tak častá. V popředí nestojí bludy a halucinace, ale abulie a únavnost, ochabnutí zaměřené pozornosti. Typická je ztráta schopnosti se smysluplně připravovat. Nemocní často píší texty bez většího smyslu a bez uspořádání **(obr. 5)**, připadají si leniví, někteří plivou na koberec.[117] Diagnostický a statistický manuál psychických poruch (DSM) Americké psychiatrické společnosti (APA) vyčleňuje ještě **dezorganizovaný** typ, který se projevuje nezvladatelnými výbuchy smíchu, které neodpovídají závažnosti tématu, rovněž bývají přítomny halucinace a bludy.[118] Do okruhu **jiné** schizofrenie bychom zařadili tzv. Huberovu cenestopatickou schizofrenii, která se vyznačuje hypochondrickými stesky doprovázenými návštěvami lékařů a jejich negativními nálezy. Na schizofrenní proces upozorní až další vývoj s narůstající bizarností stesků a typické schizofrenní příznaky.[119] Formy onemocnění se také u jedince mohou střídat. Pozdní nástup psychózy je někdy spjat s termínem parafrenie. Průběh onemocnění u schizofrenie může být chronický **(obr. 8)**, v atakách s postupným defektem, se stabilním defektem, v atakách s remisemi, neúplná remise a úplná remise.[120] Nemocnému chybí patřičný náhled na svou chorobu.[121] Schizofrenie s sebou také může nést kognitivní postižení ve smyslu koncentrace a zapamatování. Zdá se, že některá neuroleptika (psychofarmaka) mohou kognitivní deficit trochu upravit. Manfred Bleuler (syn Eugena Bleulera) v roce 1978 uvedl v jednom článku, že jsme schopni zlepšit a zmírnit

[116] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 76
[117] Raboch-Zvolský 2001, 232-233
[118] Fine 2009: 239
[119] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 77
[120] Malá-Pavlovský 2010: 60
[121] Vágnerová 2008: 343

schizofrenii ve všech stádiích. Rovněž je prokazatelný význam dobré terapie, která má vliv na to, že průběh onemocnění není katastrofický a že mnoho pacientů dříve chronických, má remise.[122] Pro onemocnění je typické, že věcem, nad kterými by zdravý člověk déle nehloubal, či se jimi vůbec nezabýval, je dáván hlubší význam. Objevuje se neschopnost „zvládat nároky běžného života“.[123] Rovněž se někdy objevuje schizofázie – nesmyslné, s danou situací nesouvisející mluvení (vyskytuje se i u demence).[124] Emotivita může být také rozštípnutá, kdy pacient je ve svém nitru smutný, ale navenek se třeba usmívá.[125] Pozitivní příznaky **(obr. 1)** schizofrenie (halucinace, bludy, dezorganizované myšlení) mohou být dány zvýšenou činností dopaminu v mezolimbické oblasti mozku a negativní, kognitivní symptomy jsou možná naopak způsobeny sníženou činností dopaminu v prefrontální kůře.[126] Přibližně 40 procent schizofreniků se někdy pokusí o sebevraždu a 10 procent ji dokoná.[127] Tito nemocní jsou tedy ve vážném ohrožení života. Uvádí se, že u 60 % takto handicapovaných se více či méně vyskytuje deprese.[128] Vysoce nebezpečným může být pojídání nestravitelných a odpor budících látek tzv. pica, která se vyskytuje i u demencí.[129] Dříve byli tito pacienti drženi v psychiatrických léčebnách. V dnešní době již existuje medikace, díky které již nemusí pobývat tak dlouho v psychiatrických zařízeních. Tato medikace má však často nežádoucí účinky. Dlouholetí schizofrenici dokáží před okolím v případě potřeby své psychotické chování maskovat.[130]

Často se spolu se schizofrenií vyskytují u daných jedinců i obsese a kompulze. Používání mnohovýznamových pojmů a symbolů

[122] Pavlovský 2009: 115
[123] Atkinson 2003: 547
[124] Akademický slovník cizích slov 2001, 689
[125] Kučerová 2010: 26
[126] Hosáková a kol. 2007: 41
[127] Hartl-Hartlová 2000: 535
[128] Koutek-Kocourková 2003: 62
[129] Zvolský a kol. 2006: 82
[130] Vodáčková a kol. 2007: 408

(abstrakcionizmus) je rovněž hojné.[131] Můžeme se rovněž setkat s neoglosií. Jedná se o vytváření nových umělých jazyků nebo písem na podkladě duševní choroby, nejčastěji schizofrenie, autismu. V některých případech se jedná dokonce o polyglotie. Známý je ojedinělý případ MUDr. Jana Lukeše, který vytvořil více než deset propracovaných jazyků, např. jazyk Ishi.[132]

Toto onemocnění bychom měli odlišovat od mnohočetné poruchy osobnosti, kdy se u takto postižených jakoby střídá více osobností, každá se svoji pamětí.

Schizofrenie je částečně dědičná **(obr. 2)** – když je jeden z rodičů nemocný, je možnost, že dítě také onemocní 10 %. Když jsou oba rodiče nemocní touto chorobou, je možnost, že jejich dítě onemocní 1:2. Pokud má postižený nadprůměrné IQ, je prognóza onemocnění někdy lepší. V některé literatuře se uvádí, že výše IQ je pro závažnost choroby nepodstatná. Je nutné si uvědomit, že onemocněním netrpí pouze nemocný, ale také jeho rodina. Je vhodné, když je zajištěna pro pacienta socioterapie, která by umožnila jeho začlenění do společnosti. Pro trpící bývají pořádány kroužky nemocných.

Někteří zastávají názor, že schizofrenní jednání je obecná lidská možnost. Může vzniknout, když se odloučení, rozdělení a rozštěpení nedají vydržet. Je to podobně jako v architektuře. Původně je vše dobře uspořádané a díly do sebe zapadají. Když je neodpovídající tlak na některý z dílů, tak ten se může poškodit a díly do sebe již nezapadají. Ve věku, kdy nejčastěji vznikají schizofrenní psychózy, dochází k odloučení od rodičů a k vazbám s novými lidmi.[133]

[131] Hartl-Hartlová 2000: 15
[132] Tamtéž: 348; Stuchlík-Borecký 2006
[133] Dörner-Plog 1999: 87

Schizotypní porucha

Tato porucha je na hranici mezi poruchou osobnosti a psychotickou poruchou. V MKN-10 je řazena mezi psychotické poruchy a v DSM-IV je řazena mezi poruchy osobnosti. Objevují se nápadnosti v chování, oblékání, myšlení, které nemají psychotickou hloubku. Někdy tato porucha stojí na počátku onemocnění schizofrenií. Zdá se, že v určitých případech se tato porucha brání schizofrenii z nám blíže neznámých důvodů (pevnější integrita osobnosti ?). Typickými jsou různé „experimenty", například zalézání do skříní atd. U dětí se v rámci této poruchy objevují poměrně silné obsese a kompulze. Pod obsesemi se ovšem skrývá schizofrenní proces. Učitelé nebo rodiče takto postižených dětí se často zmiňují, že dítě vypadá jako „mimo". Nědy si dokonce hrají s fantazijními přáteli. Budí dojem, že žijí ve svém vlastním světě. V reakci i na lehce stresovou situaci se mohou vyskytnout destruktivní fantazie. Někdy se vyskytují záchvaty smíchu, které jsou spojeny s jejich pocity síly a vítězství. Ve škole prospívají celkem dobře a mívají dobrou paměť. Mají rádi pořádek. Citlivě reagují na to, zda jsou rodiče silní či nikoliv. Chlapci trpí spíše obsesemi, kdežto u dívek jsou častější anxiózně-fobické projevy. Jestliže dítě dobře rozlišuje mezi realitou a fantazií, jestliže dokáže ovládnout své impulzy, jedná se o neurózu, pokud tohoto rozlišení a ovládnutí není schopno, jedná se o schizofrenii.[134]

3.2. Porucha s bludy

Blud byl profesorem Karlem Wilhelmem Idelerem (1795-1860) dáván do souvislosti s vnitřní potřebou (bájivosti).[135] Trvalé poruchy s bludy zahrnují dřívější označení paranoia. Výraz paranoia znamená šílenství. Roku 1818 použil poprvé termín paranoia Johann Heinroth. Může se jednat o rozvoj

[134] Malá 2005: 34-35
[135] Vacek 1996: 18

jediného solitérního bludu anebo souboru příbuzných bludů, které mohou nabývat podoby celých systémů. Jedinci mohou být pod vlivem bludného prožívání také nebezpeční.[136] Jestliže byl jedinec nábožensky vychováván, je pravděpodobnější, že se do jeho bludů promítne nějaký náboženský prvek.[137] Paranoidita se vyznačuje nadměrně zvýšenou vztahovačností, která může nabýt rozměru „světových spiknutí", žárlivostí a podezříváním. Paranoidně nemocný žárlivec může být pro manželství doslova pohromou. Tyto poruchy trvají dlouho, někdy i celý život. Bludy nebývají tak bizarní jako u schizofrenie a pro okolí jsou tudíž většinou zpočátku více pochopitelné, v některých případech se mohou v průběhu života proměňovat. Začínají nejčastěji ve středním věku. Afektivita, řeč a chování nebývá nijak zvlášť narušeno, ovšem kromě jejich samotného vztahu k bludu. Halucinace se nevyskytují. Krátkodobě se mohou vyskytnout čichové nebo taktilní halucinace.[138] Dříve byly považovány paranoidní poruchy za příliš vzácné, než aby byly oddělovány od ostatních psychóz. Riziko onemocnění v průběhu života je 0, 05-0, 1%. Z hospitalizovaných jedinců na psychiatrii se jedná o 1-2%. Častěji se vyskytují u žen a u osob v celibátu. Jedinec s bludy obvykle sám lékařskou pomoc nevyhledá a nepovažuje se za nemocného. K rizikovým faktorům patří duševní onemocnění v rodinné anamnéze, sociální izolace, pokořující zážitek, vdovství, imigranství.[139] Podle výkladu Sigmunda Freuda je blud pokusem o zvládnutí nevědomé homosexuality. Současná věda však považuje tuto interpretaci za neudržitelnou. Na rozdíl od schizofrenních bludů bývají tyto bludy často velmi logicky uspořádány do té míry, že mohou nezasvěcené lidi zmást svou věrohodností. Poruchy s bludy bývají velmi těžko léčitelné. Blud se vyvíjí většinou pozvolna, nebo může vzniknout náhle. Trpící jsou často osoby velice

[136] Raboch-Zvolský 2001: 251; Höschl 1996: 175; Zvolský 2001: 85
[137] Říčan 2007:127
[138] Praško-Pánková 2007:403; Raboch-Zvolský 2001: 251
[139] Balon 2002: 404

citlivé. Nejčastějšími bludy jsou blud perzekuční, žárlivecký, kverulační.[140] **Senzitivní vztahovačnost** se objevuje u lidí nesmělých. Domnívá se například, že si na něj lidé ukazují. Nebo se naopak vyskytuje bojovné kverulanství.[141] Porucha **erotomanická** se vyznačuje tím, že si dotyčná osoba myslí, že se do ni zamilovala nějaká význačná, známá osobnost. Zajímavostí je, že „ne" si takto postižená osoba vykládá jako „ano". Odmítání druhé osoby si vysvětluje jako projev lásky. Postiženy bývají častěji ženy, které žijí v samotě. Nebezpečím je zde násilí vůči osobě, která je partnerem této význačné osobnosti. Nemocný si může myslet, že např. při televizním vysílání mu jsou dávány skryté zprávy. U **megalomanické** formy bývá postižený nevyvratitelně přesvědčen o svém vyvolení k velkým činům, nebo dokonce přímo Bohem vyvolen. Je nutno ji odlišit do manické fáze maniodepresivní poruchy. Porucha **reformátorská** se projevuje např. přesvědčením, že ideje a myšlenky dotyčné osoby změní svět k lepšímu. **Kverulantská** podoba je typická vytrvalým stěžováním si právní cestou na domnělá příkoří. Porucha **žárlivecká** má v obsahu přesvědčení o nevěře sexuálního partnera. **Capgrasův** syndrom se projevuje pocitem o záměně někoho dvojníkem.[142] Porucha **inventorní** spočívá v chybném přesvědčení o nějakém domnělém významném vynálezu. Porucha **rodokmenová** spočívá v představě, že dotyčná osoba je potomkem nějakého význačného rodu a běžné je pak sestavování rodokmenů, které to mají dokládat. **Bludná parazitóza** se projevuje přesvědčením nemocného o svém napadení různými organismy, parazity, hmyzem a nejčastěji postiženou částí těla bývá kůže, ústa, střevo, oko. Často se projevuje u mužů, kteří prodělali nějaké svědivé kožní onemocnění. Vyskytuje se spíše ve vyšším věku a není častá. Postižený si často kůži odírá za pomoci nože, nůžek, jehel a používá různé desinfekční prostředky. Obrací se na dermatology, parazitology,

[140] Zvolský 2001: 85
[141] Křesadlo 2001: 90
[142] Benson 2010: 96

entomology. Organismy někdy přináší sebou v lahvičkách. Mohou se vyskytnout taktilní senzace halucinatorního rázu, které mají spojitost s pohybem těchto organismů v těle, pokožce trpícího. U takto handicapovaného bývá typické, že střední část pokožky zad je nepostižena, ostatní místa pokožky těla nesou stopy po škrabání. Dermatolog často velmi nerad takového pacienta ošetřuje a většinou ho doporučí k psychiatrovi. Někdy se nemocnému daří přesvědčit i rodinné příslušníky. Tento blud bývá nejčastěji indukovanou psychózou. Dotyčný může být někdy přesvědčen dokonce o tom, že i jeho dítě nebo zvířata jsou napadena těmito živočichy. Utrpení při této poruše bývá značné, jsou popisovány sociální izolace, ztráty zaměstnání v důsledku onemocnění a sebevraždy. Psychiatrickou mediakci postižení často sami vysazují a považují ji za nepotřebnou. Tento blud se může vyskytnout i při depresi, bipolární poruše, schizofrenii, ovšem většinou ne jako jediný.[143] **Cotardův syndrom** byl dříve řazen pod paranoiu. Projevuje se bludy negace, vyskytuje se přesvědčení, že orgány mizí, tělo zahnívá.[144] Bludy týkající se defektu ve **vzhledu** je těžké odlišit od dysmorfofobické poruchy, protože hranice mezi bludem a dominující obsedantní myšlenkou může být nejasná. Často žádají o úpravu svého zevnějšku např. za pomoci plastické chirurgie, ale tato úprava nevede ke zlepšení stavu a může vyústit v agresi proti zdravotnickému personálu.[145] Blud **vlastního zápachu** se vyskytuje velice vzácně.

Riziko sebevraždy je především u bludu perzekučního a erotomanického. Postižení často velmi špatně snášejí antipsychotickou medikaci, což může být zase bludně zpracováváno. Blud se nesnažíme vyvracet, ani se s dotyčnou osobou nehádáme. Při obhajování bludu totiž může dojít k jeho utužení. Nepředstíráme však, že bludu věříme.

