

Martin Hollý v Diagnóze F: Pro schizofrenika jsou obtížné i běžné životní situace



Martin Hollý, ředitel Psychiatrické léčebny BohniceFoto: Šárka Ševčíková

V souvislosti se žďárskou tragédií, kdy šestadvacetiletá schizofrenička napadla mladou dívku a ubodala mladíka, který se jí zastal, uvádí Diagnóza F čtyřdílný speciál ŽIVOT S PARANOIDNÍ SCHIZOFRENIÍ. Nabídneme vám čtyři různé pohledy na tuto nemoc. Prvním z nich je pohled optikou psychiatra, konkrétně MUDr. Martina Hollého, předsedy Psychiatrické společnosti ČLS JEP a ředitele Psychiatrické nemocnice Bohnice.

Jaké jsou projevy paranoidní schizofrenie?

Příznaky můžeme rozdělit do dvou skupin – jsou to pozitivní příznaky a negativní příznaky. Ty pozitivní se skládají primárně z poruch myšlení a vnímání. Pod tím si můžeme představit například vztahovačnost, tj. „mám pocit a tak se mi to skládá v hlavě, že jsem nějakým způsobem významný a důležitý, a tudíž okolí si mě víc všímá, až mě pronásleduje a může ohrožovat“. A poruchy vnímání, tam jsou převážně auditivní, tedy hlasové halucinace, tzn. „slyším, jako by na mě někdo mluvil bez reálného kontextu, a často to mohou být také hlasy, které mi něco přikazují, a já jsem ve velké tenzi, pokud jim nevyhovím“. To je tedy skupina těch pozitivních příznaků. Pozitivní příznaky znamenají, že někde je něco navíc, negativní příznaky jsou naopak o tom, že někde něco chybí. Negativní příznaky se skládají hlavně z velké nerozhodnosti, snížené spontaneity, apatie, která se často zaměňuje za lenost, a z nevýrazné až depresivní nálady. Pokud pacientům zaléčíme ty pozitivní příznaky, tak ty negativní často přetrvávají a zůstává v nich deficit běžného prožívání, mnohem hůř se jim žije realita kolem nich, což jim dělá samozřejmě spoustu potíží v běžných sociálních kontaktech. Takže i to, že si mají jít například koupit jídlo nebo si jít něco zařídit na úřad, je pro ně ve všech fázích, od rozhodnutí se, jestli tam půjdu, přes to, abych vykonal tu akci, to znamená, že se zvednu a jdu do toho obchodu, až po ten sociální kontakt a porozumění tomu sociálnímu kontaktu, velmi obtížné.

V jakém věku bývá schizofrenie nejčastěji diagnostikována?

Maximum začátku schizofrenie je v mladém dospělém věku, můžeme říct někde mezi šestnáctým až osmnáctým rokem až do pětadvacátého roku. Jsou to lidé, kteří obvykle dostudovávají střední školu nebo začínají školu vysokou. Tím jenom naznačuju, že rozvoj schizofrenie nijak nesouvisí s inteligencí.



Je to tedy o tom, že ten člověk do té doby normálně fungoval a pak začíná být něco jinak?

Je to onemocnění, takže přecházíme z nějaké formy zdraví do duševní nemoci, která se objevuje. Co můžeme vysledovat, je, že ten člověk se několik měsíců nebo i několik málo let předtím začíná chovat trochu zvláštně. Je ale velmi těžké říct, že všichni zvláštní puberťáci budou schizofrenici, takhle to neplatí, ale když to zpětně analyzujeme, tak možná některé prvky chování můžou být identifikovány už před rozvojem nemoci. Jsou to lidi, kteří si zažili období zdraví, kteří měli svoje životní plány, jejich rodiny s nimi měly nějaké plány či očekávání a najednou přichází nemoc, která je velmi vážná.

Známe příčiny, proč se rozvine u člověka schizofrenie?

