

Helena Kučerová

---

# Schizofrenie v kazuistikách



# Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **trestně stíháno**.

*Používání elektronické verze knihy je umožněno jen osobě, která ji legálně nabyla a jen pro její osobní a vnitřní potřeby v rozsahu stanoveném autorským zákonem. Elektronická kniha je datový soubor, který lze užívat pouze v takové formě, v jaké jej lze stáhnout s portálu. Jakékoliv neoprávněné užití elektronické knihy nebo její části, spočívající např. v kopírování, úpravách, prodeji, pronajímání, půjčování, sdělování veřejnosti nebo jakémkoliv druhu obchodování nebo neobchodního šíření je zakázáno! Zejména je zakázána jakákoliv konverze datového souboru nebo extrakce části nebo celého textu, umístování textu na servery, ze kterých je možno tento soubor dále stahovat, přitom není rozhodující, kdo takovéto sdílení umožnil. Je zakázáno sdělování údajů o uživatelském účtu jiným osobám, zasahování do technických prostředků, které chrání elektronickou knihu, případně omezují rozsah jejího užití. Uživatel také není oprávněn jakkoliv testovat, zkoušet či obcházet technické zabezpečení elektronické knihy.*



*Věnováno památce mých prarodičů,  
paní Antonie Švejnarové a pana Františka Švejnara,  
violoncellisty, po němž jsem zdělila lásku k hudbě,  
která mě přivedla k muzikoterapii.*

Vydání odborné knihy schválila Vědecká redakce nakladatelství Grada Publishing, a.s.

**MUDr. Helena Kučerová, HonDG**

## **SCHIZOFRENIE V KAZUISTIKÁCH**

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

[www.grada.cz](http://www.grada.cz)

jako svou 4184. publikaci

### **Recenzoval:**

**prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.**

Odpovědná redaktorka Hana Vařáková

Sazba a zlom Radek Vokál

Obrazová příloha sestavena z archivu autorky

Počet stran 112

Vydání 1., 2010

Vytiskla Tiskárna PROTISK, s.r.o., České Budějovice

© Grada Publishing, a.s., 2010

Cover Photo © fotobanka Allphoto

**ISBN 978-80-247-2045-6** (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7457-2 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

# OBSAH

<b>PŘEDMLUVA</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>SCHIZOFRENIE: CHOROBA CHOROB</b> . . . . .	<b>9</b>
Rozštěp mysli, rozštěp osobnosti . . . . .	10
Obvyklé příznaky jednotlivě . . . . .	11
Obvyklé příznaky ve vzájemných souvislostech . . . . .	15
Obvyklé příznaky ve vývoji v čase . . . . .	17
Schizofrenie skrytá v jiných diagnózách . . . . .	18
Schizofrenie ovlivněná léky . . . . .	19
Schizofrenie podle MKN-10 . . . . .	20
Jak jednat se schizofrenním nemocným . . . . .	23
Diagnostická úskalí . . . . .	25
Vztah lékaře a schizofrenního pacienta . . . . .	28
Lékař a příbuzní schizofrenního pacienta . . . . .	29
Léčení schizofrenie . . . . .	32
Rehabilitace schizofrenních nemocných . . . . .	33
<b>KAZUISTIKY PACIENTŮ</b> . . . . .	<b>35</b>
Kazuistika 1 . . . . .	35
Kazuistika 2 . . . . .	38
Kazuistika 3 . . . . .	42
Kazuistika 4 . . . . .	45
Kazuistika 5 . . . . .	48
Kazuistika 6 . . . . .	51
Kazuistika 7 . . . . .	53
Kazuistika 8 . . . . .	56
Kazuistika 9 . . . . .	61
Kazuistika 10 . . . . .	64
Kazuistika 11 . . . . .	67
Kazuistika 12 . . . . .	70
Kazuistika 13 . . . . .	73

Kazuistika 14 . . . . .	76
Kazuistika 15 . . . . .	78
Závěrečná diskuse ke kazuistikám . . . . .	81
<b>LITERATURA . . . . .</b>	<b>83</b>
<b>OBRAZOVÁ PŘÍLOHA . . . . .</b>	<b>89</b>

## PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

existuje mnoho nemocí, ale troufám si tvrdit, že jen jedna je naprosto jedinečná a odlišná od všech ostatních. Má mnoho podob, může mít velice barvitě a rozvinuté příznaky, má různé formy průběhu, je u každého pacienta jiná a zcela specifická, a přesto je to vždy jedna a táž choroba – schizofrenie. Je to nemoc, před kterou se hluboce skláním. A tváří v tvář postiženému pacientovi vždy pocítuji jistou výzvu s ní bojovat, přemoci ji, zdolat ji. Když se mi to alespoň částečně podaří, považuji to za velké vítězství a mám z toho radost. Mám radost, že bylo možno zastavit nebo zmírnit neviditelný chorobný proces, jenž nahlodává osobnost pacienta, tu více v té oblasti, tu více v jiné oblasti, ale který v konečném důsledku vede k vychudnutí různých osobnostních kvalit, změni až k nepoznání původního člověka a způsobí výrazné ochuzení jeho života.