[143] Praško-Pánková 2007: 403-404; Křesadlo 2001: 86
[144] Höschl 1996: 175
[145] Praško-Pánková 2007: 404

V určitých případech dojde při bludu u jedné osoby k jeho indukci na osobu další, která je primárnímu nositeli bludu emočně blízká. Svou roli zde hraje domněle reálná pravděpodobnost. Pokud je však tato osoba izolována od prvotního nositele, dochází k úpravě stavu.[146] Nejčastěji se při **indukované** poruše s bludy jedná o původní bludy u dominantního jedince typu perzekučních, megalomanických a parazitózy.[147]

V anamnéze bývá fyzické zneužívání v dětství, emoční vydírání, krutí a nespolehliví rodiče, perfekcionistická výchova. U takového jedince se podle Eriksona nevytvoří základní jistota a okolí je potom vnímáno jako nebezpečné a ohrožující.[148] Vyskytuje se také často u hluchých, slepých.

Je vhodné být k nemocnému poctivý, protože právě paraniodní pacienti bývají přecitlivělí na podvádění. Mějme pochopení pro potíže, které nám handicapovaní v souvislosti s bludy uvádějí. Mohou být nebezpeční okolí, když se například v sebeobraně snaží usmrtit domnělého nepřítele. Osobnost bývá zachována oproti schizofrennímu úpadku. Řeč, afektivita i chování bývají normální, což může budit dojem důvěryhodnosti. Nevyskytují se trvalé sluchové halucinace, pokud se vyskytují, jedná se o jiné psychotické onemocnění.[149]

Puerperální psychóza se vyskytuje přibližně u jednoho z 500 porodů. Mohou při ní nastat i zvláštnosti - například v bludném přesvědčení matky, že dítě je narušené. Velké nebezpečí spočívá v tom, že matka se může snažit dítě usmrtit.[150]

Někdy se může stát, že jedinec trpí bludem, např. že má rakovinu, nebo že je mu manželka nevěrná a ono se nakonec ukáže, že tomu tak je. Cesta, jak

[146] Balon 2002: 404-407
[147] Zvolský 2001: 87
[148] Höschl 1996: 173
[149] Tamtéž: 172-174
[150] Brown-Pullen-Scott 1992: 98

nabyl toto přesvědčení, však je bludná. Takovéto případy jsou diagnosticky hodně náročné i pro samotné psychiatry.[151]

3.3. Schizoafektivní porucha

Schizoafektivní porucha není tak častá jako schizofrenie, celoživotní prevalence se udává na 0, 5 - 0, 8 %. Nejčastěji začíná v pozdní adolescenci nebo rané dospělosti. U této poruchy jsou současně[152] symptomy schizofrenie a manické fáze nebo depresivní fáze nebo příznaky mánie i deprese u smíšené fáze, ovšem příbuznost se schizofrenií a afektivními poruchami je nejistá. *„Mohou se vyskytnout kvalitativní poruchy vědomí.“* Průběh je příznivější než u schizofrenie, remise mohou být bez patrných příznaků.[153] Rozvíjí se obyvkle mezi 20. a 30. rokem života. Průběh je akutní a trvá poměrně krátce. Více je zastoupena u ženské populace, čímž se blíží afektivním poruchám, než schizofrenii, kde je poměr pohlaví stejný. Příčiny jsou různé, genetické i exogenní.[154] Prognóza je příznivá, záleží také na věku, kdy se choroba objevila a na premorbidní osobnosti. Základní léčba je farmakologická. Je většinou dobře léčitelná.[155] Dříve byly ještě pro diagnózu nutné netypické příznaky, kam se řadí především poruchy vědomí jako zmatenost, neklidné delirium, oneiroidní stav. Tento pojem má bohatou historii a proměnlivou náplň. Lékaři ji diagnostikují častěji, než je asi nutné, i když je od toho lékařské učebnice odrazují. Dříve se někteří psychiatři domnívali, že jde o současný výskyt procesů schizofrenních, manio-depresivních a epileptických.[156] Schizofrenní příznaky bývají spíše na pozadí. Halucinace jsou pestré, vyskytují se paranoidní bludy, poruchy myšlení i katatonní stavy. Po odeznění nenajdeme

[151] Kučerová 2010: 12
[152] Nebo se jedná o společný výskyt během několika dnů.
[153] Hosáková 2007: 45
[154] Vágnerová 2008: 367
[155] Tamtéž: 368
[156] Raboch-Zvolský 2001: 249-250; Malá-Pavlovský 2010: 63

takový trvalý psychický defekt jako u schizofrenie, ale je nebezpečí další epizody.[157] U manického typu se vyskytují příznaky typické pro manický syndrom.[158] Po „bouřlivém“ období u tohoto typu dochází k fázi uklidnění. Je přítomna expanzivní nálada se zvýšeným sebevědomím, vzrušením nebo agresivitou. Bludy jsou megalomanické nebo perzekuční, halucinace intrapsychické i jiné.[159] Při depresivním typu je velmi vysoké riziko sebevraždy. Příznaky jsou typické pro depresivní syndrom **(obr. 12)**.[160] Nálada je depresivní nebo úzkostně depresivní s ranním pesimem. Bludy jsou autoakuzační, hypochondrické, perzekuční nebo kontrolovanosti. Typická je ztráta životního elánu, sebeobviňování. Halucinace hlasů, které obviňují, vyhrožují.[161] Pro smíšený typ je důležité, že se schizofrenní příznaky vyskytují spolu se smíšenou bipolární poruchou.

3.4. Afektivní poruchy s psychotickými příznaky

Pro afektivní poruchy je rozhodující, že nálada neodpovídá skutečné životní situaci nemocného. Poruchy ovliňují myšlení, chování, ale i fyziologické funkce handicapovaného.[162] Je velmi důležité odlišovat běžný smutek a depresi. U smutku zešedl svět a u deprese se to týká toho konkrétního jedince.[163]

3.4.1. Psychotická mánie

Mania je řecké slovo pro šílenství, chorobné zaujetí, vášeň.[164] Psychotická mánie postihuje přibližně třetinu nemocných manií a většinou vyžaduje hospitalizaci.[165] Manická porucha je mnohem vzácnější než deprese. Poprvé se

[157] Křesadlo 2001: 86
[158] Vágnerová 2008: 367
[159] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 84
[160] Vágnerová 2008: 367
[161] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 84-85
[162] Vágnerová 2008: 369
[163] Tamtéž: 370
[164] Křesadlo 2001: 75
[165] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 103

většinou manifestuje mezi 25. - 30. rokem života. Oproti depresivním poruchám se vyskytuje izolovaně jenom občas. Bývá součástí schizoafektivní poruchy a bipolární poruchy.[166] Změny nálady pro diagnózu mánie musí trvat nejméně týden. Myšlení bývá u mánie velmi zrychlené, vyskytuje se celkové zrychlení psychických procesů, potřeba spánku snížená nebo žádná, aktivita narušuje běžné činnosti. Sebevědomí je vysoké, vyskytují se psychotické příznaky v podobě megalomanických, paranoidních, religiózních bludů. Halucinace bývají sluchové nebo vizuální, charakteru náboženského nebo extatického a jsou často jenom přechodné. Pacient se cítí neobyčejně dobře, odmítá, že by mohl být nemocen a z toho vyplývá i nechuť k léčbě. Velice nebezpečným může být manicky nemocný za volantem automobilu. Jízda takového člověka je velice riskantní. Ohromné nebezpečí může také znamenat zbraň v rukou nemocného. Konzumace alkoholu, který bývá při tomto onemocnění hojně zneužíván, může vést ke ztrátě kontroly a někdy zapříčiní trestnou činnost.[167] Budoucnost vidí jasně a optimisticky, nic se nemůže pokazit. Podle svého mínění nemá potíže se soutředěním, i když při pohledu na nemocného z vnějšku, se nechává snadno bezvýznamně vyrušit.[168] Manický pacient má povznesenou náladu. Může být přesvědčen, že je Bohem vyvolen k mimořádným vhledům nebo vyvolen k velkým úkolům.[169] Mánie bývá popisována jako protipól deprese nebo jako „deprese obrácená naruby“. Mánie však někdy může budit dojem jakési obrany před depresí a existenciální krizí, tato obrana ovšem bývá nedostatečná a na konci mánie bývá úpadek do hlubokého zoufalství.[170] Mánii podobně jako těžkou depresi dokáže poznat i

[166] Vágnerová 2008: 371

[167] „K trestné činnosti [...] dochází často ve spojení s konzumací alkoholu; setkali jsme se s nemocným, který v manické fázi velkoryse hostil celou hospodu, jejíž zařízení poté demoloval a napadal zakročující policisty.“ (Pavlovský 2009: 77); Pavlovský 2009: 77; Vágnerová 2008: 384; Kašparů 2002: 82-83; Rahn-Mahnkopf 2000: 261-262

[168] Vágnerová 2008: 384

[169] Říčan 2007: 127

[170] Rahn-Mahnkopf 2000: 259; Kalina 2001: 42-43

laik. Mohou se vyskytnout postižení kognitivních funkcí a to do takové míry, že handicapovaný působí pro pozorovatele zmateně a úplně nekoordinovaně. Takto postižený jedinec působí na své okolí spíše rušivě. Může se vyskytnout nebezpečnost sobě nebo svému okolí. Bludy korelují s náladou a utvrzují nemocného v jeho náladě. Manická epozida trvá od několika týdnů do čtyř nebo pěti měsíců. Po skončení epizody se objevují pocity viny za činy spáchané v manické atace. Toto onemocnění bývá náročné i pro partnera, rodinu dotyčné osoby. Rodina musí často čelit urážkám. Těžce nemocní mohou tušit, že jejich stav není v pořádku.[171] Nemocný se věnuje spoustě činností, které nedokončuje. Vyhazuje peníze za bezcenné nákupy. Nespí, avšak vypadá dobře. Chuť k jídlu bývá zvýšená, ale nemá čas se ani najíst. Muži se uchylují k lehkovážným sexuálním kontaktům a ženy se nabízejí, což může vést k nechtěnému otěhotnění nebo k nakažení pohlavní chorobou. Stává se například, že muž, s do té doby vysoce kultivovaným vystupováním, začne oslovovat ženy a dělat jim sexuální návrhy nebo začne používat vulgárních slov, kterých bychom se u něj jinak nenadáli. Často několik nocí nespí a nevydrží na lůžku. V době, kdy ostatní běžně spí, se věnuje aktivitám s čilostí jako ve dne. Nebezpečí je skryto v uzavírání nevýhodných smluv nebo v rozdávání věcí. Myslí si, že jeho chování není v nepořádku. Pokud mu ostatní říkají, aby se choval normálně, tak to nedokáže. Choroba ovládá i vůli nemocného.[172] Velkým nebezpečím u člověka v mánii je, že může přecenit své skutečné síly. Může na svá bedra vzít úkol, který je nad jeho síly. Neměli bychom dovolit jejich vystupování na veřejnosti (katecheze, svědectví apod.) v akutní fázi onemocnění. Ve svátosti smíření upozorní jeho nadměrně kladné sebehodnocení, tam kde se ostatní většinou vidí negativně. Pokud jsou takto postiženým lidem svěřeny peníze, je nebezpečí jejich špatného či rozmařilého

[171] Rahn-Mahnkopf 2000: 261-262
[172] Křesadlo 2001: 77-78; Kašparů 2002: 82-83

investování.[173] Domnívají se, že okolí považuje jejich myšlenky za orginální. Někdy nosí nápadné oblečení, které může být sladěno se znamením zvěrokruhu. Setkáváme se s tím, že takto nemocní lidé o sobě prohlašují, že jsou proroci nebo jsou přesvědčeni o své nadměrné důležitosti. Mohou se dostavit náboženská vidění. Ještě u nedávných autorů se setkáme s tím, že halucinace se u mánie nevyskytují a pokud ano, tak se jedná o jiné onemocnění (např. V. Pinkava). Je nutné podotknout, že toto se vztahovalo pro středoevropský prostor a jinde se pro diagnózu mánie mohly vyskytovat i halucinace (např. halucinace Boha nebo ďábla). V odborné literatuře českých autorů dneška se už u mánie mohou vyskytovat i halucinace.[174] U **manie simplex** převládá mnohomluvnost, rozjařenost, veselost. Činnost je nadměrná, ale přelétavá a nevede k výsledku. Postižený pro vzrušení téměř nespí nebo vůbec ne, ale vypadá dobře. Sexuální aktivita je zvýšená.[175] Při **manii resonans** (zlobná) takto nemocní jsou rovněž hyperaktivní. Nálada není veselá, ale spíše zlobná. Postižení nadávají, jsou panovační, cítí se nedocenění a úkorně nesou, když jim není dáváno za pravdu. Může se objevit podezřívavost a vztahovačnost.[176] Během **manie confusa** (zmatená) bývají pacienti nezkrotní, vykřikují bez souvislosti nebo nadávají, zpívají, znečišťují se, tlučou kolem sebe či se šaškovsky vystavují.[177] **Manii stuporosa** (utlumená) můžeme chápat jako svým způsobem pro mánii atypickou, protože utlumenost je spíše rysem melancholie. Takto nemocní leží na lůžku v blaženém stavu, usmívají se a připomínají tak popisy mystických stavů různých náboženství. Lůžko si zdobí různými okrasami.[178]

[173] Opatrný 2003: 45-46; Opatrný 2005: 83
[174] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006:103; Kašparů 2002: 83
[175] Křesadlo 2001: 79
[176] Tamtéž
[177] Tamtéž: 80
[178] Křesadlo 2001: 80

Za dvacáté století výrazně ubylo mánií s prožitky blaženosti a veselosti, což možná něco vypovídá o našem světě.[179]

3.4.2. Psychotická deprese

Tato deprese je řazena k velice vážným onemocněním. Rozhodně se nejedná o tzv. „běžnou" depresi. Termín deprese je latinského původu, doslovně de - dolů a premere - tlačiti, a znamená stísněnost, sklíčenost.[180] Každou chvíli trpí těžkou formou deprese 1, 3 % obyvatel USA a asi 15 % těch, co trpí těžkou depresí, si vezme život.[181] Samota může být pramenem deprese a z těžké deprese zase samota může vznikat.[182] *„U mnoha lidí vede k depresivním symptomům konstelace biologických, psychologických a sociálních faktorů."*[183] Pokud máme příbuzného s emočními problémy typu deprese, zvyšuje to pravděpodobnost výskytu u nás samotných třikrát. Pokud onemocní jedno z identických dvojčat depresí, zvyšuje to pravděpodobnost onemocnění u druhého dvojčete třikrát, než stejná situace u neidentických dvojčat.[184] Depresivní nemocní mají pravděpodobně nižší hladinu serotoninu, norepinefrinu, dopaminu. U nemocných depresí byla rovněž zjištěna zvýšená hladina stresového hormonu kortizolu.[185] Problém poznat těžkou depresi většinou nemají ani laici, kteří však mohou mít problém s poznáním deprese, která se projevuje převážně tělesnými projevy, tzv. larvované deprese. Bludná symptomatika se vyskytuje u 8 %-15% všech depresí.[186] V **nihilistickém** bludu bývá člověk přesvědčen, že on i svět přestávají existovat. Může bý také přesvědčen o pohlavní nediferenciaci lidí. Tento blud se řadí k nejzávažnějším.

