

# Psychiatrie pro praxi

2021

2E

www.solen.cz | www.psychiatriepropraxi.cz | ISSN 1213-0508 | Ročník 22 | 2021

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

Porucha s bludy a její léčba

„Já nemám problém, to vy jste blázni!“ aneb Jak komunikovat s pacientem bez náhledu na své duševní onemocnění

## SDĚLENÍ Z PRAXE

Variace klinického obrazu OCD při léčbě (nejen) psychofarmaky

## INFORMACE

Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy

**SOLEN**  
MEDICAL EDUCATION

Časopis je indexován  
v Bibliographia Medica  
Čechoslovaca a v EMcare.



## SLOVO ÚVODEM

Vážení a milí čtenáři,  
opět jsme pro Vás připravili rozšířenou elektronickou verzi časopisu Psychiatrie pro praxi.

Doplňuje tištěnou verzi – nabízí Vám další články.

Pěkné čtení Vám přeje

redakce časopisu Psychiatrie pro praxi

## V dalších číslech...



### ... co v tištěném časopisu nenajdete

- ▶ bonusové články
- ▶ abstrakta z kongresů
- ▶ celé prezentace...

### ... a co papír neumí

- ▶ videa z kongresů
- ▶ vyhledávání v článcích
- ▶ odkazy na web...

## PŘEHLEDOVÉ ČLÁNKY

- 3** PhDr. Marie Ocisková, Ph.D., prof. MUDr. Ján Praško, CSc.,  
Mgr. František Hodný, MUDr. Jakub Vaněk,  
PhDr. Michaela Holubová, Ph.D., MUDr. Lucie Bundárová,  
MUDr. Jonáš Boček, PhDr. Marta Zaťková, Ph.D.,  
doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.

### **Porucha s bludy a její léčba**

- 27** MUDr. Barbora Mechúrová  
**„Já nemám problém, to vy jste blázni!“  
aneb Jak komunikovat s pacientem bez náhledu  
na své duševní onemocnění**

## SDĚLENÍ Z PRAXE

- 33** MUDr. Kamila Minaříková  
**Variace klinického obrazu OCD při léčbě (nejen)  
psychofarmaky**

## INFORMACE

- 37** Mgr. Eva Slezáková  
**Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní  
zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy**



# Porucha s bludy a její léčba

**PhDr. Marie Ocisková, Ph.D.<sup>1</sup>, prof. MUDr. Ján Praško, CSc.<sup>1, 2, 3</sup>, Mgr. František Hodný<sup>1</sup>, MUDr. Jakub Vaněk<sup>1</sup>, PhDr. Michaela Holubová, Ph.D.<sup>4, 5</sup>, MUDr. Lucie Bundárová<sup>1</sup>, MUDr. Jonáš Boček<sup>1</sup>, PhDr. Marta Zaťková, Ph.D.<sup>2</sup>, doc. PhDr. Miloš Šlepecký, CSc.<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Univerzita Palackého v Olomouci, Klinika psychiatrie, Lékařská fakulta a Fakultní nemocnice Olomouc

<sup>2</sup>Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Fakulta sociálních věd a zdravotnictva, Katedra psychologických věd, Slovensko

<sup>3</sup>Katedra psychoterapie, IPVZ Praha

<sup>4</sup>Centrum psychiatrie, Krajská nemocnice Liberec

<sup>5</sup>Katedra pedagogiky a psychologie, Technická univerzita v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická

Porucha s bludy se zpravidla vyznačuje jediným bludným přesvědčením nebo systémem několika vzájemně propojených bludů. Bludná přesvědčení se mohou vytvořit na podkladu reálné, obvykle zraňující, ponižující či stresující události. Rozeznáváme několik podtypů: persekční, žárlivecký, erotomanický, somatický, grandiózní, smíšený a nespecifický. Bludy mohou přetrvávat dlouhodobě, mnohdy mnoho let. Terapie pacientů s touto poruchou bývá obvykle náročná, protože se zpravidla nepovažují za nemocné a nemají sklony vyhledávat léčbu. Úspěch léčby výrazně závisí na kvalitě terapeutického vztahu. Jedním z terapeutických cílů je motivovat pacienta k užívání antipsychotik, která jsou léčbou volby. U bludů somatického podtypu může pomoci léčba antidepresivy. Kognitivně behaviorální terapie vyvinula strategie pro léčbu chronických bludů. Specifickou strategií pro změnu bludného přesvědčení je periferní dotazování.

**Klíčová slova:** porucha s bludy, antipsychotika, kognitivně behaviorální terapie, psychoterapie.

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: prof. MUDr. Ján Praško, CSc., praskojan@seznam.cz  
Klinika psychiatrie FN Olomouc  
I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e2): e3–e26  
Článek přijat redakcí: 16. 2. 2021  
Článek přijat k publikaci: 28. 5. 2021



## Delusional disorder and its treatment

Delusional disorder usually presents by a single delusional belief that gradually arises in time or by a system of several interconnected delusions. Delusions can develop from a misrepresentation of real, usually hurtful, degrading, or stressful events. There are several subtypes: persecutory, jealous, erotomaniac, somatic, grandiose, mixed, and non-specific. Delusions can persist for a long time, sometimes for many years. The treatment is usually challenging, as these patients generally do not consider themselves ill and tend to not seek treatment. The therapeutic success heavily relies on a safe and stable therapeutic relationship. One of the psychotherapeutic goals is to motivate the patient to use antipsychotics which are the treatment of choice. Antidepressants may then alleviate symptoms of somatic delusions. Cognitive behavioural therapy has developed strategies for the treatment of chronic delusions. The most specific strategy for changing delusional beliefs is peripheral questioning.

**Key words:** delusional disorder, antipsychotics, cognitive behavioural therapy, psychotherapy.

### Úvod

Porucha s bludy je závažná psychická porucha, která se vyznačuje bludem či bludy trvalého charakteru, které nevychází z jiného psychického nebo tělesného onemocnění (1). Bludná přesvědčení se mohou vytvořit na podkladu reálné, obvykle zraňující, ponižující či stresující události (2). Příklady mohou být opuštění partnerem, osamostatnění potomků nebo ztráta zaměstnání. Bludy často přetrvávají dlouhodobě, někdy i po celý život. Porucha se dříve označovala jako „paranoia“. Od tohoto termínu se postupně ustoupilo kvůli nejednoznačnému významu tohoto pojmu a kvůli variabilitě bludných přesvědčení, která mohou být i jiná než paranoidní (2, 3).

Slovo paranoia původně pochází z řeckého para, což znamená „po boku“, a noos nebo nous, což znamená „mysl“, „inteligence“ (4). Řekové používali tento termín k popisu nespécifické psychické abnormality, podobně jako my užíváme slovo „bláznění“. Kraepelin definoval paranoiu jako neobvyklé a zákeřné chronické onemocnění charakterizované pevným

bludným systémem, absencí halucinací a chyběním deteriorace osobnosti (1). Uvedl, že bludy jsou u paranoie, na rozdíl od bludů u dementia praecox, dobře systematizované, relativně konzistentní a často souvisí se skutečnými životními událostmi. Rozlišil také typ perzekuční, velikášský, žárlivecké, erotomanický, případně hypochondrický. Eugene Bleuler považoval paranoiu za vzácnou a mírnější verzi schizofrenie a nebyl spokojený s tím, že by mělo jít o samostatnou diagnózu. Nakonec ji však potvrdil jako samostatnou poruchu a doplnil její popis o možnou přítomnost halucinací (2). Freud pak použil autobiografii právníka Daniela Pavla Schrebera a vyložil, jak nevědomé homosexuální tendence mohou být bráněné popřením a projekcí formou bludu pronásledování (5). Jeho případová studie položila základ pro psychodynamické porozumění této poruše.

*Pana Tomáše přivezl na oddělení v noci jeho nadřízený. Předtím volal, že se s Tomášem něco děje. Přestal chodit do práce a nevychází z domu. Telefonicky mu Tomáš sdělil, že „po něm jdou“. Protože se v posledních týdnech Tomáš*



choval v práci velmi ostražitě, nadřízený si myslí, že Tomáš bude asi nemocný. Taky mu jednou sdělil, že je sledován.

Pan Tomáš byl vstupně nedůvěřivý. Zpočátku nechtěl moc mluvit, pátral a ujišťoval se, zda není nahráván. Měl strach, že je to možná zinscenované. Že sem byl zavlčen, aby byl vydán policii. Na ambulanci „prohlédl“, že i jeho nadřízený může být policií zmanipulovaný. Lékař i Tomášův nadřízený ho chvíli přesvědčovali, že je v nemocnici a že zde bude před policií chráněný. Přesto se Tomáš bál a ptal se, proč lékař nemá visačku, proč je pod pláštěm oblečený v civilu a jak má vědět, že je vůbec lékař. Celá přijímací procedura byla nakonec velmi zdlouhavá, protože Tomáš opakovaně měnil své rozhodnutí, zda s příjmem souhlasí, či nikoliv. S personálem si šel prohlédnout pokoj, zda tam není kamera nebo mikrofony. Nakonec souhlasil s přijetím a vzal si i lék na uklidnění a na spaní s tím, že si potřebuje konečně oddechnout.

Druhého dne, po počátečním prohlášení, že lékař už musí být o všem informován (nejspíše od policie), se Tomáš postupně rozmluvil. Sděloval, co prožíval v poslední době. Je přesvědčen, že ho sleduje a chce zatknout policie. Zjistil, že ho na ulici sledují, a dokonce už ho sledují i v práci. Má částečný úvazek na univerzitě, kde přednáší studentům. Všiml si, že někteří studenti jsou oblečeni v černém. A v černém chodí policie. Také se před fakultou před měsícem porvali dva muži. To byla provokace. V počítači našel sdělení, že nemá používat pirátské programy – vyhmátli ho, že tam nějaké má. Na jednom dokumentu, který si doma prohlížel, zjistil, že jeho podpis není jeho. Jednalo se o platový výměr – už sledují jeho finanční situaci. V práci mu spadl program v počítači – zřejmě tam nainstalovali monitorovací program, který sleduje, co dělá. Dále ho v obchodě před dvěma měsíci požádala ochranka, aby ukázal tašku. To se mu nikdy předtím nestalo. Sledují ho, protože roku 1988 emigroval a strávil čtyři roky v cizině. Asi ho podezírají, že je špion. Pracuje

totiž také ve firmě, která vyrábí turbíny. Jsou to strategické informace. Sledují ho, aby zjistili, zda nějaké informace neposílá ven.

**Rodinná anamnéza:** Vzdálenější příbuzný z matčiny strany byl „podivín“ a samotář. Rodina ho označovala za „blázna“, ale zřejmě se nikdy psychiatricky neléčil. Tomášův otec byl silně věřící a přísný, „za komunistů rozmnožoval a rozšiřoval různé protikomunistické materiály“. Byl proto pronásledovaný a jednou krátce vězněn. Ve výchově kladl velký důraz na morálku, spravedlnost a principiální neústupnost. To se u Tomáše projevuje celý život. Často se dostává do konfliktu s druhými, když má dojem, že něco není spravedlivé, poukazuje na nečestnost a na „šlendrián“. Soudil se např. „z principu“ se sousedem o kousek pozemku na chatě (šlo o asi 30centimetrový pás na jedné straně zahrady). Rodina je celkově uzavřená. Stýkají se hlavně s věřícími, i když dnes méně, protože otec se s mnohými ze sboru rozhádal pro jejich „zbabělost za komunismu“.

**Z osobní anamnézy:** Porod v termínu, ale nízká porodní váha. V dětství byl „slabý“, často nemocný, málo jedl. Pamatuje si, jak ho otec nutil k jídlu, aby „nebyl hcípáček“. Celý život byl velmi štíhlý. Tělesně však nikdy vážněji nestonal. Od školy se styděl, že musel nosit brýle. Spolužáci se mu proto posmívali, bratři také. Měl pocit, že má divný nos, tenký, za který se také styděl. Nejvíce v pubertě. Uvažoval i o plastické operaci, ale od emigrace to neřešil. Nikdy neprodělal žádnou operaci.

Jaké byly v rodině vztahy? „Měl jsem tři starší bratry. Smáli se mi, že se držím máminy sukyně. To jsou moje nejstarší vzpomínky. Když jsem se pustil mámy, tak mě zmydlili, a když jsem ječel, zmydlil nás táta všechny. Chtěl být spravedlivý a za rvačku jsme podle něj mohli všichni. Vždycky jsem byl ten největší trouba. Snědli mi banán, zmalovali mě zubní pastou a vyhnali na ulici. . . Byli jsme disidentská rodina. Táta říkal, že bojujeme proti „nim“. „Musíte být čestní, lepší než ostatní, stojíme na správné straně. Ukážeme jim, že jsme lepší. Nesmíme se dát.



*Ale nikdy neříkejte, o čem mluvíme doma.“ A pak ho komanči zavřeli. „Nemohl jsem na střední školu, šel jsem se vyučit, a pak jsem si jako dělník dodělal maturu. To se však už trochu uvolnilo, bylo před revolucí. A než to tady prasklo, tak jsem, blbec, emigroval. Na poslední chvíli. Pak přišla revoluce.“ Tomáš se ve Francii různě protloukal, vykonával různá nekvalifikovaná zaměstnání, někdy načerno. Chtěl vstoupit do Cizinecké legie. Taky proto by o něj dnes mohla mít zájem policie. Nebyl však do ní přijat, údajně pro špatný zrak. Velmi ho to mrzelo. Vždy toužil být silný a neohrožený a tento sen se mu nesplnil. Nakonec se vrátil domů a začal pracovat ve strojírenské firmě. Při zaměstnání vystudoval vysokou školu, na níž nyní učí na částečný úvazek. Nadále pracuje ve firmě, postupně povýšil na místo, kde má dobrý plat. Vztahy v práci jsou snad docela dobré, i když spolupracovníkům nikdy příliš nedůvěřoval. Má dojem, že ho pomlouvají, protože ho nadřízený často chválí. Nadřízenému docela věří, i když je mu jasné, že přechvaluje, aby povzbudil. Dělá to všem, ale jemu nejvíce. Asi ví, že si moc nevěří.*

*Děvčatům taky nikdy moc nedůvěřoval. Báł se, že se mu budou smát, že je neschopný. O panictví přišel ve 22 letech se starší Francouzkou, která ho měla jako milence. Sám se do ní zamiloval, ale ona se nechtěla rozvádět. Nakonec, když na ni naléhal, se s ním rozešla. Je mu jasné, že byl trapný. Dělal tehdy pomocnou sílu v nemocnici a ona učila na střední škole. Měla bohatého muže. Dosud je přesvědčený, že ho zneužívala, a on blbec věřil, že ho miluje.*

*V době dálkového studia na vysoké škole začal chodit se spolužačkou. Také byla starší, ale jen o čtyři roky. Spíše se ho ujala, sám by ji neoslovil. Vzali se a narodili se jim dva synové. Starší teď začal chodit do školy. Před rokem se od něj odstěhovala, našla si jiného muže. Nedávno se s ním rozvedla. Přitom jí věřil. Byl otřesený, nechtělo se mu žít, nedokázal se s tím vyrovnat. Jaký byl předtím jejich vztah? Měl pocit, že normální. Je pravda, že si stěžovala, že je stále*

*v práci, když byla na rodičovské. Ale snažil se vydělávat. Taky mu říkala, že si s ním nemá co říct, že jí o sobě nic neříká. Že je takový nudný suchar. Dost to bolelo. Nevěděl, co jí má říkat, taky nebylo co. Vždycky byl málomluvný, neříkal o sobě nikomu nic. Jí toho o sobě sdělil nejvíce.*

*Když odešla, úplně mu to zničilo život. Žil pro ni a pro děti. Najednou neměl pro koho. Trápil se několik měsíců, byl na dně. Obě ženy, které miloval, ho zradily. Chodil jen do práce a z práce domů. Nikdy moc nevěřil lidem, ale teď jim nevěřil tuplem. Měl pocit, že se mu všichni smějí, jak dopadl. Že to naznačují lidé v práci. Přitom o tom nikomu neřekl. Taky koho by to zajímalo?! Takový nýmand!*

**Nynější onemocnění:** *Asi před půl rokem se začal koukat na pornostránky na internetu. Říkal si, jak je to hrozné, že se ty ženy nechávají nahrávat. Hledal, zda tam nenajde svoji bývalou ženu. Nenašel, ale jako by doufal, že ji tam najde. Neví, proč. Možná, aby si ji znechutil, aby si řekl, že za to nestála. Co by se stalo, kdyby ji tam našel? Bylo by jasné, že je úplně chudák, že si ji vzal. V té době taky četl, že se nemají používat pirátské programy. Od bratra však nějaké měl, protože je nechtěl kupovat. Tehdy mu došlo, že ho sleduje policie. A asi už dlouho. Od návratu z Francie. Teď vědí, že sleduje porno a ona nuje při tom. Vědí o něm všechno. Zavřou ho. Za to porno? To ne, to bude jen ostuda. Všichni jím budou pohrdat. Musejí si o něm myslet, že je špion, proto ho začali sledovat. Ale to není pravda. Soudy jsou však dnes křivé. Byl v emigraci. Chtěl do Cizinecké legie. Proto ty provokace a ti studenti-policajti. Prohledali mu byt a vyměnili mu platový výměr. I ta zpráva na internetu. . . Dávají mu najevo, že o něm vědí. Možná chtějí, aby se zabil. Zabezpečil se doma. Zalepil si okna neprůhlednou folií, aby mu neviděli do bytu. Má tam zásoby na měsíce.*

**SPP:** *Od počátku vyšetření nedůvěřivý, nadměrně ostražitý, kontroluje lékaře, zda jím vůbec je. Nechce o sobě mluvit, odmítá příjem do nemocnice.*



Nakonec přijímá, protože věří, že zde bude v bezpečí před policií. Během rozhovoru o tom, co se mu přihodilo, lékař vyjadřuje respekt a účast s prožívaným stresem. Pacient se postupně otevírá, a nakonec toho sděluje překvapivě hodně. Dominuje paranoidně-perzekuční blud o sledování policií, o kterém v nejnějším nepochybuje. Bez halucinací. Ve vnímání selektivní pozornost pro možné ohrožení. Paměť a intelekt bez narušení. Logické myšlení ve službě bludného zpracování – neutrální fakta jsou interpretována jako ohrožující. Přestože os- tražitost během celého rozhovoru kolísá, na konci se zdá, že lékaři důvěřuje a je v danou chvíli zklidněný.