Nechci zde polemizovat s těmi odborníky, kteří diskutují o tom, zda se jedná o chorobu jedinou, nebo o soubor více chorob, ani nechci analyzovat řadu uvažovaných příčin této nemoci. Ráda bych vylíčila typické příklady schizofrenních nemocných a podělila se o mnohaleté zkušenosti práce s těmito lidmi, protože schizofrenie je pro laika, a často i pro lékaře a sestry nepsychiatrických oborů, nemoc málo srozumitelná až nepochopitelná nebo záhadná. Představa „rozštěpu a rozpadu mysli“ je pro mnohé natolik abstraktní a vzdálená, že nemají potřebu se nad ní blíže zamýšlet. A přesto schizofrenií postižení lidé mezi námi žijí a potřebují naši pomoc a podporu. Je to možná ode mě odvážné, že psychopatologii schizofrenie líčím poněkud netradičně. Ale mým cílem je ukázat tuto chorobu z jiného úhlu pohledu, než jak je to obvyklé, a doufám, že právě tento způsob najde mezi čtenáři pochopení. Přesto si hluboce vážím všech autorů, kteří o schizofrenii píší, neboť sama vidím, jak je to obtížné. Byla by jich dlouhá řada, protože v podstatě všichni významnější psychiatři o této nemoci psali. V poslední době bych ráda vzpomněla zejména české autory E. Češkovou, J. Libigera,

J. Rabocha a P. Zvolského. V seznamu literatury odkazují i na starší nebo méně známé publikace, neboť i ony mě zaujaly či ovlivnily.

Podobně jako má předchozí knížka *Demence v kazuistikách*, ani tato nemá být učebnicí psychiatrie, ale svědectvím a ilustrací práce s pacienty postiženými schizofrenií, které by snad mohly zaujmout nejen kolegy psychiatry, ale také lékaře jiných oborů, případně i psychology, studenty či zdravotní sestry. Je motivována snahou přiblížit obraz této nemoci širšímu okruhu odborné veřejnosti z pohledu lékařky pracující v ambulanci na malém městě, jehož populace rozhodně nepatří k těm, které by návštěvy u psychiatra vnímaly bez předsudků a duševní potíže nepovažovaly za stigma. Tím spíše si myslím, že je třeba o schizofrenii psát.

Autorka



## SCHIZOFRENIE: CHOROBA CHOROB

O schizofrenii bylo již napsáno velmi mnoho, a stále je to málo. Domnívám se, že toto téma je nevyčerpatelné, protože schizofrenie je u každého nemocného naprosto originální, tak jako je originální každý jedinec. Na světě neexistují dva stejní lidé, každá osobnost je přísně individuální a také její postižení schizofrenním procesem je pro každého člověka typické a neopakovatelné. Proces nemoci samotné a její zákonitosti jsou sice u všech pacientů obdobné, ale nemocný sám, tedy objekt, na němž se choroba projevuje, je pokaždé jiný a jedinečný, a proto také psychopatologický obraz této choroby je u konkrétního člověka specifický a pro něho typický. Tato skutečnost, tedy **vzájemná vazba mezi charakterem nemoci a osobností postiženého jedince**, činí proto podobu této choroby neobyčejně rozmanitou a její diagnostiku velmi obtížnou. Schizofrenie se tímto liší od jiných psychických poruch, které mívají psychopatologický obraz u každého pacienta víceméně podobný jen s malými obměnami. (Viz též Koukolík, 1995.)

Další významný rys této nemoci spočívá v tom, že v ní důležitou roli hraje čas. Schizofrenie není chorobou několika dnů nebo týdnů, kdy se vyskytne určitý soubor příznaků, který má určitý postup a vyústění. To není např. angína, s typickými příznaky v krku, horečkou, pocením atd., jak to všichni známe, a s průběhem u téměř všech lidí velmi podobným. Schizofrenie znamená nemoc v pohybu, nemoc postupující a měnící se v čase. Její příznaky nelze pouze vyjmenovat a říci o nich, že jsou přítomny (nebo jsou nepřítomny). **Jednotlivé příznaky spolu různě souvisejí, vzájemně se ovlivňují a tvoří nikoli prostý, ale integrovaný celek.** Každou jednotlivost je třeba posuzovat v kontextu ostatních příznaků, pak teprve nacházíme jakýsi smysl celé choroby, i když smysl z našeho pohledu nelogický, zvláštní, paradoxní, kuriózní, zvrácený. Troufám si říci, že i **ona nesmyslnost některých psychopatologických obrazů má svůj smysl**, ačkoli jsem si vědoma, že to zní velmi neobvykle. A musím přiznat, že i po 33 letech mé psychiatrické praxe mě tato choroba někdy udivuje a zůstávám v němém úžasu nad tím, co od pacienta slyším za neuvěřitelnou slovní produkci.