[179] Kalina 2001: 42-43
[180] Křivohlavý 2003: 22
[181] Tamtéž: 139
[182] Vanier 2004: 14-15
[183] Plante 2001: 151
[184] Tamtéž: 219
[185] Tamtéž
[186] Je zajímavé, že u Afričanů s černou pletí se tolik nevyskytuje autoakuzace, ale spíše pocity pronásledování. (Vágnerová 2008: 379)

V bludu **chudoby** může být dotyčný bludně přesvědčen o svém velikém zchudnutí, že třeba nebude mít ani na zaplacení hospitalizace. Pro **hypochondrický** blud jsou dominatní nevývratné myšlenky o své nemoci, navzdory skutečnosti. Například si dotyčný chybně myslí, že je nakažen virem HIV. Blud **prohřešení** je spjat s přesvědčením, které nemá reálné odpodstatnění, že se dopustil nějakého zvlášť odsouzeníhodného činu. Těžká deprese může nabýt podobu bludných konstrukcí, kdy je nemocný přesvědčen o své hluboké vině, že např. zavinil smrt svých blízkých, že ho Bůh navždy zavrhl. Toto bludné přesvědčení má někdy za následek to, že se dotyčný přestane modlit a že přestane nábožensky žít.[187] Halucinace jsou nejčastěji sluchové v podobě hlasů, které pacienta obviňují a potvrzují tím jeho bludnou produkci. Pokud se vyskytují tyto příznaky, je to známkou, že nemocný ztrácí soudnost.[188] U současných depresí jako kdyby vymizely dřívější podoby bludů. S nihilistickým bludem se setkáváme v mohem menší míře než dříve. Také blud **věčného zatracení** nazvaný podle žida Ahasvera je výjimečný. Takto postižená osoba se domnívá, že bude napořád trpět, a že i smrt jí je odepřena, i když by si smrt přála. Samotný počet depresí s bludy je také menší. Setkáváme se s bludem hypochondrickým. Depresemi trpí dvakrát více ženy, ale sebevraždu dokonají více muži než ženy. Je možné, že gen vztahující se k depresi se váže na chromozom X, který muži mají jenom jeden, ale ženy dva.[189] Těžkým obdobím pro pacienta může být čekání, až antidepresiva začnou mít očekávaný kladný terapeutický účinek. Tento účinek se neobjeví hned. Toto období je zpravidla ještě těžší tím, že i antidepresiva mají nežádoucí účinky, které se mohou objevit dříve než mizení deprese. Nemocný depresí by však měl vědět, že pokud se dostavil běžný nežádoucí účinek, tak je třeba vyčkat toho žádoucího.

[187] Říčan 2007: 126, 127
[188] Vágnerová 2008: 379
[189] Vacek 1996: 247-249

3.4.3. Bipolární porucha (v dřívější terminologii maniodepresivní psychóza[190])

Již starověký autor Platón zavádí pojem anoia, která má dvě podoby - manie (zuřivost) a apatie (tupost).[191] Také Hippokrates (460- ca. 371 př. Kr.) ve 4. století př. n. l. popisuje manii a melancholii a dává je do souvislosti s nadměrným množstvím černé a žluté žluči v mozku.[192] Maniomelancholická psychóza byla vydělena jako nosologická jednotka roku 1854.[193] U bipolární poruchy se střídají fáze depresivní a manické (hypomanické) **(obr. 13, 14)**. Onemocněním se zabýval slavný Filip Pinel (1745-1826), který stál u počátku změny v péči o duševně choré.[194] Touto chorobou, podobně jako u schizofrenie, trpěla celá řada známých osobností, například herec Miloš Kopecký, spisovatelé Ota Pavel, Edgar Alan Poe, Ernest Hemingway, Percy Bysshe Shelley, Johann Wolfgang Goethe, spisovatelka Virginia Woolfová, zpěvák Petr Muk, skladatel Robert Schumann **(obr. 13)** a Ludwig van Beethoven, politik Oliver Cromwell, Napoleon Bonaparte, Abraham Lincoln, Winston Churchill, malíř Vincent van Gogh, Modigliani, Jackson Pollock, teolog Martin Luther, myslitel Šabtai Cvi.[195] Bipolární porucha se v 90 procentech případů manifestuje před 50. rokem věku, často začíná v období kolem 30. roku života. Postihuje 0, 5% - 1, 5% populace, v lehčí formě třikrát více, ve stejném množství muže i ženy.[196] Všichni, kteří trpí maniodepresivní psychózou, trpí také bipolární poruchou, ovšem ne všichni, kteří trpí bipolární poruchou, jsou maniodepresivní. „Tyto dva pojmy se nepřekrývají.“[197] Pro vznik onemocnění má význam dědičnost, minulost jedince, prostředí. Již dříve

[190] Pavlovský 2009: 77
[191] Svoboda 2006: 15
[192] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 86
[193] Vacek 1996: 30
[194] Křesadlo 2001: 75
[195] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 86; Herman-Praško-Doubek-Hovorka 2004: 19; http://bap.cz/index.php?m_cl_id=9 (25. 7. 2011)
[196] Vágnerová 2008: 371; Benson 2010: 105-107
[197] Gay 2010: 13

byl prokázán vliv dědičnosti. Pokud nemocný trpí bipolární poruchou typu I, je riziko že onemocní jeho dítě 10 %. Důležitost psychologických faktorů a vlivu prostředí byla dřívě minimalizována. Dřívější zážitky, jako ztráta partnera, citová deprivace či sexuální agrese v dětství mohou mít však také vliv. Nyní se ukazuje, že křik a bezprostřední zvyšování hlasu mohou mít uspišující vliv pro nástup manické fáze. Na počátku onemocnění mohou stát výrazné změny životního rytmu. Počet nemocných žen a mužů je přibližně stejný. Riziko sebevraždy u neléčených nemocných je deset až patnáct procent. Šedesát procent nemocných je závislých na drogách. Před vynálezem psychofarmak a především léků založených na bázi lithiových solí, byla tato choroba považována za neléčitelnou. Průběh nemoci je závislý na tom, jak brzy se dotyčný dostane k lékaři. Tímto onemocněním velmi trpí i rodina postiženého. Problémy, do kterých se dostává nemocný, někdy zakrývají samotnou nemoc. Pacienty, u kterých byla diagnostikována bipolární porucha pozdě, lze léčit pouze ztěžka. Jejich materiální situace bývá špatná, někteří propadli alkoholismu, drogám. Kontakty s ostatními lidmi bývají poznamenány nemocí. [198]

Manická epizoda se projevuje třemi způsoby: přehnanou změnou nálady, zrychleným myšlením, hyperaktivitou.[199] Známe kazuistiky, kdy dotyčný nakoupil ohromné množství novin v novinovém stánku, které následně odvezl do sběru. **Hypománie** patří mezi lehčí poruchy nálady, má stejné znaky jako mánie, ale nebývá jich tolik a nejsou tak hluboce vyjádřeny. Postižený člověk mnohdy dokáže plnit své úkoly a jeho společenské vystupování nemusí být narušeno. Intenzita příznaků tedy nebývá tak velká, ale přesto je zde ohromná záludnost v tom, že pokud není rozpoznána může výrazně negativně narušit dosavadní život. Jsou známy případy rozvodů, přivedení na mizinu a propuštění z práce v důsledku nerozpoznaní této poruchy. Hypománie může

[198] Gay 2010: 26, 27, 41; Vágnerová 2008: 371
[199] Gay 2010: 32-36

předcházet manické epizodě nebo být před či po depresivní epizodě. Takto postižený člověk začíná mít více plánů a schůzek, telefonuje nadměrnou dobu, kouří více cigaret, pije více kávy, konzumuje více alkoholu. Zdá se mu, že ho napadají ta správná slova hned. Bývá roztržitý a sebepřeceňuje se. V sebepřeceňování je skryto nebezpečí. Necítí se unaven. Postupně začíná vstávat dříve a dříve. Tato epizoda musí trvat nejméně čtyři dny.[200] U nemocných bipolární poruchou je nebezpečí vražedné činnosti nebo sexuální agrese v souvislosti s užíváním omamných látek nebo s poruchou osobnosti. Vraždy se vyskytují v depresivní fázi.[201] Bipolární poruchou trpí stejně mužů jako žen. Pro diagnózu deprese u bipolární poruchy musí trvat příznaky nejméně dva týdny. Vyskytuje se anhedonie (neschopnost prožívat radost). Dotyčný někdy odmítá potravu, protože si jídlo nezaslouží. Pod vlivem těžké deprese může dojít ke změně závěti, rozdání majetku.[202] U deprese se mohou vyskytnout sluchové halucinace, kdy hlasy často říkají, že je dotyčný k ničemu, že by měl zemřít, ale mohou se vyskytnout i halucinace zrakové. Bývá narušena délka spánku a proces usínání. Nemocný usíná později a probouzí se dříve. Je důležité upozornění, že se naopak může vyskytnout spavost nadměrná. Trpící je unaven. Koutky úst jsou svěšeny, ale může se vyskytnout paradoxně i usmívání. Objevují se myšlenky na sebevraždu. Pocity méněcennosti jsou také významné. Zevnějšek bývá neupravený. Dotyčná osoba méně jí, avšak je možná i konzumace nadměrná.

3.5. Psychózy vyvolané užíváním návykových látek

Psychoaktivní látky byly již prvními lidskými civilizacemi (nebo spíše od nepaměti) vyžívány pro své vlastnosti, které umožňují ovlivňování psychické činnosti. Nebo také jako látky umožňující „kontakt“ s nadpřirozenem.

[200] Tamtéž: 32, 36-37
[201] Tamtéž: 47
[202] Pavlovský 2009: 78

Spektrum těchto látek se však v průběhu času velmi rozšiřuje.[203] S drogami experimentoval také Stanislav Grof, jeden z hlavních představitelů transpersonální psychologie. Psychedelické látky podle něj působí jako nespecifický zesilovač nebo urychlovač, díky kterému jsou přístupné i ty oblasti nevědomí, které zůstávají jinak skryty a můžeme tak lépe poznat i svou duši samou.[204] Některé psychoaktivní látky nebo jedy mohou vyvolat stavy podobné duševní nemoci či přímo dané onemocnění vyvolat nebo umocnit. Psychózy vyvolané účinkem psychoaktivních látek mají většinou krátkou dobu trvání, v některých případech může ale dojít ke chronifikaci onemocnění. Velice blízko psychotickým onemocněním jsou stavy navozené užíváním LSD **(obr. 16, 17)**, kde mohou být velmi silné halucinace a pocity vznášení se v kosmu. Po odeznění se objevuje úzkost a vztahovačnost. Tato látka byla hojně zneužívána převážně v 60. a 70. letech 20. století.[205] Amfetaminová psychóza je navozena užíváním amfetaminů a symptomatika je velice podobná paranoidní schizofrenii.[206] S LSD-25 a MDMA je typicky spojen „bad trip". Tyto látky většinou neznamenají riziko úmrtí přímo jako následek intoxikace, ale dotyčný jedinec se může snažit například vyskočit z okna, aby uniknul imaginární příšeře. Mohou vést k nepředvídatelným emočním změnám a stavům úzkosti a zoufalství.[207] Aplikací kokainu nitrožilně nebo kouřením pevné formy lze docílit velice příjemné prožitky, které chce dotyčný jedinec pořád opakovat až do hrozící intoxikace. Intoxikovaný jedinec může být agresivní, zmatený a pod vlivem halucinací a paranoidních bludů. Bludy mohou přetrvávat i déle po odeznění deliria.[208] Fenyciklidin PCP („andělský prach") jenž se používal jako veterinární anestetikum je vysoce nebezpečný a

[203] Mühlpachr 2009: 79; Srov. Fischer-Škoda 2009: 88; Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 54
[204] Sudbrack 2002: 12
[205] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 70
[206] Benson 2010: 147
[207] Brown-Pullen-Scott 1992: 58
[208] Bahbouh-Bureš-Grof-Havel-Horáček-Madlafousek-Mikota-Preiss-Volavka 2002: 163

může mít za následek totální nebo ostrůvkovitou ztrátu paměti. Aplikuje se perorálně i intravenózně. Intoxikace vede k psychóze se stažením, stuporem, desorganizovaným myšlením a řečí, halucinacemi.[209] Ketamin se také používá jako anestetikum u lidí i zvířat a má podobné účinky jako fenyciklidin. Užívá se kouřením, šňupáním, injekčně.[210] Také dlouhodobé užívání marihuany může mít u predisponovaných jedinců za následek halucinace. Marihuana tedy rozhodně není neškodnou drogou, navíc při ní dochází ke změně percepce času a k negativnímu ovlivnění krátkodobé paměti.[211] Dalšími zneužívanými látkami jsou psylocibin **(obr. 18)**, muskarinové alkaloidy, meskalin je obsažen v kaktusu Lophophora, bufotein v semenech rostliny Cohoba, ibogain v kůře kořene keře Tabernate Iboga, atropin, skopolamin v durmanu, miristicin v muškátovém oříšku.[212] Některé z přírodních halucinogenů používaly ve středověku čarodějnice.[213] Původním účelem barbiturátů je jejich hypnotický účinek, dlouhodobé zneužívání ve vyšších dávkách může mít po vysazení těchto přípravků za následek halucinace a delirium.[214] V těžkém stupni alkoholismu se může objevit alkoholová halucinóza, která vrcholí silnou úzkostí nejčastěji v noci a jsou pro ni typické sluchové halucinace, kdy se dvě skupiny lidí hádají a paranoidní příznaky. Objevuje se zpravidla náhle a čtyřikrát častěji u mužů.[215] Korsakovova psychóza se projevuje zpočátku halucinacemi a bludy a později je typická poruchou vštípivosti (korsakovský amnestický syndrom). Pro delirium tremens (tremens - třesoucí se) je typický hrubý třes, zrakové **(obr. 15)**, čichové, taktilní, sluchové halucinace a bludy (často paranoidní), dezorientace.[216] Vidění bílých myšek se vyskytuje

[209] Zvolský a kol. 2006: 30
[210] http://cs.wikipedia.org/wiki/Ketamin (22. 5. 2012)
[211] Křivohlavý 2009: 204
[212] Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 70; Bouček 2006b: 44-45
[213] Musil 2006: 156
[214] Křivohlavý 2009: 205
[215] Nešpor 2002: 567
[216] Kelnarová-Matějková 2010: 26; Raboch-Zvolský 2001: 197; Delirium tremens a Korsakova psychóza byly řazeny dříve mezi alkoholické psychózy. Srov. tamtéž.

sporadicky, spíše je to vidění penízků, andělů, čertů, hadů, brouků. Člověku v deliriu tremens se dají halucinace vnutit, např. děláme, že dotyčnému podáváme peněženku a on ji halucinuje.[217] Alkoholická paranoia (paranoidní alkoholická psychóza) se vyznačuje žárlivecký bludem, kdy je dotyčný přesvědčen o nevěře partnera.[218] V rámci prevence toxikomanie má svůj význam také podchycení falešných představ, se kterými se setkáváme u dětí a mládeže ohledně drog.[219]