Do velké míry je tam nějaká genetická vazba, ale není to tak, že by to byla výhradně dědičná nemoc. Dobře je to ilustrovatelné na tom, že u jednoho z jednovaječných dvojčat, mezi nimiž se vyskytla schizofrenie, jsou oba schizofrenici, v těch zbývajících 50 % je z nich jen jeden schizofrenik, takže i když mají stejný genetický základ, tak nejsou vždy oba nemocní. Svou roli tam hrají genetické vlivy, ale i životní osud včetně nějakých dětských traumat. Potom je tu také nějaký stres, který může být vyvolaný třeba u maturit nebo ve zkuškovém období. Tam se ta nemoc může nastartovat a rozvinout do svých plných příznaků. U někoho ano, u někoho ne, takže úplně nevíme, nedokážeme identifikovat přesně ani ty vnější vlivy.

Jaký je obvyklý průběh paranoidní schizofrenie?

Co se týká průběhu nemoci, tak se dlouho mluvilo – v zásadě je to ještě platné – o pravidle tří třetin. Jedna třetina nemocných má velmi dobrý průběh nemoci, to znamená, že se ta epizoda psychózy rozvine jenom jednou anebo, pokud je opakovaná, si ten člověk si zachovává plnou funkčnost. Pokud bych to vztáhl k těm pozitivním a negativním příznakům, tak primárně se projeví ty pozitivní příznaky a neprojeví se nebo nepřetrvávají ty negativní příznaky. Ten člověk je velmi pravděpodobně normálně sociálně začleněn, chodí do práce nebo studuje, a pokud je ta

epizoda opakovaná, tak má občas nějaký výpadek, několikátýdenní pracovní neschopnost, ale jinak pracuje a funguje bez větších těžkostí. U druhé třetiny pacientů se ty epizody opakují, a to vede často k postupné invalidizaci toho nemocného, protože narůstá ta míra těch negativních příznaků. No a pak máme třetinu lidí, u kterých je průběh nemoci obtížný třeba proto, že nemají vůbec tu fázi zdraví mezi jednotlivými epizodami a buď neustále přetrvávají pozitivní příznaky nebo ty negativní jsou tak silné, že je ovlivňují v běžném fungování. No a k tomu máme ojedinělé případy, kdy ta nemoc je vlastně neléčitelná, člověk nereaguje ani na naše léky, byť rozvoj farmakologie od 50. let minulého století přinesl velké změny v tom, jak můžeme se schizofrenií pracovat. Je důležité říct, že nová data z výzkumů ukazují, že můžeme ovlivňovat průběh schizofrenie tím, že začneme s léčbou včas a vytvoříme takový systém, ze kterého by ti lidé nevypadávali a nepřestávali by brát léky. Teď sledujeme lidi, kteří berou moderní léky od začátku nemoci, a ukazuje se, že ten průběh nemoci je lepší, těch epizod psychózy je méně. To, co víme zcela s určitostí, je, že každá epizoda schizofrenie, každé to znovuzplanutí nemoci poškozuje mozek a zvyšuje možnost, že přijde i další vzplanutí nemoci. Čím víc epizod připustíme, tím horší je prognóza. V této chvíli máme léky, které z velké části dokážou zabránit epizodám. Není to stoprocentní, ale při kontinuální léčbě léky, je těch epizod mnohem méně, než když se ty léky vynechávají.



Martin HolýFoto: [Radio Wave](#)

Průběh nemoci byl popisován některými médii i v případě žďárské tragédie. Mluví se o šestadvacetileté ženě nemocné schizofrenií, která byla před osmi měsíci propuštěna z psychiatrické léčebny v Opavě, a někteří lidé se v souvislosti s tímto zamýšleli nad tím, jak je možné, že tato žena byla propuštěna z nemocnice. O jaký průběh nemoci se u ní zřejmě jednalo? I když to jsou samozřejmě domněnky, nemáme lékařskou zprávu...