A přesto, že mi takřikajíc „rukama prošlo“ několik tisíc schizofrenních nemocných, ještě ani jedna tato choroba nebyla jednoduchá, prostá, obyčejná, nezajímavá, všední. A i když se podobala jedna druhé, tak jako se podobá člověk člověku, každá byla jiná, svá, nezaměnitelná.

## ROZŠTĚP MYSLI, ROZŠTĚP OSOBNOSTI

Zdravý člověk si pod tímto pojmem těžko dokáže něco konkrétního představit. Pojem je to sice vysoce abstraktní, ale přesný. Myslím, že výstižnější by bylo hovořit o rozštěpu osobnosti, přičemž **osobnost je, podle mého názoru, integrovaný celek všech psychických i fyzických vlastností jedince.**

Jak se osobnost může rozštípnout? To sice nevíme, ale může. Zjednodušeně, tedy velmi zjednodušeně, bychom si to mohli představit tak, že osobnost je koule, např. pomeranč, který lze rozdělit do několika dílků, spojených pouze dole a nahoře rozdělených tak, že každý dílek je samostatný. U pomeranče vznikne krásný, květu podobný útvar, u rozštípnuté osobnosti už to tak krásné není. Její jednotlivé složky jsou sice stále pohromadě, ale jejich integrace je rozvolněna, takže jejich vzájemná součinnost je narušena, a v důsledku toho je narušena i jejich funkce. Jednotlivými složkami osobnosti chápou tradičně myšlení, vnímání, emotivitu, vůli, paměť atd.

Dalším důsledkem tohoto procesu je, že časem tyto jednotlivé složky chřadnou, vadnou, ubývá jim na kvalitě a vzniká stav, který se nazývá defekt nebo též deficit osobnosti (Grover a Kulhara, 2008). Nezní to sice hezky, ale přesně to vystihuje situaci. Pro lepší představu jsem studentkám ve zdravotnické škole vysvětlovala tento defekt tak, jako by mladý krásný muž postupem času přišel o oko, o ucho, o ledvinu, o část žaludku, o palec na ruce, o nohu apod., takže by se z něho stal invalida, jemuž by chyběly některé tělesné orgány. Sice by žil, ale jeho život by zdaleka nebyl tak kvalitní jako dřív, když jeho tělo mělo všechny orgány, které má mít. Obdobně je tomu v psychice, i když tyto „orgány“ nemůžeme uchopit, zrentgenovat, vidět. Ale i v psychice může zmíněný krásný mladý muž postupně ztrácet své kvality myšlení, vnímání, emotivity, vůle... a stane se z něho invalida. Invalida, který nemůže pracovat a mnohdy se ani o sebe postarat, i když na první pohled to na něm není vidět.

K postižení tělesné složky osobnosti u schizofrenie však časem také dochází, neboť tito lidé bývají fyzicky slabí, nevykonní, rychle unavitelní, při

pohybech nepřesní, pomalí. Překonávání únavy nebo neodhadnutí zátěže vede k tělesné nevolnosti, bušení srdce, různým bolestem a dalším nepřijemným tělesným pocitům.

## OBVYKLÉ PŘÍZNAKY JEDNOTLIVĚ

Psychopatologický obraz schizofrenie se pokusím vylicít poněkud jinak, než bývá zvykem v učebnicích. Podívejme se zprvu, jaké příznaky je obvykle možno u schizofrenie pozorovat, bez ohledu na to, kterou část psychiky postihují:

■ **Halucinace, popř. iluze (poruchy vnímání).** Halucinace znamená, že někdo slyší, vidí, cítí apod. něco, co nikdo jiný neslyší, nevidí, necítí, tedy z pohledu zdravých lidí je to něco, co neexistuje. Iluze znamená, že někdo slyší, vidí atd. něco, co sice existuje, ale vnímá to zkresleně, jinak, než to ve skutečnosti je. Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které mohou mezi sebou hovořit, nebo mluví k pacientovi, mohou ho oslovovat jménem, nebo nemusejí, komentují jeho jednání, popř. mu něco přikazují. Hlasy mohou být ženské, mužské či smíšené. Někdy pacient není schopen určit, kdo to vlastně mluví. Hlas může patřit člověku známému, jindy cizímu. Někdy pacient slyší jen jednoduché zvuky, štěkot psa, hudbu apod. Zvuky nebo hlasy může nemocný slyšet ušima, ale také jinými orgány, dosti často přímo mozkiem, tedy jako by někdo mluvil v jeho hlavě, uvnitř hlavy, pak se jedná o halucinace intrapsychické. Halucinace spojené se slyšením nějakých zvuků či řeči jsou halucinace sluchové neboli auditivní. Kromě těch pacient někdy vidí něco, co neexistuje, nebo to, co existuje, vidí zkresleně, pak se jedná o halucinace, popř. iluze, zrakové, vizuální. Obdobně se mohou vyskytnout halucinace čichové, chuťové a zejména tělové, kdy nemocný po těle či uvnitř těla cítí něco nepříjemného, bolesti, pálení, štípání, ale i zcela nezvyklé pocity, které jen těžko popisuje.