3.6. Psychotické poruchy v důsledku somatického onemocnění

Onemocnění mozku nám dokládají, jak je spjat duševní život a mozek. Léčit organika slovem je nejenom v rámci medicíny vysoce nekompetentní. Delirózně halucinatorní stav je traumatickou psychózou vznikající při úrazu hlavy. Projevuje se obluzeným vědomím, převážně zrakovými halucinacemi a nesouvislou řečí, někdy agresivitou. Po úpravě stavu bývá amnézie. U nádorů čelního laloku se setkáváme s veselou náladou a hloupým vtipkováním (tzv. moria). Nádory spánkového laloku se projevují oneiroidními stavy. Vyskyují se hrůzyplné komplexní halucinace, například nemocný vidí ďábla, slyší jej, může ho vnímat hmatem a cítí jeho zápach. Bývá přítomna derealizace a depersonalizace (prožitky neskutečnosti směrem k okolí i k vlastní osobě a nemocný si připadá jako „ve snu“). Důležitým znakem bývá ztráta různých schopností, jako mluvení, hudebního sluchu atd. Při nádorech týlního laloku se objevují elementární i komplexní halucinace. Nádory talamu provází poruchy vnímání, tělo se zdá cizí, útroby se otáčejí. Nádory hypotalamu bývají doprovázeny halucinacemi exotických pestře zbarvených zvířat, ptáků, rostlin i lidí. Takovýmto poruchám se říká Lhermitteyovy halucinace a působí spíše příjemně, avšak mohou je vystřídat halucinace rozšklebených obličejů. Pickovy

[217] Křesadlo 2001: 118-119
[218] Mühlpachr 2009: 86; Bouček 2006b: 37
[219] Křivohlavý 2009: 206

vize se vyskytují u nádorů na spodině IV. mozkové komory. Postižení vidí jak lidé, nábytek prostupují zdmi, stěny jsou různě zprohýbané a bortí se. Soudit podle projevů na úmístění nádoru se však s naprostou jistotou nedá, neboť různé části mozku jsou spolu funkčně propojeny. Je nutné podotknout, že někdy nepatrné anatomické změny mohou mít za následek těžké duševní poruchy, avšak v některých případech ani závažné anatomické změny nevyvolají duševní poruchu.[220] U duševních poruch vyvolaných ateriosklerotickými změnami se někdy vyskytují elementární a komplexní halucinatorní prožitky, ovšem soudní nemocní je poznávají jako šalebné a jsou to tedy pseudohalucinace, jinak nemocný může pod vlivem nesprávného vnímání vyskočit z okna a způsobit sebezabití. Přítomna bývá chorobná vztahovačnost. Rovněž jsou známy pomrtviční psychózy, které ovšem nemají dlouhé trvání. V začátcích Alzheimerovy choroby se někdy setkáváme s projevy psychózy, ale v začátcích Pickovy choroby se s psychózou nesetkáváme. U Creutzfeld-Jacobovy nemoci, což je rychle postupující presenilní demence, se vyskytují depresivní a paranoidní bludy. K úmrtí dochází do dvou, někdy pěti let. Dnes se z neznámých důvodů téměř nevyskytují psychotické formy progresivní paralýzy. Ta je způsobena luetickou infekcí, která vede k onemocnění mozku. Mívala podobu megalomanickou, mikromanickou a paranoidně-halucinatorní. Progresivní paralýza se manifestuje zpravidla 10-15 let od nakažení. Bludy jsou bizarní a megalomanické. U nemocného chybí nosognózie. V bludném přesvědčení se nemocní domnívali, že jsou mulitmilonáři, vládci světa. Nebezpečí je v tom, že může napodobit každou duševní nemoc.[221]

[220] Křesadlo 2001: 127-132
[221] Křesadlo 2001: 132-142; Raboch-Pavlovský-Janotová 2006: 41-42, 47-48

4. Specifika pastorační péče o nemocné

Bůh nám dává moc, abychom se podíleli na uzdravování nemocných.[222] Věhlasný americký psychiatr William Glasser tvrdí, že všechny duševní poruchy, a dokonce i tak vážné onemocnění jako schizofrenie, mají své kořeny v nedostatku sebeúcty.[223] Hloubka a trvání psychických problémů podle Glassera koreluje s hloubkou a trváním nedostatku naší lásky k sobě.[224] Psychiatr Karl Menninger říkal, že věznice a ústavy pro mentálně nemocné jsou přeplněné, protože člověk v současnosti nedokáže poznat svůj hřích. Hříšníky dělí do tří kategorií a protože všichni lidé jsou hříšní, tak se do těchto kategorií vejdou všichni lidé.[225] Podle názoru slavného anglického psychiatra Kena McAll trpí psychicky nemocní lidé v psychiatrických léčebnách, kde jsou léčeni nejnovějšími léky, psychofarmaky a sedativy bez jakéhokoliv úspěchu, nedostatkem odpuštění. Jedná se o odpuštění sobě, druhým nebo Bohu. Někteří další psychologové a psychiatři tento názor potvrzují. Místo pobytu v léčebnách by jim možná spíše pomohlo odpuštění.[226] Ken McAll se setkal s tím, že mnoho psychiatrických pacientů se díky mši svaté a eucharistii uzdravilo.[227] Zajímavých úspěchů dosáhl u psychicky nemocných lidí, jejichž předkové spáchali sebevraždu nebo zmizeli a byla za ně nyní sloužena mše.[228] Psychiatři a jezuité Matthew a Dennis Linnovi zastávají názor, že je to láska, která uzdravuje. Některá modlitební společenství a dokonce někteří kněží naprosto nedůvěřují přírodním vědám, to je ale chyba. Bůh daroval lidem přírodní vědy a medicínu. Takové radikální názory, jako: „Už nebudeš chodit k psychiatrovi a ty léky vysadíš !“, nejsou správné.[229] V některých případech, jež

[222] MacNutt 2010: 83
[223] Vella 2007: 58
[224] Vella 2006: 89
[225] Tamtéž: 105
[226] Vella 2007: 105-106
[227] Vella 2006: 329-330
[228] Tamtéž: 330
[229] Vella 2007: 82-83

by někteří diagnostikovali jako psychotické, může mít zásah duchovních hluboce uzdravující působení.[230]

Je nutné podotknout, že člověk, kterému není dobře, nebo jehož zdravotní stav se mění k horšímu, by měl jít včas k lékaři.[231] Každý, kdo přichází do kontaktu s nemocným, však může být utišujícím lékem. Rozhodující není ani vzdělání aní profese. Důležité je zachovat klid a vnitřní pokoj.[232] V medicíně také dochází k situacím, kdy skutečný vývoj nemoci neodpovídá očekávanému průběhu podle lékařských učebnic, ať už z negativní nebo pozitivní stránky.[233] Podobně jako u jiných závažných onemocnění může být také psychickou odezvou na přijetí zprávy o duševní nemoci, jak u nemocného, tak u rodinných příslušníků, nejdříve šok, pak vzpoura, smlouvání, deprese a nakonce akcpetace.[234] Empatii považoval C. R. Rogers (1902-1987) za velice důležitou. Je vhodné zaměřit se i na to, co by mohlo být za slovy handicapovaného, použít jakési „třetí ucho“. Měli bychom se pokusit „být“ tím konkrétním člověkem. Porozumění můžeme vyjádřit různým způsobem, ovšem neznamená to vždy a totéž, že s pacientem bezvýhradně souhlasíme. V některých psychotických případech však může být empatie nemírně složitá.[235] Již samotný **počáteční kontakt** s duševně nemocným může být obtížný, nemocný může být málomluvný nebo naopak vysoce hovorný. Musíme si

[230] „Není neobyvklé, že lidé, kteří mají zkušenost se strašidelnými návštěvami, bývají označováni za schizofreniky. Tak byla diagnostikována Maggie, kterou za mnou poslal její lékař. Měla neviditelného kamaráda Petera, s nímž si často povídala. Trvala na tom, že se snaží pomáhat jí i dalším lidem, které potká na břehu řeky. Ověřoval jsem si její vyprávění a zjistil jsem, že mnoho dalších lidí vídalo zanedbanou postavu, o které se říkalo, že se tajemně objevuje a zase mizí. Přezdívali mu Tulák Peter. Třeba šlo opravdu o tuláka, který tam o samotě zemřel a teď se snažil pomáhat druhým, zatímco čekal na pomoc pro sebe.

Tři duchovní tedy slavili eucharistii přímo na břehu řeky. Během bohoslužby Maggie viděla Petera znovu, tentokrát oblečeného v bílém a vystupujícího nad řeku; děkoval těm, kdo se za jeho vysvobození modlili. Samotní duchovní cítili tak silný pokoj, že se všichni do budoucna nabídli sloužit takové bohoslužby, kdykoli to bude třeba, a skutečně to mnohokrát udělali. Ani Maggie, ani nikdo jiný už nikdy Petera neviděl.“ (McAll 2007: 73)

[231] Křivohlavý 2009: 19

[232] Křivohlavý 1989: 71

[233] Beran 2010: 44

[234] Bouček 2006: 60

[235] Beran a kol. 2010: 53-56

uvědomit, že nemůžeme začít mluvit o duchovních věcech bez ohledu na to, na jaké úrovni se nachází osoba, s kterou budeme v kontaktu. Měli bychom nejlépe začít na takové úrovni, na které je dotyčný člověk.[236] Samotný obsah rozhovoru ze strany handicapovaného může být v rozporu s realitou, nesrozumitelný, zvláštní, bizarní. Je vhodné zdůraznit důvěrnost rozhovoru. Zachovávat profesionalitu - nebýt familiární a osobně se nedotýkat.[237] Pracovníkovi někdy nemusí být zřejmé, zda má reagovat na verbální nebo nonverbální projev pacienta, protože ty mohou být v rozporu. Může se setkat s nadměrnou citlivostí ale zároveň necitlivostí handicapovaného na různé věci oproti tomu, jak bývá běžné. Nemocnému nemusí být vůbec rozumět, někdy používá neznámá slova nebo slova v jiném významu. Při kontaktu bychom měli udržovat optimální, úzkost nevyvolávající vzdálenost, patří sem i prostor pro mlčení. Vážíme si nezávislosti, odlišného postoje a hodnot. Planě neutěšujeme, raději nabízíme méně, než abychom to nemohli splnit. Při rozhovoru jsme srozumitelní a jednoznační, nepoužíváme symbolická přirovnání a dvojznačného humoru. Jsme si vědomi toho, že pacientova situace se může od jednoho setkání k druhému změnit. Všímáme si nonverbálních projevů nemocného, (mimiky, řeči těla, tónu hlasu) a jsme si vědomi, že může být zvýšeně citlivý na tempo, množství podnětů.[238] Když nemocný začne mluvit o svých starostech a obavách, neskákejme mu do řeči a planě ho neutěšujme, jsme možná jediní, kterým se svěří. Netvařme se ani moc vesele ani moc soucitně, vypadali bychom, jako že se přetvařujeme.[239] Důležité je také sebepojetí pacienta, jak on vidí sám sebe, svou situaci a svou budoucnost.[240] Lidé začínající přistupovat k nemocným se obávají, aby nebyli na obtíž, ale ti jim jsou za jejich obětavost většinou vděčni. Čím vícekrát budeme hovořit s

[236] Opatrný 2003: 25
[237] Bouček 2006a: 57
[238] Probstová 2009: 41-43
[239] Pera-Weinert 1996: 56
[240] Křivohlavý 1989: 91

nemocným, tím si s ním budeme blíž a tím více budou odpadávat některé zábrany. Nemocnému rozhodně vždy říkáme pravdu, ale nemusíme ji říci celou. V žádném případě nesmíme využít situace k obrácení na víru. Je však důležité odhadnout, co je v dané situaci a případě vhodné a co ne, někdy je nejlepším řešením usednout k lůžku pacienta a vzít ho za ruku. Nemocnému si nesedáme na postel ani na ni neodkládáme věci, postel je totiž často jediným soukromým místem, které mu zůstalo. Nezůstáváme však stát, případně požádáme o židli. Při zprávách o vnějšku se nesnažíme moc zdůrazňovat, že vše je v pořádku i bez něho. I mlčení má své místo v rozhovoru s nemocným.[241] Pokud jednáme s **psychoticky** handicapovaným, tak jednáme s člověkem s narušeným vnímáním reality. Pokud zjišťujeme halucinace, tak se ptáme, zda má dotyčný „vidiny", nebo slyší hlasy. Pokud zjišťujeme bludy, ptáme se: „Děje se něco podivného ve vašem okolí ?", „Cítíte se ohrožen ?", „Máte nějaké nadpřirozené schopnosti?" Nemocnému neříkáme, že to nic není. Nesnažíme se vysvětlit a logicky vyvracet bludy, protože bludy můžeme na určitý okamžik nabourat, ale pak se zase vracejí. Rozhodně však svým vysvětlováním nenapravíme biochemické procesy v mozku. Nesnažíme se narušit vnitřní rovnováhu dané osoby. Mlčení může být dáno právě psychotickými prožitky. Pod vlivem bludů se může člověk bát, aby nevyzradil nějaké důležité tajemství. Měli bychom dané osobě spíše dopomoci ke správnější orientaci ve složité životní situaci. Ctíme prostor pacienta. Mluvíme klidným hlasem. Psychoticky nemocný může být ve velké tenzi a úzkosti. Když mluvíme s takto handicapovaným v těžkém napětí, tak většinou jenom obtížně pomohou techniky práce s hlasem a řečovým tempem.[242] S nemocným nemusíme ve všem souhlasit. Snažíme se vyhnout přímé názorové konfrontaci. Již v počátcích psychotického onemocnění můžeme udávat alternativní vysvětlení psychotických prožitků. Nevzdalujeme dotyčného od reality. U

[241] Slabý 1991: 9-11; Pera-Weinert 1996: 56-57
[242] Hosáková 2007: 144; Kašparů 2002:80; Vodáčková a kol. 2007: 406

psychotického jedince nevyvracíme bludy přímo, ale můžeme ho ujistit, že nesouhlasíme s obsahem jeho myšlení, ale že ho chápeme.[243] **Schizofrenního** pacienta se nebojíme, ovšem nebát se může být problematické, protože jsou známy případy, kdy takto psychicky nemocní napadli lékaře a zdravotnický personál. Přistupujeme k nim lidsky, i když oni mohou být k nám nevraživí. Jejich nevraživost může časem jako mávnutím kouzelného proutku vymizet.[244] Komunikace s nemocným schizofrenií záleží na tom, v jaké fázi onemocnění se nachází. Je-li nemocný v epizodě (relaps, schizofrenní ataka, vznik onemocnění), tak je komunikace ztížena nebo dokonce znemožněna. Formální stránka mluvy může být nepostižena (dobře srozumitelná dlouhá souvětí), ale i narušena. U handicapovaného se může vyskytnout stereotypní opakování jednoduchých pohybů, slov či vět, tzv. stereotypie. Udivující je, že někdy i vysoce inteligentní schizofrenik nedokáže pochopit význam přísloví, metaforu, anekdotu.[245] Gestikulací ani slovy nelžeme v tom, co si myslíme, neboť nemocný často dokáže vycítit skutečný postoj. Neříkáme však, že dotyčný mluví nesmysly nebo že není jeho chování normální. Nemocný může mít svou vlastní rovinu komunikace a my jako zdraví se na tuto rovinu musíme sklonit. Jsou situace, kdy nemocný pronáší jenom nesrozumitelné „bláboly“. V takových případech je vhodné přistupovat k nemocnému jako k cizinci. Důležité je, že se snažíme nemocnému porozumět. Strach dokáže nemocný vycítit a může vyvolat hostilitu a agresi. Někomu je schopnost empatie do schizofrenních pacientů dána více a jinému méně. Komunikaci s takto nemocnými se psychiatři učí léta a vlastně celý profesionální život. Je to něco jako učení se hře na hudební nástroj. Problematické pro pastoračního pracovníka může být, když se nám psychotické onemocnění jeví jako zcela jiné. Transsexualitu může imitovat floridní psychóza, ale jenom výjimečně se

