

HELENA KUČEROVÁ

DIAGNÓZA

PSYCHÓZA

SYMPTOMY

HALUCINACE

DEPRESE

SYNDROMY

TERAPIE

OBSESE

BOLEST

SEBEVRAŽDA

ANTIDEMENTIVA

V PSYCHIATRII

DEMENCE

DELIRIUM

STRACH

ANTIPSYCHOTIKA

BLUD

PSYCHOZA

FARMAKOTERAPIE

ILUZE

PSYCHOZA

MÁNIE

NEUROLEPTIKA

PRÍZNAKY

HYPNOTIKA

GALÉN

CEFALEA

ANTIDEPRESIVA

PSYCHOPATOLOGIE

AMENCE

APATIE

FOBIE

ETA

ETA

ETA

ETA

ETA



AMENCE  
HELENA KUČEROVÁ  
DEPRESE  
ANTIDEPRESIVA  
PSYCHOPATOLOGIE  
DIAGNÓZA  
HALUCINACE  
SYNDROMY  
APATIE  
ÚZKOST  
PSYCHÓZA  
SYMPTOMY  
SEBEVRAŽDA  
FOBIE  
TERAPIE  
OBSESE  
ANTIDEMENTIVA  
BOLEST  
V PSYCHIATRII  
ANTIPSYCHOTIKA  
BLUD  
DELIRIUM  
FARMAKOTERAPIE  
ILUZE  
MÁNIE  
NEUROLEPTIKA  
PŘÍZNAKY  
HYPNOTIKA  
GALÉN  
CEFALEA

**Autorka**

MUDr. Helena Kučerová  
Psychiatrická ordinace Hranice, okres Přerov

**Recenzenti**

MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
Ústav všeobecného lékařství, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha  
prof. MUDr. Ladislav Hosák, Ph.D.  
Psychiatrická klinika, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Univerzita Karlova  
a Fakultní nemocnice Hradec Králové

**Helena Kučerová**  
**BOLEST V PSYCHIATRII**

Vydalo nakladatelství Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5  
Editor nakladatelství Lubomír Houdek  
Šéfredaktorka nakladatelství Soňa Dernerová  
Redakční spolupráce Naděžda Kubalíková  
Použité ilustrace z archivu autorky  
Obálka Ondřej Pfeiffer  
Typografie a sazba Petra Veverková  
Určeno odborné veřejnosti  
První vydání v elektronické verzi  
G 371041

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

Všechna práva vyhrazena. Tato publikace ani žádná její část nesmějí být reprodukovány, uchovávány v rešeršním systému nebo přenášeny jakýmkoli způsobem (včetně mechanického, elektronického, fotografického či jiného záznamu) bez písemného souhlasu majitelů autorských práv.

© Galén, 2018

ISBN 978-80-7492-406-4 (PDF)  
ISBN 978-80-7492-407-1 (PDF pro čtečky)

## OBSAH

Předmluva .....	9
▼ <b>BOLEST, LATINSKY DOLOR</b> .....	11
▼ <b>STANOVENÍ PSYCHIATRICKÉ DIAGNÓZY</b> .....	16
▼ <b>PSYCHÓZA</b> .....	21
▼ <b>ZÁKLADNÍ PSYCHIATRICKÉ PŘÍZNAKY</b> .....	23
Iluze a halucinace .....	23
Bludy .....	26
Myšlení nesouvislé (inkohrentní), slovní salát .....	27
Pseudofilozofování, plané mudrování .....	28
Myšlení vychudlé .....	28
Poruchy nálady, deprese, mánie .....	29
Úzkost (anxieta) .....	30
Emoční plochost, emoční oploštělost .....	30
Emoční nepřiléhavost .....	31
Emoční ambivalence, ambivalence .....	32
Hypobulie, abulie .....	32
Katatonie .....	32
Obsese (nutkavosti) .....	33
Obluzené vědomí, delirium a amence (zmatenost) .....	34
▼ <b>HYPOCHONDRICKÝ SYNDROM</b> .....	35
▼ <b>KDYŽ SE ŘEKNE DEPRESE</b> .....	37

▼ <b>BOLEST U DEPRESIVNÍ REAKCE, REAKTIVNÍ DEPRESE, NEUROTICKÉ DEPRESE A U POSTTRAUMATICKÉ STRESOVÉ PORUCHY</b> .....	38
Psychopatologie .....	38
Léčba neendogenních depresí .....	46
▶Psychoterapie.....	46
▶Léky .....	48
Kazuistika 1 .....	49
Kazuistika 2.....	50
Kazuistika 3.....	54
Kazuistika 4 .....	57
Odras tohoto druhu bolesti v krásné literatuře.....	58
▼ <b>BOLEST U DEPRESE ENDOGENNÍHO CHARAKTERU</b> .....	61
Psychopatologie .....	61
Léčba deprese endogenního charakteru .....	63
▶Léky .....	63
▶Psychoterapie.....	66
▶Klidový režim.....	67
▶Rehabilitace .....	68
▶Elektrokonvulzivní terapie .....	69
Kazuistika 5.....	69
Kazuistika 6.....	72
▼ <b>BOLEST U SCHIZOFRENIE</b> .....	77
Psychopatologie .....	77
Kazuistika 7.....	87
Léčba schizofrenie .....	87
▶Léky .....	87
▶Psychoterapie.....	89
▶Rehabilitace .....	90
Kazuistika 8 .....	92
Kazuistika 9.....	93
Kazuistika 10 .....	94
Kazuistika 11 .....	102

▼ <b>BOLEST U DEMENCÍ</b> .....	106
Psychopatologie .....	106
Léčba demencí .....	107
Kazuistika 12 .....	112
▼ <b>BOLEST U PATOLOGICKÝCH ZÁVISLOSTÍ</b> .....	114
Psychopatologie .....	114
Léčba patologických závislostí .....	116
Kazuistika 13 .....	119
Kazuistika 14 .....	125
▼ <b>SEBEVRAŽDY</b> .....	130
Rizikové faktory sebevražedného jednání .....	131
Rizikový pacient v ordinaci .....	134
Kazuistika 15 .....	139
▼ <b>TERAPIE BOLESTI U PSYCHICKÝCH PORUCH</b> .....	142
Léky .....	143
▶Anxiolytika a hypnotika .....	143
▶Antidepresiva .....	144
▶Antipsychotika (neuroleptika) .....	145
▶Stabilizátory nálady .....	146
▶Antialzheimerika, antidementiva .....	146
Psychoterapie. Řešení konfliktu bolí .....	146
Rehabilitace a rehabilitační psychoterapie .....	150
▼ <b>EUTANAZIE</b> .....	157
Závěr .....	158
Poděkování .....	159
O autorce .....	160
Literatura .....	161
Rejstřík .....	173

Motto:

**Občas je bolest to jediné, co máme.**

Donald McCaig: Život Ruth<sup>(122)</sup>

**Kdo má proč žít,  
snese skoro jakékoli okolnosti.**

Pierre Teilhard de Chardin [in Röhr<sup>(161)</sup>]

Věnováno  
mé skvělé fence Bobince, která,  
když opustila tento svět,  
způsobila mi velkou bolest.



## PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

co je to bolest, víme snad všichni. Bolest nás provází celý život, od útlého dětství přes produktivní dospělost až do vysokého stáří. Většina našich bolestí je vysloveně tělesná. Bolí nás zub, hlava, břicho, záda, nohy... Bolest je jedním ze základních příznaků zánětu kdekoli v organismu, bolest cítíme po úraze, bolest způsobují nádorová onemocnění. To vše je dobře známo a příslušní odborníci vyvíjejí maximální snahu o to, aby takováto bolest byla co nejmenší, aby ji pacienti nepocítovali vůbec, a když už je to nezbytné, aby ji snášeli co nejlépe.

Existuje však ještě jeden druh bolesti, a to bolest při různých stavech, poruchách a onemocněních duševních. To, co postižený jedinec prožívá, je také bolest, i když se nejedná o žádný zánět, úraz či nádor. Pro tuto bolest nelze najít žádný tělesný podklad, a přesto člověk bolest cítí, a někdy tak značnou, že si vezme život. Abychom se lépe zorientovali v tomto druhu bolesti, dovoluji si čtenáře zavést alespoň na okraj podivuhodného oboru psychiatrie a přiblížit mu základní diagnostické pojmy a diagnózy. Své vážené kolegy psychiatry prosím o shovívavost při čtení toho, což již dávno znají.

Bolest, ač velmi negativní prožitek, může v životě člověka někdy sehrát i pozitivní roli. Je to zejména tehdy, když si jedinec v důsledku bolesti vlastní nebo svých blízkých uvědomí, že by měl něco na sobě změnit, že by měl na sobě pracovat, že by měl zaujmout jinou životní filozofii a vést jiný životní styl. Bolest tak může být spouštěčem žádoucího rozvoje osobnosti, k níž by dotyčný jinou cestou nedospěl.

Moje knížka je určena především mým kolegům lékařům, psychologům, zdravotním sestřám, studentům, ale i laickým čtenářům, kteří mají bližší zájem o zlepšení své psychické kondice. Patří také všem, kteří v životě přišli o někoho, kdo jim byl drahý a jehož ztrátu pocítovali jako velkou bolest. Je psána též pro ty, kteří, ač sami zdraví, prožívali se svými blízkými jejich bolest a pomáhali jim nést jejich životní kříž. A v neposlední řadě ji věnuji jako vzpo-

mínku všem, kteří svou duševní bolest nezvládli a odešli ze života vlastním přičiněním, i když věděli, že to nemají dělat, ale prostě tíhu svého břemene neunesli.

Všem čtenářům přeji, aby v jejich životě bylo bolesti co nejméně, a pokud se nějaká vyskytne, aby s ní uměli zacházet pozitivně. Bez bolesti to totiž zatím v životě nejde. Tedy cum grano salis (se zrnkem soli).

Helena Kučerová

---

## Bolest, latinsky dolor

---

Bolest je velmi nepříjemný vjem nebo soubor vjemů. V rámci osobnostních funkcí tedy patří mezi vnímání a je emočně zabarvena. Je to velice častý příznak různých nemocí, takže byla a stále je podrobována rozsáhlým výzkumům různých vědních oborů z oblasti filozofie, psychologie či medicíny. Je tu proto snaha stanovit definici bolesti a její různé popisy a kategorie. Ráda bych zmínila několik z nich, které mě zaujaly a které nejlépe vykreslí tento pojem.

Krásné a téměř poetické vyjádření toho, co je to bolest, líčí ve své knize *Chirurgie bolesti* významný český chirurg, akademik Arnold Jirásek<sup>(68)</sup>: „Bolest kazí a ničí život lidský. Dosáhne-li určité síly a má-li delší trvání, bere člověku chuť k práci i radost ze života. Zabírá větší okruh jeho zájmů a obrací jeho zřetel k němu samému, k jeho bolesti. Vysiluje ho tělesně i duševně. Zesmutňuje ho, zamlžuje jeho jasný pohled do světa. Zúžuje jeho obzor. Odcizuje ho lidem vzdáleným, ale i blízkým. Nedá postiženému ani se vyspat ani najíst. Snižuje jeho tělesnou výkonnost i zdatnost, opotřebovává ho, mění i hubí jeho duševní schopnosti, ba i jeho mravní podstatu. A na konec – není-li mírněna nebo překonávána, udělá z člověka trosku, zahleděnou jen do své bolesti a ve světě i pro svět ztracenou. Ba vede ho k dobrovolné smrti, která je mu vítaným únikem z jeho utrpení.“

Vědecky, ale nikoli stroze, definuje bolest psycholog prof. Karel Paulík ve své knize *Psychologie lidské odolnosti*<sup>(146)</sup>: „Bolest je nepříjemný zážitek, zpravidla doprovázející nebo upozorňující na možnost poškození organismu v důsledku fyziologické poruchy nebo vnějších destruktivních vlivů. Přitom může jít o poškození reálné, očekávané i domnělé. O bolesti se hovoří i v případě psychických útrap s víceméně neurčitou lokalizací nebo lokalizovaných prostřednictvím tělesných pocitů (pocit ‚tísne na prsou‘, ‚svírání žaludku‘ apod.). Podobně jako úzkost a strach má tedy bolest obran-

nou a signální funkci. Bolest je mnohostranně podmíněná a má mnoho podob... Pro člověka představuje signál, že je něco v nepořádku. Subjektivně je založena na vnímání (detekce, lokalizace), hodnocení (intenzita, závažnost, srovnání s dosavadní zkušeností, očekávání dalšího vývoje) a emočním doprovodem (zpravidla nelibost, ale je možné i její libé prožívání, např. u masochistů).“