Od intrapsychických halucinací se někdy obtížně odlišují tzv. ozvučené myšlenky (*thoughts aloud*), kdy nemocný slyší v hlavě řeč, obvykle tichou, bezbarvou. Tu považuje za svoje myšlenky, neudává, že by to byl hlas někoho jiného. Tato porucha již patří do skupiny poruch myšlení.

A jen krůček od této poruchy je pocit nemocného, že myšlenky, které má v hlavě, ať už je slyší, nebo nikoli, nejsou jeho, že jsou to myšlenky

cizí. Jak se tam dostaly, to někdy pacient neví, jindy říká, že mu je tam někdo vkládá, dává, posílá, vysílá..., někdy dokonce specifikuje, která osoba to takto činí. Tato porucha je jednak rovněž poruchou myšlení, ale už i poruchou identifikace osobnosti.

- **Paranoidita (porucha myšlení).** Pokud pacient cítí, že se s ním něco děje, že okolní prostředí a lidé kolem něj se nějak mění, nebo se k němu jinak chovají, má tendenci nějak si to vysvětlovat a obvykle začne situaci na sebe vztahovat, začne být paranoidní. Změněné vnímání a případné změny ve svém myšlení interpretuje paranoidně, což může mít různou hloubku. Může to být jen tzv. difuzní paranoidita, ale někdy se paranoidita rozvine až do hloubky bludů. Jedná se o poruchu myšlení.
- **Bludy.** Blud je patologická porucha myšlení, kdy nemocný je nevyvratně přesvědčen o nějaké skutečnosti, která není pravdivá, často není ani možná. Nemocný je svým patologickým přesvědčením zcela ovládan a pod jeho vlivem i jedná. Bludů je mnoho druhů. Velmi časté jsou bludy paranoidní (vztahovačné), které mohou mít podobu perzekučních bludů (bludy pronásledování), bludů emulačních (bludy žárlivecké), bludů otarovanosti aj. Nejednou se vyskytují i bludy hypochondrické, kdy nemocný je přesvědčen, že trpí nějakou vážnou chorobou (rakovina, nádor mozku, lues, AIDS). Dosti častými bludy jsou bludy s náboženským obsahem, tedy religiózní, a paranoidní bludy s technickým obsahem, např. sledování kamerami, mikrofony, paprsky, různými přístroji. Může se vyskytnout kuriózní situace, že nemocný má blud nějaké skutečnosti a ta skutečnost pravdivá je. Například nemocný má hypochondrický blud, že má rakovinu, a rakovinu skutečně má. Nebo je přesvědčen, že jeho žena je mu nevěrná, a ona mu skutečně nevěrná je. V těchto případech je diagnostika nesmírně obtížná a vyžaduje velmi precizní vyšetření nejen pacienta samotného, ale i souvislostí. Podstatná pro diagnostiku bludu je jeho naprostá dominance v myšlení nemocného, a také patologický vznik bludu a jeho vliv na ostatní psychické funkce. Nemocný o své rakovině nebo o nevěře manželky není uvědoměn normálními způsoby, ale dojde k těmto závěrům paralogickou či jinak patologickou cestou. A teprve řešením jeho bludu se přijde na to, že rakovinu skutečně má (somatickým vyšetřením), nebo že manželka je mu nevěrná (manželka se např. přizná). Zde se dostáváme na pole velice jemných a citlivých témat, kde je třeba při vyšetření postupovat velmi taktně a hodnotit získané informace nestranně a s profesionálním nadhledem.