[243] Mohr 2007: 74; Höschl 1996: 67
[244] Křesadlo 2001: 64
[245] Michalík 2011: 161

jedná o monoblud. Na probíhající psychotický proces většinou upozorní další symptomy.[246] Při kontaktu s trpícími **demencí** se snažíme mít laskavý výraz tváře. Používáme kratší věty. Navážeme oční kontakt a nekomunikujeme s více osobami najednou. Používáme konkrétní názvy a nikoliv zástupná zájmena. Pokud je zapnuta televize nebo rádio, tak je vhodné je ztlumit. Pokud hovoříme, tak se snažíme využít přítomných věcí. Hovoříme mírným a klidným hlasem a zřetelně artikulujeme, používáme klidnou gestiku a posturiku. Nebojíme se nemocného lehce rukou dotknout, abychom vzbudili pozornost. Případně využíváme písma, piktogramů, obrázků. K nemocnému přistupujeme v jeho zorném poli. Používáme uzavřených otázek, na které je možno odpovědět ano/ne.[247] Pokud jednáme s potenciálně **nebezpečným** člověkem, snažíme se mluvit klidným a srozumitelným hlasem, nedáváme najevo úzkost, udržujeme si odstup. Nesnažíme se být s takovým pacientem úplně sami.[248] Pokud hovoříme s neklidným a agresivním pacientem, snažíme se hovořit o jeho problému a dáváme najevo porozumění. Schizofrenní pacienti si většinou nepřipadají tak agresivní, než jak je vidí jejich okolí. Nesnažíme se k pacientovi přistupovat zezadu. Sedíme poblíž dveří a udržujeme si odstup na délku paže. Při zvýšeném neklidu ukončujeme rozhovor.[249]

Ne ve všech případech musí nutně duchovní obracet **penitenta** na psychologa nebo psychiatra, záleží na odborných znalostech duchovního. Zvýšenou pozornost musíme věnovat tam, kde se jedná o první ataku psychotického onemocnění a u manického syndromu, protože takový člověk může být zvýšeně nebezpečný sobě nebo svému okolí.[250] Když duševně nemocnému řeknete, že by potřeboval psychiatra, tak se většinou ohradí a řekne něco v tom smyslu, že by ho potřebovali všichni ostatní a on ne.

[246] Kučerová 2010: 23-25; Fifková-Weiss-Procházka-Jarolím-Veselý-Weiss 2002: 41
[247] Michalík 2011: 164
[248] Mohr 2007: 74-75
[249] Hosáková 2007: 140; Dörner-Plog 1999: 92
[250] Brown-Pullen-Scott 1992: 31

Nepovažuje se za nemocného a v určitém smyslu ani za hříšného, i když ostatní tvrdí opak. Duševně nemocný člověk bývá ke svému hříchu slepý. Necítí vinu a myslí si, že jde po správné cestě. Pokud není schopen přijmout odpovědnost za svůj hřích, nemůže být ani uzdraven.[251] *„Těžké patologické případy nelze řešit ve zpovědnici.“*[252] Pokud se jedná o těžkou depresi nebo psychotické stavy, kde hrozí sebevražda, není důležité, zda je psychiatr věřící, protože zde existuje velké nebezpečí z prodlení. Je vhodné upozornit, že sebevraždu páchají nejčastěji lidé během nejteplejších měsíců, ale spoléhat se na to rozhodně nedá.[253]

Pokud **jdeme za nemocným** se službou svátosti smíření, nikdy jej zbytečně nezatěžujeme. Před samotným kontaktem s penitentem se modlíme k Duchu svatému o dar jeho sebepoznání a o uzdravení duchovní, duševní i tělesné. Uvědomujeme si, že naše komunikace neprobíhá jenom na rovině verbální, ale také na rovině mimoverbální. Komunikujeme rovněž výrazem tváře, pohledem očí, mimikou, gestikulací, postojem a celým svým chováním. Snažíme se poznat emocionální stav pacienta, jeho úzkosti, frustrace, všímáme si neadekvátních pocitů viny, zloby. Využíváme svých křesťanských zdrojů naděje, lásky - modlitby, Božího slova. Sdělíme nemocnému, že i po svém odchodu se za něj budeme modlit. Ubezpečíme pacienta o bezpodmínečné Boží lásce.[254]

Poznámky o sebevraždě nikdy nepodceňujme, ovšem nenechejme se vydírat psychopatickými jedinci. Slovo o **suicidu** mohou být také signálem, který vysílá dotyčná osoba do okolí, aby jí bylo pomoženo.[255] Pokud zjistíme

[251] Vella 2006: 107
[252] Squarise 2010: 56
[253] Kašparů 2002: 13; Vella 2007: 41
[254] Kašparů 2002: 41
[255] Američané Koenig a Larson (2001) zjistili na základě mnoha statistických výzkumů, že religiózní lidé jsou méně depresivní a úzkostliví, páchají méně sebevražd a mají šťastnější a spokojenější manželství. V bývalém Československu byla zaznamenán rozdíl mezi českými zeměmi a Slovenskem v počtu sebevražd, kdy ateističtější české země měli v poměru k počtu obyvatel více sebevražd než katoličtější Slovensko. Víra v převtělování ale může mít

při zpovědi, že je dotyčný v ohrožení života, nebo že by mohl ohrožovat životy druhých, je potřebné, aby při zachování pravidel zpovědního tajemství, zpovědník kontaktoval rodinu dotyčného nebo poslal penitenta k lékaři. Jestliže penitent u zpovědi projevuje nepřiměřený smutek nad svými hříchy či dokonce zjistíme u něj možnost mikromanických bludů, je na místě uvažovat o tom, že dotyčný trpí **depresí**. Pokud se vyskytuje mutismus, kdy dotyčný nemluví, můžeme vyjmenovávat Desatero a penitent svým přikývnutím přitaká, následuje rozhřešení. Tyto případy jsou asi častější v psychiatrických léčebnách, kam zpovědník dochází. Neměli bychom zapomínat ani na rodinu nemocného, která jeho stavem bývá také zasažena. Nikdy neposíláme jedince k léčiteli, i kdyby byl sebevíc křesťansky založený.[256] Pokud depresivní stavy trvají déle než dva týdny, je dobré doporučit penitenta k psychiatrovi. Duchovní nemá právo říkat nemocnému, kdy se stav začne zlepšovat. Duchovní ale může zmínit, že jeho současný stav může mít určitý význam pro jeho budoucí život a může být nakonec určitým posílením.[257] U těch, kteří spáchali sebevražedný pokus či jsou v depresi, je vhodný rozhovor s duchovním první týden každý den a postupně s delšími rozsetupy.[258] Pro depresivního je každá naděje zablokována. Dotyčný nevěří, že by mu někdo mohl porozumět.[259] Při rozhovoru je nevhodné mluvit v množném čísle (My si myslíme) a zabývat se moc minulostí, spíše se v rozhovoru zaměřit na budoucnost. Je dobré, pokud použijeme i nějaké negativní vymezení ve spojitosti s pochvalou.[260] **Svátost pomazání nemocných** je v případech schizofrenie a těžké deprese na místě, protože takovýto člověk je v ohrožení života,[261] ale říci pak takovémuto člověku, že teď už to bude v pořádku, není

umocňující vliv na sebevražedné konání. (Říčan 2007: 122; Koutek-Kocourková 2003: 43)

[256] Kašparů 2002: 78-80
[257] Szpakowski 2010: 260-261
[258] Pera-Weinert 1996: 40
[259] Tamtéž: 98-99
[260] Úlehla 2009: 104-105
[261] KKC: čl. 1528

správné. Je otázkou, jak moc může modlitba pomoci lidem, kteří spáchali tak vážný hřích, jako je sebevražda. Po vyšetření spousty lidí došli psychiatři k tomu, že člověk, který spáchal sebevraždu je vlastně podoben člověku, který se chce dostat z hořící budovy a visí pak na římse, než ho zemská přitažlivost a váha těla stáhnou. Zastávají tedy názor, že člověk je okolnostmi donucen k takovému činu. Některé církve nechtějí sebevrahy pohřbívat do posvěcené půdy a sloužit za ně mše svaté, což asi není správné. Sebevrahy máme nechat v Božím milosrdenství (Srov. Řím 14, 10). My máme mnohdy sklon odsuzovat do pekla více lidí, než by tak učinil Ježíš Kristus.[262]

Jestliže jednáme s člověkem, který užívá delší dobu drogy a chtěl by je **vysadit**, tak bychom ho měli upozornit, že by to měl provést pod lékařským dohledem. Rozhodně by tyto látky neměl vysadit najednou, i kdyby šlo o sedativa nebo alkohol. Praktický lékař, ale i lékař z léčebny mohou takového člověka instruovat jak dále. Náhlé vysazení psychoaktivních látek totiž může ohrozit jedince na životě.[263] Je nutné důrazně upozornit na to, že člověk nesmí psychoticky nemocnému zasahovat do medikace. Zvyšování či snižování dávek léků nebo úplné vysazení medikace patří výhradně do rukou kvalifikovaného odborníka, tedy lékaře. Navíc ani takzvané lékové prázdniny nemají většinou kladný výsledek. Pro nezasvěceného člověka může být zdrcující zjištění vedlejších účinků, jaká mají antipsychotika, ale ani tehdy se nesmí opustit hranice odborné kompetence. Po zvládnutí akutního stavu sám lékař povětšinou přestoupí na ordinování menší udržovací dávky. Smutné jsou případy, kdy běžné dávky léků nestačí a musí se aplikovat „megadávky“. Někteří lidé pod vlivem antipsychotické medikace nejsou schopni z různých důvodů (únavy ad.) ani běžné činnosti. Takovým lidem nesmíme říkat, že jsou líní, ale brát to jako jeden z nežadoucích účinků. Nežádoucí účinky léků mají

[262] Kašparů 2002: 79; McAll 2007: 101
[263] Hemfelt-Minirth-Meier 2010: 98-99

také velký vliv na tom, že antipsychotika vysadí a nebere 40% - 60 % nemocných schizofrenií.[264]

Psychotická onemocnění patří mezi nejčastější duševní nemoci u **bezdomovců**. Neléčená psychóza vede k tomu, že se nemocný uzavře ve svém světě a ostatní nerozumí jemu a on nerozumí jim. Pokud žije dotyčná osoba ve společné domácnosti, tak propuknutí psychózy vede k požadavku dalších členů, aby se léčil. Tento požadavek může být opět zpracováván chorobně a nemocný utíká na ulici. Na ulici se může dostat také z důvodu, že členové rodiny, kteří o něj pečovali zemřeli. Aby sám vyhledal lékařskou pomoc, musel by uznat, že je nemocný. Pokud není nebezpečný sobě nebo svému okolí, nemůže být donucen k léčbě. Takováto osoba ztrácí kontakty. Žije ve svém bludném světě, ve kterém má možná nějaký společenský statut, ale ostatní tento statut ve skutečnosti nevnímají. Svoji situaci bezdomovecvtví často znovu zpracovává psychoticky, např. je na ulici z důvodu zkoumání, získávání informací. Sociální pracovník bývá jimi vnímán jako agent systému.[265] Dalším druhem lidí, kteří se stávají bezdomovci, jsou lidé, kteří prošli dlouhým ústavním léčením a neodokáží se o sebe sami postarat, jejich jediným přáním bývá vrátit se mezi ústavní zdi.[266]

Důležitým pojmem v oblasti pastorační péče o tyto nemocné je **exorcismus,** který patří mezi svátostiny. Setkáváme se s dvěma krajnostmi. Na Západě se většinou všechno považuje za duševní poruchu a to i v případech, kde by mohla pomoci modlitba za osvobození. Na Východě se zase duševní poruchy svalují spíše na působení ďábla.[267] Pokud se ďábel zmocní člověka tak, že se ho snaží ovládnout celého, ovládá jeho city, myšlení, svobodnou vůli, tělo, potom mluvíme o posedlosti. Ďábel ovšem neovládne duši tak, abychom hřešili. Posedlost se nevyskytuje často a většinou mnohem méně, než si lidé

[264] Maršálek 2004: 142
[265] Marek-Strnad-Hotovcová 2012: 42-44
[266] Tamtéž: 98
[267] Vella 2006: 33

myslí.[268] Exorcismus může provádět pouze kněz a musí mít k tomu povolení místního biskupa. Používá při tom pravidel knihy obřadů exorcismu. Je třeba být na pozoru a nenechat se zmýlit projevy duševních nemocí. Jestliže existuje podezření, že by mohl být život člověka pod vlivem okultních sil, je nezbytné lékařké vyšetření, protože podobně se někdy může jevit depresivní psychóza, schizofrenie či organické psychózy. Ovšem diagnóza těchto psychóz nevylučuje vliv těchto sil. Může se jednat o démonické působení, o duševní onemocnění i současný vliv démonického půobení nebo pouze o duševní chorobu. Rozhodnutí přinese odezva na modlitbu rozvázání a na eucharistii.[269] Je nutné brát vždy ohled na to, že na prvním místě nám jde o dotyčného člověka. Říci ukvapeně duševně nemocnému, že je pod vlivem ducha zla, může mít totiž zdrcující následky. Především o psychiatrech platí, že dokážou často velmi rychle odhadnout, oč se jedná. Intuice však musí být potvrzena klinicko diagnostickými metodami.[270] Když exorcista spolupracuje s psychiatrem, není rozhodující, zda je psychiatr věřící či uznává existenci Ducha zla.[271] I když psychiatr doktor Simone Morabito má názor, že pokud chce psychiatr pomáhat exorcistovi, musí mít velmi pevnou a živou víru.[272] Důležité je, aby si byl lékař vědom mezí své odborné kompetence a ochoten si je přiznat.[273] Složitá situace nastává, když jsou posedlost i duševní nemoc přítomny u člověka najednou. Otec Francesco Palau, španělský karmelitán, v jednom domě křesťanského charitativního díla přijímal psychicky postižené lidi a ačkoli měl velký dar rozlišování mezi posedlostí a duševní nemocí, nad všemi pronášel exorcismy, posedlí lidé se rychle uzdravovali, duševně nemocní se neuzdravovali.[274] Pokud hlasy, které pacienti K. McAll slyší, nereagují na obvyklé léky, bere je velmi