Ve své knize *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*<sup>(159)</sup> autorky Jaroslava Raudenské a Alena Javůrková píše: „Bolest chápe medicína jako jeden z nejtypičtějších projevů onemocnění (zánětu, úrazu, nádoru), který upozorňuje na vznikající chorobu... Biomedicínský přístup rozlišuje bolesti těla jako součást somatického onemocnění a bolesti „duše“, tj. psychická onemocnění... Český jazyk ale nerozlišuje, jedná-li se o bolest psychickou či fyzickou. Bolest vyjádřená řečí je jen jedna, teprve dalším rozvinutím lze zjistit, jedná-li se o bolesti hlavy, zad nebo o zoufalství... např. anglický jazyk užívá dva pojmy: bolest (angl. pain) a utrpení (angl. suffering), ale často je užívá jako synonyma...“

Fundovanou definici bolesti uvádějí také Pavel a Helena Hartlovi ve svém *Velkém psychologickém slovníku*<sup>(51)</sup>: „Bolest, pain, algie; nepříjemný až nesnesitelný smyslový vjem a citový zážitek subjektivní povahy; vyvolává ji jakýkoli podnět dostatečně silný na to, aby mohl poškodit tkáň; receptory bolesti jsou uloženy i v hlubších částech kůže a jiných tělesných tkáních jako volně rozvětvená nervová zakončení;... k nejčastějším fyziologickým projevům patří: zavírání očí, svírání obočí, otevírání úst, zatínání pěstí; vnímání intenzity bolesti se různí podle povahy a vyrovnanosti trpícího; hůře než intenzita bolesti se snáší její trvání, náhlá bolest než vleklá, nejhůře však strach, co bolest může znamenat; vnímání bolesti je ovlivňováno též kulturou, v níž jedinec vyrůstal, a jeho minulými zážitky.“

P. Hartl a H. Hartlová<sup>(51)</sup> samostatně popisují termín „bolest psychická, mental pain, duševní utrpení; vzniká často ze ztráty a zmaření snů, je provázena pocitem viny, výčitkami svědomí a bezradností; může být neústupná a intenzivnější než bolest fyzická, v některých případech jsou psychickou bolestí vyvolány somatické příznaky“.

K této definici bych si dovolila dodat, že k pojmu psychické bolesti lze zařadit nejen hořkost ze ztráty a zmaření snů, ale také bolest

ze ztráty milované osoby, ze ztráty zdraví, ze ztráty domova, ze ztráty práce a další životní situace, které lze označit za zátěžové. Tyto situace a jejich bolestivé prožívání pak vedou, jak uvedeno také níže, k různým poruchám vnitřních metabolických pochodů v těle, k poruchám hormonální vyváženosti, k poruchám imunity, a tím vším mohou přispět ke vzniku různých tělesných onemocnění.

Za zmínku stojí také více než 100 let stará definice bolesti B. I. Gilmana<sup>(45)</sup>: „Fyzická bolest je nepříjemný pocit (disagreeable sensation) lokalizovaný v těle. Tato lokalizace může být všeobecná nebo speciální, vágní nebo přesná. Bolesti lokalizované skrze celé tělo nebo které nemohou být upřesněny, kde to bolí, jsou nazývány jako malátnost či nevolnost (malaises) nebo pocity těžkosti, neschopnosti, vyčerpání, neklidu (nespavost nebo nervozita) nebo horečnatosti (feverishness).“

Že má bolest mnoho podob, víme také ze svých vlastních zkušeností. Akademik Jirásek vyjmenovává ve své knize *Chirurgie bolesti*<sup>(68)</sup> popisy rázu bolestí, jak je zaznamenal u svých nemocných: „Jasná, temná, určitá, neurčitá, blesková, vystřelující, střelivá, neodbytná, štvavá, mučivá, ničující, palčivá, horká, vařící se, žhavá, studená, bodavá, píchavá, tepavá, škubavá, vrtavá, dloubavá, rýpavá, tahavá, trhavá, řezavá, tlačivá, šimravá, lechtivá, drásavá, drtivá, vířící, hlodavá, kousavá, svědivá, křečová, tíživá, napínavá, svíravá, kroutivá, napjatá, děsivá, úzkostná, postrašující. Těmito čtyřiceti čtyřmi přívlastky však není vyčerpáno líčení nemocného, snažícího se vyjádřit své utrpení.“

Barvitý popis duševní bolesti najdeme také nejen v odborné literatuře, ale i v beletrii, např. v románu *Jih proti severu* Margaret Mitchellové. Bolest hlavní hrdinky Scarlett O'Harové, když zjistila, že její milý si bere za manželku jinou dívku, je vyjádřena takto: „Obličej měla zkřivený bolestí a ústa ji bolela, jak se musela nutit do úsměvů, aby skryla své tajemství. Unaveně se zhroutila do křesla... a srdce se jí rozbušilo zoufalstvím, div jí neroztrhlo prsa. Bilo podivnými drobnými záškuby, ruce měla studené a pocit katastrofy ji doslova drtil... Bolest jí vystřelila k srdci tak prudce, jako by se jí do něj zakously zuby divoké šelmy.“<sup>(129)</sup>

Fyziologií bolesti, její neurologickou podstatou, léčbou i vztahem k psychice se zabývají také dvě významné, více než tisícistránkové publikace, ze kterých mohou čerpat všichni zájemci o příči-

ny, projevy a léčbu tělesné bolesti. Jsou to v České republice knihy Richarda Rokyty et al.<sup>(163,164)</sup> a ve světové literatuře S. B. McMahon et al.<sup>(123)</sup>

Souvislost bolesti a psychiky můžeme pozorovat i z jiného pohledu. Opět si dovolím citovat Arnolda Jiráka<sup>(68)</sup>: „Je pravda, že mohutné dojmy a usilovné zaměření celé naší pozornosti a síly v jeden směr dovedou na určitou dobu bolest úplně zatlačit do ústraní, aby zas vystoupila, až opadne tato příčina. Známe takové příhody u lidí prchajících před velkým nebezpečím, kde zapomněli na bolest a rány svých nohou a vykonali vlivem zděšení dlouhou cestu. Vypráví se o francouzském nemocném, který měl neuralgii trojklaného nervu, velmi ho sužující. Když nastaly hrozné dny při obležení Paříže pruským vojskem (v roce 1871), svou neuralgii ztratil, aby ji zase dostal, když Paříž byla osvobozena. Jsou známy scény nedbání bolesti v zápalu boje nebo záchvatu zlosti. Obdobný podklad má bezbolestnost lidí, zaujatých mocnou pro ně myšlenkou (křesťanští mučedníci, husitští bojovníci, vyznavači národních myšlenek).“