- **Inkoherentní řeč (porucha myšlení).** Je to mluva, kdy pacient říká slova, která jsou sice srozumitelná, ale spojuje je s jinými slovy tak, že to nedává běžný smysl. Slova, která říká, mohou mít pro nemocného zvláštní význam. Porucha větné stavby může být tak značná, že se jedná o tzv. slovní salát, kdy okolí pacienta vůbec nechápe, co pacient chtěl říci. Někdy může být porušena také gramatika, a dokonce i slova mohou být jen útržkovitá.
- **Pseudofilozofování, plané mudrování.** Nemocný neustále přemítá, co je smyslem toho či onoho, proč je něco tak či onak, jaký smysl má život vůbec, nebo jeho život, co je dobro a zlo, filozofuje nad různými náboženskými věcmi, ale přitom k ničemu nedojde, vše je plané, bez tvůrčí logiky a výsledku.
- **Vychudlé myšlení.** Je to ztráta schopnosti používat řeč v rozmanitých variantách, k popisu různých situací, k vyjádření pocitů, přání atd. Nemocný se většinou vyjadřuje holými větami, nebo mlčí a mluví jen jako odpověď na otázky, často jednoslovně. Má omezenou slovní zásobu, vyjadřuje se stereotypně, opakuje stejná slova, slovní spojení, nebo mluví šroubovaně, neohrabaně.
- **Úzkosti, anxieta (porucha emotivity).** Úzkosti u nemocných schizofrenií bývají velmi časté, i když ne vždy jsou pro pozorovatele zřetelné. Mnohdy jsou vnitřně prožívané a nejednou právě ony mohou vést k sebevraždě.
- **Depresivní prožívání (porucha emotivity).** To se také vyskytuje poměrně často a rovněž není vždy na pacientovi viditelné. Zejména při dalším příznaku, emoční oploštělosti, nemusí pacient projevovat mimiku obvyklou u depresí, nemusí o ní ani hovořit, ale může ji mít a i tato porucha může vést k sebevraždě.
- **Emoční oploštělost, plochost (porucha emotivity).** Je to ochuzení pružnosti prožitku, zploštění výkyvů radosti a žalu, zmenšení intenzity prožitku a citu, neschopnost něco silně cítit a prožívat, mít někoho či něco rád, mít k někomu či něčemu silný vztah. Člověk postižený emoční oploštělostí se svému okolí jeví laxní, bez zájmu, chladný, bezcitný, lhostejný, někdy až tupý.

- **Emoční ambivalence (porucha emotivity).** Je to stav, kdy nemocný má i nemá něco rád nebo někoho rád, většinou ve stejném okamžiku. S tím často souvisí **ambitendence**, tedy současně něco chce a nechce. Je to porucha vůle a chtění.
- **Emoční nepřiměřenost, nepřiléhavost (porucha emotivity).** Nejčastěji se projevuje v tom, že nemocný vesele hovoří o věcech, které vůbec veselé nejsou, např. o sebevraždě, o smrti někoho z rodiny. Často se u toho i směje. Sama jsem ještě jako začínající psychiatřka zažila situaci na vizitě na lůžkovém oddělení, kdy pacientka se nějak nepřiléhavě smála. Zeptala jsem se, čemu se tak směje, ona odpověděla, že tomu, jak by se zasebevraždila. „A jak?“ ptám se. Vzala by háček a vytrhla by si tepnu z krku, cha cha cha... Přiznám se, že mi přeběhl mráz po zádech.
- **Apatie (porucha emotivity).** Nemocnému je všechno jedno, nic ho nezajímá. Sedí a hledí a neví, co by měl dělat.
- **Abulie, hypobulie (porucha vůle).** Nemocný má velmi oslabenou vůli, a to v extrémních případech až tak, že není schopen vstát z lůžka, udržovat osobní hygienu atd. V lehčích formách se hypobulie projevuje tím, že nemocný by rád něco dělal, ale nejde to, nemá sílu se do něčeho pustit, nebo se rychle unaví jakoukoli činností. Nemá také dosti vůle se k něčemu rozhodnout nebo dodržet nějaký slib, např. že bude užívat léky.
- **Insomnie, hyposomnie, nedostatečný spánek.** Je to porucha velmi častá a nemá typický průběh, jako např. u endogenní (velké) deprese. Nespavost někdy je, někdy není. Pokud je, může být porucha usínání, časné probouzení, trhaný spánek, naprostá nespavost několik dní, pak opět spánek dobrý.
- **Automutilační a suicidiální aktivity (porucha pudů, jednání a vůle).** Ty bývají u schizofreniků dosti časté a mívají nejrůznější motivace, od motivací naprosto vágních po jednání pod vlivem halucinací a bludů.
- **Agresivita vůči okolí (porucha pudů, jednání a vůle)** se u schizofrenie rovněž může vyskytnout. Pacient v psychotickém stavu pod vlivem halucinací či bludů může někoho napadnout, nebo může i promyšleně někomu ublížit, pokud je bludně přesvědčen o tom, že dotyčný člověk je vůči němu nepřátelský.

- **Porucha identity osobnosti.** Pacient se cítí být někým jiným, např. Napoleonem, svým bratrem nebo současně sebou samým a někým jiným.
- **Psychomotorický neklid.** Jde o nadměrnou aktivitu tělesnou, která nemá racionální podklad, je to pobíhání sem tam, pacient nevydrží sedět, nevydrží na místě, může manipulovat různými věcmi bez zjevného důvodu. Přitom bývá patrné, že i psychicky je rozrušen.

Uvedený soubor obvyklých jednotlivých příznaků schizofrenie je jen hrubým schématem skutečné barvitosti psychopatologického obrazu. Kromě těchto obvyklých příznaků se mohou vyskytnout ještě jiné, méně časté. Pro schizofrenii typické, i když poměrně řídké, jsou **příznaky katatonní**, tedy poruchy z oblasti psychomotoriky. Patří sem zejména různé grimasování, manýrování, katatonní stupor a katatonní raptus. Dva posledně jmenované symptomy jsou velice závažné a jsou příkladem akutních psychiatrických stavů.