[268] Tamtéž: 254
[269] Pasqua 2011: 90; McAll 2007: 79-80
[270] Amorth 2006: 112
[271] Tamtéž: 110
[272] Tamtéž: 214
[273] Amorth 2006: 110-111
[274] Tamtéž: 113

vážně.[275] Dá se uvažovat o tom, že přibližně 4 % všech případů léčených na psychiatrických klinikách a v ambulantní praxi jsou pod vlivem démonického zapojení. Takovým lidem může pomoci i modlitba na dálku.[276] Mezi modlitbou vymítání ďábla a modlitbou osvobození je rozdíl. Liturgická modlitba vymítání ďábla se používá při rituálu exorcismu. Liturgickou modlitbu používá pověřený exorcista, nepověřený kněz musí zůstat u modlitby osvobození.[277] Modlitby za osvobození se mohou modlit všichni křesťané. Modlitby exorcismu sestavila církev a může je pronášet jenom biskupem pověřený kněz. Tento kněz také může hovořit přímo s ďáblem a klást mu otázky.[278] Modlitba exorcismu je potřeba tam, kde se ďábel zmocní celého člověka. Pokud ďábel ovládá jenom určitou část osobnosti člověka, je potřeba modlitba osvobození.[279]

[275] McAll 2007: 25
[276] Tamtéž: 79
[277] Vella 2007: 144
[278] Vella 2006: 274
[279] Tamtéž: 296

Závěr

Cílem této práce je upozornit na situace spjaté s pastorační péčí o psychoticky nemocné. Psychotická onemocnění mají svá významná specifika, která mohou znamenat potenciální potíže v pastorační péči. Jako výrazný problém se jeví vlastní imaginární svět takto nemocných, který jsem se snažil alespoň trochu popsat. Tak jako je originální každý člověk, tak i psychoticky nemocní lidé mají, každý sám, své osobité vlastnosti. Rovněž jednotlivé druhy psychóz mají své vlastní zvláštnosti. Nemocí netrpí jenom sami postižení, ale v důsledku také jejich rodina a okolí, které je pro ně důležité. Někteří jsou pod vlivem šalebného vnímání nebezpeční sobě nebo svému okolí, což často vede k nucené hospitalizaci, ale může skončit i katastrofálně. Pokud je handicapovaný ve fázi onemocnění, kdy má alespoň částečný náhled na svůj stav, často sám lituje nepříjemných situací, ke kterým došlo v atace nemoci. Naše morální posuzování těchto lidí nemůže být totožné s posuzováním lidí zdravých, ale záleží na fázi onemocnění a tom konkrétním případu. Tato onemocnění jsou těžká a často bývají velmi devastující. Obtížnost je rovněž v tom, že léčba není nejjednodušší, někdy dokonce vysoce problematická, a účinek nebývá okamžitý. Někteří chybně uvádějí do vztahu duševní nemoc pouze s posedlostí duchem zla anebo naopak duševní nemoc a posedlost navzájem vylučují. Tento problém jsem se snažil také ozřejmit.

Požadovaný maximální rozsah práce mi neumožnil napsat vše, co bych při větším rozsahu mohl napsat. Existuje řada významných a zajímavých stránek, kterým jsem už nemohl dopřát místa. Otázky jako prostředí psychiatrických zařízení, bližší pohled na sebevražedné konání a agresi a další považuji za neuzavřené. Rovněž pro zamýšlený bližší konkrétní pohled na situaci v Psychiatrické léčebně Bohnice již nezbylo místo.

Seznam použitých zkratek

APA - Americká psychiatrická společnost

DSM - Diagnostický a statistický manuál psychických poruch

EKT- Elektrokonvulzivní léčba

GABA - kyselina γ-aminomáselná

KKC - Katechismus katolické církve

LSD - diethylamid kyseliny lysergové

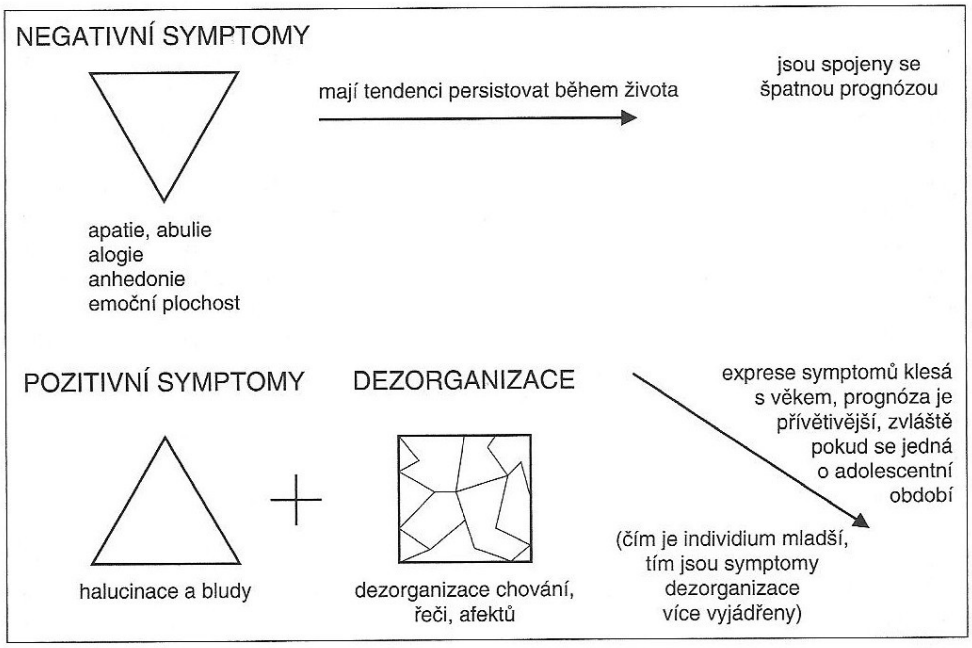
MDMA - 3, 4 methylendioxy-N-methylamfetamin = extáze (droga)

MKN - Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů

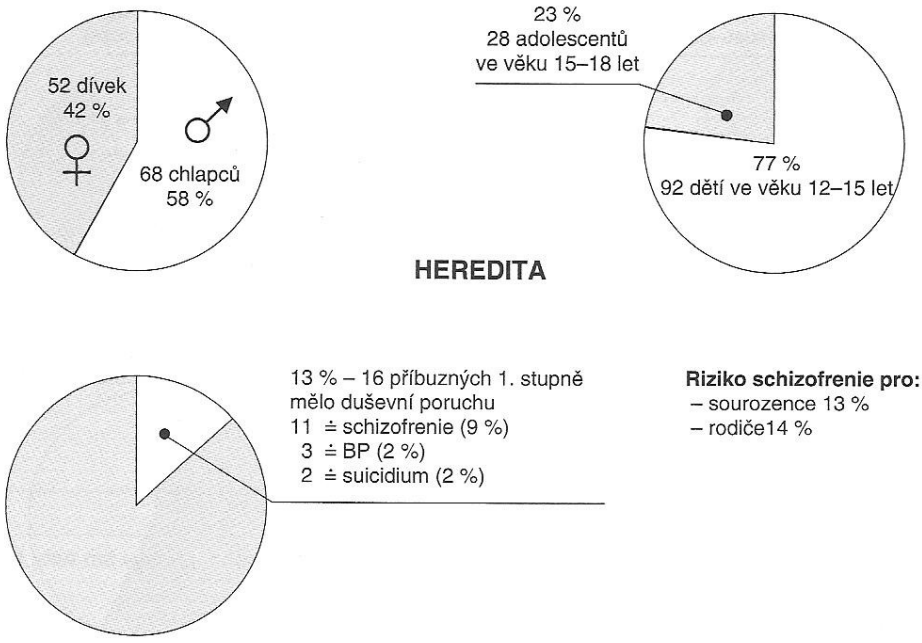
MKN-10 - Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů - 10. revize

PCP - Fencyklidin

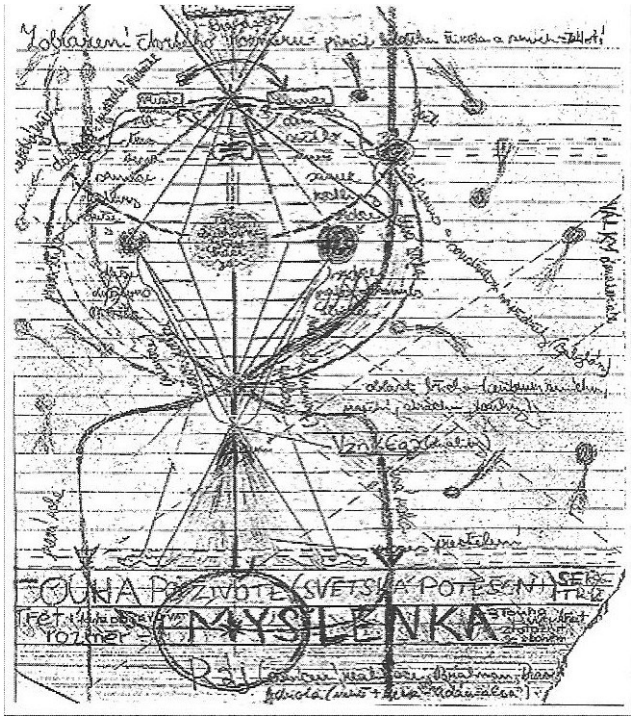
Přílohy



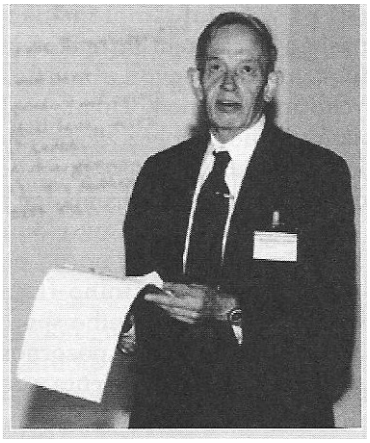
Obr. 1 Negativní a pozitivní symptomy (Podle: Malá 2005: 32)



Obr. 2 Výsledky z 28 leté studie 120 dětských a adolescentních schizofreniků (Podle: Malá 2005: 153)

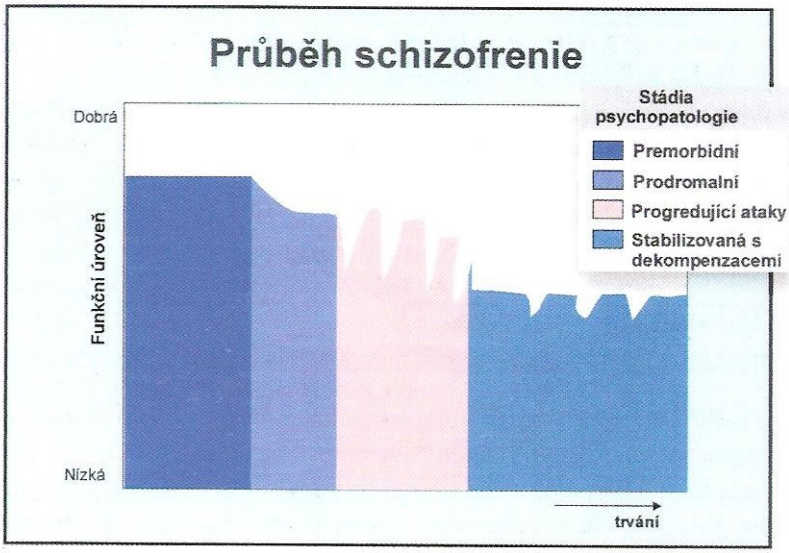


Obr. 3 Kresba osmnáctiletého středoškoláka hospitalizovaného pro příznaky první ataky schizofrenní psychózy (Podle: Libiger 2002: 348)

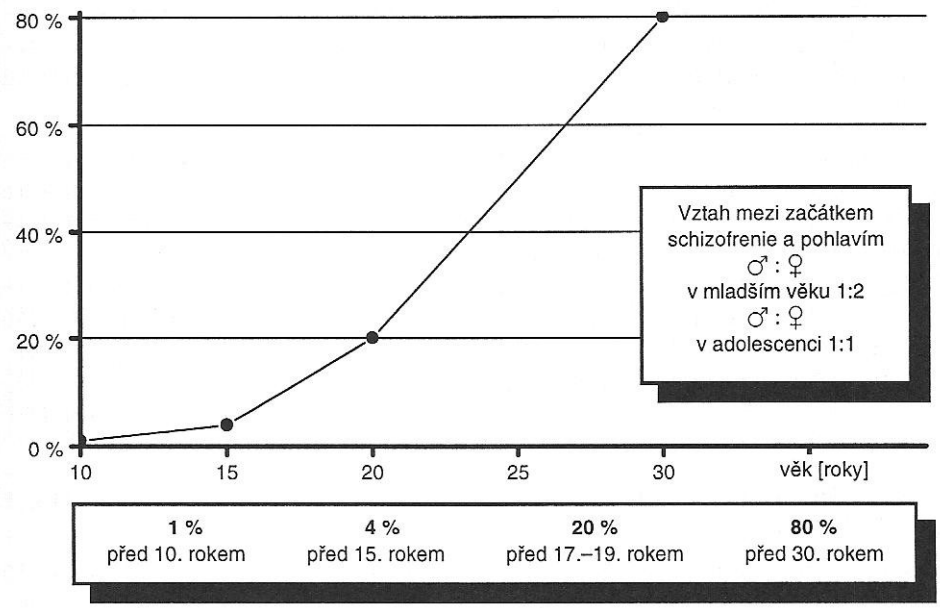


Obr. 4 John Nash, nositel Nobelovy ceny za ekonomii z roku 1994 (Podle: Libiger 2002: 398)

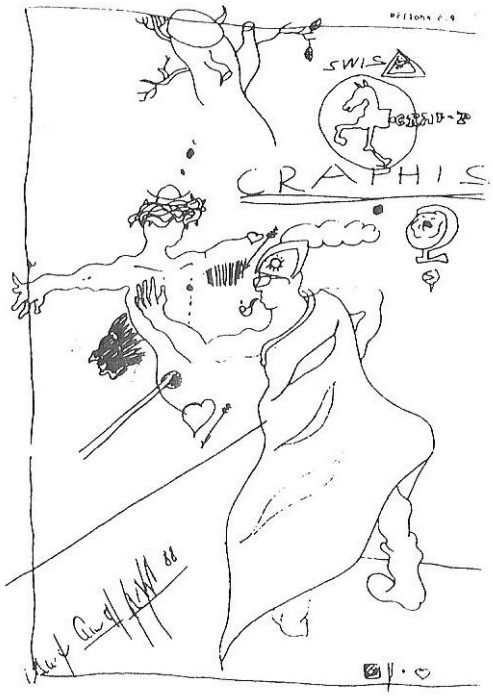
Obr. 5 Zahlcení nesouvislými obsahy v ukázce písma nemocného se simplexní formou schizofrenní psychózy (Podle: Libiger 2002: 348)



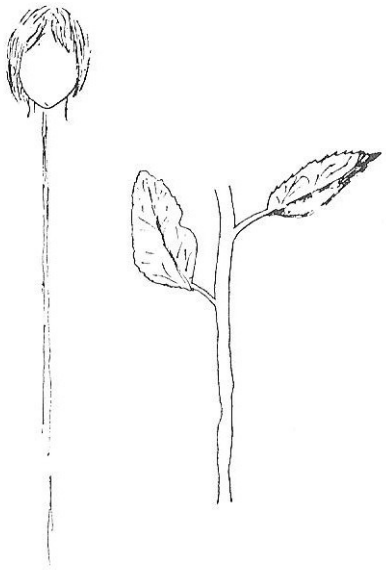
Obr. 6 Obecné zachycení poklesu sociální funkční úrovně nemocných schizofrenií (Podle: Raboch-Zvolský 2001: 238)