**Diagnóza při přijetí:** Porucha s bludy, perzekuční subtyp. Premorbidně pravděpodobně paranoidní porucha osobnosti.

**Léčba:** Pacient byl zaléčen risperidonem v kombinaci s každodenní systematickou psychoterapií. Zpočátku velmi citlivě reaguje nežádoucími účinky na 2 mg risperidonu, po kterých se objevují pocity napětí, proto přidán klonazepam, po kterém se i celkově zklidňuje. Během čtyřtýdenního pobytu byl probrán rozvod s manželkou a pocity méněcennosti s ním spojené. Truchlení spojené s rozvodem a zpochybnění, že jediným důvodem rozvodu byla jeho méněcennost, výrazně zvyšuje důvěru v psychiatra. Paralelně se daří postupně narušovat bludný systém o pronásledování policií. Pomocí periferního dotazování postupně oslabuje přesvědčení, že studenti v černém jsou tajní policisté a že požadavek ochranky v obchodě byl součástí policejního sledování. Připouští, že monitorování jeho vstupů na internet (včetně erotických stránek) asi pro policii nemá větší význam, že by policie vynakládala tolik prostředků na jeho sledování... Domnívá se, že pravděpodobně není pokládán za špiona. V době dimise připouští alternativní pohledy na celou situaci. Ohledně sledování si není zcela jist, policie ho sledovat nemusí, ale může... Další péče probíhá ambulantně

a trvá s přestávkami pět let. Je postupně zpracováno jeho dětství a vytvoření jádrových přesvědčení o vlastní méněcennosti a o tom, že ho ostatní chtějí zneužít. V průběhu pěti let v řadě běžných stresujících situací znovu propadá vztahovačnosti, kterou je nutné v sezeních empaticky probrat a postupně vytvořit alternativní pohled. Po třech letech odjíždí pracovně na půl roku do zahraničí. Zde pracuje poměrně izolovaně, má minimální kontakty s lidmi. Vrací se s dojmem, že tam byl sledován. Tento dojem si sám zpochybňuje, ale míra přesvědčení, zda je to realita nebo jeho vztahovačnost, kolísá. Terapie pokračuje. V pátém roce je poprvé schopen si dělat ze svého vztahovačného vnímání světa legraci, nicméně obrací se k nespravedlnosti ve společnosti a uvažuje, že se zapojí do nějaké politické strany, aby nespravedlnosti pomáhal narovnávat. V žádné ze stran však nenachází poctivý program a politiku, které by mu připadali dostatečně čestné, a na založení vlastní strany si nepřipadá dost silný. Na konci terapie nahlíží i na tuto touhu jako na potřebu kompenzovat pocity slabosti a méněcennosti a upouští od nich. Po pěti letech je psychoterapie ukončena, protože odjíždí pracovně na dva roky do jihovýchodní Asie. Trochu se obává, aby se tam opět nezačal cítit sledovaný nebo pronásledovaný. Je však velmi spokojen s výší nabízeného platu, protože to chápe jako důkaz, že je přece jen schopný. Do republiky se vrací třikrát až čtyřikrát za rok. Vždy kontaktuje terapeuta a probírá s ním, jak se mu žije. Stále užívá risperidon, který si do zahraničí odváží z republiky. Nechce tam kontaktovat psychiatra. V zásadě je spokojen, i když nadále žije izolovaný život. Se syny, kteří jsou už v pubertě, je v kontaktu vždy při návštěvě a nejméně jednou týdně on-line. V létě s nimi každoročně tráví týden na dovolené. Chtěl by s nimi být častěji, ale chápe, že žijí v nové rodině a nechce to narušovat. Novou manželku ani přítelkyni zatím nenašel.



Lidé trpící poruchou s bludy sami sebe zpravidla nepovažují za duševně nemocné a většinou aktivně odmítají vyšetření na psychiatrii. Narušení běžného fungování vlivem psychické poruchy nemusí být příliš výrazné, proto někteří z pacientů nebývají nikdy oficiálně diagnostikováni (2). Na okolí mohou působit spíše jako podivné, excentrické nebo zvláštní osobnosti než jako lidé s psychickou poruchou (6). Častěji vstupují do kontaktu s právníky nebo lékaři somatických oborů. Porucha však může být natolik závažná, že vyžaduje urgentní hospitalizaci, a to zejména když se pacient agresivně brání domnělým nepřítelům (7).

## Diagnostika

Porucha s bludy je charakterizována rozvojem jednoho nebo více vzájemně souvisejících bludů. Obsah bludných přesvědčení může nabývat

různých podob. Do této jednotky nepatří jasné a trvalé sluchové halucinace či schizofrenní symptomy, jako jsou bludy ovládnutí, zřetelné oploštění afektu či jasný průkaz organické psychické poruchy. Zvláště u starších pacientů však příležitostné nebo přechodné sluchové halucinace diagnózu poruchy s bludy nevylučují, protože nejsou typicky schizofrenní a tvoří jen malou část celkového klinického obrazu. Odhlédneme-li od jednání a postojů, které mají přímý vztah k bludům nebo bludným systémům, zůstávají afektivita, řeč i chování v normě. Mezi nejčastější bludy patří blud perzekuční, erotomanický, velikášský, žárlivecký, hypochondrický nebo jejich kombinace (8).

Diagnóza se určuje na podkladě nálezu jednoho nebo více bludů, které jsou spojeny s běžnými životními okolnostmi, trvají nejméně jeden měsíc a nemají bizarní charakter. Blud je většinou propracovaný, koherentní, syste-

**Tab. 1.** Kritéria MKN-10 (8) pro F22.0 Porucha s bludy

A: Musí být přítomen blud nebo skupina příbuzných bludů; jiných, než jaké jsou uváděny typicky při schizofrenii v kritériu G1(1) b nebo d (tj. jiné než úplně bizarní nebo v dané kultuře nepřijatelné). Nejběžnějšími příklady jsou perzekuční, velikášské, hypochondrické, žárlivecké nebo erotomanické bludy.
B: Blud(y) kritéria A musí být přítomen/ny nejméně 3 měsíce.
C: Nejsou splněna obecná kritéria pro schizofrenii (F20-F20.3).
D: Nesmí být trvalé halucinace jakéhokoliv typu (ale mohou být přechodné nebo příležitostné sluchové halucinace, které nejsou ve třetí osobě nebo nekomentují chování).
E: Občas mohou být přítomny i depresivní příznaky (nebo dokonce plně rozvinutá depresivní epizoda (F32) za předpokladu, že bludy trvají i v době, kdy se neprojevuje žádná porucha nálady.
F: <b>Nejčastěji používané vylučovací podmínky:</b> Musí chybět důkaz primární nebo sekundární organické duševní poruchy (F00-F09) nebo psychotické poruchy způsobené požitím psychoaktivní látky (F1x.5).
<b>Specifikace možných podtypů:</b> V případě potřeby je možné specifikovat následující podtypy: perzekuční, erotomanický, velikášský, žárlivecký, hypochondrický (somatický).



matizovaný a často rozsáhlý. Blud může zpočátku působit jako reálný výklad příhod, které pacient prožil. Pacientovo chování na první pohled není ničím zvláštní, projev je koherentní, myšlení je vyjma bludu nezasažené. Pravidlem je postupné rozšiřování bludného systému na další jedince a příhody, které jedinec zažívá. Bludná přesvědčení mívají dopad na chování – např. na narůstající izolaci nebo hašteřivé jednání. Pacienti mohou působit na okolí jako „podivíni“. Pokud se objeví halucinace, nemají na rozdíl od schizofrenní poruchy povahu intrapsychickou, komentující ani imperativní.

Pro diagnózu v klasifikaci DSM-5 je potřebná přítomnost bludu po dobu *nejméně jednoho měsíce* (tj. kratší než u MKN-10) a nepřítomnost dalších příznaků, které tvoří kritérium A pro schizofrenii (tj. halucinace, dezorganizovaná řeč, dezorganizované nebo katatonické chování a negativní příznaky) (9).

Na rozdíl od DSM-IV, které neumožňovalo diagnózu poruchy s bludy v případě, že bludy byly bizarní, DSM-5 umožňuje stanovit diagnózu nezávisle na tom, zda jsou bludy bizarní, nebo nikoliv, pokud jsou splněna ostatní kritéria. DSM-5 definuje následující podtypy.

### Persekuční typ

Pacient se domnívá, že je sledován, špehován, obtěžován, někdo se ho snaží otrávit či omámit nebo je proti němu organizováno spiknutí (10). Může se zabývat drobnými reálnými nepravostmi, které začlenil do bludného systému, a uchýlit se k soudním krokům k nápravě vnímané nespravedlnosti. Tito jedinci se často stávají rezonantními, hněvají se a mohou se chovat násilně proti těm, o kterých se domnívají, že stojí proti nim.

### Tab. 2. Diagnostická kritéria pro poruchu s bludy v DSM-5 (9)

- A. Přítomnost jednoho (nebo více) bludů po dobu jednoho měsíce nebo déle.
- B. Nejsou splněna kritéria pro schizofrenii. Poznámka: Pokud jsou přítomny halucinace, nesmí být v klinickém obraze převažující a svým obsahem korespondovat s obsahem bludu (např. přesvědčení o napadení hmyzem nesmí být doprovázeno halucinacemi hmyzu).
- C. Kromě přítomnosti bludů a jejich důsledků není ostatní fungování zjevně postiženo, ani chování není nápadné nebo podivné.
- D. Pokud se objeví manická nebo depresivní epizoda, je krátká a souvisí s bludným přesvědčením.
- E. Poruchu nelze přisuzovat psychologickým účinkům látek nebo jinému tělesnému onemocnění, ani ji nelze lépe vysvětlit jinou psychickou poruchou, např. dysmorfofobickou poruchou nebo obsedantně-kompulzivní poruchou.

*Specifikujete, zda se jedná o:*

**Erotomanický typ:** uplatňuje se, jestliže je ústředním bludem přesvědčení, že je dotyčný milován druhou osobou.

**Velikášský typ:** uplatňuje se, jestliže je ústředním bludem přesvědčení, že je dotyčný nadán (nerozpoznaným) talentem nebo že učinil nějaký důležitý objev.

**Žárlivecký typ:** uplatňuje se, jestliže je ústředním bludem přesvědčení, že je dotyčný podváděn manželem/kou, partnerem/kou.

**Persekuční typ:** uplatňuje se, jestliže je ústředním bludem přesvědčení, že je proti dotyčnému učiněno spiknutí, je podváděn, pronásledován, špehován, otráven nebo zdrogován, smrtelně poškozen, obtěžován, nebo jsou mu dlouhodobě kladeny překážky ve splnění jeho cílů.

**Somatický typ:** uplatňuje se, jestliže se ústřední blud týká tělesných funkcí nebo tělesných pocitů.

**Smíšený typ:** uplatňuje se, jestliže žádný typ bludu nedominuje.

**Nespecifický typ:** uplatňuje se, jestliže bludná témata spadají do jiných kategorií nebo je nelze jednoznačně určit, nebo je nelze zařadit do specifických typů (např. bludná vztahovčnost bez jasné persekuční nebo velikášské složky).

**Tab. 2.** Diagnostická kritéria pro poruchu s bludy v DSM-5 (9) – pokračování

Specifikujte bizarní obsah:

Blud se považuje za bizarní, jestliže je jednoznačně nepochopitelný nebo nepřijatelný, a neodpovídá běžným životním zkušenostem (např. pacient věří, že mu cizí lidé vyňali tělesné orgány a nahradili je jinými, aniž by na těle byla patrná poranění nebo jizvy).

Specifikujte, pokud nemoc trvá déle než jeden rok.

**První epizoda, současná fáze je akutní:** příznaky nemoci splňují diagnostická i časová kritéria. V současnosti jsou naplněna všechna kritéria.

**První epizoda, aktuálně v částečné remisi:** částečná remise je stav, kdy po předcházející epizodě došlo k částečné úpravě příznaků a diagnostická kritéria poruchy jsou splněna pouze částečně.

**První epizoda, v současnosti v plné remisi:** je stav, kdy po předcházející epizodě dojde k úplnému vymizení příznaků a není naplněno žádné diagnostické kritérium.

**Mnohočetné epizody, aktuálně akutní epizoda**

**Mnohočetné epizody, aktuálně epizoda v částečné remisi**

**Mnohočetné epizody, aktuálně plná remise**

**Kontinuální (nepřetržitá):** po celou dobu jsou přítomny všechny příznaky naplňující diagnostická kritéria, pouze v průběhu nemoci mírně kolísá jejich závažnost.

**Nespecifická**

Specifikujte aktuální závažnost:

Závažnost je hodnocena podle kvantity primárních psychotických příznaků, zahrnujících bludy, halucinace, dezorganizovanou řeč, abnormální psychomotoriku a negativní symptomatologii. U každého z těchto příznaků by měla být posuzována závažnost (hodnotí se největší závažnost za posledních 7 dní) podle pětibodové stupnice: 0 – bez příznaku, až do 4 – nejzávažnější (viz klinické dimenzionální hodnocení závažnosti psychotických příznaků v kapitole: „Hodnocení závažnosti“ ve III. oddíle DSM-5).

**Poznámka:** Diagnóza poruchy s bludy může být stanovena bez upřesnění závažnosti.

Linda byla od dětství úzkostnější, ve školce se stranila dětí a byla hodně závislá na matce. Matka byla velmi úzkostná a obávala se katastrof, které se mohou rodině stát. Zdůrazňovala, že si nesmí udělat ostudu. Svými obavami zahrnovala i Lindu. Mladšího bratra matka obdivovala, se svými úzkostmi se mu nesvěřovala, žil si svobodně. Otec nadměrně pil. Když přišel z hospody, nadával matce, ta jen plakala. Linda bezmocně poslouchala, třásla se a bála se o matku. Proto se vždy snažila být výborná ve škole a být

nejlepší ve všem, co dělala. Zároveň byla velmi úzkostná, uzavřená do sebe, neměla ve škole kamarádku. Děti se jí posmívaly, že je „šprtka“. Velmi se tím trápila a doma tajně plakávala. Matce se to bála říct, aby jí tím neublížila. Na střední zdravotní škole byla nejlepší studentkou, vynikala ve škole i při praxi. Do kolektivu však moc nezapadla. Před kluky se styděla a s holkami se neměla moc, o čem bavit. Po škole ještě studovala vyšší odbornou školu. První úzkosti spojené s pocity neurčitěho ohrožení se objevily po



*nástupu do zaměstnání. Byla hodnocena jako spolehlivá, nicméně měla strach, že ji ostatní sestry pomlouvají a nemají rády. Ve 25 letech se zamilovala a měla vztah s ženatým lékařem. Cítila se šťastná, ale na druhou stranu se odsuzovala, že rozbíjí rodinu. Po dvou letech jí řekl, že to nemá cenu, že se nerozvede a že se s ní rozchází. To ji zlomilo. Byl to jediný vztah s mužem v jejím životě. Cítila se znehodnocená a podvedená. Pocity, že je pomlouvána, dále vzrostly. Ve stejném roce zemřela babička a po půlroce i matka. Úzkosti se výrazně zhoršily, cítila se sama, opuštěná a neměla se komu svěřit. Bylo jí 28 let, začala v práci selhávat, pocit, že spolupracovníci jsou proti ní zaměřeni, se změnil v jistotu. Věřila, že jí chtějí ublížit za to, že měla poměr s lékařem. Kolegyně se spojily s jeho manželkou a chtějí ji otrávit nebo venku přejet autem. Také se spojily s policií, která ji pořád sleduje. Bála se chodit po ulici. Jídlo si kupovala v samoobsluze, pokaždé v jiné a kontrolovala, zda je zabalené a zda na obalu není něco porušené. V práci se její úzkost stupňovala, až jednoho dne v práci vybuchla po malé kritice na kolegyni a staniční sestru. Z práce nakonec odešla a propadla se do deprese. Pro sebevražedný pokus byla hospitalizovaná na psychiatrii. Kromě příznaků smutku, bezmoci, beznaděje a úzkosti při vyšetření vyšel najevo rozsáhlý paranoidní blud, ve kterém jako pronásledovatelé vystupoval primář se sestrami z oddělení, na kterém pracovala. Ti spolupracovali s policií a manželkou bývalého milence.*

### Žárlivecký typ

Jedinci s tímto podtypem jsou bludně přesvědčení, že jejich partneři jsou jim nevěrní. To mylně odvozují z domnělých podnětů (11). K popisu chorobné žárlivosti se někdy používá termín Othellův syndrom (12). Tento blud častěji postihuje muže (13). Nejčastěji odeznívá po rozchodu, rozvodu

nebo úmrtí partnera. Nadměrná žárlivost může být příznakem mnoha poruch, včetně schizofrenie, a nepatří tedy unikátně k poruše s bludy (14). Žárlivost je doprovázena silnými emocemi. Pokud se vyskytuje v rámci poruchy s bludy, může být potenciálně nebezpečná a spojená s násilím či sebevražedným chováním (13).

*Pavlovi je 45 let a pracuje pro strojírenskou firmu jako odborník na počítače. Vyrůstal sám s matkou a se starší sestrou, otec je opustil v Pavlových dvou letech. Otec mu celé dětství chyběl a spolužáci se mu posmívali, že nemá otce. Také si ho dobírali, když nosil oblečení po starší sestře. Hluboce se za to styděl a doma to odmítal brát na sebe, nicméně měli příliš hluboko do kapsy. Matka v sobě i v dětech živila pocity křivdy a často na otce nadávala. Pavel vyrůstal v atmosféře křivdy a opuštěnosti. Protože byl poměrně chytrý, ve škole se mu dařilo, byť v kolektivu byl vždy stranou a uzavřený, s pocity, že druzí ho mohou snadno využít nebo se mu vysmát. Nyní v práci, kde je už 18 let, má další čtyři kolegy, dva z toho jsou staří mládenci. Třetí je rozvedený a poslední se trápí v manželství, protože je mu žena nevěrná a on to snáší, protože si nedokáže představit, že bude sám. Pavel v poslední době začal mít dojem, že se jeho žena Lucie změnila a mohla by mu být také nevěrná. Asi před rokem začala doma pravidelně cvičit, také se začala trochu jinak oblékat a dávat pozor na štíhlou linii. Pavlovi přišlo z počátku podezřelé, proč se manželka ve svých 42 letech, po 18 letech manželství, takto chová. Také s ním méně často spává, někdy se sexu vyhýbá, vymlouvá na únavu, bolesti hlavy, nebo to jen „odbyde“. Začal mít podezření, že si našla milence. Je moc hezká. Pracuje jako zdravotní sestra v nemocnici, je tam hodně doktorů a ti běžně se sestrami něco mají. Navíc je každodenně ve styku s mnoha pacienty. Pavlovi se zhoršil spánek, někdy na ni v noci tiše*



mluví, protože si myslí, že by mohla ve spánku odpovědět, a tak se prozradit. Bohužel to nefunguje. Také jí tajně kontroluje kabelku, zda tam nemá nějaký vzkaz, a dívá se jí do mobilu a do diáře, když má k tomu příležitost. V mobilu nic neobjevil, manželka si podle něj esemesky od milence maže. V diáři našel nějaké nesrozumitelné zápisy v době, kdy měla manželka noční, které mu vrtají hlavou. Vzal si na den dovolenou a začal ji sledovat, když šla do práce. V areálu nemocnice se na chvíli zastavila s nějakou paní, patrně jinou sestrou, a daly se do řeči. Pavel byl daleko, aby to slyšel, nicméně mu začalo být jasné, že to je nějaká kamarádka, která ji pomáhá držet konspiraci a přes ní manželka domlouvá schůzky, aby to bylo nenápadné. Znovu ji sledoval, když šla na noční a zase ji „načapal“, jak si povídá před nemocnicí s další ženou, místo aby spěchala rovnou do práce, jak to „přece dělá každý“. Říkal si, že se klidně může „pelešit“ doma, když je po noční a on je v práci. Proto tajně prozkoumával prostěradlo manželské postele, zda tam nejsou nějaké cizí chlupy. Je přesvědčen, že tam jednou našel nějaké skvrny na prostěradle, což byly stopy po sexuálním styku. Manželka však často mění prostěradlo, aby to zamaskovala, a tak na takové stopy narazil jenom jednou. Opakovaně se uvolnil během dopoledne z práce a přišel náhle dopoledne domů, když byla po směně, ale nic, zrovna se netrefil. Nabyl přesvědčení, že manželka je velmi rafinovaná, a tak s ní vede důmyslné diskuze, při nichž se jí snaží „načapat“. Ptá se jí, s kým ten den mluvila, zda je potřeba tak často měnit prostěradla, s kým si ten den volala, zda neměla nějakou zajímavou esemesku apod. O tom, že mu je nevěrná, je plně přesvědčen. Proč by jinak přes jiné ženy domlouvala rande, proč by se snažila zhubnout a mít pěknou postavu, když s ním nechce moc spát? To je určitě pro druhého muže. A co ta skvrna na prostěradle? Tato přesvědčení stupňovala v Pavlovi úzkost a obavy z opuštění, ale také vztek na manželku. Nakonec to v sobě nevydržel dusit

a manželku se svými poznatky konfrontoval. Když se rozplakala, pokládal to za důsledek jejích pocitů viny a napadl ji a řval na ni, až sousedé přivolali policii, která ho odvezla na psychiatrické oddělení.

### Erotomanický typ

Jedinci s erotomanickým bludem jsou přesvědčení, že jsou milováni jiným člověkem. Pacientem je nejčastěji žena, i když onemocnět může i muž. Pacientka je přesvědčena, že je do ní zamilovaný nápadník, obvykle vyššího společenského postavení. To se stává centrálním bodem jejího prožívání. Nástup může být náhlý. Erotomanické bludy nejsou jedinečné pro poruchu s bludy a mohou se vyskytnout i jako součást jiných poruch (2). Osoby s erotomanickými bludy často vykazují tzv. paradoxní chování, bludně interpretují i všechna odmítání a popírání lásky druhou osobou, naopak je považují za tajné potvrzení lásky. Občas se může projevat agresivnějším a někdy i násilným pronásledováním své lásky (15).

Ludmila je 42 let. Vyrůstala s úzkostnou matkou a velmi přísným otcem, který v rodině dominoval a matku i dceru neustále kritizoval. Matka byla na otci závislá, jeho chování tolerovala. Pořád se bála, co si o ní nebo o rodině řeknou ostatní. Často Lidku varovala před cizími lidmi, zejména před muži. Ludmila byla od dětství hodně stydlivá, špatně snášela školku a byla často nemocná. Doma byla poslušná a tichá. Byl to velký kontrast s mladším bratrem, kterého od malička rodiče protěžovali. Ten byl od malička hlučný, vyžadoval pozornost, ve školce byl „king“ a ve škole „grázlík, kterému všechno procházelo“. Byl drzý, výbojný a měl hodně kamarádů. Lidka žárlila na jeho výhody u rodičů, na to, že ho mají rádi. Sama se cítila nemilovaná, nehezká, nudná a nezajímavá. V prvních letech základní školy se jí holky posmívaly



a ona se držela stranou. Kamarádky neměla. Po střední ekonomické škole začala pracovat v kanceláři se starší kolegyní, která jí dávala najevo, jak nic neumí. Sama sebe podceňovala, nevěřila si, chodila jen z práce domů. Do 30 let zůstala u rodičů, pak si sehnala práci a podnájem v Praze, kde se uchytila jako úřednice na ministerstvu. Partnera si nehledala, protože nevěděla kde, do společnosti se bála, neměla žádné přítelkyně, jen spolupracovnice z práce, ty všechny byly vdané. Podat si inzerát nebo jít na seznamku jí připadalo nevhodné, protože tam „chodí hodně úchylných lidí“. Před třemi lety nastoupil do úřadu nový šéf v jejím věku. Choval se k ní přátelsky, občas se stavil v její kanceláři a prohodil pár slov, chválil ji za práci. Byla překvapená. Zdálo se jí, že se s ní baví více než s ostatními. Najednou pochopila, že je do ní zamilovaný. Začala se kvůli němu hezky strojit, starat se o sebe, dokonce zašla za stylistkou, aby jí řekla, jak se má oblékat a malovat. Byl to velký kontrast, protože do svých 39 let se o sebe vůbec nestarala a byla přesvědčena, že je neatraktivní a že by o ni beztak nikdo nestál. Nyní začala mít pocit, že je krásná, že je jeho vyvolená. Ignorovala, že je ženatý a má děti. Spíše cítila nenávist k jeho ženě, kterou si vyhledala na internetu, ale ve skutečnosti ji nikdy neviděla. To, že se nadřizený více nevyjádřil, si vysvětlovala tím, že se té „megery bojí“, protože je to právnička a „úplně by ho zničila“. Ludmila se začala trápit, že kvůli této manželce nedojde nikdy k realizaci jejího vztahu. Za psychiatrem přišla pro úpornou nespavost a úzkosti, které jí bránily soustředit se na práci. Až po třech měsících se svěřila se svým největším trápením, které stále trvalo.

### Somatický typ

Somatický typ poruchy s bludy se také označoval jako monosymptomatická hypochondrická psychóza. Od ostatních stavů s hypochondrickými příznaky se tato porucha liší v míře narušení reality.

Roman je 35letý absolvent gymnázia. Již 10 let nikde nepracuje a posledních 5 let je v plném invalidním důchodu. Jeho život zcela ovládá strach ze závažného onemocnění – rakoviny prostaty. Potíže nastaly po rozvodu, který těžce nesl. Musel se soudit o malého syna a odchod manželky ho velmi bolestně zasáhl. V tomto období překonal infekci močových cest. Zřejmě trpěl i smutnou náladou, nic ho nebavilo a přemýšlel o sebevraždě. Manželka se při odchodu, ve snaze mu co nejvíce ublížit, vyjádřila pohrdavě o jeho mileneckých schopnostech. Stalo se tak u soudu, kde to slyšelo celé publikum. Asi po půlroce navázal vztah s jinou ženou, ale v intimní oblasti selhal. Jeho pozornost se vrátila k prodělané infekci močových cest a začal více pozorovat své močení. Vnukla se myšlenka, že má „něco s prostatou“. Jeho sestra, lékařka, mu zařídila komplexní vyšetření. To neprokázalo žádnou poruchu, ale Roman se tím nemohl uklidnit, vždyť lékaři mohli něco přehlédnout a laboratorní výsledky rovněž nejsou vždy spolehlivé. Začal se teple oblékat, přestal jezdit s kamarády na vandr. Pravidelně ráno i večer si měřil teplotu. Jeho obavy z nemoci močových cest se však stupňovaly, za čas si pořídil slušnou sbírku urologické literatury a začal navštěvovat „kapacity“ v oboru. Jejich ujištění o bezchybném zdraví však pomohlo k uklidnění jen na pár dní. Poté opět začal studovat literaturu a shánět nové odborníky. Náhodou se dověděl, že soused z chaty má rakovinu prostaty. Začal si vše studovat a zjistil, že má některé z příznaků. Rovněž si občas naměřil zvýšenou teplotu. Vždy jenom 37,1–37,3 stupňů, ale to přece není normální... To je přece podle knížek už zvýšená teplota! A zvýšené teploty do 38 stupňů se u rakoviny vyskytují pravidelně. Vyděsil se ještě více a žádal urology o vyoperování prostaty. I přes negativní nálezy. Ti odmítli a Roman nabyl přesvědčení, že ho možná nechtějí operovat proto, že jeho stav je už neléčitelný. Přestal o sebe dbát, odešel z práce, nikam nechodil, bál se jakékoliv námahy. Postupně mu činilo problém vyjít i několik pater v domě. Nadměrnou únavu rovněž připisoval



rakovině. Jeho trýznivá situace byla o to horší, že ho nechtěli přijmout v žádné nemocnici. Jeho praktický lékař ho už léta posílal za psychiatrem. Roman byl vždy pobouřen tímto návrhem. Nakonec však, když už se jím jiní lékaři odmítali podrobněji zabývat, si řekl, že to zkusí. Tak se dostal do péče psychiatra asi deset let poté, co začaly jeho potíže.

Mnoho případů somatického typu poruchy s bludy popsal Munro (4), který zároveň použil obsah bludů k definování tří hlavních subtypů:

### *Bludné zamoření (včetně parazitózy)*

Bludná parazitóza je jednou z nejběžnějších projevů monohypochondrické psychózy, která se vyskytuje v nepřítomnosti jiných psychiatrických onemocnění. Prevalence této poruchy není známá. Převažují pacienti nad 45 let a přes 65 % pacientů jsou ženy (16). Nástup je náhlý a chronický. Symptomatologie podobná bludné parazitóze byla také popsána ve spojení s řadou tělesných onemocnění, jako jsou nedostatek vitamínu B12, pellagra, neurosyfilis, roztroušená skleróza, dysfunkce thalamu, hypofyzární nádory, diabetes mellitus, těžké onemocnění ledvin, hepatitida, hypotyreóza, mediastinální lymfom a malomocnoství (7). Stejná symptomatologie byla také hlášena při užívání kokainu a u demence (7).

Bludná parazitóza byla také známá jako Ekbomův syndrom nebo nověji jako Morgellonův syndrom (17). Lidé jím trpící jsou přesvědčeni, že jim pod kůží prolézá hmyz. Vnímají na kůži nepříjemné pálivé nebo štiplavé vjemy a intenzivně se škrábou. Vznikají tak kožní léze. V kůži se mohou objevit vlákna látky, nejčastěji bavlny. Častými doprovodnými příznaky jsou obecně intenzivní zaměření na vlastní zdravotní stav, únava, stížnosti na

difuzní muskuloskeletální bolesti, subjektivně vnímané oslabení kognitivních funkcí a labilita emocí (18). Pacienti zpravidla navštěvují entomology, specialisty na hubení škůdců a dermatology (2).

*Pan Ludvík je 66letý muž, který je od jara ve starobním důchodu. Dříve pracoval jako prodejce technického vybavení do potravinářského průmyslu. Byl zvyklý komunikovat s lidmi, denně měl řadu obchodních schůzek. Ve volném čase rád cestoval, sbíral turistické známky, každý týden navštěvoval klub seniorů, kde se setkával s přáteli. Oženil se ve 22 letech, manželství popisuje jako harmonické, vychovali syna, kterého vedli k samostatnosti a odpovědnosti. Před 16 lety ovdověl. Manželka zemřela náhle na kardiální selhání. Doposud se neléčil s žádným vážnějším onemocněním, po smrti manželky se u něj objevila nadměrná žízeň, bolesti nohou a byl mu diagnostikován diabetes mellitus 2. typu, o pár měsíců později hypertenze. Léčba spočívala v užívání perorální medikace, avšak kvůli komplikacím metabolických nemocí byl Ludvík nucen omezit své dosavadní zájmy. Došlo k omezení kontaktu s přáteli, s odchodem do starobního důchodu se narušil harmonogram všedního dne a běžné denní aktivity. Začaly se objevovat potíže se spánkem. Ludvíkův syn se stal manažerem firmy v zahraničí, byli v pravidelném telefonickém kontaktu a vídali se o svátcích. Poslední návštěvu syn hodnotil pozitivně, nevšiml si u otce žádných nápadností, byl možná unavenější, což syn připisoval pokročilejšímu věku. Byl také rád, že má otec nového koníčka – v bytě spatřil spoustu knih o hmyzu a hlístech. V létě byl Ludvík přivezen k akutnímu ošetření na urgentní příjem pro automutilaci nosu nožem. Byl totiž přesvědčen, že v jeho nose žije živočich, který se v něm hýbe a prolézá mu nosní dutinu. Nos byl nápadně zvětšený, kůže byla kromě nových ran zhrublá a začervenalá. Ludvík živočicha nikdy neviděl, ale byl nevývratně přesvědčen o jeho přítomnosti v nose. Do terapie bylo nasazeno*



*antipsychotikum 1. volby risperidon v dávce 2 mg pro die. Po základní stabilizaci byl Ludvík propuštěn do ambulantní psychiatrické péče, na kontroly nedochází. Nebyl u něj shledán významnější kognitivní deficit. Odjel domů vlakem sám. Se synem jsme komunikovali telefonicky, celá situace jej překvapila a připadala mu přehnaná. O půl roku později byl Ludvík hospitalizován na popáleninovém oddělení se závažnou popáleninou ucha neznámou látkou. Ludvík situaci vysvětlil tím, že poranění způsobil živočich, který žije v jeho uchu. Rovněž jej nikdy neviděl, ale vyměšuje tuto tekutinu, která mu způsobila zranění. Po залéčení somatického stavu, kdy se délka hospitalizace předpokládala na čtyři týdny na somatickém oddělení, byl dvakrát týdně navštěvován psychiatrem, do medikace byl navrácen risperidon. Následně byl přeložen k dlouhodobější hospitalizaci do psychiatrické nemocnice.*

### Bludná dysmorfofobie

K této poruše patří bludy vlastní ošklivosti, nadměrného rozměru části těla nebo zápachu. Prevalence tohoto typu poruchy je nízká, ale může být nedostatečně diagnostikována, protože pacienti jsou častějšími návštěvníky dermatologů, plastických chirurgů a specialistů na infekční onemocnění než psychiatrů. Prognóza bez léčby je obvykle špatná (7). Míra výskytu je u obou pohlaví podobná. Porucha tohoto typu s sebou nese vysoké riziko suicidality (7).

### Grandiózní typ

Je označován také jako megalomanie. U tohoto podtypu je ústředním tématem blud grandiozity, přesvědčení, že jedinec učinil důležitý objev, má velký talent, dostal úkol od Boha, je vyvolený. Pacienti se také často domnívají, že mají zvláštní vztah s prominentní osobou, nebo mají ojedí-

nělý náboženský názor (9). Velikášské bludy v nepřítomnosti mánie jsou poměrně neobvyklé, rozlišení obou onemocnění je diskutabilní. Navíc řada pacientů s paranoidním typem poruchy s bludy vykazuje ve svých bludech určitý stupeň velikášství (2).

### Smíšený typ

Tento podtyp je vyhrazen těm, kteří mají dvě nebo více bludných přesvědčení. Měl by však být diagnostikován pouze tehdy, když bludy nejsou spojeny jedním tématem.

### Nespecifický typ

Poslední podtyp se používá u případů, kdy převládající blud nelze zařadit do výše uvedených kategorií. Možným příkladem jsou bludy týkající se nesprávné identifikace, například Capgrasův syndrom, pojmenovaný po francouzském psychiatrovi, který popisoval „iluzi dvojníka“. Tento blud sestává z přesvědčení, že známý člověk byl nahrazen podvodníkem (2). Varianta tohoto je Fregoliho syndrom s bludem, že pronásledovatelé nebo známé osoby převzaly tváře (masky) cizích lidí, nebo že pronásledovatelé vypadají jako blízcí lidé (např. otec vypadá jako otec, a přitom je to někdo cizí), a velmi vzácný blud, že známé osoby se vůlí mohou proměňovat na jiné osoby (intermetamorfóza). Tyto bludy se mohou vzácně objevovat i samostatně, ale zpravidla bývají spojeny s jinými poruchami, jako jsou schizofrenie nebo demence.

### Epidemiologie

I když je porucha s bludy známá již dlouhou dobu, existuje relativně málo informací o incidenci a prevalenci. Jedinci trpící touto poruchou



mohou fungovat mezi lidmi poměrně dobře a nedostatek náhledu vede k minimálním nebo žádným kontaktům s psychiatrií. Hrubý odhad incidence je 0,7 až 3,0 na 100 000 obyvatel s častějším výskytem u žen. Epidemiologická studie udává celoživotní prevalenci 0,18 % (95% CI = 0,11–0,30) za použití kritérií DSM-IV (19). V jedné studii bylo diagnostikováno 1,2 % ze 4 144 pacientů ambulantní kliniky jako trpících bludnou poruchou. U poloviny z nich byl diagnostikován perzekuční podtyp. Ženy trpící touto poruchou byly výrazně starší než muži (10). V retrospektivní studii z Číny naplnilo 0,83 % z 10 418 ambulantních pacientů kritéria DSM-IV pro bludnou poruchu a poměr pohlaví byl vyrovnaný. Věkové rozmezí bylo od 17–86 let s průměrným věkem 42 ± 15 let. Doba nástupu u žen byla pozdější než u mužů (46 vs. 38,7 let). Průměrné trvání vzniku příznaků do první návštěvy psychiatra bylo 2,4 let a mezi pohlavími se významně nelišilo. Auditivní halucinace byly hlášeny u přibližně 12 %, taktilní halucinace u 6 %, zrakové halucinace u 2 % a čichové halucinace u 2 % pacientů. Subtypy bludné poruchy byly perzekučního typu 71 %, smíšené 14 %, žárlivecké 8 %, somatické 2 %, neurčené 2 %, erotomanické 1 % a grandiózní 1 % (11). Yamada a spolupracovníci (10) zjistili u svých pacientů z Japonska poměr žen a mužů 3 : 1 a také to, že perzekuční typ byl nejčastější (51 %), následovaný somatickým typem (27,5 %) a žárlivým typem (13,7 %). Týmy Yamady a Hsiao nenašly významné rozdíly ve frekvenci podtypů bludné poruchy mezi pohlavími.

### **Etiopatogeneze**

Etiologie poruchy s bludy je neznámá. Mezi rizikové faktory spojené s touto poruchou patří vyšší věk, narušené fungování smyslů, smyslová

deprivace, rodinná zátěž, sociální izolace, osobnostní rysy (např. nadměrná interpersonální citlivost) a nedávné přistěhovalectví (20). Je uváděná častější spojitost s ovdověním, sexuální abstinencí a anamnézou zneužívání návykových látek.

Genetické studie ukazují, že porucha nevykazuje příbuznost se schizofrenií ani s afektivními poruchami (21). Vzhledem k tomu, že bludná porucha je poměrně vzácná, je těžké vystopovat její přenos v rámci rodin. Nicméně u příbuzných pacientů trpících trvalou poruchou s bludy byly častěji nalezeny rysy paranoidní poruchy osobnosti (22). Tato skutečnost naznačuje, že onemocnění může mít genetický podklad. Spouštěčem poruchy může být psychosociální stres.

Kognitivní a experimentální psychologie ukazuje, že u jedinců s poruchou s bludy dochází k selektivnímu výběru informací, které pak katymně interpretují (23). Jedinci si utvářejí úsudky na základě vágních či nedostatečných nebo neověřených informací, generalizují je, připisují jim negativní význam. Mají potíže s mentalizací motivace druhých lidí (24).

### **Průběh a prognóza**

Porucha s bludy je častěji dlouhodobá. Antipsychotická léčba může pomoci utlumit neodbytnost či aktuálnost bludu, ale mnohdy jej nedokáže odstranit úplně (2). Při regulární léčbě antipsychotiky může dojít k tzv. deaktualizaci bludu (obsah přetrvává, ale neovlivňuje pacientovo konání). Dá se mluvit o tzv. společenské úzdravě.

Porucha s bludy nevede k vážnému poškození nebo ke změně osobnosti, ale k postupnému a progresivnímu bludu. Relativně časté je suicidium (25). Spontánní uzdravení nemusí být tak vzácné, jak se dříve předpokládalo, zvláště kvůli tomu, že k psychiatrické léčbě se



častěji dostávají jedinci se závažnějším průběhem poruchy, což selektivně zhoršuje pohled na její prognózu. Retterstol & Opjordsmoen (26) na řadě případů ukázali, že porucha nemusí mít chronický průběh. Chronické formy poruchy mají tendenci objevovat se v pátém decenniu. Nástup je akutní téměř u dvou třetin případů a postupně dochází ke zhoršování. U více než poloviny případů blud spontánně zmizí, ke zlepšení dojde u dalších 10 % a beze změny zůstává 31 %. U akutních forem poruchy je věk nástupu zpravidla ve čtvrtém decenniu, u více než poloviny pacientů dochází k trvalé remisi a výskyt chronických onemocnění se rozvíjí pouze u 10 %. Recidivující průběh byl pak pozorován u 37 %. Platí, že čím akutnější a časnější nástup nemoci, tím příznivější je prognóza (7). Přítomnost precipitujících faktorů, manželského stavu a ženského pohlaví je spojená s lepším výsledkem. Doba přetrvávání bludného myšlení je nejpříznivější u případů s bludy pronásledování a poněkud méně příznivá pro bludy megalomanické a žárlivosti. Pokud se jedná o celkové fungování, důsledky se však zdají být poněkud příznivější pro žárlivecký podtyp. Řada autorů se domnívá, že za chronicitu a přetrvávání poruchy může více nedostatečná spolupráce v léčbě než to, že by řádná léčba nedostatečně pomáhala (7).

Chronická neléčená porucha často vyústí v neschopnost uplatnění na trhu práce a navázání či udržení mezilidských vztahů, což vytěsňuje jedince na okraj společnosti. Pravidlem bývá sociální izolace, nespolečnost s psychiatrem, odmítání léčby a neschopnost náhledu na svůj stav (1). Bez podpůrného rodinného zázemí hrozí sociální propad a život v chudobě. U některých pacientů je potřebná nedobrovolná hospitalizace k zabránění poškození sebe nebo druhých.

## Diferenciální diagnóza a komorbidita

*Schizofrenie* je komplexnější poruchou, postihující řadu psychických funkcí, jako jsou exekutivní funkce, kognice a emotivita. Myšlení je narušeno ve více rovinách. Bludy bývají u schizofrenie kuriózní, mají nezvyklý obsah a mohou být kulturně nemístné. Sluchové halucinace u schizofrenie mívají komentující, imperativní nebo intrapsychický charakter; časté je zveřejňování myšlenek.

U *schizoafektivní poruchy* bývají naplněna kritéria pro schizofrenii i pro poruchu nálady, mohou být zachyceny oneiroidní stavy.

U *depresivní poruchy s psychotickými příznaky* převládá depresivní nálada, bludy mají většinou autoakuační, katastrofický, ruinační nebo jinak skličující obsah. Halucinace u deprese bývají přítomny jen vzácně, a pokud se objeví, jsou syntonní s náladou.

U *paranoidní poruchy osobnosti* nepozorujeme systematické, rozsáhlé a propracované bludné myšlení, pokud se objeví psychotické epizody, jsou přechodné a krátké.

*Organické duševní poruchy a poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek* mohou vykazovat bludy rozmanitých obsahů. Diagnostickým vodítkem je přítomnost organické léze (např. mozkové neoplazma) nebo průkaz psychoaktivní látky (např. kanabinoidy, stimulancia). Chronické bludy se mohou objevovat také u *lidí zneužívajících alkohol*, zvláště žárlivecké nebo paranoidní.

Jednou z otázek v diferenciální diagnostice je rozlišení poruchy s bludy od obsedantně kompulzivní poruchy (OCD), zejména u pacientů, kteří nemají náhled na své obsese. U poruchy s bludy není typické stereotypní rituální chování. Pokud se u pacienta s prominentními psychotickými příznaky objevují stereotypní rituály, měla by být zvážena možnost diagnózy komorbidní OCD. Paranoidní a grandiózní bludy nespádají do okruhu OCD.



Některé další typy poruchy s bludy, jako jsou tělesné bludy nebo žárlivecké, se však mohou velmi podobat OCD a nejsou vždy snadno rozlišitelné. Bude zajímavé sledovat, zda budoucí výzkum ukáže, že určité typy somatických bludných poruch (např. bludná varianta hypochondriázy) nebo žárlivecký typ poruchy s bludy jsou ve skutečnosti varianty OCD.

Příklady *tělesných onemocnění*, u kterých se mohou vyvinout bludná přesvědčení, předkládá následující tabulka.

Jako významná se ukázala depresivní symptomatologie, která byla při první návštěvě přítomna u 43 % pacientů (11). Byl zjištěn rozvoj deprese před i po

nástupu bludů. Klinicky se zdá, že u části pacientů předchází rozvoji poruchy s bludy některá úzkostná porucha, nejčastěji generalizovaná úzkostná porucha.

### Stigmatizace a sebestigmatizace

Strach ze stigmatizace může vést k zesílení příznaků. Celoživotní přecitlivělost na výsměch nebo ponížení zesiluje obavy pacientů, že by si ostatní o nich mohli říkat, že jsou „blázni“. Okolí jim často říká, že jsou „paranoici“, což je zraňuje a dále zvyšuje neochotu vyhledat psychiatrickou léčbu. Navíc bývají přesvědčeni, že pokud se budou léčit pro psychickou

**Tab. 3.** *Tělesná onemocnění spojená s možným rozvojem bludů (2)*

Onemocnění	Příklady
<b>Neurodegenerativní onemocnění</b>	Alzheimerova choroba, Pickova nemoc, Huntingtonova nemoc, Parkinsonova nemoc, Fahrova nemoc (familiární idiopatické kalcifikace bazálních ganglií), roztroušená skleróza, metachromatická leukodystrofie
<b>Jiná onemocnění CNS</b>	Mozkové nádory, zejména temporálního laloku a hluboké hemisférické nádory; epilepsie, zejména komplexní parciální záchvaty; traumata hlavy (subdurální hematom); anoxické poškození mozku; tuková embolie
<b>Vaskulární onemocnění</b>	Aterosklerotická cévní onemocnění, zejména jsou-li spojena s difúzní, temporoparietální nebo subkortikální lézí; hypertenzní encefalopatie; subarachnoidální krvácení, zánět temporální arterie
<b>Infekční nemoci</b>	Virus lidské imunodeficiency / syndrom získaného selhání imunity (AIDS), oportunní infekce u AIDS, encefalitida lethargica, Creutzfeldt-Jakobova nemoc, syfilis, malárie, akutní virová encefalitida
<b>Metabolické poruchy</b>	Hyperkalcémie, hyponatrémie, hypoglykémie, urémie, jaterní encefalopatie, porfyrie
<b>Endokrinní poruchy</b>	Addisonova nemoc, Cushingův syndrom, hypertyreóza nebo hypotyreóza, panhypopituitarismus
<b>Vitaminové deficity</b>	Nedostatek B12; kyseliny listové; tiaminu, niacinu
<b>Léky</b>	Adrenokortikotropní hormony, anabolické steroidy, kortikosteroidy, cimetidin, antibiotika (např. cefalosporiny, penicilin), disulfiram, anticholinergika
<b>Psychoaktivní látky</b>	Amfetaminy, kokain, alkohol, konopí, halucinogeny
<b>Toxiny</b>	Rtuť, arsen, mangan, thalium



poruchu, nikdo jim neuvěří, že jejich strach z nepřátel je opodstatněný. Hospitalizace na psychiatrii pocity ponížení násobí, snižuje sebedůvěru a může vést k prohloubení izolace s negativním dopadem na společenské uplatnění. Obava ze stigmatizace zpočátku významně brání vytvoření dobrého terapeutického vztahu. Bývá obtížné vytvořit prostředí bezpečí a vzájemné důvěry, ve kterém by se pacient mohl otevřít. Naopak se může stát, že pacient zaujme postoj „bojovníka proti chybám lékařů“ a může si stěžovat na zacházení zdravotnického personálu a bojovat se zařízeními, které ho „nesprávně diagnostikovaly“.

## Léčba

Terapie pacientů s touto poruchou bývá náročná, jelikož se zpravidla nepovažují za nemocné a nemají velkou motivaci k léčbě. Přesvědčit pacienta k léčbě a posílení jeho spolupráce je obtížné a vyžaduje trpělivost, pozornost a nestigmatizující pohled. I když se porucha s bludy tradičně považovala za relativně rezistentní vůči léčbě a intervencím, v posledních letech se zdá být výhled optimističtější (7). Kvalitní terapeutický vztah mezi klinikem a pacientem se však vytváří nesnadně.

Základem léčby je navázání terapeutického vztahu a jeho kontinuální udržování. Přínosem může být věcný pohovor, snažíme se vyhnout paternalistickému přístupu, který by pacient mohl vnímat jako ponižující. Důležité je nedostat se s ním do sporu, nevyvracet přímo jeho bludné přesvědčení a vyjádřit mu pochopení pro jeho utrpení. Klinický pracovník by měl být stabilní, vyjadřovat svůj názor a postoj, ale přitom respektovat pacientovy potíže (příklad: „Věřím vám, že se trápíte, musí to být velice nepříjemné. Vaše vysvětlení toho, co se děje, je pozoruhodné, ale přesto bych s vámi rád postupně prozkoumal, zda nejsou i jiná možná vysvět-

lení toho, co teď tak nepříjemně prožíváte.“). Přitakání bludu však není na místě, protože z dlouhodobé perspektivy vytváří v pacientovi dojem, že s jeho interpretací souhlasíme, a tudíž je pravdivá. Dalším cílem je pokusit se o léčbu antipsychotiky, rezignace v tomto případě není na místě.

## Farmakoterapie

Léčbou volby jsou antipsychotika (21). Dávkování se pohybuje ve střední části dávkovacího spektra. Možným problémem je špatná spolupráce a vysazování léků. Pokud nám to situace umožní a pacient je ochoten pravidelně docházet do ambulance, je výhodné volit injekční depotní antipsychotika. Pokud dojde k rozvoji deprese, je na místě kombinace antipsychotika s antidepresivem různých skupin. Jsou zprávy o léčbě antipsychotiky první generace, ovšem s proměnlivým úspěchem a u malého počtu pacientů. Několik kazuistik zjistilo i možný pozitivní účinek antidepresiv, jmenovitě klomipraminu (27) a paroxetinu (28). Manschreck & Khan (7) uvedli přehled léčby pacientů s poruchou s bludy, z něhož vyplývá, že:

- Pacienti s poruchou s bludy jsou relativně citliví na léčbu (50 % dosáhlo remise a u 90 % pacientů bylo zaznamenána aspoň částečné zlepšení).
- Běžná je kombinovaná léčba, konkrétně kombinace léčby antipsychotiky a antidepresivy. Medikace bývá doplněna dalšími intervencemi, jako je například kognitivně-behaviorální terapie.
- Nebyl zjištěn rozdíl mezi antipsychotiky první a druhé generace.
- Somatické bludy jsou k léčbě antipsychotiky citlivější než jiné typy bludů. To však může vyplývat ze slabší odpovědi pacientů s perzekučními bludy.
- Nebyly odhaleny další prediktory pozitivního léčebného efektu (např. pozitivní rodinná anamnéza, závažnost příznaků, věk, pohlaví nebo premorbidní úroveň fungování).



Nejčastěji používaná atypická antipsychotika jsou olanzapin a risperidon (29, 30). Dávkování antipsychotik pro dosažení remise není určeno, ale adekvátní léčbou mohou být i nízké dávky antipsychotik (4,7 mg haloperidolu) (31). Úspěšná mohou být i antidepresiva, zejména u pacientů s bludy somatického typu. Některé kazuistiky hovoří o zlepšení při léčbě selektivními inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) (28) a kломipraminem (Sondheimer et al. 1998). Jsou popsány i případy úspěšné elektrokonvulzivní terapie u pacientů s bludy somatického typu (32).

### Udržovací léčba a profylaxe

Pro udržovací léčbu a profylaxi jsou doporučována antipsychotika (7). Dávka je odvozována od akutní léčby. Jde zpravidla o celoživotní léčbu.

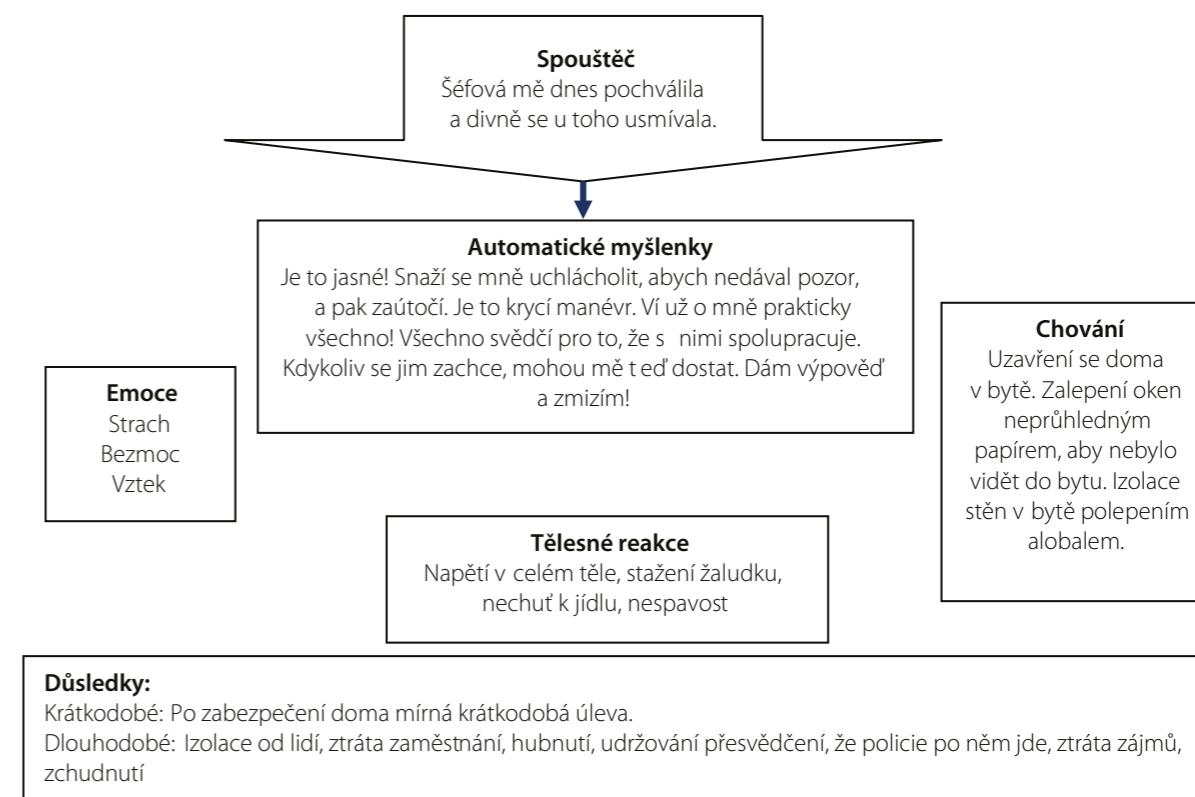
### Psychoterapie

Budování terapeutického vztahu má v případě lidí trpících poruchou s bludy zásadní důležitost, a zároveň je velmi obtížné. Vyžaduje upřímný zájem o prožívání pacienta, účast na jeho trápení a podpůrný postoj, a přitom nepřítakání jeho bludnému přesvědčení. Podpůrná psychoterapie je velmi užitečná při řešení pocitů úzkosti a dysforie, která vznikla v důsledku bludného myšlení. Odpověď bludného systému na běžné psychoterapeutické intervence obvykle bývá mírná (6).

V současnosti byly vyvinuty postupy kognitivně behaviorální terapie pro léčbu chronických bludů (33), jejichž efektivita byla ilustrována několika studiemi (40–42). Pacienti s poruchou s bludy bývají součástí větších souborů psychotických pacientů podstupujících kognitivně behaviorální terapii (41–43). Dosud vznikla pouze jedna malá kontrolovaná studie s homogenním souborem, která zkoumala vliv kognitivně behaviorální terapie (KBT) ve srovnání s ak-

tivním placebem (attention placebo control group) (40). Pro hodnocení byla použita škála Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS). Výzkumníci zjistili, že oba přístupy zlepšují dva parametry trvalé poruchy s bludy – náladu a přesvědčení. KBT však měla na parametry výraznější vliv (40).

**Obr. 1.** Bludný kruh pocitů ohrožení



### Formulace případu

Rozvoj bludného myšlení zpravidla navazuje na stresující události (precipitující události), které překročí zvládací možnosti pacienta. Ty jsou pro každého jedince individuální. Nejčastěji jde o změnu role v životě, zraňující interpersonální konflikty a méně často o náhlé události, jako jsou ztráta blízkého nebo traumatické životní události. U většiny pacientů lze nalézt kombinaci těchto událostí a obvykle se jedná spíše o kumulaci faktorů.



Tab. 4. Formulace případu

<b>Predisponující faktory:</b> Nejmladší ze 3 bratrů. Oba starší mě tloukli a všechno mi brali, posmívali se mi, že jsem maminčin mazánek. Uzavřený a tichý ve škole, šikana od spolužáků, častý posměch. Rodiče často mluvili o tom, jak nás komunisti všechny sledují a že si musíme dávat pozor na jazyk. Od dětství obavy, že mám malý penis.	<b>Precipitující faktory:</b> Výslech na policii po návratu z ciziny. Propuštění ze zaměstnání, aby bylo místo pro švagra vedoucího. Opuštění přítelkyně.	<b>Udržující faktory:</b> Život v izolaci od lidí v emigraci i po návratu do Čech. Po odchodu přítelkyně 4x odmítnut na inzerát. Opakované podceňování otcem a bratry. Hlídnání se v práci, abych o sobě nic neřekl.	<b>Protektivní faktory:</b> Oborné znalosti Vysoká inteligence Podpora matky Houževnatost a pracovitost Důvěra k psychiatrovi
<b>Jádrová schémata:</b> <b>O sobě:</b> Jsem méněcenný a slabý. Nejsem pořádný chlap. <b>O druhých:</b> Všichni mnou pohrdají. <b>O světě:</b> Úspěch mají jen silní.	<b>Jak vznikla:</b> Šikana bratry a ve škole, výsměch, porovnávání penisu se staršími bratry, většinu života bez přátel, hyperprotektivní přístup matky.		
<b>Podmíněná pravidla:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>■ Musím být stále na pozoru, co se kolem děje, jinak na to doplatím.</li><li>■ Nesmím se dát, protože jinak mě ostatní využijí nebo shodí.</li><li>■ Nesmím o sobě nic říkat, aby nikdo nepoznal, že jsem slabý.</li></ul>	<b>Vliv na způsob života:</b> <b>Výhody:</b> Určitě jsem se vyhnul neuváženým kamarádům, spolužákům, kteří se opíjeli, a vztahům s ženami, které by se mi posmívaly nebo mě chránily jako moje matka. Přežil jsem v emigraci i velmi těžké chvíle. <b>Nevýhody:</b> Nemám přátele ani přítelkyni. Jsem unavený z neustálého hlídání, co se kolem mě děje. Bojím se, že mě dostane policie za to, že jsem užíval pirátské programy v počítači. Vyhýbám se všem lidem.		
<b>Hlavní současné potíže:</b> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Žiju ve stálém strachu, že si pro mě přijde policie a zavřou mě. Nemůžu kvůli tomu spát a málo chodím mimo domov.</li><li>2. Nedokážu si najít práci, protože mám strach, že tam o mně budou hned všechno vědět.</li><li>3. Nedokážu si najít partnerku.</li><li>4. Doma mě všichni kritizují, že nic nedělám, a je mi z toho na nic.</li></ol>			
<b>Myšlenky:</b> „Zase jsou tady a jdou po mně!“ „Všichni jsou proti mně!“ „Všichni mnou pohrdají!“ „Jsem neschopný a k ničemu!“ „Nikdy o mě žádná nebude stát!“ „Nesmím se dát, nedám svoji kůži zadarmo!“	<b>Emoce:</b> Bezmoc Strach Lítost Vztek	<b>Chování:</b> Jsem celé dny zavřený v pokoji. Nevycházím ven, abych se vyhnul pronásledování. Nehledám si práci. Nehledám si dívku. Hádám se s bratry a s otcem. Hraju stále počítačové hry.	

**Tab. 4.** Formulace případu – pokračování

<b>Sociální situace:</b> Žiju s rodiči. Nemám přátele ani partnerku. S nikým se nestýkám. Kromě počítačových her a občasné četby se ničím nezabývám.	<b>Tělesné zdraví a příznaky:</b> Tlaky v hlavě a píchání u srdce – občas. Únava pořád (asi po lécích). Přerušovaný spánek v noci a pospávání během dne.
<b>Další potíže, problémy, obavy:</b> Strach z budoucnosti, že mě zavřou, že budu úplně bez peněz, a až mi dojdou úspory, nenajdu si práci.	

Bludná přesvědčení nejsou u pacientů shodná a mohou se pro měňovat i u jednoho jedince. Mohou se lišit svou přesvědčivostí, četností výskytu a délkou času, kterou se jimi pacient zabývá, mírou stresu a vlivu na pracovní aktivity, vztahy a volný čas. Hlavní parametry, které bychom měli zvažovat při hodnocení bludu, shrnuje tabulka 5.

### Práce s bludem

Řada odborníků se domnívala, že bludná přesvědčení jsou neměnná, a tedy nemá smysl s nimi psychoterapeuticky pracovat. Výsledky studií však ukazují, že to nemusí být nutně pravda (33, 45). Ukazuje se, že bludné přesvědčení může kolísat v míře přesvědčivosti i ve vlivu na chování a emoce (46) a je rovněž přístupné verbálnímu a behaviorálnímu testování (45). Cílem

**Tab. 5.** Nejdůležitější parametry hodnocení bludů (44)

Parametr	Popis parametru
<b>Přesvědčivost bludu</b>	Hodnotí míru pacientova přesvědčení o pravdivosti bludu (obvykle na škále 0–100 %). Centrálním částem bludu pacient obvykle věří více než periferním. Na tyto periferní části, o kterých je pacient ochoten v terapii polemizovat, se v terapii zaměřujeme nejdříve.
<b>Frekvence výskytu a délka zabývání se bludem</b>	Hodnotí, jak často pacient na své bludné přesvědčení myslí (frekvenci), a průměrné množství času, které mu toto zabývání se bludem zabírá.
<b>Míra stresu, kterou bludné myšlení vyvolává</b>	Hodnotí se intenzita emocí, které v pacientovi blud vyvolává (opět obvykle na škále 0–100 %). Existují i pacienti, u kterých se při přemýšlení o bludu žádné emoce neobjevují (desaktualizace bludu).
<b>Narušení života vlivem bludného přesvědčení</b>	Hodnotí se v různých životních oblastech, jakými jsou pracovní činnost či studium, fungování v rodině, vztahy či volnočasové aktivity.
<b>Formování bludu</b>	Zjišťuje se dotazováním na období, kdy se dané bludné přesvědčení poprvé objevilo, jak se vyvíjelo a jaké události na to měly vliv.



práce s bludem není pacientovi vyvracet jeho bludná přesvědčení, ale snaha o postupné oslabení celého systému, směrem od periferních částí bludu do centra. Terapeut se také snaží, aby pacient pochopil, že jeho bludné přesvědčení nemá jen žádoucí důsledky – ochrana před nebezpečím, ale že je spojeno i s negativními emocemi, somatickými příznaky a chováním.

Přímá konfrontace bludného myšlení zpravidla nefunguje a může pacienta dále odcizit (6). Možností pro zkušeného psychoterapeuta je použití metody tzv. *periferního dotazování*, kdy terapeut pomocí induktivních otázek poukáže na jemné logické rozpory v méně systematizovaných okrajových částech bludného systému, a vede tak pacienta k tomu, že si sám začne zpochybňovat periferní části bludu. Postupně dochází krok za krokem ke zpochybňování jádrových částí bludu. Cílem terapie tedy není ukázat pacientovi, že se mýlí, ale snížit míru jeho utrpení a zvýšit kvalitu života. Cestou k tomuto cíli je probírání toho, jak bludné

přesvědčení ovlivňuje jednotlivé životní sféry, a to pozitivně i negativně, a hledání výhod, které by přinesl jiný postoj. Společně tedy zkoumají, jestli a jak by se pacientovi ulevilo, kdyby se v některých otázkách mýlil, a co by to znamenalo pro jeho rodinný život, práci a volný čas.

Ke zkoumání platnosti bludných přesvědčení používáme induktivní otázky, které by měly vést pacienta k tomu, aby sám zpochybnil svá bludná přesvědčení a hledal alternativní řešení. Zároveň od začátku nesměřujeme k jádru bludu, ale je doporučeno zaměřit se nejprve na periferní části bludu (47). Teprve po nalezení alternativních vysvětlení pro okrajové části bludného systému se lze postupně přesunout k jádru bludu a pomáhat pacientovi, aby si uvědomil rozpory ve svém přesvědčení (Tab. 6).

U pacientů je narušeno hodnocení běžných situací. Úkolem pacienta je, aby si zaznamenával situace, které svědčí pro a proti jeho přesvědčení. V dalším sezení je pak s terapeutem diskutují. Tento úkol bývá pro řadu

**Tab. 6.** Přerámování nezvykle prožívané skutečnosti

<b>Nezvykle prožívaná skutečnost</b>	Jsem přesvědčený, že soused spolupracuje s policií a dává jí o mně hlášení. Stále se chce se mnou bavit a vyzvídá, kde jsem byl v cizině, co jsem tam dělal a co dělám teď. Předstírá, že ho zajímám a že k tomu nemá žádný jiný důvod.
<b>Kdy to vzniklo</b>	V době, když jsem se po ztrátě práce a rozchodu s přítelkyní přistěhoval k rodičům.
<b>Co svědčí proti mému přesvědčení</b>	Nevím, jestli by policie platila takového dědka. Ale i kdyby o mně chtěli informace, tak si je lehce zjistí jinou cestou. Co jsem dělal v cizině, jsem řekl u výslechu před třemi lety, když jsem se vrátil. Soused se baví s každým, je v důchodu a sám nemá, co dělat. Když jsem byl malý kluk, občas mi dával drobné dárky a pomáhal mi udělat draka. Byl hodný.
<b>Nový pohled na věc</b>	Po ztrátě práce a přítelkyně jsem byl nešťastný a začal jsem se ještě více podceňovat. Asi z toho vznikla ta vztahovačnost. Vždycky jsem se bál výsměchu a toho, že mě někdo podrazí. Bylo to tak už v dětství, kdy si ze mě dělali legraci bratři a využívali mě. Teď, když se mi nedaří, se to zesílilo.
<b>Přerámování</b>	Jsem asi vztahovačnější a vykládám si normální zájem souseda jako špehování.
<b>Co můžu udělat</b>	Můžu s ním promluvit o všem, co jsem už řekl na policii, a uvidím jeho reakci. Nemusím se mu už vyhýbat.



pacientů obtížný a zprvu nacházejí jen potvrzující skutečnosti. S tím, jak se postupně bludné přesvědčení nabourává, se však oslabuje i původní převaha potvrzujících důkazů.

### Zvládání emočního dopadu bludu

Kromě kognitivní práce, která pomocí alternativních vysvětlení mění bludné přesvědčení a tím snižuje intenzitu negativních emocí (48), lze ke zvládání silných emocí použít relaxační techniky, jako jsou řízení dechu, svalová relaxace apod. Také je možné využít principu habituace při postupném vystavování pacienta zúzkostňující situaci a zážitku „pozitivních konců“ obávaných situací.

### Identifikace jádrových přesvědčení

I u pacientů s poruchou s bludy má smysl pracovat s maladaptivními jádrovými přesvědčeními. Ta se formují v průběhu dětství a v dalším životě jsou buďto potvrzovaná, nebo vyvrácená. Pokud člověk není

vystaven nadměrné zátěži, mohou zůstat dlouhodobě skryta. Při práci se schématy je třeba pátrat po životních zážitcích, které se na jejich tvorbě podílely. Jádrová přesvědčení se týkají pacienta samotného, druhých lidí nebo okolního světa jako takového. Obvykle se snaží aktivaci schémat vyhnout (nebo je kompenzovat), a tak si vytváří podmíněná přesvědčení, podle kterých jedná. Právě chování je jedinou viditelnou částí popsaného řetězce:

Např. přesvědčení týkající se sebe samého – „Nejsem láskyhodná.“, odvozené přesvědčení – „Musím všem vyjít vstříc, aby mě ostatní měli rádi.“, chování – ustupování druhým.

Nebo přesvědčení týkající se druhých – „Ostatní čekají na mou slabost, a pak mi ublíží.“, odvozené přesvědčení – „Nesmím si nikoho pustit k tělu, jinak mi ublíží.“, chování – izolace.

A nakonec přesvědčení týkající se světa – „Svět je nebezpečný.“, odvozené přesvědčení – „Nesmím riskovat nebo se něco stane.“, chování – vyhýbání se činností.

### Tab. 7. Plán behaviorálního experimentu

<b>Problém:</b> Mám obavy z toho, že když zavolám spolužačce Lucii, jestli by mi půjčila své zápisy ze školy k okopírování, odmítne to, protože si myslí, že jsem k ničemu.
<b>Cílové přesvědčení:</b> Lidé (Lucie také) si myslí, že jsem bezcenný, a odmítnou mi pomoci, když o to požádám.
<b>Alternativní přesvědčení:</b> Lucie mi pomoc neodmítne, protože si nic takového o mně nemyslí.
<b>Plán experimentu:</b> Zavolám Lucii, řeknu jí, že jsem teď dlouho do školy nechodil, a zeptám se jí, jestli by mi na odpoledne půjčila zápisky ze školy, abych si je mohl přečíst. Nacvičím si předem s panem doktorem, jak to udělat.
<b>Experiment:</b> Po nácvičku telefonického rozhovoru jsem zavolał Lucii a požádal ji o půjčení zápisů. Řekla mi, že mi je půjčí, ať si pro ně přijedu na kolej.
<b>Výsledek experimentu:</b> Lucie mi půjčila svoje zápisky. Neodmítla mi pomoc, jak jsem se bál. Je možné, že si o mně nic špatného nemyslí. Je možné, že i další lidé si o mně nic špatného nemyslí a mohli by mi pomoci, kdybych je o to požádal.



### Akomodace dysfunkčních jádrových přesvědčení

Před vlastní akomodací je vhodné zjistit, zda jsou přesvědčení s bludným systémem propojená a zda a jak ovlivňují pacienta v jednotlivých životních sférách. S pacientem terapeut probírá zážitky spojené s rozvojem přesvědčení a hledá důkazy v životě, které by mohly svědčit o jeho nepravdivosti nebo nepřesnosti. V dalším kroku vytvářejí nový, adaptivnější postoj, který pak testují pomocí úvahy, jak by se jednotlivé životní sféry změnily, kdyby pacient používal toto adaptivnější přesvědčení. Nové chování si pak formou behaviorálních experimentů pacient testuje v jednotlivých životních situacích a zkouší, zda přináší očekávaný pozitivní důsledek, nebo ne.

### Nácvik sociálních dovedností

Lieberman (49) popisuje další techniky, které mohou být účinné. Soustředí se na zlepšení sociálních dovedností pacienta tak, aby věnoval méně úsilí pozorování, zda jej ostatní nechtějí poškodit, a dovolil „druhým

lidem na sebe působit“. Nácvik sociálních dovedností se zaměřuje na podporu interpersonální kompetence, posílení důvěry (s úspěšným použitím příslušných sociálních dovedností) a uvolnění při kontaktu s lidmi, kterými se jedinec cítí být poškozován. Převzetí iniciativy může zase rozptýlit pocit ztráty kontroly nad situací, která živí a posiluje bludy.

### Závěr

Porucha s bludy představuje terapeutickou výzvu. Základem úspěšné léčby je podávání (nejlépe depotního) atypického antipsychotika s možnou přídatnou medikací antidepresivem. Kognitivně behaviorálně terapie se podle předběžných výsledků zdá být účinná, zejména pokud je realizovaná zkušeným terapeutem se supervizí. Dosažení remise výrazně závisí na kvalitě terapeutického vztahu, a to v rámci farmakoterapie i psycho-terapie. Pro další pokrok v léčbě poruchy s bludy je potřeba intenzivnější výzkumné úsilí s homogenními vzorky.

## LITERATURA

1. Manschreck TC. Delusional and Shared Psychotic Disorder. 7th ed. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 2000: 1243–1264.
2. Fennig S, Fochtmann LJ, Bromet EJ. Delusional and shared psychotic disorder. Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. 2005; 1525–1533.
3. Kelly BD. Erotomania: epidemiology and management. CNS Drugs. 2005; 19(8): 657–669.
4. Munro A, Mok H. An overview of treatment in paranoia/delusional disorder. Can J Psychiatry 1995; 40(10): 616–622.
5. Freud S, Rieff P. Three Case Histories. New York, NY: Touchstone 2008.
6. Silva SP, Kim CK, Hofmann SG, Loula EC. To believe or not to believe: cognitive and psychodynamic approaches to delusional disorder. Harv Rev Psychiatry 2003; 11(1): 20–29.
7. Manschreck TC & Khan NL (2006) Recent advances in the treatment of delusional disorder. Canadian Journal of Psychiatry 2006; 51(2): 114–119.
8. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (2. akt. vydání). Praha: Bom-ton Agency; 2008.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC, 2013.
10. Yamada N, Nakajima S & Noguchi T (1998) Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998; 97: 122–124.
11. Hsiao MC, Liu CY, Yang YY, et al. Delusional disorder: retrospective analysis of 86 Chinese outpatients. Psychiatry and Clinical Neurosciences. 1999; 53: 673–676.
12. Cipriani G, Vedovello M, Nuti A, di Fiorino A. Dangerous passion: Othello syndrome and dementia. Psychiatry Clin Neurosci. 2012; 66(6): 467–473.
13. Kingham M, Gordon H. Aspects of morbid jealousy. Adv Psychiatr Treat. 2004; 10(3): 207–215.



14. Soyka M, Naber G, Völcker A. Prevalence of delusional jealousy in different psychiatric disorders. An analysis of 93 cases. *Br J Psychiatry*. 1991; 158(4): 549–553.
15. Bezuidenhout C, Collins CR. Implications of delusional disorders and criminal behaviour for criminology. *Acta Criminologica*. 2007; 20(3): 87–99.
16. Bhatia MS, Jagawat T, Choudhary S. Delusional Parasitosis: a clinical profile. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2000; 30: 83–91.
17. Robles DT, Olson JM, Combs H, Romm S, Kirby P. Morgellons disease and delusions of parasitosis. *Am J Clin Dermatol*. 2011; 12(1): 1–6.
18. Savely VR, Leitao MM, Stricker RB. The mystery of Morgellons disease: Infection or delusion? *Am J Clin Dermatol* 2006; 7: 1–5.
19. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorder in a general population. *Archives of General Psychiatry* 2007; 64: 19–28.
20. Freeman D, Garety P. Advances in understanding and treating persecutory delusions: a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014; 49(8): 1179–1189.
21. González-Rodríguez A, Seeman MV. Addressing Delusions in Women and Men with Delusional Disorder: Key Points for Clinical Management. *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(12): 4583. Published 2020 Jun 25. doi:10.3390/ijerph17124583.
22. Lee R. Mistrustful and Misunderstood: A Review of Paranoid Personality Disorder. *Curr Behav Neurosci Rep*. 2017; 4(2): 151–165. doi: 10.1007/s40473-017-0116-7.
23. Xiong G, Bourgeois JA, Chang C, Liu D, Hilty DM. Hypochondriasis: common presentations and treatment strategies in primary care and specialty settings. *Therapy*. 2007; 4(3): 323–338.
24. Conway CR, Bollini AM, Graham BG, Keefe RS, Schiffman SS, McEvoy JP. Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Compr Psychiatry* 2002; 43(3): 175–178.
25. Reid WH. Delusional disorder and the law. *J Psychiatr Pract*. 2005; 11(2): 126–130.
26. Retterstol N & Opjordsmoen S. Fatherhood, impending or newly established, precipitating delusional disorders: long-term course and outcome. *Psychopathology* 1991; 24: 232.
27. Sondheimer A. Clomipramine treatment of delusional disorder-somatic type. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27(2): 188–192.
28. Hayashi H, Oshino S, Ishikawa J, Kawakatsu S, Otani K. Paroxetine treatment of delusional disorder, somatic type. *Hum Psychopharmacol*. 2004; 19(5): 351–352.
29. Freudenmann RW, Lepping P. Second-generation antipsychotics in primary and secondary delusional parasitosis: outcome and efficacy. *J Clin Psychopharmacol*. 2008; 28(5): 500–508.
30. Freudenmann RW, Schönfeldt-Lecuona C, Lepping P. Primary delusional parasitosis treated with olanzapine. *Int Psychogeriatr*. 2007; 19(6): 1161–1168.
31. Morimoto K, Miyatake R, Nakamura M, Watanabe T, Hirao T, Suwaki H. Delusional disorder: molecular genetic evidence for dopamine psychosis. *Neuropsychopharmacology* 2002; 26(6): 794–801.
32. Ota M, Mizukami K, Katano T, Sato S, Takeda T, Asada T. A case of delusional disorder, somatic type with remarkable improvement of clinical symptoms and single photon emission computed tomography findings following modified electroconvulsive therapy. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27(5): 881–884.
33. Turkington D, Kington D, Weiden P. Cognitive-behaviour therapy for schizophrenia: a review. *Curr Opin Psychiatry* 2005; 18(2): 159–163.
40. O'Connor K, Stip E, Pelissier MC, et al. Treating delusional disorder: a comparison of cognitive-behavioural therapy and attention placebo control. *Can J Psychiatry* 2007; 52(3): 182–190.
41. Waller H, Emsley R, Freeman D, Bebbington P, Dunn G, Fowler D, Hardy A, Kuipers E, Garety P. Thinking Well: A randomised controlled feasibility study of a new CBT therapy targeting reasoning biases in people with distressing persecutory delusional beliefs. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2015; 48: 82–89.
42. Freeman D, Pugh K, Dunn G, Evans N, Sheaves B, Waite F, Černis E, Lister R, Fowler D. An early Phase II randomised controlled trial testing the effect on persecutory delusions of using CBT to reduce negative cognitions about the self: The potential benefits of enhancing self confidence. *Schizophr Res*. 2014; 160(1–3): 186–192.
43. Klingberg, S, Wittorf, A, Meisner, C, Wölwer, W, Wiedemann, G, Herrlich, J, Bechdorf, A, Müller, BW, Sartory, G, Wagner, M, Kircher, T, König, H-H, Engel, C and Buchkremer, G. Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: the POSITIVE study, a multicenter, prospective, single-blind, randomised controlled clinical trial. *Trials*. 2010; 11(3): 123.
44. Možný P, Španiel F, Rodríguez M, Horáček J, Praško J: KBT schizofrenie. In: Praško J, Možný P, Šlepecký M (eds): Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch. Triton, Praha 2007; 764–801.
45. Chadwick P, Lowe CF: The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1990; 58: 225–232.
46. Garety PA, Hemsley DR: Delusions. London: Psychology Press, 1994.
47. Kingdom D, Turkington D, Carolyn J. Cognitive behaviour therapy of schizophrenia: the amenability of delusions and hallucinations to reasoning. *Br J Psychiatr* 1994; 164: 581–587.
48. Kahraman B, Kraemer S: Cognitive behavioral psychotherapy of a schizophrenic patient with persistent auditory hallucinations. *Verhaltenstherapie* 2002; 12: 54–62.
49. Liberman RP. Recovery from Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation. Arlington VA. Amer Psychiatric Publishing Inc; 2008.



# „Já nemám problém, to vy jste blázni!“ aneb Jak komunikovat s pacientem bez náhledu na své duševní onemocnění

**MUDr. Barbora Mechúrová**

Psychiatrická nemocnice Bohnice

Komunikace s pacienty odmítajícími lékařskou péči a doporučenou medikaci je výzvou pro všechny zdravotníky i nezdravotnické pracovníky, kteří s duševně nemocnými pracují. Jednou z příčin nedostatečné adherence je absence náhledu na duševní onemocnění, tzv. anosognosie. Vhodnými komunikačními strategiemi lze posilovat motivaci pacienta k léčebnému postupu, stejně jako budovat důvěru mezi pacienty a zdravotníky, i přes absenci uvědomění si duševní poruchy. V následujícím textu představujeme základní principy komunikační techniky LEAP/4P, kterou lze efektivně uplatnit v rámci motivačních rozhovorů s duševně nemocnými, se zaměřením na její praktické využití.

**Klíčová slova:** duševní onemocnění, anosognosie, adherence, komunikace, LEAP/4P, motivační rozhovor.

**“I don't have a problem, you're the ones who are crazy!” How to communicate with a patient who is unaware of a mental health disorder**

Communication with patients refusing medical treatment represents a challenging task for all health-care professionals working with patients suffering from mental health disorders. Lack of insight, also known as anosognosia, is considered to be a significant factor contributing to nonadherence. Despite unawareness of one's mental health disorder, motivation to treatment as well as mutual trust between a patient and

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Barbora Mechúrová, barbora.mechurova@bohnice.cz  
Psychiatrická nemocnice Bohnice  
Ústavní 91, 181 02 Praha 8

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e2): e27–e32  
Článek přijat redakcí: 4. 3. 2021  
Článek přijat k publikaci: 8. 6. 2021



a health-care professional can be strengthened by using special communication strategies. In the article we summarize principles of the communication technique LEAP, which can be used in motivational interviews with mentally ill patients, with special focus on its practical application.

**Key words:** mental disorder, anosognosia, adherence, communication, LEAP, motivational interviewing.

## Úvod

V každodenní psychiatrické praxi se setkáváme s duševně nemocnými pacienty, kteří si nejsou vědomi svého onemocnění. Tento příznak, anosognosie, provází mnoho duševních poruch, nejvíce vyjádřen však bývá u onemocnění schizofrenního spektra (1). Anosognosii nelze popsat jako pouhý symptom duševního onemocnění, psychologický fenomén či důsledek neurobiologického poškození mozku. Anosognosie představuje multidimenzionální výsledek dynamického spolupůsobení těchto vlivů, které jsou navíc ovlivněny individuálními zkušenostmi jedince a dalšími kontextuálními faktory (2). Anosognosie je častou příčinou, proč tolik duševně nemocných lidí odmítá léčbu, nesouhlasí s hospitalizací či předčasně vysazuje doporučenou medikaci. Je známo, že téměř 75 % pacientů léčených pro paranoidní schizofrenii přeruší medikamentózní léčbu během prvních 18 měsíců od ukončení hospitalizace (3).

Není to však pouze úroveň náhledu na onemocnění, jež má signifikantní vliv na adherenci pacienta k léčbě. Spolupráce a farmakocompliance jsou rovněž ovlivněny pacientovým hodnocením zkušenosti s akutní hospitalizací (pozitivní vs. negativní zkušenost při přijetí k hospitalizaci, detenční hospitalizace, informovanost pacienta, přístup zdravotníků), stejně jako vztahy utvářené mezi pacientem a zdravotníky podílejícími se na léčebném procesu (4).

Vhodnými komunikačními strategiemi lze podpořit pacientovu adherenci k doporučené terapii, posilovat důvěru ve zdravotnický personál a pomoci mu porozumět důvodům vedoucím k hospitalizaci (5).

Klinický psycholog Dr. Xavier Amador na základě své osobní zkušenosti s bratrem trpícím paranoidní schizofrenií a své mnohaleté klinické zkušenosti na akutních psychiatrických odděleních vyvinul **komunikační metodu LEAP/4P** (*Listen – Empathize – Agree – Partner/Poslouchejte – Prožívejte s empatií – Pracujte na tom, na čem se shodnete – Pěstujte partnerství*), jež předkládá strategie pro komunikaci s pacienty postrádajícími náhled na své onemocnění.

Komunikační metoda LEAP/4P vychází z několika psychoterapeutických směrů. Obsahuje prvky přístupu zaměřeného na člověka, tzv. rogeriánské terapie (6, 7), kognitivně-behaviorální terapie (8, 9) a techniky motivačního rozhovoru (10). Výsledkem je soubor strategií, které napomáhají budování vzájemné důvěry s pacientem, umožňují nalezení společných terapeutických cílů a pomáhají pacientovi posilovat motivaci k následné léčbě (11).

Všechny své poznatky, včetně detailního popisu jednotlivých bodů komunikační metody LEAP/4P, shrnuje Dr. Xavier Amador ve své knize *Nic mi není! Pomoc nepotřebuju! (I am not sick, I don't need help!)* (11). V rámci tohoto článku se ve stručnosti zaměříme na nejdůležitější principy této techniky.

**Tab. 1.** Komunikační metoda LEAP/4P

Listen (Poslouchejte)  
 Empathize (Prožívejte s empatií)  
 Agree (Pracujte na tom, na čem se shodnete)  
 Partner (Pěstujte partnerství)

**LISTEN (Poslouchejte)**

Základem pro budování důvěrného vztahu lékaře a pacienta je tzv. reflektivní (zrcadlové) naslouchání. Při reflektivním naslouchání bez hodnocení a posuzování opakujeme věty, které pacient sděluje. Do svých odpovědí nevkládáme vlastní názory a nesnažíme se pacientovi jeho vnímání vyvracet. Kromě reflektování pacientových slov se můžeme ujistovat, zda jsme mu porozuměli správně, a doptávat se na další informace, které potřebujeme od pacienta získat (12).

*Pacient: Pronásleduje mě policie. Nevím, co jsem jim udělal, ale odposlouchávají všechny mé telefonáty a v celém bytě mám nainstalované kamery, aby mohli pozorovat, kdy odcházím z domu.*

*Zdravotník: Policie vám nainstalovala kamery do bytu a odposlouchává vaše telefonáty.*

*Pacient: Dělal jsem to už dlouho, musím si kvůli tomu půjčovat mobily od kamarádů a od rodiny. Pokaždé volám z jiného, takže mě nemůžou vystopovat.*

*Zdravotník: Takže jestli tomu správně rozumím, půjčujete si mobilní telefony od přátel a rodiny, protože ve vašem vlastním mobilu je odposlouchávací zařízení?*

*Pacient: Už není. Vyhodil jsem mobil z okna, takže jsem to zařízení zničil.*

*Zdravotník: Co dalšího jste udělal, abyste jim v pronásledování zabránil?*

Mnohdy máme tendenci být v reflektování bludných přesvědčení opatrní, protože se bojíme, že bychom mohli pacienta v jeho prožitcích

utvrdit. Jindy se obáváme, že po nás pacient bude požadovat něco, co nebudeme schopni splnit. V neposlední řadě se podvědomě vyhýbáme pacientovým otázkám typu: „*Takže mi věříte?*“ nebo „*Takže souhlasíte, že nejsem nemocný?*“

V případě, že takovou otázku od pacienta obdržíme, můžeme ji odklonit na co nejpozdější okamžik, kdy bude náš vzájemný vztah dostatečně pevný na to, aby pacient náš názor přijal a respektoval. Odklonit takovou otázku můžeme vícero způsoby (11):

*Př. 1: Rád vám na tuto otázku odpovím, ale pokud s tím souhlasíte, chtěl bych se ještě chvíli věnovat tomu, o čem jsme před okamžikem mluvili, protože to vnímám jako velmi důležité téma. Můžeme se k vaší otázce vrátit později?*

*Př. 2: Řeknu vám, co si myslím, ale rád bych ještě chvíli poslouchal, protože se od vás dozvídám spoustu důležitých věcí, které jsem dosud nevěděl. Než vám odpovím, pověděli byste mi prosím ještě něco o...?*

Jakmile cítíme, že je ten správný okamžik sdělit pacientovi svůj názor a začít s edukací o jeho poruše, volíme komunikační postup označovaný jako **3A/3O** (Apologize – Acknowledge fallibility – Agree to disagree/Omlouvám se – Omyl připouštím – Oba souhlasíme) (11).

*Zdravotník: Omlouvám se, jestli se vás to, co vám teď sdělím, nějakým způsobem dotkne nebo vás to zraní, i já se samozřejmě mohu mýlit, ale jistě se oba shodneme na tom, že se v tomto zkrátka neshodneme. Věřím však, že stejně jako já respektuji váš názor, můžete i vy respektovat ten můj. Ano, myslím si, že některé obavy, které popisujete, mohou být příznakem duševního onemocnění.*

Formulujeme-li odpověď dle výše uvedeného popisu, ačkoliv s ní pacient nemusí v daném okamžiku souhlasit nebo se jí může bránit, dáváme mu najevo, že jej respektujeme, záleží nám na něm a bereme jej jako sobě rovného partnera (11).

**Tab. 2.** Sdělení vlastního názoru technikou 3A/3O

Omlouvám se	<i>„<u>Omlouvám se</u>, jestli se vás to, co vám teď sdělím, nějakým způsobem dotkne nebo vás to zraní...“</i>
Omyl připouštím	<i>...i já se samozřejmě <u>mohu mýlit</u>...</i>
Oba souhlasíme	<i>...ale jistě se <u>oba shodneme</u> na tom, že se v tomto neshodneme.“</i>

**EMPATHIZE (Prožívejte s empatií)**

Budování vzájemné důvěry můžeme posilovat, kromě reflektování pacientových slov, rovněž reflexí jeho emocí a pocitů. Vyjádříme-li empatii s tím, co pacient prožívá, dáváme mu najevo svou účast, zájem a pochopení (11).

*Př. 1: Když jste zažíval, že vás policie sleduje, nejspíš jste cítil velký strach a nejistotu.*

*Př. 2: Říkám si, že jste asi hodně rozzlobený, když vás přivezli do nemocnice proti vaší vůli.*

*Př. 3: Chápu, že je to pro vás těžké, když si vaši rodiče myslí, že jste blázen.*

Obzvláště důležité je vyjádření empatie s bludnými přesvědčeními pacienta, s jeho názorem, že není nemocný, s pochybnostmi o nabízené léčbě a přáním vyhnout se jí. Velkou podporu pacientovi vyjádříme, pokud „normalizujeme“ jeho zkušenost a dáme mu najevo, že bychom se na jeho místě s největší pravděpodobností cítili obdobně (11).

*Př. 1: Rozumím tomu, že se vám nechce léky užívat. Pokud bych si myslel, že nejsem nemocný a žádnou pomoc nepotřebuji, taky bych léky pravděpodobně odmítal.*

Mnoho zdravotníků jistě namítne, že tímto způsobem pacienta utvrdí v jeho přesvědčení, že „léky jsou špatné“ a „užívat je nebude“, opak je však

pravdou. Pokud poskytujeme pacientovi emoční podporu a vyjadřujeme přijetí a porozumění, pokud pokládáme otevřené otázky a aktivně nasloucháme, posilujeme vzájemný vztah a pacientovu důvěru v náš úsudek. Takový pacient bude následně otevřenější vyslechnout si náš názor, přijmout náš pohled a společně pracovat na tématech, na nichž se shodneme (13).

**AGREE (Pracujte na tom, na čem se shodnete)**

Aby pacient přijal navrhovanou léčbu, není nutně zapotřebí, aby akceptoval svou psychiatrickou diagnózu. Pro jeho adherenci k léčbě postačí nalezení témat, která pacienta trápí nebo tíží, a která sama o sobě mohou být společným terapeutickým cílem (nespavost, pocity strachu, hádky s rodiči kvůli odmítání medikace). Dokonce i pacienti, kteří referují, že žádný problém nemají, si zároveň přejí, aby se do nemocnice už vícrát nevraceli (11).

Během rozhovorů podrobněji rozebíráme pouze obtíže, které pacient sám vnímá. Pomocí nenásilných otázek můžeme pacientovi pomáhat v uvědomění si problémů, které do této chvíle nepozoroval, nesnažíme se však na ně poukazovat napřímo (11).

*Zdravotník: Slyším, že říkáte, že žádné problémy nemáte. Zároveň si ale vzpomínám, že sanitku zavolala vaše žena. Myslíte si, že tedy ona pozorovala nějaké změny ve vašem chování nebo přemýšlení, které ji vedly k tomu, aby ji zavolala?*

*Pacient: To nevím, tak asi jo, když jsem podle ní takový cvok, že musím být zavřený v blázinci.*

*Zdravotník: A kdyby tady teď byla vaše žena s námi a mohli jsme se jí zeptat, jakých změn si u vás všimla, co by nám odpověděla?*



*Pacient: Asi by řekla, že jsem se choval divně.*

Hledáme společně výhody a nevýhody léčby, podporujeme pacienta v přemýšlení nad tím, jaká pozitiva mu může léčba přinést. Přínosy léčby, které pacient identifikuje, pak často připomínáme, vracíme se k nim a zdůrazňujeme je (11).

Pokud s pacientem v něčem nesouhlasíme, využíváme techniku 3A/3O popsanou výše a shodujeme se společně na tom, že se v některých názorech rozcházíme. Připomínáme však, že ani rozdílné názory nebrání tomu, abychom mohli společně hledat cesty k řešení jeho problémů (11).

## **PARTNER (Pěstujte partnerství)**

Pro každého pacienta je důležité vědomí, že na jeho názoru záleží, o pacientovy pohledy je zapotřebí se aktivně zajímat a snažit se jim porozumět. Jen tak můžeme nalézt optimální způsob, jak pacientovi pomoci i přes absenci náhledu na jeho onemocnění (11).

*Zdravotník: Říkáte, že léky jsou zlo a že vám nedělají dobře. V čem konkrétně vám léky nevyhovují?*

Svůj neopomenutelný význam má podpora pacientů v přebírání zodpovědnosti za své zdraví a spolupodílení se na léčebném postupu. Nezapomínejme, že je to právě pacient, který bude mít po odchodu z hospitalizace nebo ambulance svou léčbu plně ve vlastních rukách.

*Zdravotník: Jakmile odejdete domů, bude záležet zcela na vás, zda budete léky pravidelně užívat. Pokud se rozhodnete medikaci vysadit, je to samozřejmě vaše rozhodnutí a já mu nemohu nijak bránit. Myslím si však, že pravidelné užívání léků by vám mohlo pomoci naplnit vaše přání, abyste se do nemocnice nemusela vracet.*

## **Diskuze**

Komunikace podle výše uvedených principů reflektuje partnerský přístup, pacient se cítí být slyšen, dostává se mu porozumění, vnímá, že jeho názor je respektován. Přirozeným důsledkem je posilování vzájemné důvěry a větší otevřenost pacienta k přijetí námi navrhaných léčebných postupů. Nevýhodou této techniky je obtížná využitelnost v nejakutnější fázi léčby, zejména v péči o neklidné, agitované a agresivní pacienty. Tyto stavy vyžadují použití deeskalačních metod a neposkytují dostatek prostoru a času na a hledání společných terapeutických cílů.

Ačkoliv v dosavadní literatuře nacházíme četné studie zabývající se efektivitou vedení motivačního rozhovoru (14, 15), z jehož prvků Dr. Amador při tvorbě techniky LEAP/4P vycházel, existuje pouze omezené množství publikací analyzujících přínosy techniky samotné. Dostupná evidence potvrzuje pozitivní vliv komunikační techniky LEAP/4P na compliance pacienta, zlepšení jeho náhledu na duševní onemocnění, ovlivnění pacientova přístupu k léčebnému procesu a podporu jeho motivace ke změně (5). Studie předkládají možnost aplikace uvedených komunikačních strategií během ústavní, stejně jako ambulantní péče, dokládají úspěšné využití techniky při motivaci pacientů k převedení antipsychotické medikace do depotní formy a následné adherenci k tomuto léčebnému postupu (16). Z dostupných zdrojů není zřejmé, zda jsou výše uvedené postupy stejně efektivní v průběhu akutní fáze onemocnění stejně jako v případě chronických pacientů.

## **Závěr**

Pro usnadnění komunikace s duševně nemocnými pacienty bez náhledu na onemocnění lze využít komunikační techniky LEAP/4P, jejímž



cílem je budování terapeutické aliance mezi zdravotníkem a pacientem, poskytnutí emoční podpory a porozumění, nalezení společných terapeutických cílů, motivace pacienta ke spolupodílení se na léčebném procesu, motivace k přijetí nabízené léčby a zvýšení jeho adherence. Podobně jako každá komunikační technika i metoda LEAP/4P je efektivní jen do té míry, jak dovedně se jí naučíme používat. Při prvních pokusech

o komunikaci dle výše zmíněných principů můžeme intenzivně pociťovat dříve naučené komunikační vzorce. Jako každou komunikační metodu i techniku LEAP/4P je však možno každodenní praxí trénovat a postupem času docenit, jaká pozitiva přináší pro vzájemný terapeutický vztah, ale především pro léčebný proces tvořící cestu k obnovení duševního zdraví našich pacientů.

## LITERATURA

1. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51(10): 826–836. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950100074007.
2. Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2019; 45(2): 277–283. doi:10.1093/schbul/sby092.
3. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med.* 2005; 353(12): 1209–1223. doi:10.1056/NEJMoa051688.
4. Day JC, Bentall RP, Roberts C, et al. Attitudes Toward Antipsychotic Medication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(7): 717. doi:10.1001/archpsyc.62.7.717.
5. Paillot C, Goetz R, Amador X. Double Blind, Randomized, Controlled Study of a Psychotherapy [LEAP] Designed to Improve Motivation for Change, Insight into Schizophrenia and Adherence to Medication. *Schizophr Bull.* 2009; 35(1): 343.
6. Rogers CR. Studies in client-centered psychotherapy III: the case of Mrs. Oak—a research analysis. *Psychol Serv Cent J.* 1951; 3(1–2): 47–165.
7. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol.* 1957; 21(2): 95–103. doi:10.1037/h0045357.
8. Beck AT, Weissman A, Kovacs M. Alcoholism, hopelessness and suicidal behavior. *J Stud Alcohol.* 1976; 37(1): 66–77. doi:10.15288/jsa.1976.37.66.
9. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression.* Guilford Press; 1979.
10. Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior.* The Guilford Press; 1991.
11. Xavier A. *No I am Not Sick, I Don't Need Help!: How to Help Someone With Mental Illness Accept Treatment*. New York Vida Press. Published online 2012.
12. Rogers CR, Farson RE. *Active Listening.* Martino Fine Books; 2015.
13. Dobber J, Latour C, de Haan L, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: A qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1). doi:10.1186/s12888-018-1724-9.
14. Chien WT, Mui JHC, Cheung EFC, Gray R. Effects of motivational interviewing-based adherence therapy for schizophrenia spectrum disorders: A randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16(1): 1–14. doi:10.1186/s13063-015-0785-z.
15. Dobber J, Latour C, de Haan L, et al. Medication adherence in patients with schizophrenia: A qualitative study of the patient process in motivational interviewing. *BMC Psychiatry.* 2018; 18(1): 1–10. doi:10.1186/s12888-018-1724-9.
16. Lasser RA, Schooler NR, Kujawa M, Docherty J, Weiden P. A New Psychosocial Tool for Gaining Patient Understanding and Acceptance of Long-acting Injectable Antipsychotic Therapy. *Psychiatry (Edgmont).* 2009; 6(4): 22–27. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19724728>.



# Variace klinického obrazu OCD při léčbě (nejen) psychofarmaky

**MUDr. Kamila Minaříková, prof. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.**

Klinika Psychiatrie FNOL, LF UP Olomouc

Tuto kazuistiku předkládáme čtenářům, abychom upozornili na správnost volby psychofarmaka při léčbě závažné obsedantně kompulzivní poruchy (OCD) a na možné obtíže v diferenciálně diagnostické rozvaze mezi OCD a různými typy schizofrenie. Dále se zamýšlíme nad možností vzniku či zhoršení obsedantních příznaků v souvislosti se streptokokovou infekcí. Pojem pediatrické autoimunitní neuropsychiatrické poruchy spojené se streptokokovými infekcemi (PANDAS) je dobře popsán v pediatrii. Týká se dětí s náhlým nástupem tiků a/nebo obsedantně-kompulzivních symptomů spojených s nedávnou infekcí beta-hemolytickou streptokokovou infekcí skupiny A (1). Pacienti se streptokokovou infekcí často vykazují příznaky OCD spolu s dalšími poruchami chování. Úspěšné přeléčení příslušným antibiotikem vede, mimo jiné, k následné redukci OCD příznaků (1). Zamýšleli jsme se, zda se u naší pacientky OCD příznaky také nezhoršily vlivem infekce, kterou prodělala na oddělení.

**Klíčová slova:** obsesivně kompulzivní porucha, OCD, PANDAS, antibiotika, indukovaná porucha, diferenciální diagnostika.

## Variations of the clinical presentation of OCD during (not only) psychopharmacological treatment

We present this case report to point out the importance of the correct choice of psychopharmaceuticals in the treatment of severe obsessive compulsive disorder (OCD) and the possible complications in the differential diagnosis between OCD and various types of schizophrenia. We also consider the possibility of the occurrence or worsening of obsessive symptoms in connection with streptococcal infection. The concept of pediatric autoimmune neuropsychiatric disorder associated with streptococcal infections (PANDAS) is well documented in pediatrics. It occurs in children with sudden onset of tics and/or obsessive-compulsive symptoms associated with recent beta-hemolytic streptococcal infection

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Kamila Minaříková, Kamila.Minarikova@fnol.cz

Klinika Psychiatrie FN OL, LF UP Olomouc

I. P. Pavlova 6, 779 00 Olomouc

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e2): e33–e36

Článek přijat redakcí: 15. 3. 2021

Článek přijat k publikaci: 11. 6. 2021



of the group A (1). Patients with streptococcal infection often show symptoms of OCD along with other behavioral disorders. Successful treatment with an appropriate antibiotic leads, among other things, to a subsequent reduction in OCD symptoms (1). We speculated whether our patient's OCD symptoms were also aggravated due to an infection she suffered from in the ward.

**Key words:** obsessive compulsive disorder, OCD, PANDAS, antibiotics, induced disorder, differential diagnosis.

V naší kazuistice se jednalo o subtilní 19letou dívku, s lehce subnormním intelektem, s hmotností 42 kg, s negativní rodinnou psychiatrickou anamnézou.

Psychiatrická anamnéza: Pacientka první hospitalizaci absolvovala v 15 letech, na dětském oddělení psychiatrické léčebny. Byla propuštěna s diagnózou obsedantně-kompulzivní porucha – převážně nutkavé činy (nutkavé rituály). Dominoval u ní strach ze špíny a s tím související kompulzivní mytí a celkový odpor ke „znečištěným“ předmětům. Psychologickým vyšetřením byly dále popsány nezralé rysy osobnosti, sklony k infantilismu a mírně podprůměrný intelekt. Léčena byla 100 mg sertralinu denně s dobrým efektem. Ve zlepšeném stavu byla propuštěna do ambulantní léčby, ve které pokračovala až do svých 18 let.

Poté došlo k postupnému zhoršování psychického stavu. Dle rodiny pacientky zhoršení nastalo zejména potom, co se přestěhovala ke svému příteli. Opakovaně se objevovaly vtíravé myšlenky s agresivním obsahem.

Navzdory ambulantnímu navýšení dávek sertralinu pacientka nebyla schopna pokračovat ve studiu střední školy. Bylo přistoupeno k druhé hospitalizaci, tentokrát na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Z dokumentace je patrné, že pro vážnou asociaci, narušenou emotivitu, ambivalence a osobnostní akcentaci (*kritéria 4A dle Blauera*) bylo diagnosticky zvažováno plíživě se rozvíjející psychotické onemocnění. Zobrazovacími metodami byl vyloučen organický původ obtíží. Byla zahájena antipsychotická terapie olanzapinem v dávce 10 miligramů v jedné večerní dávce.

Nicméně pacientka byla následně propuštěna na základně negativního reverzu, bez dosažení znatelné úlevy.

V ambulantních podmínkách se stav nedařilo udržet. Pacientka byla brzy přijata k celkově třetí hospitalizaci, znovu na uzavřené oddělení. Navzdory navýšené medikaci olanzapinem stále nedocházelo ke zlepšení. Výrazné zhoršení OCD symptomatiky nastalo při nespecifickém infektu. Pro průjmovitou stolicí a elevací zánětlivých parametrů byla došetřována pro infekční fokusy včetně kultivace, avšak konkrétní patogen nebyl nalezen.

Vzhledem k přetrvávající elevaci zánětlivých parametrů pacientka vystřídala kombinaci perorálních a intravenózních ATB (ciprofloxacin, cefotaxim). Následně se dostavilo zlepšení tělesné i psychické kondice (ústup průjmů a zmírnění vtíravých myšlenek) trvajících 10 dní.

Následně opět přichází postupné zhoršení – zpomalení psychomotorického tempa, neproduktivnímu myšlení, flekční postavení končetin, celkové zhoršení sebed péče. Postupnou titrací byla převedena na léčbu klozapinem v konečné dávce 100 mg denně. Dále byla léčena kyselinou valproovou pro záchyt nespecifické paroxysmální aktivity na EEG.

Psychický stav se přesto nepodařilo významněji ovlivnit. Ze třetí hospitalizace byla opět propuštěna oproti podpisu negativního reverzu.

Ambulantně pokračovala na medikaci klozapin 100 mg denně, 600 mg kyseliny valproové denně (avšak paroxysmální aktivita kontrolně neprokázána) a 15 mg Diazepamu rozdělených do třech denních dávek.



Měsíc nato přichází na Psychiatrickou kliniku FNOL. V parere ambulantního psychiatra je popsán objektivní nálezn: hypomimie, rigidní pohyby imponující jako extrapyramidový syndrom, dysartrie, zvýšená salivace, neklid, nesoběstačnost, nutnost užívat plenkové kalhotky. Diagnosticky vedena jako OCD, avšak psychotické onemocnění nebylo nikdy zcela vyloučeno.

Pacientka byla přijata na uzavřené oddělení PK FNOL ke své celkově čtvrté psychiatrické hospitalizaci.

Nejprve jsme přistoupili k revizi osobní anamnézy a upřesnění základní diagnózy. Zejména jsme se zaměřili na poslední hospitalizace, za kterých bylo zvažováno psychotické onemocnění – schizofrenie, suspektně katatonní forma. K této úvaze vedlo zejména bizarní myšlení a chování pacientky a stupňující se obsese s obsahem paranoidity, agresivity.

Pro výskyt komorbidního OCD a schizofrenie existuje evidence. Například dle longitudinální studie na švédské populaci pacienti s OCD mají až 12x častější komorbiditu schizofrenie než populace bez OCD. Riziko pozdějšího rozvinutí schizofrenie u pacientů s již diagnostikovaným OCD bylo 3x vyšší.

Pacientčino myšlení ale při bližší exploraci neodpovídá obrazu, který bývá pozorován u pacientů s komorbiditou schizofrenie a OCD (obsese jsou ego-dystonní s různým obsahem, pacientka si uvědomuje jejich nepatřičnost, rituály jsou za účelem úlevy od tenze, a nikoliv k naplňování bludných přesvědčení) (3). Navíc, podávání antipsychotik nevedlo ke zlepšení. Tyto subjektivně nepříjemné myšlenky tedy nepokládáme za paranoidní bludnou produkci, ale za obsese. Kolísavou emotivitu pacientky lze přiřknout úzkosti a tenzi, která narůstá se zhoršením obsesí. Osobnostní rysy mohou souviset se základní diagnózou OCD a subnormním intelektem. I chování pacientky za hospitalizace vykazuje sklony ke kompulzím – pozorujeme rituály (extenzivní umývání, kontrola nábytku), tendence k ujišťování se. Diagnostickou

nejistotu vyvolává zejména výrazné zpomalení, hypoaktivita pacientky a dlouhé setrvávání v jedné poloze (např. leží na posteli s rukama napřaženými před sebe) a podobně. V literatuře byly však i u OCD popsány formy „primární obsesivní zpomalenosti“ nebo také „katatonní formy OCD“ (4). Proto se přikláníme k diagnóze OCD bez komorbidní psychotické poruchy.

Zhoršení OCD symptomatiky až ke katatonnímu obrazu mohla dále potencovat i medikace. Mezi léčiva, u kterých byla pozorovaná zvýšená míra indukce nebo zhoršení obsedantně-kompulzivní problematiky, patří některá antipsychotika 2. generace (např. klozapin, olanzapin a další). Zejména u klozapinu se udává vznik nebo zhoršení již přítomných obsedantních příznaků až u 70–89 % léčených pacientů (5). V anamnéze pacientky lze najít i časovou souvislost mezi navyšováním olanzapinu, potažmo klozapinu, a zhoršováním katatonní symptomatiky.

V úvodu hospitalizace jsme tedy přistoupili ke změně medikace – zejména vysazení klozapinu, u kterého předpokládáme přispívání k obsedantně-kompulzivní symptomatice a nadměrnému útlumu pacientky. V medikaci jsme ponechali antidepressivum a benzodiazepiny. Vzhledem k předchozímu selhání SSRI byl zvolen klomipramin (jeho užití je doporučeno u rezistentních forem OCD) (6). Zlepšení jsme pozorovali v nižším útlumu pacientky, ústupu bizarního chování a strnulosti, nicméně přetrvává problematika obtěžujících obsesivních myšlenek. Sebepéče pacientky stále vážne, vlivem rituálů a regresivního chování. Je potřeba poskytovat pomoc při všech běžných denních činnostech.

Následně pacientka hlásí bolesti v krku v oblasti tonzil a neproduktivní kašel. V objektivním nálezu se objevuje subfebrilie, při vyšetření hrdla je patrné zarudnutí sliznic.

Vyslovili jsme suspekci na možný syndrom PANDAS, i při vědomí toho, že se jedná o syndrom vyskytující se u menších dětí. Cílená kultivace



stěrů z nosohltanu prokázala přítomnost bakterie *Staphylococcus aureus* s dobrou citlivostí na ATB a naše hypotéza o streptokokové infekci tak nebyla potvrzena.

Dle doporučení antibiotického centra byla provedena léčba klindamycinem. Po ATB terapii jsme zaznamenali výrazné zlepšení. Pacientka sděluje úlevu od obsesivních myšlenek, již je schopna základní sebek péče, rituály ustupují na minimum.

Pacientka je po 4 týdnech hospitalizace dále směřována k ambulantní péči. Ponecháváme diagnózu OCD a léčbu kombinací klomipramin 150 miligramů v ranní a večerní dávce s augmentací nízkou dávkou risperidonu 2 mg pro die (7), diazepam 15 miligramů pro die k postupnému vysazení.

Předpokládáme, že k současnému terapeutickému úspěchu vedlo několik faktorů. Prvním bylo vysazení antipsychotik, zejména klopazinu, o kterém se domníváme, že pravděpodobně zhoršil obsedantně-kompulzivní symptomatiku, přispíval k útlumu a rigiditě.

## LITERATURA

1. Farhood Z, AA, Discolo CM. PANDAS: A systematic review of treatment options. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2016; 89: 149–153. doi: 10.1016/j.ijporl.2016.08.008. Epub 2016 Aug 12. PMID: 27619047.
2. Cederlöf M, Lichtenstein P, Larsson H, et al. Obsessive – compulsive disorder, psychosis, and bipolarity: a longitudinal cohort and multigenerational family study. *Schizophr Bull.* 2015; 41:
3. Bottas A, Cooke RG, Richter MA. Comorbidity and pathophysiology of obsessive – compulsive disorder in schizophrenia: is there evidence for a schizo -obsessive subtype of schizophrenia? *J Psychiatry Neurosci JPN.* 2005; 30: 187–193.
4. Ganos C, Kassavetis P, Cerdan M, et al. Revisiting the Syndrome of „Obsessional Slowness“. *Mov Disord Clin Pract.* 2015; 2: 163–169.
5. Zink M. Comorbid Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: Insight into Pathomechanisms Facilitates Treatment. *Adv Med.* 2014; 2014: 317980. doi:10.1155/2014/317980.
6. Fenske JN, Petersen K. Obsessive-Compulsive Disorder: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2015; 92(10): 896–903. PMID: 26554283.
7. Del Casale A, Sorice S, Padovano A, Simmaco M, Ferracuti S, Lamis DA, Rapinesi C, Sani G, Girardi

Za povšimnutí dále stojí objektivní zlepšení po antibiotické léčbě (které bylo pozorováno již za předchozí hospitalizace). Nejednalo se sice o streptokoky, jako v případě PANDAS, ale existují i další důkazy o tom, že ATB terapie může být u některých projevů OCD užitečná (1, 8). Podobná spojitost jako při PANDAS byla popsána i u dospělých v souvislosti s revmatickou horečkou, rovněž asociovanou se streptokoky (9). Zlepšení po ATB léčbě bylo pozorováno i u pacientů se zhoršením OCD symptomatiky u lymfské boreliózy (11). Za zmínku stojí také studie, kde autoři chtěli využít potenciálu modulace glutamátových receptorů u antibiotika minocyclin (ze skupiny tetracyklinů) v léčbě OCD (10). Nálezy napovídají tomu, že imunopatologické mechanismy indukce obsesivních příznaků jsou komplikované a vyžadují další prozkoumání. Ale v budoucnu by teoreticky mohly objasnit pozorované zlepšení OCD po ATB léčbě. V současné době je celková evidence nedostatečná k tomu, aby se ATB terapie (která má řadu vlastních rizik) u pacientů s OCD rutinně podávala. Další výzkum OCD v souvislosti s infekcemi a jejich léčbou by mohl být přínosným i pro klinickou praxi.

P, Kotzalidis GD, Pompili M. Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol.* 2019; 17(8): 710–736. doi: 10.2174/1570159X16666180813155017. PMID: 30101713; PMCID: PMC7059159.

8. Sagra S, Hesselmark E, Bejerot S. Treatment of PANDAS and PANS: a systematic review. *Neurosci Biobehav Rev.* 2018; 86: 51–65. doi: 10.1016/j.neubiorev.2018.01.001. Epub 2018 Jan 6. PMID: 29309797.

9. Teixeira AL, Rodrigues DH, Marques AH, Miguel EC, Fontenelle LF. Searching for the Immune Basis of Obsessive-Compulsive Disorder. *Neuroimmunomodulation* 2014; 21: 152–158. doi: 10.1159/000356554.

10. Rodriguez CI, Bender J Jr, Marcus SM, Snape M, Rynn M, Simpson HB. Minocycline augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder: an open-label trial. *J Clin Psychiatry.* 2010; 71(9): 1247–1249. doi:10.4088/JCP.09l05805blu.

11. Johnco C, Kugler BB, Murphy TK, Storch EA. Obsessive-compulsive symptoms in adults with Lyme disease. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018; 51: 85–89. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2018.01.009. Epub 2018 Jan 31. PMID: 29408088.



# Multidisciplinární přístup a jeho význam pro duševní zdraví dětí a mládeže nejen u poruch příjmu potravy

**Mgr. Eva Slezáková, PhDr. Ing. Jana Sladká Ševčíková**

Centrum Anabell, z. ú., Brno

Příspěvek popisuje zkušenosti Centra Anabell, z. ú. (dále také jen jako „Anabell“) s multidisciplinárním přístupem při práci s rodinami s dětmi s poruchou příjmu potravy a dalšími duševními obtížemi. Popisuje principy a zásady uplatňované v multidisciplinární spolupráci a seznamuje s nastavenou a užívanou metodologií. Závěrem shrnuje dosavadní poznatky o přínosu tohoto přístupu, který má pozitivní dopad na duševní zdraví dětí a funkční nastavení a fungování rodinného celku.

**Klíčová slova:** multidisciplinární přístup, rodina, duševní zdraví.

## Multidisciplinary approach and its importance for the mental health of children and adolescents not only in eating disorder

The contribution deals and describes the experience of Anabell Center (bellow just „Anabell“) with a multidisciplinary approach to work with families having children suffering from eating disorders and other mental problems. It describes principles and values used in the multidisciplinary collaboration and lists with an implemented and used methodology. Finally it concludes the existing knowledge of benefits of this approach, that has a positive impact on the mental health and functional settings and operation of a family unit.

**Key words:** multidisciplinary approach, family, mental health.

---

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Mgr. Eva Slezáková, eva.slezakova@anabell.cz  
Centrum Anabell, z. ú.  
Masarykova 506/37, 625 00 Brno

Cit. zkr: Psychiatr. praxi 2021; 22(e2): e37–e40



Multidisciplinární přístup, multidisciplinarita, setkání odborníků okolo klienta, případové setkání. Termíny, které v posledních letech převažují při popisu práce s klientem v sociálních i ve zdravotních službách. Ať už se v praxi rozhodneme pro výběr kteréhokoliv názvu, podstatný je princip práce, který je v nich uplatňován, což je společné setkávání odborníků a klienta v jednom čase na jednom místě se záměrem podpořit klienta v jeho soběstačnosti, ve vlastním zvládnutí obtíží a pomoci mu v jeho nepříznivé situaci.

V Anabell, kde pracujeme s klienty s poruchami příjmu potravy, s rodinami s dětmi s poruchou příjmu potravy a s rodinami s dětmi s jinými duševními obtížemi, je multidisciplinární přístup elementární zásadou práce a řídíme se při ní následujícími principy: *principem dialogismu*<sup>1</sup>, *principem recovery*<sup>2</sup>, *principem posilování resilience*<sup>3</sup> a *zkompetentňování klientů*<sup>4</sup> (1, 2, 3, 4).

Důvod uplatňovat při podpoře rodin s dětmi s různými duševními obtížemi multidisciplinární přístup je dán především multifaktoriální etiologií vzniku duševních onemocnění. Problém či potíž není soliterním prvkem jen v oblasti fyzického a psychického zdraví, ale výrazně ovlivňuje, a mnohdy je zde primárně zachyceno také sociální fungování jedince. V momentě, kdy je dítě ohrožováno na duševním zdraví a objevují se první symptomy, začíná být ohrožena kvalita života dítěte a celé rodiny v kom-

plexním aspektu. U poruch příjmu potravy se uvádí, že až v 50 % případů nemocných dochází k relapsu nemoci, 5–10 % případů diagnostikované mentální anorexie končí fatálně v důsledku srdečního selhání, malnutrice a sebevraždy (6). To je další důvod, proč poskytovat multidisciplinární péči. Vedle výše zmíněného nesmí být opomenut ani aspekt časnosti a dostupnosti podpory. Včasná detekce duševních onemocnění je vždy velmi zásadní pro celkovou budoucí prognózu onemocnění a kvalitu života osoby, u které se duševní onemocnění projevilo. O to zásadnější je včasná detekce takového onemocnění u osob dětského věku, kdy prodleva mezi prvotními projevy duševních obtíží a poskytnutou odbornou intervencí může vést k nepříznivému a závažnému rozvoji symptomů, k prohlubování nepříznivě sociální situace dítěte projevující se v jeho harmonickém vývoji. Může a často má dopad na fungování celého rodinného systému, spirála nežádoucích dějů se tím uzavírá a může mít za následek celkové ohrožení dítěte. Zkušenosti zahraničních programů včasné detekce ukazují, že takové služby mají příznivý vliv na snižování závažnosti příznaků, rizika relapsu, počtu hospitalizací, míry sebevraždnosti (5).

Multidisciplinarita neznamena jen úzkou spolupraci a propojení sociálního a zdravotnického resortu při práci s klienty s duševními obtížemi, byt jde o jeden ze zásadních kroků, na kterém staví i probíhající reforma péče o duševní zdraví. Multidisciplinarita není ani intervizní setkání sociálního pracovníka, psychologa, nutričního terapeuta, speciálního pedagoga, kdy společně sdílí informace o svém společném klientovi. Byt i takové setkání má u nás v Anabell svůj pevný bod, který posiluje efektivitu práce s klientem, nazýváme ho však mezioborovým setkáním. **Multidisciplinarita znamená úzkou, funkční spolupraci a aktivní participaci všech těch, kteří svou profesí či blízkostí k osobě s poruchou příjmu potravy či jinou**

1. Tento princip je založen na hledání společného jazyka nejen v síti klienta, ale i směrem k odborníkům.

2. Zotavení. Jde o „hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí“.

3. Odolnost, schopnost vzdorovat nepříznivým silám, zvládat nepříznivé situace a překonávat krize.

4. Zplnomocňování klientů v jejich životních rolích.



**duševní obtíží jsou pro něj užiteční a důležití, všichni společně hledají cesty k řešení a řídí se společnými zásadami. Těmi jsou:**

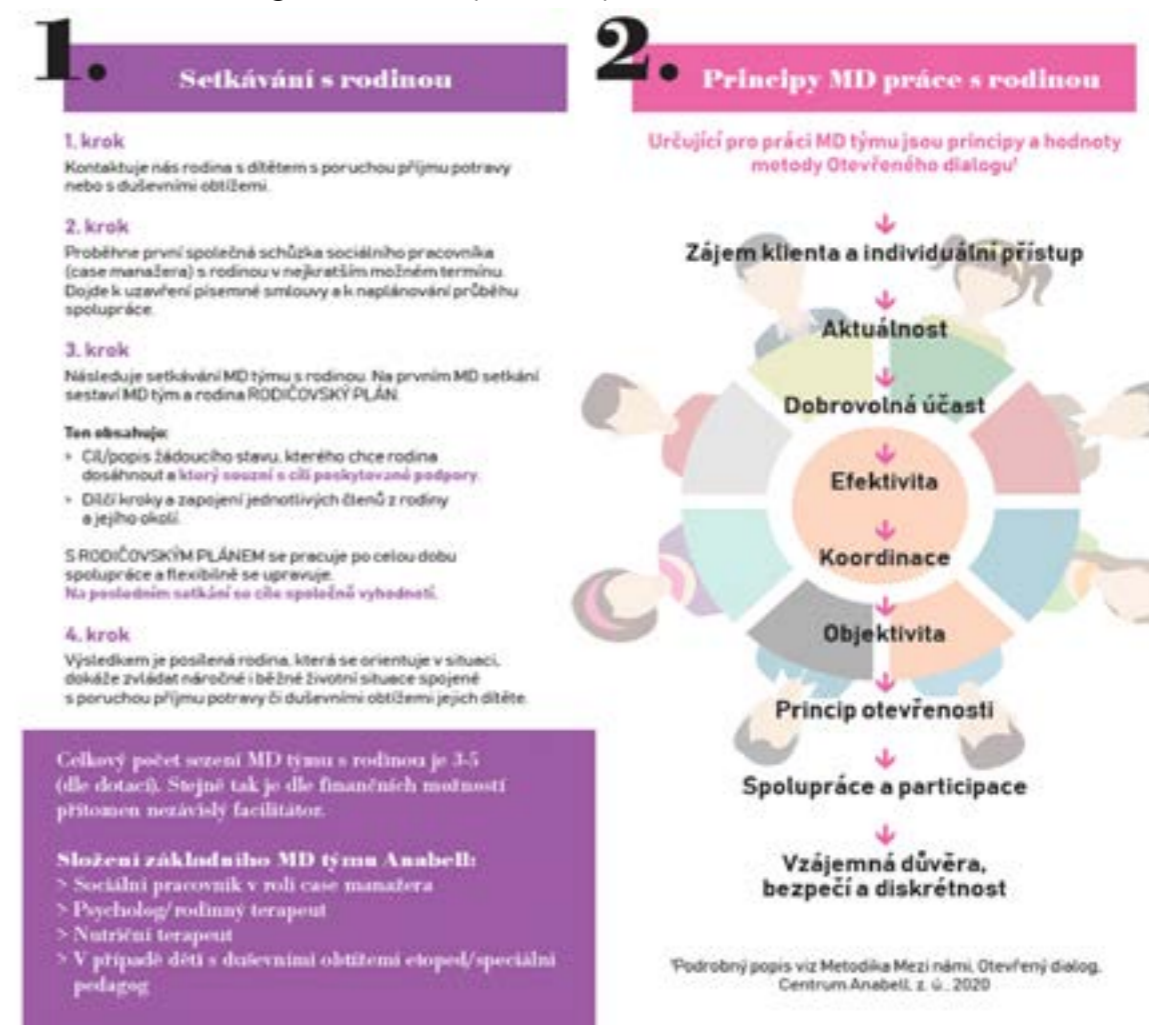
- Aktivní účast/zapojení rodiny dítěte.
- Individuální přístup.
- Vzájemný respekt.
- Jedinečnost, důležitost a nezastupitelnost jednotlivých účastníků sezení.
- Podpora rodiny v tom, co se jim už daří, posilování toho a hledání nových zdrojů, jak si nadále pomoci (zplnomocňování).

Jak se to celé děje v praxi, je vyobrazeno na následujícím obrázku 1.

Uvedli jsme, že podstatou multidisciplinárního přístupu je setkávání se v jednom čase na jednom místě, přesto nemusí být podpora klienta jen v této formě. Jednotliví členové multidisciplinárního týmu mohou pracovat a pracují s klientem i v rámci individuálních konzultací. Jejich prostřednictvím posilují práci multidisciplinárního týmu, cíleně se zaměřují na oblasti své odbornosti, v nichž klient potřebuje podpořit, osvojit si dovednosti a posunout se do fáze samostatnosti. Zásadní je, že se to děje po předchozím multidisciplinárním setkání a po vytvoření tzv. Rodičovského plánu, který v sobě odráží akutnost a potřebnost rozsahu a formy podpory, specifika služby a dotýká se všech zapojených.

Rodiny, které k nám do Anabell dochází, prožívají obdobné skutečnosti, jež se významně promítají do fungování rodiny. Při cíleném monitoringu toho, s čím rodiny do podpory vstupují a s čím po jejím ukončení odcházejí, jsme získali zajímavá fakta. Při mapování fungování členů uvnitř rodiny byl viditelný opakující se trend, a tím je výrazná **pracovní přetíženost rodičů**,

**Obr. 1.** Metodologie multidisciplinární práce v Anabell



**minimum společně stráveného času, nedostatečná a povrchní komunikace, okleštěná na sdělování provozních informací**, nikoli prožitků a vzájemných potřeb, **značná psychická zátěž rodičů**, především matek, která často vede až k selhávání v rodičovské roli. V mnohých rodinách se opakoval scénář a spouštěč onemocnění poruchy příjmu potravy, **vysoké sportovní vypětí dítěte** (balet, atletika, tanec aj.), **perfekcionismus a závislost na cvičení** či posilování (ideálně denně). U některých dětí se



objevovalo **sebepoškozování** (zpravidla spojeno s vyhrocenými vztahy v rodině). V rodinách se ukazovala častá absence rituálů, členové rodiny se spolu nestravovali, a to mnohdy ani o víkendu. Vzhledem k tomu, že cca 30% rodin bylo rozvedených, opakovaně se ukazovala vysoká potřeba dítěte vidět nerezidentního rodiče (zpravidla otce, který měl často druhou rodinu). Ve 100% těchto monitorovaných rodin došlo za dobu podpory ke **zlepšení komunikace** a otevřenosti. **Komunikace** se od nastavování pravidel a hlídání dítěte posunula do roviny **vzájemného sdílení a povídání si**. U všech rodin byla podpořena **vzájemná důvěra a aktivní zapojení dítěte** do řešení situace. U většiny rodin jednotliví členové přijali a pochopili, že ke zlepšení stavu dítěte musí **příspěť celá rodina** (7).

V tuto chvíli v Anabell realizujeme s podporou Evropské unie z Operačního programu Zaměstnanost projekt „Včasná detekce dětí ohrožených psychiatrickou diagnózou a posílení rodičovských kompetencí jejich rodičů“. Projekt se zaměřuje na multidisciplinární práci s 30 rodinami s dětmi ve věku 7–14 let s duševními obtížemi s cílem posílit a zplnomocnit

rodinu zvládat náročné i běžné životní situace spojené s duševními obtížemi, pomoci jim orientovat se v dané situaci a dosáhnout stabilizace celé rodiny. V rámci projektu jsou pilotovány 2 nově vytvořené diagnostické nástroje, na jejichž tvorbě se podílel tým expertů z řad rodinných terapeutů, psychologů a sociálních analytiků. Jeden diagnostický nástroj je určen pro děti a slouží pro detekci možného rizikového chování dítěte a míry ohroženosti dítěte psychiatrickou diagnózou (nebo psychickými obtížemi). Druhý diagnostický nástroj slouží pro stanovení rodičovských kompetencí a dovedností rodičů dítěte ohroženého psychiatrickou diagnózou nebo vykazujícího známky rizikového chování nebo sklony k takovému chování.

Na závěr realizace projektu bude efekt multidisciplinární podpory zhodnocen a doložen rigorózně pojatou evaluací, na které se ve spolupráci s Anabell podílí společnost pro evaluaci a sociální analýzy Inesan. Už nyní se na výsledky evaluace velmi těšíme a s radostí se o ně podělíme se zástupci odborné veřejnosti, kterým stejně jako nám v Anabell není lhostejné duševní zdraví dětí, jejich harmonický vývoj a zdravé fungování rodin.

## LITERATURA

1. Seikkula, Jaakko & Arnkil, Tom Erik. Otevřené dialogy, Brno: Narativ, 2013.
2. <http://www.zotaveni.cz>
3. Paulík K. Psychologie lidské odolnosti, Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2959-6.
4. Centrum Anabell, z.ú. Mezi námi – metodika Otevřeného dialogu ve službách Centra Anabell, 2019.
5. Farkač B, Kondrátová L. Komunitní služby pro osoby v rané fázi závažného duševního onemocnění v České Republice: Kvalitativní analýza, Národní ústav duševního zdraví, Klecany.
6. Papežová H. Spektrum poruchy příjmu potravy. Praha: Grada, 2010. ISBN 8024724251.
7. Centrum Anabell, z.ú. Závěrečná hodnotící zpráva projektu Mezi námi, 2020.



**Aktuální strana**

**Místo pro zobrazení:**

- obsahu
- náhledů stránek
- záložek
- výsledků vyhledávání

**Vyhledávání v dokumentu**

**Odkaz na časopis**

**Navigační prvky pro posun stránek**

**Náhledy stránek**

**Záložky**

**Nástroj ke sdílení časopisu na sociálních sítích**

**Nástroj k výběru textu**

**Tisk**

**Nástroje k uložení časopisu do vašeho počítače**

**Nástroj k ovládní zvuku**

**Nástroje k zvětšení strany**



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