V psychopatologii se také používá termín **pozitivní a negativní příznaky**, nebo plus a minus příznaky. Původ tohoto označení najdeme u J. H. Jacksona (Pearce, 2004). Pozitivní jsou ty, které jsou oproti normě navíc, tedy především bludy a halucinace, ale též impulzivní chování. Negativní jsou ty, jež oproti normě chybějí, tedy zejména ochuzení myšlení, slovní zásoby, emotivity, vůle, sociálních kontaktů, celkové snížení aktivity. V mnoha směrech se negativní příznaky shodují s tím, co nazýváme defektem či deficitem osobnosti (Andreasen, 1982; Andreasen et al., 1994; Sass, 2003; Stahl a Buckley, 2006). Mohli bychom sem přiřadit i ochuzení v oblasti imunity (Müller et al., 2000).

Nyní se pokusím sestavit tyto jednotlivé, pouze vyjmenované příznaky tak, jak je zpravidla vídávám ve vzájemných vztazích a skupinkách.

## OBVYKLÉ PŘÍZNAKY VE VZÁJEMNÝCH SOUVISLOSTECH

---

- **Sluchové halucinace a paranoidní bludy, anxieta.** Pacient slyší hlasy, které mu nadávají, vytýkají mu něco a on má bludné přesvědčení, že ho někdo pronásleduje. Například vidí automobily na ulici a považuje je za své pronásledovatele. Prožívá úzkosti a strach. Pod jejich vlivem může

např. utéci z domova, v krajním případě se může bránit domnělým nepřátelům a být vůči někomu agresivní.

- **Intrapsychické halucinace, apatie, hypobulie.** Pacient není schopen nic pořádného dělat, naslouchá svým halucinacím, které slyší v hlavě, nemá o nic jiného zájem, nemá dosti síly a vůle překonat tyto pocity a přinutit se k úkonům běžného života, takže jen leží nebo sedí, nejlépe, nedodržuje základní hygienu.
- **Tělové halucinace, hypochondrický blud, deprese, suicidiální myšlenky až aktivity, někdy hypobulie, nespavost.** Nemocný má nějaké podivné pocity v některé části svého těla, např. v břiše, a poněvadž jeho otec nebo jiný příbuzný zemřel na rakovinu, myslí si, že i on má rakovinu. K lékaři nejde a upne se na své pocity a obavy. Může to dojít tak daleko, že je skálopevně přesvědčen o své rakovině, a kdyby měl dosti silnou vůli, šel by spáchat sebevraždu. Někdy pokus učiní.
- **Inkoherentní myšlení, pseudofilozofování, emoční oploštělost, suicidiální myšlenky až aktivity.** Nemocný bývá do sebe uzavřený od mládí, mívá sklon k filozofování nad běžnými věcmi, projevuje zájem o filozofii, popř. náboženství, přemítá o tom či onom, o smyslu života vůbec i o smyslu života svého. Někdy dojde k závěru, že život smysl nemá, nebo že jeho život nemá smysl, takže mu na životě nezáleží. Pociťuje změnu v prožívání vztahu ke svým blízkým, najednou k nim necítí to co dříve. Takže by mu bylo jedno, kdyby jeho příbuzní jeho smrti litovali, nebo kdyby jim svou sebevraždou způsobil bolest.
- **Inkoherentní myšlení, emoční inadekvátnost, psychomotorický neklid.** Bývá to akutní stav, kdy nemocný neklidně přebíhá sem tam, bez viditelného cíle, jeví se úzkostný, někdy se nepřiléhavě směje, produkuje více či méně nesouvislou řeč, z níž je jen těžko patrné, co se v něm odehrává. Obvykle se něčeho bojí, může mít i sluchové či zrakové halucinace, s nimiž si povídá. V tomto stavu může sobě i jinému člověku ublížit, ani ne tak cíleně, ale spíše v tomto pomatení myslí omylem někam spadne, někde se uhodí, do někoho vrazí. Je to situace vyžadující okamžitý zásah lékaře, nejlépe psychiatra. Obvykle však přivolaným lékařem je lékař rychlé záchranné služby, neboť tyto stavy často propukají doma a večer či v noci. Bývá nezbytná psychiatrická hospitalizace.



- **Apatie, abulie, vychudlé myšlení, ztráta zájmu o okolí, neschopnost sociálních kontaktů.** Zde už velkou roli hraje čas. Jde obvykle o člověka tichého, nenápadného, do sebe uzavřeného, bez přátel, bez sexuálního partnera/partnerky, zpočátku studujícího nebo pracujícího, který např. náhle přestane chodit do práce. Jindy z ničeho nic odjede někam vlakem či autobusem (obvykle nemá auto ani řidičské oprávnění), je několik dní pryč a zase se vrátí. Někdy se, bohužel, nevrátí, spáchá někde sebevraždu ke značnému údivu okolí, které na něm nikdy nevidělo důvod, proč by se měl „trápit“ a sejít ze světa. Pokud k sebevražedné aktivitě nesáhne, obvykle končí jako sedící nebo ležící troska, bez jakékoli činnosti, bez projevů emocí, zcela lhostejný ke všemu.