Murat Aydede ze Stanfordovy univerzity ve své filozofické práci s názvem *Pain*<sup>(6)</sup> píše: „Bolest je nejvýznamnější člen kategorie pocitů známých jako tělesné pocity (bodily sensations), které zahrnují svědění či svrbění, (itches), lehtání, šimrání (tickles), brnění, štípání, pálení (tingles), orgasmus a další. Tělesné pocity jsou typicky charakterizovány konkrétními rysy, jako je objem, intenzita, trvání atd. a jsou obvykle označovány jako pocity fyzické kvality. Jsou často považovány za privátní, subjektivní, intimní a jsou zdrojem velmi osobního uvědomování a zkušeností.“ To je podle autora důvod ke vzniku dvou základních filozofických proudů, a sice jednoho, který považuje bolest za tělesnou kvalitu, kterou vnímáme stejně jako zrak, sluch, hmat atd., a druhého, který toto neuznává a klade důraz spíše na emocionální složku bolesti. Závěrem autor konstatuje, že druhá polovina 20. století byla jakousi revolucí v rozvoji vědy o bolesti, představovanou zejména autory Melzackem, Wallem a Caseyem<sup>(125,126)</sup>, která kladla důraz více na senzorycký výzkum a výklad bolesti, než na její afektivní složku. Vývoj filozofie se však ubíral spíše oním emocionálním směrem. A autor se ptá: „Cítí živočichové (animals) bolest? A jestli ji cítí, je tato bolest srovnatelná s tím, co cítíme my lidé? Jaké jsou sociální, eko-

nomické, etické a náboženské důsledky kladných odpovědí na tyto otázky? Jak je možno vědecky studovat živočišnou bolest? Jaká by měla být metodologie vědeckého výzkumu živočišné bolesti všeobecně a u zvířat obzvláště? Paralelně se tak dostáváme k podobným otázkám v případě lidských plodů a malých dětí. Jaký je vztah mezi bolestí a radostí a mezi bolestí a emocemi všeobecně? Jaký je etický a náboženský status bolesti a jeho důsledky? Tyto a mnohé další otázky zůstávají nezodpovězeny jako výzva pro vědecké pracovníky na tomto poli.“ [Viz též C. C. Braddock<sup>(19)</sup>, J. A. Haythornthwaite a L. M. Benrud-Larson<sup>(53)</sup>.]

Nicméně záměrem této knihy není fyziologie, ani neurologie, filozofie či chirurgie bolesti, nýbrž snaha vykreslit psychopatologické obrazy s bolestmi a poukázat na bolest u psychiatrických pacientů, tedy u lidí, kteří přišli k lékaři se žádostí o pomoc v oblasti psychiky. Někdy udávají konkrétní bolest, není to vždy jen „bolest duše“, jsou to také bolesti těla, které však nejsou ani zánětem, ani nádorem, ani se nejedná o úraz. Jsou to bolesti, které nemají organický podklad, tedy nelze u nich zjistit fyzickou příčinu bolesti, ale bolesti to skutečně jsou a jejich příčinou je porucha psychiky.

---

## Stanovení psychiatrické diagnózy

---

Lidé k psychiatrovi obvykle nechodí, když je něco bolí. Na psychiatrii se chodí s nespavostí, s pocity přepracovanosti, se smutnou náladou, s poruchami paměti, s problémy s alkoholem. Když má člověk nějakou bolest, jde obvykle k praktickému lékaři nebo je vyšetřen přímo specialistou z příslušného oboru: internistou, chirurgem, gynekologem, očařem, zubařem. Psychiatr se o bolesti pacienta dozví teprve při podrobném rozhovoru, exploraci, kdy pacient obvykle mluví o úplně jiných věcech. Psychiatr si musí z počátečního volného povídání pacienta učinit jistý předobraz diagnózy a podle toho dále zaměřit hovor cílenými dotazy na příznaky, které jsou relevantní. A teprve při tomto cíleném rozhovoru lékař může objevit i nějaké příznaky bolesti nemocného. Jsou však i pacienti, u nichž je bolest hlavním příznakem jejich potíží, a proto navštíví lékaře somatického (praktického nebo jiného odborníka), a teprve když tito lékaři zjistí, že pacientova bolest nemá tělesnou příčinu, je pacient poslán na psychiatrii. V tomto případě se to ovšem pacientovi většinou nelíbí, protože svou bolest považuje za tělesnou chorobu a její psychiatrický původ pocituje jako hanbu nebo ponižení a často tedy špatně spolupracuje.

Je třeba mít neustále na zřeteli, že diagnózu nedělá jediný příznak. Příznaky, neboli symptomy, spolu vytvářejí soubory příznaků, neboli syndromy, a z nich se pak stanovuje diagnóza, klasicky zvaná nozologická, tedy diagnóza nemoci, choroby. Nyní se v některé literatuře objevuje snaha místo termínu choroba používat termín porucha, anglicky disorder, což ovšem v češtině významově není totéž, a proto si dovolím držet se klasického označení. Např. halucinace je porucha vnímání, ale není to choroba. Halucinace je příznak, je to porucha psychotická, čili vyskytuje se u stavů, kte-



ré jsou psychotické, a ty se mohou vyskytovat u různých chorob (deprese, schizofrenie aj.). Naopak schizofrenie není porucha, ale nemoc, u níž se mohou vyskytovat různé poruchy.

Ve svém editoriale k článku *Jaká diagnóza v psychiatrii?* (What Diagnosis in Psychiatry?) rozebírá R. Michele<sup>(128)</sup> (Study and Research Center Gaetano Perusini v Římě) padesátileté diskuse a rozpaky psychiatrů nad tím, jak vlastně stanovovat psychiatrickou diagnózu. Vzdor tomu, že jsou celosvětově prováděny nejrůznější studie, nedobrli se zatím odborníci k jednotným názorům ani postupům. Raja Michele popisuje současnou cestu od symptomů (symptomes) přes syndromy (syndromes), poruchy (disorders) k nemocem (diseases). Termín „symptom“ znamená viditelné chování nebo stav a je to nejnižší rovina analyzování přítomného problému. Termíny „syndrom“ a „porucha“ staví autor na stejnou rovinu této analýzy. A skupinu syndromů, které se vyskytují společně nebo se společně časem mění, nazývá „nemoc“, což je nejvyšší rovina této analýzy. Autor doporučuje soustředit se na rovinu nejnižší, na příznaky, a hledat léky, kterými by bylo možno ovlivňovat nikoli celý syndrom, poruchu či nemoc, ale jednotlivé symptomy, podobně jako je tomu u hypertenze, hypercholesterolémie, horečky nebo bolesti.