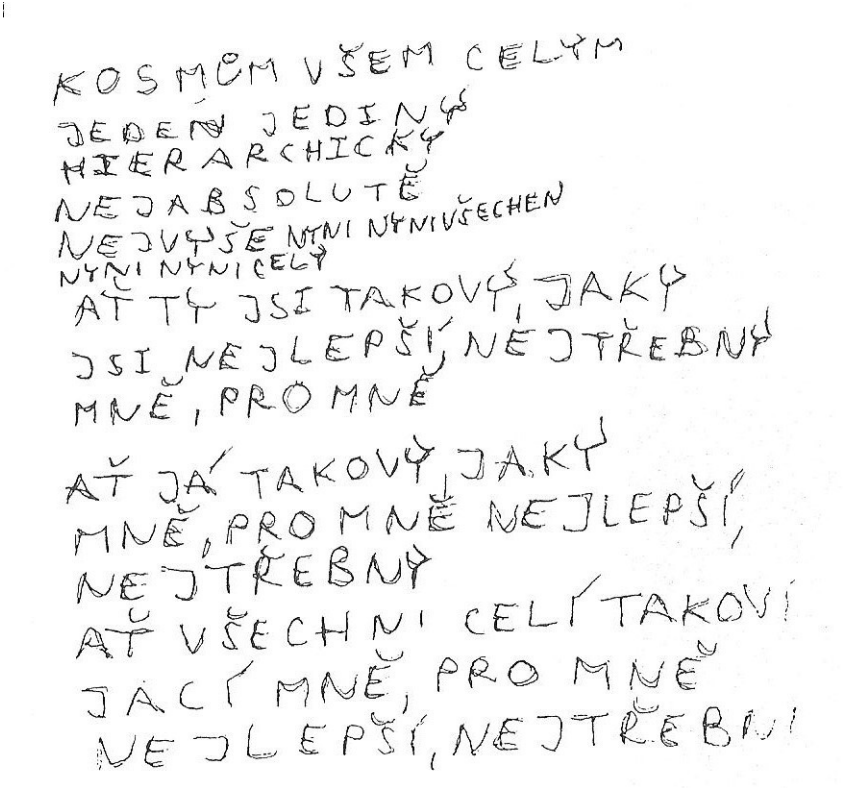
Obr. 7 Manifestace schizofrenie (Podle: Hort-Hrdlička-Kocourková-Malá 2000: 149)



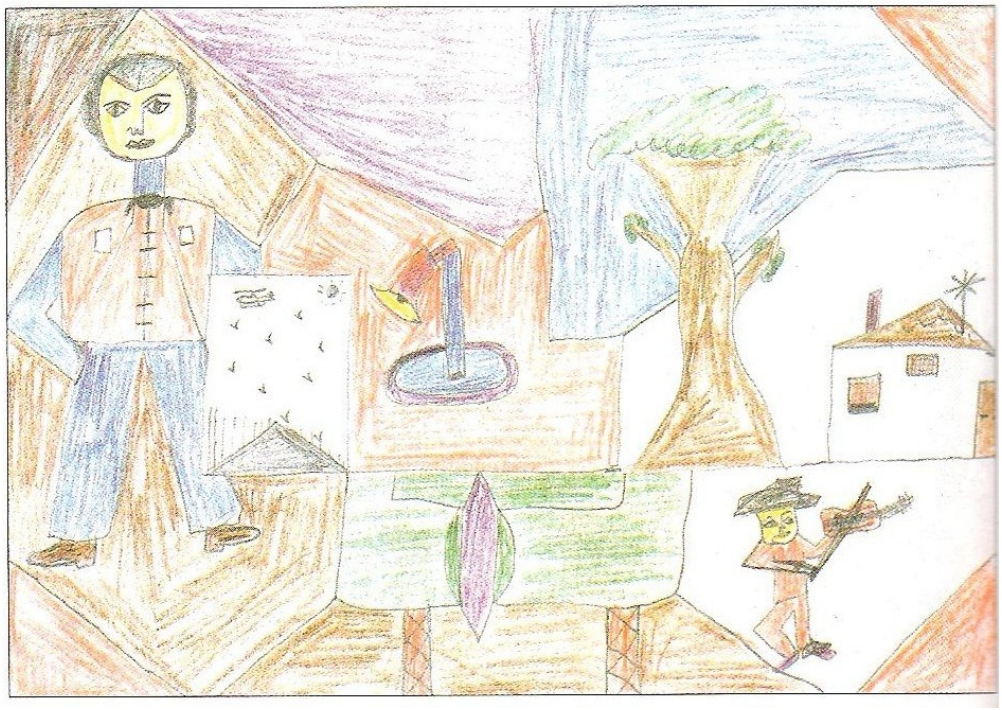
Obr. 8 „Kresba nemocného s chronickou formou schizofrenie“ (Podle: Vágnerová 2008: 353)



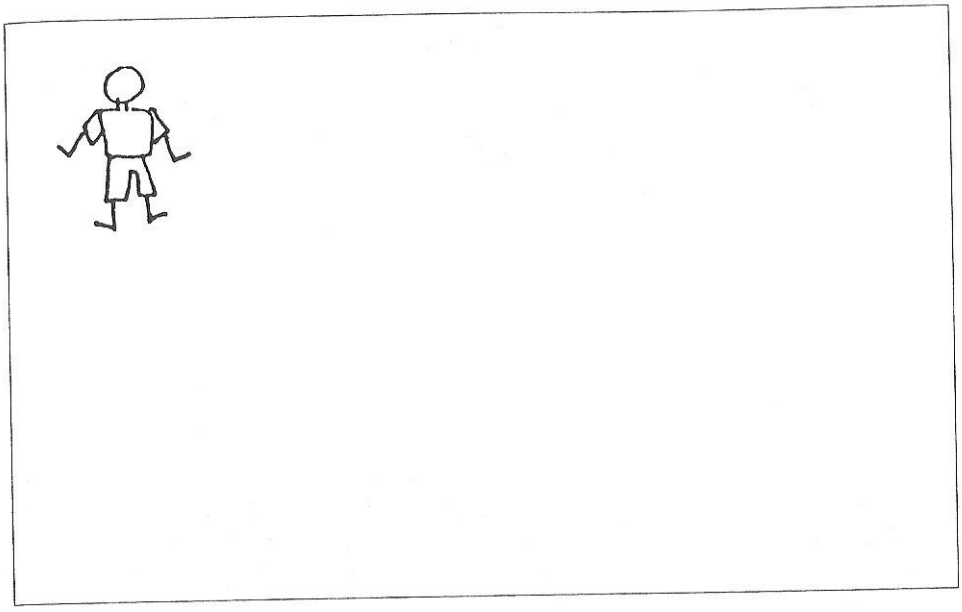
Obr. 9 Kresba lidské postavy a stromu zhotovená mladou pacientkou postiženou schizofrenií (Podle: Vágnerová 2008: 348)



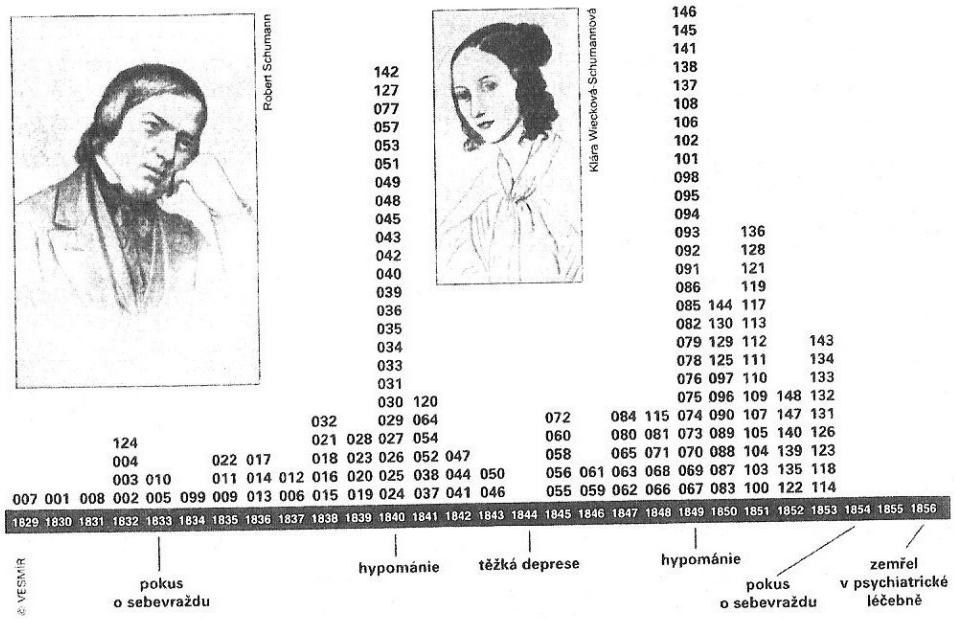
Obr. 10 Případ uvažování nemocného schizofrenií (Podle: Vágnerová 2008: 340)



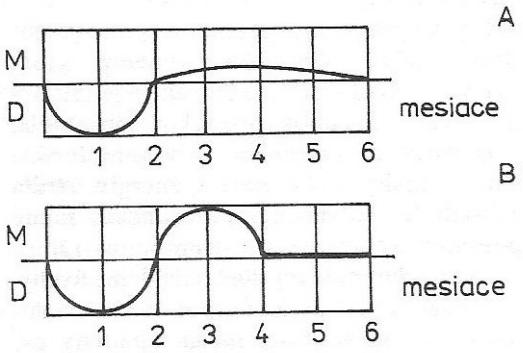
Obr. 11 Kresba prozrazující psychotickou osobnost (Davido 2001: VIII)



Obr. 12 Ochuzení projevu v kresbě depresivního adolescentního pacienta (Podle: Vágnerová 2008: 381)

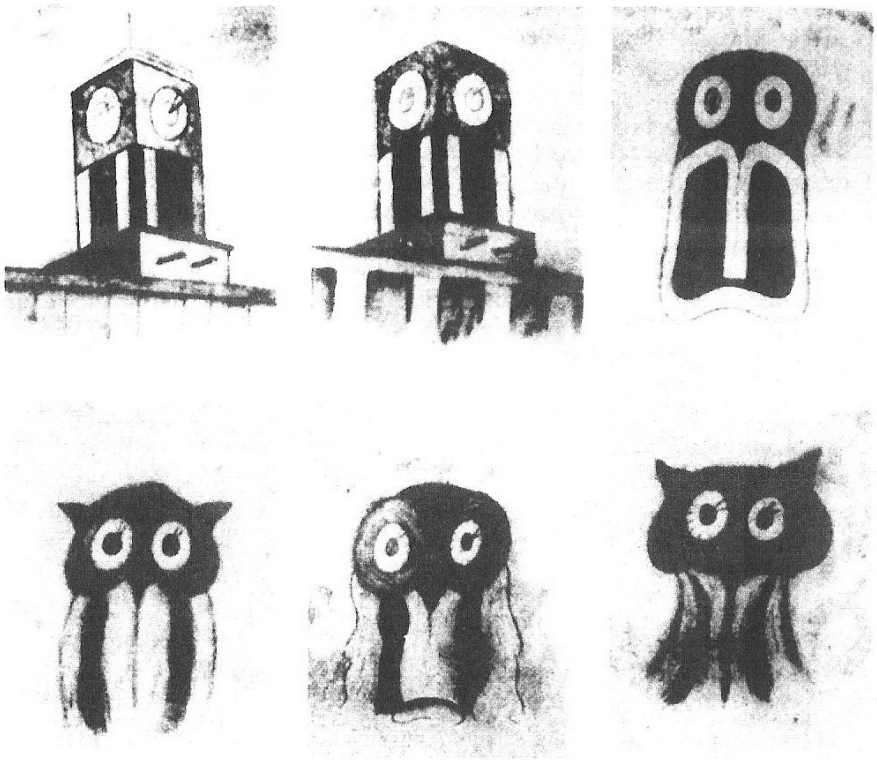


Obr. 13 „Průběh bipolární afektivní poruchy u Roberta Schumanna“ (Podle: Vágnerová 2008: 388)

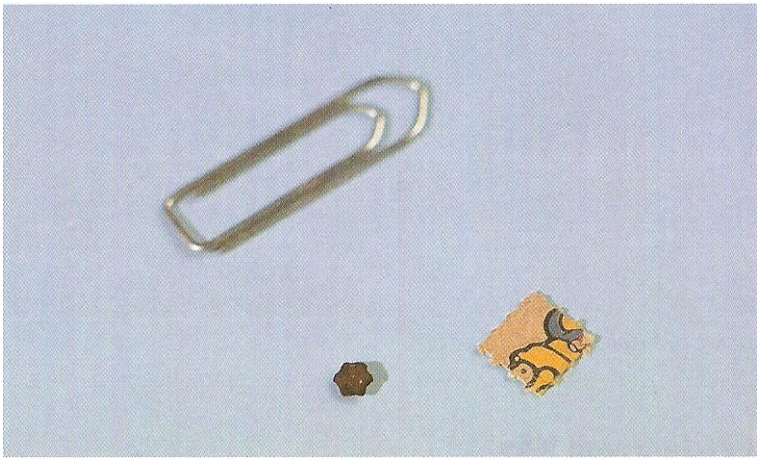


Obr. 14 „Průběhové typy jednotlivé epizody bipolární afektivní poruchy.“ Typ A, kde deprese přechází do postupně doznívající hypománie, je častější. (Podle Kafka 1993: 148)

Obr. 15 Tyto alkoholové halucinace zobrazil nemocný během deliria tremens (Podle: Vágnerová 2008: 559)



Obr. 16 „Vývoj iluze nakreslené pod vlivem intoxikace LSD“ (Podle: Vágnerová 2008: 568)



Obr. 17 LSD v podobě tzv. mikrotripů a tzv. tripů (Podle: Presl 2000: obr. č. 17)

Obr. 18 Sušené lysohlávky (Podle: Presl 2000: obr. č. 19)

Obr. 19 Ukázka Rorschachova testu, který používají psychologové při diagnostice (Podle: Plante 2001: 200)

Seznam vyobrazení

Obr. 1 Negativní a pozitivní symptomy (Podle: Malá 2005: 32)

Obr. 2 Výsledky z 28 leté studie 120 dětských a adolescentních schizofreniků

(Podle: Malá 2005: 153)

Obr. 3 Kresba osmnáctiletého středoškoláka hospitalizovaného pro příznaky první ataky schizofrenní psychózy (Podle: Libiger 2002: 348)

Obr. 4 John Nash, nositel Nobelovy ceny za ekonomii z roku 1994 (Podle: Libiger 2002: 398)

Obr. 5 Zahlcení nesouvislými obsahy v ukázce písma nemocného se simplexní formou schizofrenní psychózy (Podle: Libiger 2002: 348)

Obr. 6 Obecné zachycení poklesu sociální funkční úrovně nemocných schizofrenií (Podle: Raboch-Zvolský 2001: 238)

Obr. 7 Manifestace schizofrenie (Podle: Hort-Hrdlička-Kocourková-Malá 2000: 149)

Obr. 8 „Kresba nemocného s chronickou formou schizofrenie“ (Podle: Vágnerová 2008: 353)

Obr. 9 Kresba lidské postavy a stromu zhotovená mladou pacientkou postiženou schizofrenií (Podle: Vágnerová 2008: 348)

Obr. 10 Případ uvažování nemocného schizofrenií (Podle: Vágnerová 2008: 340)

Obr. 11 Kresba prozrazující psychotickou osobnost (Davido 2001: VIII)

Obr. 12 Ochuzení projevu v kresbě depresivního adolescentního pacienta (Podle: Vágnerová 2008: 381)

Obr. 13 „Průběh bipolární afektivní poruchy u Roberta Schumanna“ (Podle: Vágnerová 2008: 388)

Obr. 14 „Průběhové typy jednotlivé epizody bipolární afektivní poruchy.“ Typ A, kde deprese přechází do postupně doznívající hypománie, je častější. (Podle Kafka 1993: 148)

Obr. 15 Tyto alkoholové halucinace zobrazil nemocný během deliria tremens

(Podle: Vágnerová 2008: 559)

Obr. 16 „Vývoj iluze nakreslené pod vlivem intoxikace LSD“ (Podle: Vágnerová 2008: 568)

Obr. 17 LSD v podobě tzv. mikrotripů a tzv. tripů (Podle: Presl: obr. č. 17)

Obr. 18 Sušené lysohlávky (Podle: Presl: obr. č. 19)

Obr. 19 Ukázka Rorschachova testu, který používají psychologové při diagnostice (Podle: Plante 2001: 200)

Seznam literatury

Ambros, P. (2003): *Teologicky milovat církev.* Velehrad: Refugium Velehrad-Roma

Amorth, G. (2006): *Exorcisté a psychiatři.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Atkinson R. L. (2003): *Psychologie.* Praha: Portál

Augustyn, J. - Opatrný, A. eds. (2010): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství,

Augustyn, J. (1997): *Praxe duchovního vedení.* Olomouc: Velehrad

Augustyn, J. (2010): Psychoterapie a zpověď. In: J. Augustyn, A. Opatrný (ed.): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 300-309

Bahbouh, R. - Bureš, J. - Grof, S. - Havel, I. - Horáček, J. - Madlafousek, J. - Mikota, V. - Preiss, M. - Volavka, J. (2002): Psychologické otázky v psychiatrii. In: C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (ed.): *Psychiatrie.* Praha: Tigis, 147-216

Balon, R. (2002): Porucha s bludy a jiné vleklé poruchy s bludy. In: C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (ed.): *Psychiatrie.* Praha: Tigis, 403-407

Benesch, H. (2001): *Encyklopedický atlas psychologie.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny

Benson, N. C. (2005): *Psychoterapie.* Praha: Portál

Benson, N. C. (2010): *Psychiatrie.* Praha: Portál

Beran, J. a kol. (2010): *Lékařská psychologie v praxi.* Praha: Grada Publishing

Bouček, J. a kol. (2006a): *Lékařská psychologie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Bouček, J. a kol. (2006b): *Speciální psychiatrie.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci

Brown, T. M. - Pullen, I. M. - Scott, A. I. (1992): *Emergentní psychiatrie.* Praha: Psychoanalatytické nakladatelství

Coren, S. (1998): *Zloději spánku.* Praha: Robot

Davido, R. (2001): *Kresba jako nástroj poznání dítěte.* Praha: Portál

Dörner, K. - Plog, U. (1999): *Bláznit je lidské.* Praha: Grada Publishing

Dragomirecká, E. - Kubisová, D. (2004): Bezdomovectví a duševní zdraví. In: J. Raboch, I. Zrzavecká, P. Doubek, M. Anders (ed.): *Česká psychiatrie a svět.* Praha: Galén, 31-34

Duka, D. - Badal, M. (2009): *Bílá kniha církve.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Fifková, H. - Weiss, P. - Procházka, I. - Jarolím, L. - Veselý, J. - Weiss, V. (2002): *Transsexualita.* Praha: Grada Publishing

Fine, C. (2009): *Mozek.* Brno: Jota

Fischer, S. - Škoda, J. (2009): *Sociální patologie.* Praha: Grada Publishing

Frankel, B. - Kranzová, R. (1998): *O sebevraždách.* Praha: Nakladatelství Lidové noviny

Gay, Ch. (2010): *Bipolární porucha.* Praha: Portál

Grün, A. (2006): *Za co mě Bůh trestá ?* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Hartl, P. - Hartlová, H. (2000): *Psychologický slovník.* Praha: Portál

Hemfelt, R. - Minirth, F. - Meier, P. (2010): *Závislosti srdce.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Herman, E. - Praško, J. - Doubek, P. - Hovorka, J. (2004): *Bipolární porucha a jeji léčba.* Praha: Maxdorf

Herman, E. - Praško, J. - Seifertová, D. eds. (2007): *Konziliární psychiatrie.* Praha: Medical Tribune CZ

Hochenegg, L. (1980): Prophetenwahn bei schizophrenen. *Archiv für Religionspsychologie*, 14, 270-276. Podle Říčan 2007, 127

Hort, Vl. - Hrdlička, M., Kocourková, J. - Malá, E. a kol. (2000): *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál

Hosáková, J. (2007): *Ošetřovatelská péče v psychiatrii.* Opava: Slezská univerzita v Opavě

Höschl, C. - Libiger, J. - Švestka J. (ed.) (2002): *Psychiatrie.* Praha: Tigis

Höschl, C. (1996): *Psychiatrie pro praktické lékaře.* Jinočany: H&H

Cholewa, M. (2010): Zpovídání kandidátů kněžství. In: J. Augustyn, A. Opatrný (ed.): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 221-231

Kafka, J. (1993): *Psychiatria.* Martin: Osveta

Kalina, K. (2001): *Jak žít s psychózou.* Praha: Portál

Kaplánek, M. (2010): Zpovídání mladých lidí. In: J. Augustyn, A. Opatrný (ed.): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 199-206

Kašparů, M. (2002): *Základy pastorální psychiatrie pro zpovědníky.* Brno, 2002

Kašparů, M. (2007): *Třicet případů... aneb Malé, bílé, kulaté.* Brno: Cesta

Katechismus katolické církve (2001): Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Kelnarová, J. - Matějková, E. (2010): *Psychologie 1. díl. Pro studenty zdravotnických oborů.* Praha: Grada Publishing

King, P. J. (2007): *Sto filozofů. Život a dílo největších světových myslitelů.* Praha: Metafora

Koutek, J. - Kocourková, J. (2003): *Sebevražedné chování.* Praha: Portál

Křesadlo, J. (2001): *Průvodce inteligentního laika džunglí současné psychologie a psychiatrie.* Olomouc: Periplum

Křivohlavý, J. (1989): *Vážně nemocný mezi námi.* Praha: Avicenum

Křivohlavý, J. (2003): *Jak zvládat depresi.* Praha: Grada Publishing

Křivohlavý, J. (2009): *Psychologie zdraví.* Praha: Portál

Kučerová, H. (2010): *Schizofrenie v kazuistikách.* Praha: Grada Publishing

Libiger, J. (2002): Schizofrenní poruchy. In: C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (ed.): *Psychiatrie.* Praha: Tigis, 341-401

Lilienfeld, S. - Lynn, S. J. - Ruscio, J. - Beyerstein, B. L. (2011): *50 největších mýtů populární psychologie.* Praha: Knižní klub

MacNutt, F. (2010): *Služba uzdravování.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Malá, E. - Pavlovský, P. (2010): *Psychiatrie.* Praha: Portál

Malá, E. (2005): *Schizofrenie v dětství a adolescenci.* Praha: Grada Publishing

Marek, J. - Strnad, A. - Hotovcová, L. (2012): *Bezdomovectví.* Praha: Portál

Marsch, M. (2008): *Uzdravení skrze Bibli.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Maršálek, M. (2004): Prožitek nežádoucích účinků a nespolupráce při léčbě schizofrenie. In: J. Raboch, I. Zrzavecká, P. Doubek, M. Anders (2004): *Česká psychiatrie a svět.* Praha: Galén, 142-144

Matoušek, O. (2008): *Slovník sociální práce.* Praha: Portál

McAll, K. (2007): *Uzdravení rodových kořenů.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Messina, R. (2005): *Dějiny charitativní činnosti.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Michalík, J. (2011): *Zdravotní postižení a pomáhající profese.* Praha: Portál

Mohr, P. (2007): Psychózy. In: E. Herman, J. Praško - D. Seifertová (ed.): *Konziliární psychiatrie.* Praha: Medical Tribune CZ, 74-78

Mühlpachr, P. (2009): *Sociopatologie.* Brno: Masarykova univerzita

Musil, J. a kol. (2006): *Klinická psychologie a psychiatrie.* Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého

Nešpor, K. (2002): Návykové nemoci. In: C. Höschl, J. Libiger, J. Švestka (ed.): *Psychiatrie.* Praha: Tigis, 555-576

Nicola, U. (2011): *Obrazové dějiny filozofie.* Praha: Knižní klub

Opatrný, A. (2003): *Malá příručka pastorační péče o nemocné.* Praha: Pastorační středisko při Arcibiskupství pražském

Opatrný, A. (2005): *Pastorační péče v méně obvyklých situacích.* Pastorační středisko sv. Vojtěcha při Arcibiskupství pražském

Orel, M. - Facová, V. a kol. (2010): *Člověk, jeho smysly a svět.* Praha: Grada Publishing

Pasqua, L. (2011): *Podvod magie.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Pavlovský, P. (2009): *Soudní psychiatrie a psychologie.* Praha: Grada Publishing

Pěč, O. - Probstová , V. eds. (2009): *Psychózy.* Praha: Triton

Pera, H. - Weinert, B. (1996): *Nemocným nablízku.* Praha: Vyšehrad

Plante, T. G. (2001): *Současná klinická psychologie.* Praha: Grada Publishing

Platznerová, A. (2009): *Sebepoškozování.* Praha: Galén

Praško, J. - Pánková, R. (2007): Diagnostika a léčba psychických poruch v dermatologii. In: E. Herman, J. Praško - D. Seifertová (ed.): *Konziliární psychiatrie.* Praha: Medical Tribune CZ, 393-409

Preiss, M. - Kučerová, H. a kol. (2006): *Neuropsychologie v psychiatrii.* Praha: Grada

Presl, J. (2000): *Drogy. Jak vlastně vypadají?* Medea Kultur

Probstová, V. (2009): Psychoterapie a rehabilitace psychóz na úrovni jedince. In: O. Pěč, V. Probstová (ed.): *Psychózy.* Praha: Triton, 34-47

Prusak, J. (2010): Zranění ve zpovědnici. Jak jim předcházet? Jak je

uzdravovat? In: J. Augustyn, A. Opatrný (ed.): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 283-299

Raboch, J. - Zrzavecká, I. - Doubek, P. - Anders, M. eds. (2004): *Česká psychiatrie a svět.* Praha: Galén

Raboch, J. - Pavlovský, P. - Janotová, D. (2006): *Psychiatrie. Minimum pro praxi.* Praha: Triton

Raboch, J. - Zvolský, P. (2001): *Psychiatrie.* Praha: Galén a Karolinum

Rahn, E. - Mahnkopf, A. (2000): *Psychiatrie. Učebnice pro studium a praxi.* Praha: Grada Publishing

Říčan, P. - Krejčířová, D. a kol. (1997): *Dětská klinická psychologie.* Praha: Grada Publishing

Říčan, P. (2007): *Psychologie náboženství a spirituality.* Praha: Portál

Seifertová, D. - Kopeček, M. - Bareš, M. (2006): Hodnocení elektrokonvulzivní léčby z pohledu pacientů. In: J. Raboch, I. Zrzavecká, P. Doubek (ed.): *„Nemocná duše - nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta“.* Praha: Galén, 234-235

Slabý, A. (1991): *Pastorální medicína a zdravotní etika.* Praha: Karolinum

Squarise, C. (2010): Podstata zpovědi. In: J. Augustyn, A. Opatrný (ed.): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 48-57

Stuchlík, J. - Borecký, V. (2006): *Neofatické polyglotie psychotiků.* Praha: Triton

Sudbrack, J. (2002): *Náboženská zkušenost a lidská duše.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Suchareva, G. J. (1955): *Kliničeskije lekciji po psichiatriji detskogo vozrasta.* Moskva: Medzig. Podle Malá 2005, 22-23

Svoboda, M. - Krejčířová, D. - Vágnerová, M. (2001): *Psychodiagnostika dětí a dospívajících.* Praha: Portál

Svoboda, M. (2006): Dějiny psychiatrie. In: M. Svoboda (ed.):

Psychopatologie a psychiatrie. Praha: Portál, 14-21

Svoboda, M. ed. (2006): *Psychopatologie a psychiatrie.* Praha: Portál

Syřištová, E. (1977): *Imaginární svět.* Praha: Mladá fronta

Szpakowski B. (2010): Zpovídání lidí v mimořádně složitých životních okolnostech. In: J. Augustyn, A. Opatrný (ed.): *Umění zpovídat.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 248-261

Ševčíková, S. (2005): *Viktor Frankl jako inspirace pro pastorální teologii ?* Dostupné z: <http://www.teologicketexty.cz/casopis/2005-4/Viktor-Frankl-jako-inspirace-pro-pastoralni-teologii.html>. Cit. 12. 5. 2012

Úlehla, I. (2009): *Umění pomáhat.* Praha: Slon

Vacek, J. (1996): *O nemocech duše.* Praha: Mladá fronta

Vacek, J. (2001): *Velké psychiatrické případy.* Praha a Litomyšl: Paseka

Vágnerová, M. (2008): *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál

Vanier, J. (2004): *Cesta k lidství.* Praha: Portál

Vella, E. (2006): *Ježíš - lékař těla i duše.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Vella, E. (2007): *Svatost je pro každého.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Vella, E. (2011): *Uzdrav mě, Pane.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství

Vodáčková a kol. (2007): *Krizová intervence.* Praha: Portál

Vybíral, Z. (2000): *Psychologie lidské komunikace.* Praha: Portál

Vybíral, Z. (2009): *Psychologie komunikace.* Praha: Portál

Zacharová, E. - Šimíčková-Čížková, J. - Littva, V. (2010): *Aplikovaná psychologie ve zdravotnické praxi.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě

Zacharová, E. - Šimíčková-Čížková, J. (2007): *Psychologie pro zdravotnické*

obory. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě

Zvolský, P. (2001): *Speciální psychiatrie.* Praha: Karolinum

Zvolský, P. a kol. (2006): *Obecná psychiatrie.* Praha: Karolinum

Slovníky:

Akademický slovník cizích slov. Praha: Academia, 2001

Slovník psychiatrických termínů, Praha: Psychiatrické centrum, 2004

Novinové články:

Prinz, J. (2011): Arcibiskup Duka navštívil pacienty psychiatrické léčebny. *Katolický týdeník* 22, č. 48, 1

Internetové stránky:

http://bap.cz/index.php?m_cl_id=9 (25. 7. 2011)

http://cs.wikipedia.org/wiki/Ketamin (22. 5. 2012)

http://www.plbohnice.cz/o_lecebne/spiritualni_pece/o_spiritualni_peci/cz (5. 6. 2012)

Přednášky:

Bartůšková, L. - přednášky na KTF UK v ZS 2009/2010