Nemáme lékařskou zprávu, a i kdybychom ji měli, tak ji tady nemůžeme zveřejnit, přestože to média někdy dělají, když se k tomu někde dostanou. Myslím si, že stav pacienta v době propuštění může jen velmi málo predikovat jeho stav za osm měsíců. Je nám, psychiatrům, potom přisuzována role nějakých jasnovidců, kteří by měli vědět, co se stane potom. Já jsem přesvědčen, že Psychiatrická nemocnice v Opavě zodpovědně posoudila možnost propuštění té pacientky. Léčba psychóz v Psychiatrické nemocnici v Opavě má dlouhou tradici a myslím si, že je velmi kvalitní, nemám proč předpokládat, že by to neposoudili zodpovědně. Co je důležité – tam byl nějaký agresivní čin už v minulosti, takže o to větší pozornost tomu asi věnovali, ale v žádném případě nemůžu posuzovat tento konkrétní případ. Ta nemoc má nějaký spontánní vývoj, který je potřeba nějakým způsobem monitorovat, což v této chvíli dělal ambulantní psychiatr, který však má omezené možnosti, a je otázkou, jestli bylo, nebo nebylo možné identifikovat nějaké zhoršení nemoci, pokud to bylo zhoršení.

Objevily se názory, že by měli být schizofrenici trvale hospitalizováni. Má to smysl?

Nemyslím si, že bychom mohli říct, že každý, kdo trpí schizofrenií, už jenom z toho důvodu, že ten průběh může být velmi příznivý, by měl být hospitalizovaný. Když to velmi zjednoduším, tak jak je zjednodušené to tvrzení, že každý schizofrenik by měl být hospitalizován, tak v současné době je v České republice léčeno 45 tisíc schizofreniků, takže bychom potřebovali čtyřikrát více lůžek, než máme, a byla by to lůžka jenom pro lidi se schizofrenií, a přitom v psychiatrických nemocnicích a na lůžkových odděleních je mnohem širší spektrum diagnóz, takže to není ani realizovatelné. A není to ani správné a humánní. Jelikož jde o nemoc, tak ji máme léčit, a jestliže se ten člověk vyléčí, tak se má integrovat do společnosti. To, co máme zajistit, a k čemu je Česká republika zavázána mezinárodními smlouvami, které podepsala, je vytvoření systému, který dá těmto lidem možnost žít mimo ústavní podmínky, a přitom dostávat kvalitní péči. Ta kvalitní péče není jen pro ně, ale je i pro jejich okolí a pro společnost.

V souvislosti se žďárskou tragédií se v médiích hojně objevovalo sousloví „selhání systému“. Bylo podle vás v tomto případě nějaké selhání systému?

Já v tuto chvíli selhání systému nevidím, ale v jedné větě je potřeba říct, že ten systém ambulantní péče nemáme kvalitní a je to něco, co ten systém, přestože všichni velmi pravděpodobně z velké části naplňovali své zodpovědnosti, tak, jak jsou dané a co je po nich vyžadováno, umožnil. Když to zjednoduším – je to něco, co stávající systém tak, jak je aktuálně nastaven a jak je společností objednán a jak je placen, dopustil.

Před časem jsme spolu v jiném díle [Diagnózy F](#) mluvili o reformě psychiatrie. Pokud všechno dobře dopadne, reforma nastane a psychiatrická péče se změní, co bude jinak a jak bude možné podobným případům předcházet?

V reformě navrhujeme to, aby vznikly multidisciplinární terénní týmy složené ze zdravotníků a sociálních pracovníků, kteří budou moci mnohem častěji kontaktovat vážně duševně nemocné a obtížnější klienty v jejich přirozeném prostředí. Primární změna je v tom, že nečekáme, až ten vážně duševně nemocný přijde za námi do ambulance, a neřešíme to až potom, když nepřijde, což třeba v kontextu ochranného léčení musíme řešit, ale vycházíme vstříc těm lidem, jdeme za nimi s nějakou nabídkou péče a provádíme ji v jejich přirozeném prostředí, ať už je to domov, nebo chráněné bydlení. Ten tým má být multidisciplinární, tedy zdravotníci se víc soustředí na dodržování léčebného režimu, když to trochu přeženu, tak mají víc tu funkci kontrolní, a sociální pracovníci, kteří sdílejí příběh toho pacienta, mají více funkci podpůrnou a pomáhají klientovi řešit běžné životní situace, se kterými, jak jsem říkal na začátku, má schizofrenik velký problém, a tím pádem redukuje míru stresu, kterému je ten člověk vystaven, což víme, že zhoršuje prognózu a zvyšuje pravděpodobnost, že se ta nemoc znovu objeví.

Když to zjednoduším – mám si to představit tak, že když se pan Novák terénnímu týmu dlouho neozve, tak terénní tým bude pana Nováka kontaktovat s tím, zda nedošlo ke zhoršení stavu, jestli je všechno v pořádku, nepřestal brát prášky...?

Terénní tým bude pana Nováka navštěvovat pravidelně, a když budou nějaké signály třeba i od okolí, protože ten terénní tým bude znát jeho sousedy, jeho rodiče nebo i jeho praktického lékaře, že ten stav se zhoršuje, tak za ním začne chodit častěji. Eventuálně ho bude přemlouvat nebo ho nakonec i vyzve k tomu, aby šel k hospitalizaci, protože těch informací bude najednou mnohem víc. V tom spočívá ta zásadní změna kvality – ta péče po reformě psychiatrie nebude jen reagující, ale bude asertivní, bude se pítit po informacích, které dají dohromady obrázek o stavu pacienta.

Jaká je realita reformy psychiatrie v současné době?

Myslím si, že dobrou zprávou je, že začaly zasedat implementační skupiny, což jsou skupiny lidí, které podle jednotlivých funkcí vytváří prostor pro velkou strukturální změnu. Reforma psychiatrické péče je jeden z největších projektů ve zdravotnictví a možná víc než zdravotnictví zasahuje mezirezortní spolupráci. Potřebujeme koordinovat různé resorty mezi sebou, takže potřebuje pečlivou přípravu. Přesto, že v tuto chvíli ještě nemůžu říct, že někde vznikl nějaký pilotní projekt, tak zatím je to v té méně viditelné a přesto velmi důležité fázi práce úřednické a analytické.



Tragédie komunikované médii hází špatné světlo na všechny duševně nemocné, přesto ale musí být komunikoványFoto: [Anna Lowe](#)

Jak vnímáte to, jak byl žďárský tragický případ komunikován médii?

Já myslím, že takováto tragédie, která se stala, samozřejmě vyvolá emoce a mediální ohlas. Samozřejmě mě mrzí, že to hází ne úplně dobré světlo na všechny duševně nemocné, že to vede k paušalizaci a to napětí pak vede k nějakým řešením, která nejsou úplně promyšlená, ale myslím, že to je tak extrémní situace, tak extrémní tragédie, že v této chvíli řídit to, jak má být komunikována, je snaha velmi naivní. Myslím si, že je důležité, že jsme dostali prostor k tomu něco říct a stahovat to do nějaké racionální debaty. Emoce spojené s takovouto tragédií jsou ale vždy na místě...

Když odhlédneme od žďárské tragédie, jak si myslíte, že jsou obecně tyto případy prezentovány médii? Ptám se proto, že mám pocit, že „efkové diagnózy“ (označení pro duševní poruchy a poruchy chování podle Mezinárodní klasifikace nemocí) se v titulcích článků objevují až příliš často...

Nepochybně je to odraz stigmatu, které je s duševními nemocemi spojeno, a taky je to fakt, který to stigma podporuje, takový začarovaný kruh. Vede to pak k přesvědčení, že máme jeden prototyp duševně nemocného, který je nějakým způsobem nebezpečný, a když opustíme tu pozici, že je nebezpečný, tak je minimálně nespolehlivý. Podle dat za rok 2012 však navštívilo psychiatrickou ambulanci asi 600 tisíc lidí, ze kterých je naprostá většina plně funkčních, jsou to otcové a matky od rodin, jsou to zaměstnanci, kteří si poctivě plní svoje úkoly. Měli bychom nabourávat ten zjednodušený obrázek, který právě tato nešťastná vyjádření podporují.

Příspěvek si můžete přehrát: <http://prehovac.rozhlas.cz/audio/3236316>

Autor: [Adéla Paulík Lichková](#)