Toto jsou jen příklady různých kombinací příznaků v určitém krátkém časovém úseku, které jsou podle mých zkušeností časté. Podobných kombinací může být samozřejmě mnohem víc.

## OBVYKLÉ PŘÍZNAKY VE VÝVOJI V ČASE

Jak již bylo uvedeno výše, u schizofrenie nelze jednotlivé příznaky pouze vyjmenovat, nebo je jen pospojovat v aktuálních souvislostech, ale je třeba je sledovat i ve vývoji v čase. Jednotlivé průběhy schizofrenie jsou velmi různé, u každého pacienta jiné a prognosticky jen těžko odhadnutelné. Co je však u všech schizofrenií společné, je skutečnost, že se jedná o **chorobu chronickou**, bez časového omezení, která postupuje, jede, teče. **Je to proces.** A s nadsázkou lze říci, že pokud „nejede“, tak to není schizofrenie. Existují psychopatologické obrazy schizoformní, tedy schizofrenií podobné, které mohou aktuálně imponovat jako schizofrenie, ale právě jejich časové omezení a úzdrava postiženého popírají diagnózu schizofrenie (vliv drog, horečnatého onemocnění, operace...).

U schizofrenie existují průběhy s akutními atakami, mezi nimiž jsou období remisí, postupem času méně a méně kvalitních. Existují průběhy bez atak, kde proces postupuje více či méně rychle kupředu a více či méně rychle vede k defektu osobnosti. A existuje nesčetné množství variant průběhu mezi těmito dvěma krajními vzory, např. ataka, remise, ataka, remise a pak bezatakový strmý pokles. Nebo naopak, postupný vývoj a pak náhlé propuknutí do bouřlivé ataky a opět jen pozvolný postup. Nebo bouřlivá ataka, kterou se nepodaří zcela kompenzovat, takže zůstávají některé reziduální

příznaky, jež trvají dál v nekvalitní remisi, pomalu se sunoucí k defektu osobnosti. Prostě může to být jakkoli. Proces postupuje léta, takže obvykle se v životě pacienta odehraje mnoho důležitých událostí, které mohou průběh náhle změnit. Takovými událostmi může být rozvod, ztráta schopnosti pracovat a přechod do invalidního důchodu, úmrtí rodičů nebo sourozenců, různá tělesná onemocnění, zejména hypertenze, cukrovka a jiné hormonální poruchy, operace.

Také psychopatologický obraz choroby může, ale nemusí zůstat po celou dobu trvání choroby stejný. Existují pacienti, u kterých ataka začíná pokaždé stejně. Rozvoj např. halucinatorního a paranoidního syndromu má pokaždé stejný postup a stejný obsah. Ale existují také pacienti, kteří mají halucinace pokaždé jiné, nebo je někdy mají, jindy ne, někdy převažují příznaky deprese nad bludy nebo inkoherečním myšlením, jindy zase naopak. Viděla jsem např. hebefrenní schizofrenie, které přecházejí do paranoidní, paranoidní schizofrenie, jež přecházejí do schizoafektivních poruch, simplexní schizofrenie, kde se najednou objeví halucinace a paranoia, paranoidní schizofrenie, které se změň v katatonní atd. Z tohoto důvodu se mi také zdá, že přísné dělení schizofrenie na její jednotlivé typy a podtypy není potřebné, i když v jistém smyslu je vhodné pro první orientaci o nemocném.

---

## SCHIZOFRENIE SKRYTÁ V JINÝCH DIAGNÓZÁCH

---

Těmi diagnózami mohou být jiné psychiatrické diagnózy, ale i některé diagnózy somatické. Diagnóza schizofrenie je společensky ještě stále stigmatizující a pro pacienta i jeho rodinu traumatizující, takže někdy psychiatr volí, zejména zpočátku, diagnózu „mírnější“ a společensky přijatelnější. Bývají to **diagnózy různých chronických neuróz nebo depresí**. Tyto omyly se týkají zejména těch typů schizofrenie, které nemají ony pozitivní příznaky, tedy halucinace a bludy, ale jsou to spíše simplexní formy, popř. paranoidní forma, kdy pacient občasné halucinace nebo bludy úspěšně dissimuluje. Většinou však časem schizofrenní proces dospěje do stadia, kdy je již zcela zřetelný, bohužel obvykle již jako chronický stav s defektem osobnosti. Tomu přispívá také skutečnost, že nepoznaná schizofrenie není léčená jako schizofrenie, takže její tok není patřičně brzděn adekvátními prostředky.

Schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy, které mají výrazné tělové halucinace s event. hypochondrickými bludy, bývají někdy opakovaně vyšetřovány tělesně, s negativními nálezy, a podobně jako larvované deprese **neodpovídají na terapii somatickou**. Teprve psychiatrická léčba vede ke zmírnění či odstranění těchto příznaků.