Nejsem si jista, jestli je tento model terapeutického ovlivnění farmaky u psychických poruch možný. Bolest hlavy (cefalea) můžeme ovlivnit nějakým analgetikem, pokud se nejedná o poruchu celého organismu, např. pokud je to bolest z únavy nebo při bolesti zubu. Ale např. bolest hlavy při horečce už vlastně léčíme tím, že snižujeme horečku nebo podáváme antibiotika na celkovou infekci organismu. Nemusíme tedy působit zvlášť na cefaleu a zvlášť na jiné příznaky. Ještě složitější je to u poruch psychiky obecně, a zejména u poruch psychotických. Nedovedu si dost dobře představit, že např. při atace schizofrenie bychom měli zvlášť podávat léky na halucinace, zvlášť na bludy, zvlášť na anxieta (úzkost), zvlášť na motorický neklid atd. Schizofrenní ataku je nutno z podstaty nemoci léčit jako celek.

Postup od příznaku k nemoci lze nazvat **pyramidový přístup** při tvorbě diagnózy, kdy ze změní nejrůznějších potíží nemocného vybereme ty podstatné, které spolu souvisejí, a z nich pak sestavíme a postavíme diagnózu, která tvoří jakýsi vrchol oné pomysl-

né pyramidy. Diagnóza je nejprve pracovní, tu pak časem tříbíme a dotváříme podle vývoje nemoci. Já osobně jsem příznivcem tohoto pyramidového přístupu a ve své praxi jej uplatňuji.

Avšak ne všechny psychiatrické proudy tuto metodu preferují. Některé dávají přednost prostému plošnému vyjmenování příznaků s následným statistickým hodnocením, které sice ukazuje, jak často se ten který příznak nebo skupina příznaků u té které poruchy vyskytuje, ale nic neříká o vzájemných vazbách těchto příznaků i dalších okolnostech, za jakých se vyskytují. Nejednou jsou také dohromady zpracovávány studie z různých pracovišť ve světě, které nejsou metodicky stejné a ve kterých právě stanovení toho kterého příznaku může být velmi odlišné vzhledem k velkému počtu zúčastněných lékařů nebo psychologů a také vzhledem k odlišnosti diagnostických zvyklostí v té které zemi. [Viz též I. Stehnová et al.<sup>(182)</sup>.] Takovéto dalekosáhlé studie vznikají ve snaze učinit zadosilnému tlaku některých významných vědeckých osobností a pracovišť po produkci studií typu evidence based medicine (EBM), tedy po medicíně založené na viditelných (nebo též prokazatelných) důkazech. V psychiatrii prostě nemůžeme chtít všechno vidět nebo zřetelně prokázat. Nemůžeme vidět nebo slyšet halucinace, které vidí nebo slyší náš pacient, nemůžeme zažít jeho depresi, stejně tak jako nemůžeme vnímat jeho bolest. Pacientovi prostě tyto jeho potíže musíme věřit. [Viz též P. Bracken et al.<sup>(18)</sup>, H. Kučerová<sup>(101)</sup>, R. Ptáček<sup>(152)</sup>, D. L. Sacket<sup>(169)</sup>.]

Při stanovování diagnózy je jednou z nejdůležitějších věcí si uvědomit, že není příznak jako příznak. Některé příznaky mají větší hodnotu než jiné. Příznaky nejsou osamocené fenomény stojící někde jako sám voják v poli. Příznaky jsou spolu svázané a neustále se navzájem ovlivňují. To, že je mechanisticky popisujeme, abychom se v nich vyznali a abychom vůbec byli schopni aktuální psychický stav pacienta popsat pro vzájemnou informovanost, je jen diagnostická pomůcka. Psychická nemoc by se dala přirovnat k atomu, který není jednodílnou částicí hmoty, ale jsou v něm další částice, které jsou v neustálém pohybu a vzájemném působení. Diagnostický proces proto musíme této dynamice přizpůsobit.

Pacient postižený nějakou formou psychické poruchy může mít dvojitý druh bolesti. Jednak je to bolest výše popsaná jako „bolest duše“. Je to tedy stav celkové duševní a často i tělesné nevolnosti,

kdy se pacient cítí na dně, je nešťastný až zoufalý, utrápený, ustaraný a velmi často také smutný, tedy depresivní. K tomu se obvykle vážou i celkové příznaky tělesné jako malátnost, zvýšená únavnost, nevykonnost, nespavost. A pokud pacient trpí nějakou chronickou tělesnou nemocí (hypertenze, cukrovka, bolestivé syndromy páteře a kloubů a další) bývají tyto choroby zhoršeny. Narušen také bývá imunitní systém<sup>(87,123,146)</sup>, a je tudíž větší náchylnost k infekcím všeho druhu i k nádorovému bujení. Tato „bolest duše“ může mít konkrétní zjevný důvod (např. úmrtí milého člověka, vlastní vážná choroba, vážná finanční situace apod.), ale také zjevný důvod mít nemusí. Hovoříme pak o příčinách endogenních, tedy vnitřních, které jsou spojeny se změnami biochemických pochodů v organismu a mívají genetický podklad. Jsem si vědoma toho, že termín „**endogenní**“ mohou někteří odborníci vnímat jako „obsolentní“, ale mně se to takto nejeví, protože nenalézám lepší výraz pro označení této vnitřní a dosud ne plně vědecky vyzkoumané a objasněné etiologie. Pojem „endogenní“ znamená něco zcela specifického, na rozdíl od výše zmíněného stavu duševního nepohodlí (dyskomfortu) až deprese, který je vázán na zjevné vnější příčiny, čili jedná se o etiologii **exogenní**.

Kromě této jakési všeobecné bolesti celého člověka mívají psychiatričtí pacienti také konkrétní lokalizované bolesti v určitých částech těla. Fyzikálními či chemickými vyšetřeními (palpačně, poslechem, rozbořem krve, rentgenem, ultrazvukem, magnetickou rezonancí a podobnými metodami) se ovšem nezjistí příčina těchto obtíží. V těchto případech se pak velmi často jedná o poruchu vnímání, která může mít až psychotickou hloubku (halucinace) a bývá spojena i s poruchou myšlení (bludný výklad těchto bolestí) a s poruchou emotivity (úzkosti, strach, depresivní prožívání).

Psychiatr se u svých pacientů ovšem setkává také s nejrůznějšími druhy obvyklých somatických bolestí, které s psychickou poruchou nesouvisejí a které provázejí různé tělesné nemoci, s nimiž se pacient potýká často ještě před návštěvou psychiatra nebo jimi onemocní v průběhu let bez vztahu k psychickému zdraví. Jedná se o bolesti doprovázející úrazy, operace, záněty či nádorová onemocnění a často také chronické bolestivé choroby kloubů, páteře a jiné. Tyto tělesné bolesti často zhoršují psychický stav nemocného, hlav-

ně deprese, a naopak deprese zase zhoršují chronické bolestivé stavy. O této problematice je možno nalézt dlouhou řadu publikací, ovšem ve všech těchto případech se jedná o bolest původu tělesného, nikoli duševního. [Viz např. F. Angst et al.<sup>(5)</sup>, D. A. Fishbain et al.<sup>(37,38)</sup>, K. L. Gloria et al.<sup>(47)</sup>, P. Knotek a K. Adamcová<sup>(79)</sup>, M. Narisimhan a N. Campbell<sup>(135)</sup>, A. L. Nicol et al.<sup>(142)</sup>, F. Radat et al.<sup>(155)</sup>, R. Rokyta et al.<sup>(163,164)</sup> a E. L. Scott et al.<sup>(170)</sup>] Nejednou však psychiatr může i těmto pacientům ulehčit jejich trápení vhodnou léčbou medikamentózní i psychoterapeutickou.

Při procesu stanovování psychiatrické diagnózy je nejdůležitější rozpoznat, zda se jedná o psychózu, tedy obecně o psychotický stav, či nikoli. To je naprosto zásadní hledisko celého vyšetření, neboť na tomto diagnostickém závěru stojí další postup. Jednak podle toho dotváříme svůj diagnostický pohled, a jednak podle toho hledáme řešení terapeutické. Musíme nejen uvážit, jaký lék pacientovi předepíšeme, ale také to, zda pacient může být v domácím ošetřování, nebo zda je nutno ho poslat do ústavního zařízení. A pokud usoudíme, že hospitalizace je potřebná, je nutno pacienta o tom vhodným způsobem informovat a domluvit s ním, popř. s jeho rodinnými příslušníky, jak postupovat. A pokud zjistíme, že hospitalizace je nevyhnutelná, tedy že pacient by mohl ohrozit sebe nebo svoje okolí, pak je třeba ještě většího psychoterapeutického umění, abychom pacienta, který často s hospitalizací nesouhlasí, přiměli k tomu, aby se do nemocnice zavézt nechal.

---

# Psychóza

---

**Psychóza, resp. psychotický stav, v obecném slova smyslu je porucha osobnosti, při níž je narušena její integrita. Osobnost pak je integrovaný soubor všech tělesných a duševních vlastností jedince<sup>(101)</sup>.** Jednotlivé složky osobnosti u psychózy nefungují tak, jak by měly, nejsou ve vzájemné harmonii, porucha jedné se ihned odrazí ve fungování druhé a dochází k vnitřnímu chaosu, který postrádá logický smysl – tedy takový smysl, který zdraví lidé za logický považují a kterému takto rozumějí. Pro postiženého nastává situace, kdy on sám jakousi logiku ve svém myšlení a konání vidí, ale okolí mu nerozumí a jeho myšlení a jednání je pro ně nepochopitelné. Obrazně řečeno, člověk v psychóze, tedy v psychotickém stavu, není vlastně tím člověkem, jakým obvykle bývá nebo jakým býval dříve. Jeho osobnost se chová jinak, než jak by se chovala bez psychózy. Proto také bývá trestně neodpovědný nebo je sníženě odpovědný, pokud ve stavu psychózy spáchá nějaký trestný čin.

Termínu psychóza se používá jednak ve smyslu aktuálního stavu nemocného, kdy hovoříme o psychotickém stavu, a jednak jako označení nemoci či déletrvající poruchy, např. schizofrenie nebo deliria. Přitom pacient schizofrenik nemusí být aktuálně v psychotickém stavu, i když trpí psychózou jakožto nemocí, a naopak v psychotickém stavu může být člověk zdravý, který se do psychózy uvede např. požitím alkoholu (delirium tremens) nebo drogy. Oba termíny se tedy často používají zástupně a jejich význam se upřesní z kontextu.

Mezi psychotické příznaky řadíme zejména následující symptomy: delirium, stav zmatenosti a mráкотný stav (poruchy vědomí), halucinace a iluze (poruchy vnímání), inkoherentní (nesouvislé) myšlení, bludy a ve velmi intenzivní formě též pseudofilozofování a obsedantní myšlení (poruchy myšlení), hluboké až nesnesitelné depresivní nálady a úzkosti a naopak zřetelnou a intenzivní nála-

du manickou (poruchy emocí), psychomotorický neklid a projevy katatonní (poruchy jednání a vůle) a také transformaci osobnosti, která se někdy označuje samostatně jako porucha osobnosti, někdy se také řadí k poruchám myšlení. Toto pouhé vyjmenování příznaků, které jsou považovány za známku psychotického stavu, však samo o sobě nestačí k diagnóze psychózy. Jak řečeno výše, je třeba posoudit celkový duševní stav pacienta a také vzít v úvahu jeho anamnézu, zejména to, zda je ve stavu normálního vědomí, nebo zda se např. jedná o chronického pijáka alkoholu, který se i bez aktuální alkoholové ebriety nachází v deliriu. (Delirium tremens se může vyskytnout nejen v opilosti, jak se leckdy domnívají laici, ale také ve stavu střízlivém nebo v rámci abstinenčních příznaků.)

Pokud jde o bolest, která nemá organický nebo somatický podklad, může se vyskytovat jak ve stavech nepsychotických, kdy integrita osobnosti narušena není, např. u neuróz, tak ve stavech psychotických, kdy integrita osobnosti narušena je, tedy u psychóz. Dlouhá řada publikací na téma vztahu bolesti a psychiky se převážnou většinou soustřeďuje na ty situace, kdy buď se jedná o tělesné bolesti prožívané nebo ovlivňované psychicky, nebo o bolesti psychické etiologie, ovšem u osob nepsychotických. V této knize bych se tedy ráda věnovala také bolestem, které jsou součástí psychopatologického obrazu psychotického. [Viz též H. Kučerová<sup>(91)</sup>.] Vzhledem k této tematice si dovoluji zejména pro čtenáře bez psychiatrického vzdělání připomenout některé základní psychiatrické pojmy, příznaky a syndromy, s nimiž se budeme setkávat.

---

# Základní psychiatrické příznaky

---

„Po mnoho let – pokládal jsem sám sebe za jednoho z naší ohromné smutné armády nehospitalizovaných šílenců – snažil jsem se prostudovat základní vědecká díla o duševních chorobách, hledaje nějakou naději, jak odvrátit den, kdy si pro mě přijdou ošetřovatelé. Avšak ta strašná psychiatrická označení různých stavů zůstala pro mě zavřenou knihou...Umění lépe se v životě vyrovnat sám se sebou i s jinými, může přinést více pravého štěstí. A to je slovo, které neexistuje vědecky. Štěstí je prostinké. Je to slovo, které nenajdete v lékařském slovníku.“<sup>(86)</sup>

Základní psychiatrické příznaky uvádím jen velmi stručně, vycházím především ze své knihy *Psychiatrické minimum*<sup>(101)</sup> a dále odkazuji na dlouhou řadu naší psychiatrické literatury. [Viz např. L. Hosák et al.<sup>(57)</sup>, C. Höschl et al.<sup>(58)</sup>, Z. Mysliveček<sup>(133)</sup>, J. Raboch et al.<sup>(154)</sup> a P. Zvolský<sup>(204)</sup>.]

## ILUZE A HALUCINACE

Iluze a halucinace jsou poruchy vnímání. Iluze znamenají zkreslené vnímání skutečné věci, kdežto halucinace znamenají vnímání něčeho, co nemá reálný podklad, tedy něčeho co neexistuje. U iluzí jsme se za studií v Olomouci učili mnemotechnickou pomůcku, která může být užitečná i dnešním studentům – „Hledí na dráty, vidí špagáty“ (prof. Karel Tabarka). U halucinací by to bylo tak, že by někdo viděl „špagáty“, když tam žádné dráty nejsou.

Iluze i halucinace se rozdělují podle smyslů na **zrakové (vizuální)**, **sluchové (auditivní)**, **čichové (olfaktorické)**, **chuťové (gustatorické)**, **hmatové (taktilní)** a **orgánové (viscerální)**. Iluze a ha-

lucinace orgánové se také obvykle nazývají **tělové** (nikoli tělesné), k nimž se většinou počítají i halucinace hmatové, protože jsou též vnímány na těle. V praxi se tedy setkáváme s pacientem, který vidí, slyší, čichá nebo chuťově vnímá něco, co neexistuje a co jiní lidé nevidí, neslyší, nečichají a chuťově takto nevnímají. A také se můžeme setkat s pacientem, který vnímá na svém těle nebo ve svém těle něco, co sice nemůže nikdo jiný vnímat, protože to je vždy jen jeho osobní vjem, ale je to vjem podivný, zvláštní a nelze jej vysvětlit nějakou reálnou příčinou, logickou podle běžného zdravého výkladu. K těmto iluzím a halucinacím patří především bolesti a podobné velmi nepříjemné pocity jako pálení, píchání, řezání, svědění, štípání apod. V případě tělových pocitů již většinou nelze rozlišit, zda se jedná o iluzi nebo halucinaci, tedy jestli to, co pacient líčí, má nějaký reálný podklad v některém jeho orgánu, nebo zda žádný takový reálný podklad neexistuje a jedná se o čistou halucinaci. Proto se v praxi obvykle pojem iluze v těchto případech nepoužívá a hovoříme o tělových (viscerálních, taktilních) halucinacích.

V některé literatuře se můžeme setkat s pojmem „**cenestopatie**“<sup>(14,32,59,64,157)</sup>. Ten je odvozen od termínu „cenestézie“, což znamená souhrn různých vjemů, které vedou k uvědomění si existence svého těla a jeho částí. Cenestopatie pak vyjadřuje poruchu tohoto vnímání. Termín je v podstatě totožný s pojmem tělových halucinací. Uvedení autoři jej užívali v kontextu se schizofrenií, nicméně tělové halucinace se mohou vyskytovat i u jiných poruch v rámci hypochondrického psychotického syndromu.

Podstatné je, že iluze a halucinace (také někdy nazývané pravé iluze a pravé halucinace, na rozdíl od nepravých) jsou **vždy příznakem psychotickým**. Postižený jedinec je skálopevně přesvědčen, že jeho vnímání je normální, zdravé, správné a že to, co vnímá, je realita. Nejčastěji jde o halucinace sluchové, kterým pacienti říkají „hlasy“, nebo o halucinace zrakové, kterým říkají „vidiny“ a kterým věří, jsou přesvědčeni o jejich pravdivosti a často podle nich také jednají. Velmi nebezpečné jsou takzvané halucinace imperativní, tedy rozkazovací, kdy hlasy pacientovi přímo přikazují, co má udělat. Jejich obsahem mohou být věci nebezpečné a škodlivé, jako příkaz něco rozbít, někoho bodnout, někoho zabít nebo spáchat sebevraždu. Teprve díky léčbě jsou pacienti časem schopni rozeznat, co je halucinace a co je realita, a často jsou schopni své



jednání korigovat natolik, že halucinacím, pokud se objeví, nepodlehnu.

Z hlediska bolesti nás tedy budou především zajímat halucinace tělové (viscerální i hmatové). Proč vznikají, není dosud jasné. Někdy se mohou vázat k orgánu, který byl dříve postižen nějakou tělesnou nemocí, např. zánětem. Jindy se může jednat o orgán, který měl nemocný někdo z rodiny, k němuž měl pacient úzký vztah. Když např. otec pacienta zemřel na rakovinu ledviny, může mít syn tělové halucinace v oblasti ledvin, i když se u něho žádné patologické nálezy související s ledvinami nenaleznou. Často však žádnou specifickou souvislost mezi bolestí v určité oblasti, kterou udává pacient, a jinými okolnostmi nezjistíme. Tělové halucinace jsou prostě součástí psychopatologického obrazu, tak jako u jiných pacientů to jsou zase jiné příznaky, a proč jsou u tohoto pacienta právě tyto, se nedopátráme.

Velmi důležité ovšem je, že pacienta s tělovými halucinacemi, pokud nejsou vysloveně bizarní (bolest po střelení šípů – viz [kazuistika 9](#), s. 93), je vždy třeba tělesně vyšetřit. Velmi často pacient sám pro své bolesti navštíví napřed lékaře praktického nebo jiného somatického odborníka, než se dostane k psychiatrovi, přijde-li k němu vůbec, protože bývá bludně přesvědčen o tom, že je nemocen tělesně a nikoli duševně. Lékaři nepsychiei samozřejmě v prvé řadě hledají příčinu pacientových bolestí v nějaké tělesné poruše, posílají pacienta na nejrůznější vyšetření, někdy jej i operují, než někoho z nich napadne, že by se mohlo jednat o psychózu (viz [kazuistika 11](#), s. 102). Jindy zase okolí pacienta (včetně lékařů) reaguje naopak bagatelizací pacientových problémů (viz [kazuistika 10](#), s. 94), což pacientovy potíže ještě potencuje a může to vést až k zoufalému činu sebevraždy, neboť pacient nevidí východisko.

Specifickou formou halucinací jsou **halucinace intrapsychické**. Podle mých zkušeností se vyskytují relativně často. Jsou to hlasy, které pacient vnímá jakoby uvnitř hlavy, někdy nedovede rozlišit, jestli jsou to skutečné hlasy, nebo jen jeho ozvučené myšlenky (*thoughts aloud* v anglicky psané literatuře). Pacient obvykle neumí popsat, zda se jedná o hlas mužský nebo ženský, většinou je to nějaký neutrální zvuk, a také někdy nedovede určit, zda jde o jeho vlastní myšlenky nebo o myšlenky cizí, kterou jsou mu do hlavy vkládány.

Více o halucinacích v kapitole [Bolest u schizofrenie](#) (s. 77).

## BLUDY

Blud je porucha myšlení především v jeho obsahu. Pokud se v psychopatologickém obraze vyskytuje blud nebo více bludů, vždy se jedná o psychotický stav, kromě bludů již zpracovaných a dezaktualizovaných. Stanovení bludu je jeden z nejtěžších a nejodpovědnějších diagnostických kroků<sup>(101)</sup>. Blud musí splňovat následující kritéria:

1. Blud je přesvědčení pacienta o něčem, co není pravda, co ve skutečnosti neexistuje nebo se nestalo.
2. Blud nelze pacientovi rozmluvit, vyvrátit a vysvětlit mu, že ve skutečnosti není možné, aby bylo pravda to, co on si myslí.
3. Blud zcela ovládá pacientovu psychiku, je dominantou jeho myšlení a má emoční náboj.
4. Blud má vliv na pacientovo jednání, neboli pacient pod vlivem bludu mění svoje jednání a chování.
5. Blud vždy vzniká na patologické bázi, nikdy nemůže vzniknout ve zdravé mysli, vždy jsou přítomny ještě další příznaky psychotického stavu.

Ne vždy je blud plně rozvinut, zpočátku se může jednat pouze o různě hluboké a různě intenzivní bludné interpretace. Blud je také třeba odlišit od omylu, od víry, od prostého jiného přesvědčení, od fanatického filozofického názoru apod. Bludy bývají často spojeny s halucinacemi a na jejich základě také mohou vznikat.

Nejčastější bludy jsou **bludy paranoidní (vztahovačné)**, zejména **blud paranoidně persekucní (blud pronásledovanosti)**, **blud otravovanosti** a **blud emulační (žárlivecký)**.

Méně časté jsou v současné době **bludy religiózní (náboženské)**, **bludy bizarní** a **bludy megalomanické (velikášské)**.

Naopak často se vyskytují různé druhy **bludů depresivních**, zejména **bludy mikromanické (bludy méněcennosti)** a **bludy autoakuační (bludy sebeobviňování)**.

S některými z nich se setkáme v dalších kapitolách a u některých kazuistik. Z hlediska bolesti je nejdůležitější **blud hypochondrický (blud nemoci)**. Je to bludné přesvědčení pacienta, že má nějakou chorobu, obvykle vážnou, jako rakovinu, nebo nějakou vážnou infekci, např. AIDS (**blud choroby AIDS**)<sup>(88)</sup>. Žádnými do-

sud známými diagnostickými prostředky přitom nelze tuto pacientovu domnělou chorobu prokázat. Také příznaky, které pacient jako důkaz své nemoci udává, nebývají z odborného hlediska relevantní pro uvedenou nemoc. Např. v **kazuistice 8** (viz s. 92) pacient jako příznak choroby AIDS udává „běláni dásní“ nebo „dojem, že mu rychleji teče krev z odřeniny na koleně“.

Další informace o bludech čtenář nalezne v kapitole **Bolest u schizofrenie** (viz s. 77).

## MYŠLENÍ NESOUVISLÉ (INKOHERENTNÍ), SLOVNÍ SALÁT

Nesouvislé myšlení znamená, že pacient nesestavuje větu obvyklým způsobem, aby dávala smysl, na jaký jsme zvyklí, ale skládá za sebou slova tak, jak za sebe nepatří a smysl nedávají. Někdy může použít jen část slova, někdy spolu spojuje části dvou slov a tvoří nová slova (neologismy) nebo větu nedokončí a „přeskočí“ na jiné téma, kterému rozumí jen on. Řeč může ztrácet gramatická pravidla, pak říkáme, že je **agramatická**. Někdy je řeč pacienta tak rozbitá, že se jedná o tzv. **slovní salát**. Inkoherentní myšlení může být dvojitý: zaprvé vědomí pacienta je neporušené, pak hovoříme o myšlení **rozjíždivém** nebo **roztríštěném**, nebo zadruhé vědomí pacienta je porušeno, pak hovoříme o myšlení **zmateném**. Rozjíždivé či roztríštěné myšlení se vyskytuje u schizofrenního psychopatologického obrazu a je pro něj patognomonické, tedy je to jedním z typických příznaků, který diagnózu schizofrenního syndromu potvrzuje. (To ještě neznamená, že se jedná o schizofrenii, viz níže). Jinými slovy, pokud se za plného vědomí u někoho objeví rozjíždivé či roztríštěné myšlení, jedná se vždy o obraz schizofrenie, jehož další vývoj teprve ukáže, zda se jedná o schizofrenii, či o poruchu schizoformní, tedy schizofrenii podobnou. Rozjíždivé nebo roztríštěné myšlení je vždy známkou psychózy, a jak řečeno výše, nikdy se nejedná o symptom izolovaný, ojedinělý, ale vždy jsou přítomny ještě další příznaky psychotického stavu. Zmatené myšlení je rovněž nesouvislé, ale pacient se nachází ve stavu delirózním nebo amentně delirózním.