Někdy se také stane, že se setkáme s člověkem, který jeví známky schizofrenie, většinou již pokročilé, a přitom se nikdy psychiatricky neléčil a nepřipouští ani možnost, že by se léčit měl. Bývají to příbuzní psychiatrických pacientů, kteří v rodině jakž takž fungují, jeví určité povahové zvláštnosti, ale jsou rodinou akceptováni a nikdo z blízkého okolí tohoto člověka nemá dojem, že zmíněný člověk je nemocný. Zejména když je v rodině viditelný schizofrenik s barvitými příznaky, tak vedle něho tichá, simplexní a pomalu se vlekoucí schizofrenie u jeho bratra, matky apod. se jaksi ztratí. A teprve po letech pozorujeme u těchto příbuzných projevy defektu osobnosti, kterým se ostatní rodinní příslušníci poněkud diví, kde se tu vzala, a nechápou, jak je možné, že si jich dříve nepovšimli.

## SCHIZOFRENIE OVLIVNĚNÁ LÉKY

Psychopatologický obraz schizofrenie je v posledních desetiletích a zejména v posledních letech výrazně ovlivněn podáváním psychofarmak, jejichž vývoj značně pokročil. Ony bouřlivé projevy schizofrenních atak popisované dřívějšími autory, kteří naše léčebné možnosti neměli, nebývají tak časté. A také **úbytek psychických schopností díky kvalitním lékům postupuje mnohem pomaleji než bez nich**. Problémem ovšem jsou pacienti, kteří léky odmítají, ať už veřejně, nebo tajně, takže zůstávají bez léčby a často i bez jakéhokoli kontaktu s psychiatrem. Těchto pacientů, zdá se mi, však v poslední době také ubývá díky tomu, že moderní antipsychotika mají méně vedlejších účinků, takže pacienti léky lépe snášejí a jsou s nimi spokojenější než dříve. Abych použila nyní tak oblíbeného termínu, *compliance* pacienta se zvyšuje (Češková, 2009; Masopust et al., 2009).

Zatím však všechny léky, které jsem kdy měla možnost použít, tedy i ty nejmodernější, více či méně často přece jen vykazovaly vedlejší účinky. Jedním z nich je nadměrný útlum, spavost, únava. Jindy naopak psychofarmaka vedou k vnitřní tenzi, vnitřnímu neklidu, akatizii. V těchto případech lze někdy zpočátku těžko rozlišit, co je z čeho. Zda útlum a únava, nebo naopak tenze a úzkosti jsou z nemoci samé, nebo z léků. Osvědčilo se mi pří-

slušný podezřelý lék maličko snížit, pacienta pozvat ke kontrole velmi brzy, třeba za dva tři dny, a ono se to ukáže. V případě vedlejších účinků léku příslušný lék snížíme a přidáme jiný, za který jej postupně vyměníme, popř. necháme oba v kombinaci. V případě zhoršení nemoci naopak lék zvýšíme, popř. k němu přidáme další k odstranění uvedených příznaků.

Přes veškerý pokrok ve farmakologii ani ty nejmodernější léky zatím nedovedou zastavit schizofrenní proces a nedokážou také dostatečně úspěšně ovlivnit negativní příznaky schizofrenie. Takže i v současné době existují exacerbace a relapsy či nedokonalé remise i bez vysazení léků, prostě jen tak, samy od sebe, bez zjevné příčiny, nebo po spouštěcím momentu nějaké zátěže (virózy, operace, rodinné problémy, jaro, letní vedra, deštivý podzim, velké mrazy atd.).

V této souvislosti je třeba také připomenout možný výskyt **tardivních dyskinéz**, které se objevují po obvykle delším podávání neuroleptik, resp. antipsychotik, většinou po mnoha letech, ale mohou se objevit i dříve. Jde o mimovolní opakované pohyby končetin, trupu, obličejových či jiných svalů, které pacienta vyčerpávají a obtěžují a mají i negativní komunikační efekt. Jsou to různé klátivé pohyby trupem, bezúčelné pohyby rukama, kývavé pohyby hlavou, špulení úst, vyplazování jazyka, přivírání víček a jiné šklebivé grimasování v obličeji. Takto postižený jedinec působí na své okolí nepříjemně až odpudivě. A co je horší, vzniklé tardivní dyskinézy se jen obtížně léčí.

## **SCHIZOFRENIE PODLE MKN-10**

---

Považuji za nezbytné se po úvodním vlastním pohledu na tuto chorobu zmínit o oficiální charakteristice a dělení schizofrenie podle dosud platné desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Vzhledem ke složitosti problému si dovoluji čtenáře obtěžovat poněkud širší citací, aby bylo jasně patrné oficiální názvosloví popisovaných poruch i jejich zařazení do té které podskupiny.

V této klasifikaci se tedy pod označením F20 Schizofrenie píše: „Schizofrenní poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoli určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné