**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie a patopsychologie

**RADKA MICHALICZKOVÁ**

III. ročník – prezenční studium

Obor: Speciálně pedagogická andragogika

**SCHIZOFRENIE**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D.

**OLOMOUC 2011**

**Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Schizofrenie vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci dne

…………………………

Poděkování

Ráda bych poděkovala panu PhDr. Pavlu Škobrtalovi Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za užitečnou metodickou pomoc, za cenné rady a informace, které mi poskytl při zpracování mé bakalářské práce na téma „Schizofrenie“

Radka Michaliczková

[Úvod 6](#_Toc289787077)

[1. Schizofrenie 8](#_Toc289787078)

[1.1. Význam pojmu 8](#_Toc289787079)

[1.2. Výskyt 8](#_Toc289787080)

[1.3. Etiologie 9](#_Toc289787081)

[1.3.1. Dědičnost 9](#_Toc289787082)

[1.3.2. Strukturální a funkční mozkové abnormity 9](#_Toc289787083)

[1.3.3. Rizikové vlivy prostředí 10](#_Toc289787084)

[2. Poruchy psychických funkcí u schizofrenie 14](#_Toc289787085)

[2.1. Poruchy vnímání 14](#_Toc289787086)

[2.2. Poruchy myšlení 15](#_Toc289787087)

[2.3. Poruchy emotivity 17](#_Toc289787088)

[2.4. Poruchy osobnosti 19](#_Toc289787089)

[2.5. Poruchy jednání 21](#_Toc289787090)

[2.6. Poruchy řeči 23](#_Toc289787091)

[2.7. Poruchy vůle 24](#_Toc289787092)

[2.8. Poruchy pudů 24](#_Toc289787093)

[2.9. Poruchy intelektu 25](#_Toc289787094)

[2.10. Poruchy pozornosti 25](#_Toc289787095)

[2.11. Poruchy paměti 26](#_Toc289787096)

[2.12. Poruchy vědomí 27](#_Toc289787097)

[2.13. Pozitivní a negativní příznaky 27](#_Toc289787098)

[3. Klasifikace 29](#_Toc289787099)

[3.1. Schizofrenie podle MKN-10 29](#_Toc289787100)

[3.1.1. Paranoidní schizofrenie 30](#_Toc289787101)

[3.1.2. Hebefrenní schizofrenie 30](#_Toc289787102)

[3.1.3. Katatonní schizofrenie 31](#_Toc289787103)

[3.1.4. Simplexní schizofrenie 31](#_Toc289787104)

[3.1.5. Ostatní formy schizofrenie 32](#_Toc289787105)

[3.2. Jiná dělení schizofrenie 33](#_Toc289787106)

[4. Průběh 35](#_Toc289787107)

[4.1. Průběhové formy schizofrenie podle MKN-10 37](#_Toc289787108)

[5. Diagnostika 38](#_Toc289787109)

[5.1. Psychiatrická anamnéza 38](#_Toc289787110)

[5.2. Posouzení psychického stavu 39](#_Toc289787111)

[5.3. Urgentní psychiatrické vyšetření 40](#_Toc289787112)

[5.4. Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii 41](#_Toc289787113)

[5.5. Diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii 42](#_Toc289787114)

[5.6. Diferenciální diagnostika 44](#_Toc289787115)

[5.6.1. Organické a symptomatické poruchy (F0) 44](#_Toc289787116)

[5.6.2. Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami (F1)…………….. 44](#_Toc289787117)

[5.6.3. Poruchy schizofrenního spektra (F2) 45](#_Toc289787118)

[5.6.4. Afektivní poruchy (F3) 45](#_Toc289787119)

[5.6.5. Neurotické poruchy (F4) 46](#_Toc289787120)

[5.6.6. Poruchy osobnosti (F6) 46](#_Toc289787121)

[5.7. Pomocná vyšetření 46](#_Toc289787122)

[6. Prognóza 48](#_Toc289787123)

[Závěr 49](#_Toc289787124)

[Seznam použité literatury 51](#_Toc289787125)

# Úvod

Normalita je v dnešní společnosti velmi relativní pojem. Vyskytuje se zde běžně velké množství jevů, které bývají často klasifikovány jako patologické či vymykající se běžnému chápání a požadavkům společnosti. Bylo proto vydáno mnoho publikací, které popisují pojetí normality z různých hledisek – zdravotních, funkčních, statistických. Já se zde však zaměřím na schizofrenii, která často bývá důvodem negativních postojů společnosti.

Duševní poruchy obecně často vyvolávají reakce, tvrdící, že postižený jedinec prostě „není normální“. Již od počátků společnosti byly tendence tyto osoby, jejichž chování se vymyká běžným normám, izolovat od ostatních, i když ne vždy se jednalo o to, že by byl jedinec nebezpečný. Příliš podivné chování bylo často vnímáno jako zahanbující či pohoršující, snad proto, že často zabíhá za hranice společenských tabu. S vývojem společnosti se však přístup k osobám duševně nemocným osobám postupně humanizoval, a nejen to.

Vzhledem k velkému rozvoji věd a technickému pokroku bylo postupně popsáno velké množství duševních onemocnění, které byly následně řazeny   
do jednotlivých kategorií, objevovaly se objektivní poznatky týkající se projevů   
a jejich závažnosti. Díky moderním zobrazovacím metodám již víme, že změny psychiky mohou být geneticky podmíněny či vzniknout patologickou činností mozku.

S postupující dobou se tedy mění odborné přístupy, diagnóza schizofrenie je však stále společensky velmi stigmatizující. V laické společnosti často panují mylné představy o chování, agresivitě a podobných projevech a obecná víra v nápravu   
v těchto jedinců je téměř nulová. Proto bych ve své práci chtěla představit komplexní obraz schizofrenie z pohledu všech psychických funkcí člověka – ilustrovat, že největší boj svádí schizofrenní osoby právě v sobě, ve vlastním těle, které by pro nás mělo být nejbezpečnějším místem. Právě tyto poruchy způsobují nemožnost fungování nemocného ve společnosti, což se projeví až jako sekundární důsledek postupného rozpadu osobnosti.

Jelikož jsou prožitky takto nemocné osoby poměrně těžce definovatelné, rozhodla jsem se popis změněných psychických funkcí doplnit diagnostikou. Chybná diagnóza by mohla významně ovlivnit další směřování nemocného. Proto je pro každého lékaře či psychiatra provádějícího diagnostiku nutné všechny tyto možné poruchy znát.

Následující práce se pokusí čtenáře seznámit s podobou vnitřního světa schizofreniků, s průběhem tohoto těžkého psychického onemocnění a jejich následným hodnocením druhou, odbornou a kompetentní osobou, která představuje jakýsi pohled zvenčí a ke které by měl získat důvěru. Tato osoba je ve většině případů první, která odhaluje často hrůzný vnitřní svět klienta, a střípky rozdrolené duše   
se snaží pomáhat skládat zpět. Vzhledem k tomu, že se jedná o složitou, multifaktoriálně podmíněnou poruchu, zde předkládám i možné predisponující faktory vzniku onemocnění.

Využila jsem zde zdrojů, které mají v dnešní odborné společnosti významné postavení a jejichž autoři jsou jak čeští, tak světoví přední psychiatři. Jejich práce jsou podloženy jak zahraničními, tak vlastními výzkumy, poznatky a dlouholetou praxí. Každá publikace je svým způsobem jedinečná a nahlíží na schizofrenii z různých pohledů, klade důraz na jiné projevy, proto se ve většině pramenů nachází popis pouze některých změněných funkcí. Mým přáním a cílem bylo předložit komplexní popis, který se v tomto rozsahu nevyskytuje téměř v žádné z nich.

Dalším podstatným tématem, které nalézáme v této oblasti je samozřejmě celý proces léčby klienta. Jelikož se však jedná o téma velice rozsáhlé a věnuje se mu mnoho odborných publikací z nerůznějších pohledů, rozhodla jsem se jej zde nezařadit, neboť by vydalo na další diplomovou práci. Snažila jsem se také nezabíhat do lékařských termínů a příčin, jelikož nemám dostatečné znalosti medicíny.

# Schizofrenie

## Význam pojmu

Schizofrenie je duševní onemocnění, které se projevuje narušením téměř všech psychických funkcí – bývají zjištěny poruchy vnímání, myšlení, emotivity, jazyka, kognitivních funkcí a motoriky (Vágnerová, 2008).

Je to závažné psychotické onemocnění. Psychotická onemocnění se vyznačují tím, že významně narušují vztah nemocného k realitě, což má za následek jeho neschopnost srozumitelného chování a jednání a tedy společenského uplatnění. Dochází ke změnám osobnosti, které způsobují to, že takto nemocný člověk nedokáže vést život takové kvality, jak tomu bylo předtím, než se onemocnění začalo projevovat. Nemocný má rovněž problémy v sociálních vztazích – tyto vztahy buď chybí, nebo jsou narušeny, což je způsobeno útěkem do „vlastního světa“ (Raboch, Zvolský, 2001).

Pojem „schizofrenie“ byl poprvé použit v roce 1911 švýcarským psychiatrem Eugenem Bleuerem. V překladu to znamená „rozštěp, rozpolcení mysli“ (Vágnerová, 2008).

## Výskyt

Schizofrenií je postiženo přibližně 1 procento celosvětové populace. Nevyskytuje   
se u žádného jiného živočišného druhu. Prameny uvádějí, že onemocnění se vyskytuje poměrně rovnoměrně po celém světě (Češková, 2005); Motlová (2004, s. 37) však uvádí výjimky: „Neobvykle vysoká prevalence se zjišťuje v izolovaných populacích v severním Švédsku, v několika oblastech Finska a v některých oblastech Chorvatska, kde během 19.   
a začátku 20. století obyvatelstvo značně migrovalo. Na druhou stranu v protestantské komunitě Hutteritů v Jižní Dakotě, jejíž příslušníci žijí v endogamii, izolováni od okolního světa, se schizofrenie prakticky nevyskytuje, zato je tam vysoký výskyt deprese.“

Výskyt je rovněž vyrovnaný i z hlediska rasové příslušnosti. Různé výzkumy doložily mírné rozdíly mezi pohlavími: U žen nemoc většinou propuká v pozdějším věku, než   
u mužů; také u žen probíhá lépe, dobře reagují na léčbu a je u nich menší potřeba hospitalizací (Raboch, Zvolský, 2001)

Schizofrenie se řadí mezi 10 nejzávažnějších zdrojů pracovní neschopnosti způsobených traumatem nebo nemocí. Je diagnostikována u čtvrtiny hospitalizovaných osob   
a polovina osob, kteří jsou ročně přijati do psychiatrických zařízení má diagnózu schizofrenního onemocnění (Češková, 2005).

## Etiologie

Příčiny schizofrenie dosud nejsou uspokojivě objasněny. V současné době panuje názor, že na vzniku tohoto onemocnění se podílí řada faktorů a není známa jediná „univerzální“, nezbytná příčina (Vágnerová, 2008).

### Dědičnost

Výzkumy rodin, dvojčat a adoptivních jedinců prokázaly, že ve výskytu schizofrenie hrají významnou roli genetické vlivy. Pořád nám ale není známo, o jaký typ dědičnosti se jedná (Vágnerová, 2008). Víme jen, že riziko výskytu tohoto onemocnění je desetkrát vyšší u osob, které jsou s nemocnými v příbuzenském vztahu. U monozygotních dvojčat je přibližně 45ti procentní riziko, že se onemocnění projeví u obou. U dizygotních dvojčat se toto riziko výrazně snižuje (asi 12 procent) (Češková, 2005). Na tomto základě tedy můžeme soudit, že ve výskytu schizofrenie hrají roli i vnější faktory (Koukolík, Motlová, 2004).

Byla rovněž realizována řada výzkumů, které zkoumají geny, jejichž narušení může zvýšit riziko vzniku onemocnění. V této oblasti můžeme nalézt mírné rozpory   
v literatuře: Vágnerová (2008) uvádí, že tyto geny můžeme nalézt na chromozomech 2, 4, 5, 9, 10, 13 a 22. Koukolík (2004) popisuje změny na chromozomech 1, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 18 a 22. Češková (2005) se zmiňuje pouze o chromozomech 6, 8, 22. Nehledě na to, míra, do jaké tyto změny ovlivňují schizofrenii, není známa (Vágnerová, 2008).

### Strukturální a funkční mozkové abnormity

Často můžeme nalézt změny ve struktuře i funkci mozku, které jsou způsobeny změněnou genetickou informací. To je příčinou vzniku psychických příznaků.

Mozek osob nemocných schizofrenií mívá menší hmotnost (důsledek sníženého objemu mozkové kůry – úbytek se však projevuje jen v určitých oblastech). Dochází ke zmenšenému počtu neuronů a synapsí.

Dále se změny týkají rozšíření mozkových komor, frontálního laloku, temporálního laloku, hipokampu, bazálních ganglií, talamu, limbického systému.

Funkční odchylky zahrnují jiný metabolismus mozku, než jaký probíhá   
v mozku zdravého člověka. Je to způsobeno odlišným dopaminovým, serotoninovým a glutamátovým systémem (Vágnerová, 2008).

### Rizikové vlivy prostředí

Studium příčin schizofrenie, vzdor tomu, že stále nejsou uspokojivě vysvětleny, prošlo velkým vývojem. Právě díky technologickému pokroku   
a moderním zobrazovacím systémům byl dokázán fakt, že schizofrenie je duševní onemocnění, které si nemocný nepřivodil tak úplně sám (Libiger, 2002) – doloženo změnami na mozku, které jsou popsány výše.

Freud popsal schizofrenii jako zvláštní, narcistickou neurózu. Dle svého poněkud úzkého zaměření vysvětlil halucinace a bludy opět jen jako projev utajovaných přání nemocného. Těchto a podobných teorií bylo hodně (Vacek, 1996). Vývoj však přispěl k tomu, že jsou již překonané – bohužel, najdou se stále psychiatři, kteří považují schizofrenii za jakési osobní psychologické selhání, nezvládnutí náročných životních situací (Libiger, 2002).

Samozřejmě, vzhledem k multifaktoriální etiologii tohoto onemocnění zde ovšem najdeme nějaké vlivy vnějšího prostředí, které mohou zvýšit riziko vzniku onemocnění.

**Datum a místo narození**

Provedené studie prokazují, že na severní polokouli se lidé nemocní schizofrenií nejčastěji rodí v prvním čtvrtletí roku, tedy lednu až březnu. Opět se zde projevuje dědičnost: Riziko vzniku onemocnění je mnohonásobně vyšší u osob, které mají stejně nemocného člověka ve svém rodinném kruhu (rodiče, sourozenci) (Mortensen, Pedersen, Westergaard, 1999, In Motlová, 2004).

Na jižní polokouli nebyly zjištěny žádné významné souvislosti mezi datem narození a schizofrenním onemocněním. Pouze v Queenslandu v Austrálii zjistili, že pacienti se častěji rodili v době, kdy je na australském kontinentu zima: tedy červenec až září (McGrath, Welham, Pemberton, 1995, In Motlová, 2004).

Byly provedeny mnohé studie, které zkoumají urbanizaci a vzdálenost centra města a schizofrenního onemocnění a některé z jejich výsledků podporují hypotézu kulturní etiologie schizofrenie, aneb schizofrenie jako onemocnění způsobené sociální izolací. Pozdější podrobnější zkoumání se tuto skutečnost snažily vysvětlit různými způsoby (vždy panoval předpoklad, že osoby nemocné schizofrenií   
se vyskytují častěji v centrech měst). Tato zkoumání zvažovala například možnost souvislosti se sociálními třídami. Ve vyspělých zemích pochází více schizofreniků   
z nižších socioekonomických tříd a v městských oblastech jsou také častěji hospitalizováni, než v těch vesnických.

Co se týče místa narození, lidé narození ve městě onemocní schizofrenií zhruba dvakrát častěji, než lidé narození na vesnici. Riziko vzniku onemocnění je rovněž zvyšováno zvyšující se hustotou obyvatelstva a osídleností (Motlová, 2004).

**Komplikované těhotenství a porod**

Zvýšené riziko vzniku onemocnění bylo popsáno u jedinců, kteří trpěli během fetálního života malnutricí, kteří byli extrémně nezralí či trpěli hypoxií. Jako další možný faktor rozvoje nemoci je uváděna Rh inkompatibilita těhotenství (Motlová, 2004).

První zmínky v odborné literatuře o možných souvislostech porodních komplikací a schizofrenie pocházejí ze 30. let minulého století. Na základě rozboru kazuistik dvojčat bylo usouzeno, že schizofrenie by mohla být zčásti považována   
za decerebrační syndrom, který je způsoben porodním traumatem (Rosanoff, Handy, Plesset, 1934, In Motlová, 2004). Ovšem další práce, které zkoumaly souvislost mezi porodem a schizofrenním onemocněním, nepřinesly žádné významné zjištění (Motlová, 2004).

**Infekce**

Tato teorie, že je schizofrenní onemocnění způsobeno infekcí, spadá pod neurovývojovou hypotézu vzniku onemocnění. Ta je založena na tom, že u osob,   
u nichž je možnost vypuknutí nemoci později během života, se vyskytly poruchy   
ve vývoji mozku. Tyto poruchy vzniklé během fetálního života bývají často způsobeny virovými infekcemi.

V rámci této teorie byly zkoumány např. chřipka matky během těhotenství, zarděnky, Borna virus, retroviry, herpesviry a jiné. Výsledky těchto studií byly   
u různých populací různé. Zřejmě je však můžeme považovat za možné rizikové faktory vzniku schizofrenie (Motlová, 2004).

**Nedostatečná výživa plodu**

Souvislost mezi hladověním matky a schizofrenií dítěte byla prokázána   
na situaci holandských žen, která se stala na konci druhé světové války. Polovinu obyvatelstva v důsledku německé blokády postihl hladomor. U osob, které byly počaty v tomto období (únor až duben 1945) byly pozorovány časté abnormity CNS   
a riziko schizofrenie statisticky vzrostlo u obou pohlaví (Susser, Lin, 1992,   
In Motlová, 2004).

**Psychosociální stres**

Stres matky během těhotenství je předpoklad pro vznik řady poruch potomka – to platí i pro schizofrenii. Za prokázané rizikové stresující faktory považujeme například válečné strádání, přírodní katastrofy, ovdovění, či nechtěné těhotenství (Motlová, 2004).

Existují rovněž předpoklady na základě adopční studie, že onemocnění   
se nemusí vůbec projevit, pokud dítě, které je hodnoceno jako rizikové, jelikož jeden   
z rodičů trpěl schizofrenií, vyrůstá v harmonické, dobře fungující rodině. Horší situace se vyskytla v nefunkčních rodinách (Tienari, Wynne, Laksy, 2003,   
In Motlová, 2004) – to můžeme vysvětlit tak, že buď opravdu hraje rodinné prostředí roli při oslabování vlivu genetického rizika a nebo je dysfunkčnost rodiny pouze reakcí na zvláštní chování potomka (Motlová, 2004).

**Sociální původ a migrace**

Schizofrenie je více spojena s nízkým sociálním postavením a nižším vzděláním, i když to samozřejmě není pravidlem. Studie prokázaly největší výskyt schizofrenie na periferii měst a nejnižší výskyt mezi bohatými. Mezi hypotézy vysvětlující tento jev patří teorie sociálního původu, kdy je schizofrenní onemocnění způsobeno deprivací související s postavením jedince v rámci nižší třídy. Druhá teorie vystihující vznik onemocnění mluví o sociální selekci (jedinec není schopen dosáhnout očekávané sociální úrovně) a sociálním skluzu (úpadek z vyšší na nižší úroveň) (Motlová, 2004).

Byly rovněž provedeny studie, jak ovlivňuje onemocnění sociální třída rodičů v době porodu. V této oblasti nebyl nalezen žádný významný vztah; významný je však fakt, že potomci rodičů vyšší sociální vrstvy se dostanou k léčbě průměrně   
ve věku 24,8, zatímco potomci lidí z nižší sociální vrstvy ve věku 33,1 (Mulvany, O'Callaghan, Takei, 2001, In Motlová, 2004).

Většina nemocných osob se nerodí do špatných socioekonomických podmínek – sociální dopady nemoci se však projeví již v počátcích, kdy člověk nepřišel   
do kontaktu s psychiatrií. Včasná terapie by jistě tyto nepříznivá sociální rizika zmírnila (Motlová, 2004).

Existují hypotézy, že sklon ke schizofrenii je spojen s tendencí migrovat – mnohé výzkumy potvrdily vyšší výskyt schizofrenie u migrujícího obyvatelstva. Existují vysvětlení, že některé rodiny jsou potenciálně zranitelné vůči neznámému faktoru prostředí (Motlová, 2004).

**Návykové látky**

U pacientů se schizofrenií můžeme nalézt vysoký výskyt návykových poruch. Častější výskyt nalezneme pouze u antisociální poruchy osobnosti. Prevalence návykových poruch u osob se schizofrenním onemocněním je 4,6 krát větší než   
u zdravé populace (bez duševních poruch) (Reigier, Farmenr, Rae, 1990, In Motlová, 2004). Návyková porucha je diagnostikována u 80% hospitalizovaných pacientů   
ve věku 16-18 let (Swadi, Bobier, 2003, In Motlová, 2004).

Užívání návykových látek u schizofrenních osob představuje jakousi formu sebemedikace – snaha o odstranění negativních příznaků, či odstranění nežádoucích účinků jiných léků. Závislost však může prvním projevům schizofrenie předcházet – v důsledku neuropatologie mozkového vývoje, který se až později projeví jako schizofrenie. Závislost tedy může být považována za projev schizofrenního onemocnění (Motlová, 2004).

Nejčastěji užívanou látkou u takto nemocných osob je jednoznačně nikotin – až 70-90 procent jej užívá (Buckley, 1998, In Motlová, 2004).

Co se týče alkoholu, jeho zneužívání je u osob se schizofrenií 3krát vyšší, než u zdravé populace (Reigier, Farmenr, Rae, 1990, In Motlová, 2004). Byla nalezena významná souvislost mezi nadužíváním alkoholu nemocnými osobami, mužským pohlavím a paranoiditou (Messias, Bienvenu, 2003, In Motlová, 2004).

Dále je u schizofrenních osob častější užívání ilegálních drog, jako například marihuana, amfetaminy, kokain a halucinogeny. Motlová (2004) uvádí, že abúzus návykových látek může u schizofrenie fungovat jako spouštěč, „odkrývač“, nebo ji dokonce přímo způsobit. S vyšším rizikem vzniku schizofrenie je spojována hlavně marihuana. Pokud navíc dochází k užívání v období adolescence, je riziko výskytu příznaků v dospělosti významně zvýšeno.

# Poruchy psychických funkcí u schizofrenie

## Poruchy vnímání

Svoboda (2006, s. 86) uvádí, že „vnímání, nebo také percepce, je odrážení reality prostřednictvím smyslových orgánů. K podmínkám vnímání patří existence smyslových orgánů, příslušných mozkových center a paměťové schopnosti – bez fungování celé psychiky nelze očekávat adekvátní vnímání. Do vnímání   
se promítá způsob života a způsob myšlení utvářený minulými zkušenostmi. Vliv mají i zájmy a sociokulturní prostředí, v němž subjekt vyrůstal a v němž žije. Hlavními charakteristikami jsou celostnost, výběrovost a významovost.“

U schizofrenního onemocnění se poruchy vnímání vyskytují velmi často,   
a to zezačátku v podobě iluzí, které se postupně mění v halucinace (Vágnerová, 2008). Objevují se také pseudohalucinace a různé neobvyklé prožitky (Motlová, 2004).

Iluze jsou falešné vjemy, které jsou vyvolány reálným podnětem, jehož vnímání je zdeformováno (Svoboda, 2006). Halucinace jsou klamné vjemy, které vznikají nezávisle na vnějším podnětu, ale nemocný je nevývratně přesvědčen o jejich reálnosti a proto mohou ovlivňovat jeho chování (Vágnerová, 2008). Jedná   
se o nejzávažnější poruchy vnímání. U schizofrenie se nejčastěji vyskytují sluchové halucinace, a to asi u 50 procent pacientů, zrakové halucinace má asi 15 procent nemocných a taktilní 5 procent. Dále se mohou vyskytnout halucinace čichové, chuťové, taktilní, somatické, či kinestetické.

Sluchové halucinace popisují pacienti jako „hlasy“, jejich obsah je většinou nepříjemný (Motlová, 2004). Tyto hlasy mohou nemocnému něco přikazovat, komentovat jeho chování, případně mu něco významného a tajného sdělují. Někdy   
se může jednat o více hlasů, které hovoří o pacientovi ve třetí osobě (Vágnerová, 2008).

Za psychotický symptom se nepovažuje občasné zaslechnutí vlastního jména či zvonění mobilního telefonu, který však nemáme u sebe, či jiného zvuku. Halucinace se rovněž musí vyskytovat při neporušeném senzoriu a nepatří sem halucinace hypnagogické a hypnopompní (při usínání a probouzení) (Motlová, 2004).

Specifickou skupinu tvoří intrapsychické halucinace, kdy se nemocnému jeví obsahy jeho vědomí např. jeho pocity a myšlenky, jako cizí, může být přesvědčen, že mu byly někým imputovány. Obdobný význam mají poruchy vnímání vlastního těla (Motlová, 2004).

„Halucinace často bývají spojeny s bludnými interpretacemi. Nemocný není schopen akceptovat, že jsou pouze výplodem jeho vlastní psychiky, protože by to odporovalo jeho interpretaci světa“ (Vágnerová, 2008, s. 337). Tento postoj nemocného svědčí o tom, že se nejedná jen o poruchu vnímání, nýbrž o komplexní jev, obsahující i poruchu myšlení a emocí (Svoboda, 2006). Jedná se tedy o poruchu, která způsobuje, že se nemocný nedokáže orientovat ve světě i v sobě samotném (Vágnerová, 2008).

Podle Světové zdravotnické organizace (2006, s. 83) „vnímání může být narušeno i jinak: barvy a zvuky se mohou zdát nepřiměřeně živé nebo kvalitativně změněné.“

## Poruchy myšlení

Myšlení můžeme definovat jako proces vědomého odrazu skutečnosti   
v takových jejích objektivních vlastnostech, souvislostech a vztazích, do kterých   
se zahrnují i objekty nedostupné bezprostředním smyslovým vnímáním. Jedná   
se o poznávací proces, probíhající mezi člověkem a okolím, proces analýzy a syntézy   
a odvozených myšlenkových operací, který je sociálně podmíněn a nerozlučně svázán s řečí (Hartl, 2000, In Svoboda, 2006). Myšlení by mělo být kritické, pohotové   
a logické, jeho procesy jsou závislé na úrovni intelektu a životních zkušenostech (Malá, 2010).

U osob nemocných schizofrenií může být postižena dynamika myšlení – jejich myšlení může být zpomalené, dochází k myšlenkovým zárazům, ulpívavé, ale může rovněž dojít k myšlenkovému trysku (Vágnerová, 2008).

Velmi důležité jsou poruchy formálního myšlení. Nemocný nedokáže přemýšlet souvisle a ztrácí se logická souvislost myšlení i vztah ke kontextu. Může dojít až k myšlenkovému chaosu, roztříštění myšlení (Vágnerová, 2008). „U typické schizofrenní poruchy myšlení jsou kladeny do popředí okrajové a nepodstatné rysy celku, které jsou u normálně zaměřené lidské aktivity potlačeny, a jsou užívány místo těch, které jsou relevantní a situaci přiměřené. Tím se myšlení stává nepřesné, nespojité a neproniknutelné a jeho slovní vyjádření někdy nepochopitelné“ (Světová zdravotnická organizace, 2006, s. 83).

Odklon nemocného od reality může být způsoben autistickým (dereistickým) myšlením. Toto myšlení způsobuje, že osoba se schizofrenním onemocněním   
se zabývá čistě svým vnitřním světem, uzavírá se, nereaguje na okolí a utíká   
od reality a jejich potíží (Svoboda, 2006). Dochází k derealizaci – svět se stává nesrozumitelný, neznámý a cizí. Jako cizí můžou být považováni i rodinní příslušníci, na které nemocná osoba může nahlížet jako na neznámou osobu, která bydlí   
ve stejném bytě. Tyto projevy, typické pro schizofrenii, jsou označovány jako autistické. Produkce vlastního vědomí je tak těžce ovladatelná, že upoutává veškerou jeho pozornost (Vágnerová, 2008).

Poruchy obsahu myšlení, kdy se uvažování nemocného může jevit jiným lidem jako nesmyslné, vychází z jeho soukromé logiky odrážející individuální svět halucinací a bludů (Vágnerová, 2008).

Podle Motlové (2004, s. 21) „jsou bludy mylná přesvědčení, při jejichž vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků. Jsou velmi časté, během vývoje schizofrenie se vyskytují až u více než 90 procent nemocných.“ DSM-IV definuje blud jako „mylné osobní přesvědčení vyvozené z nesprávného závěru   
o zevní realitě, které je pevně zastáváno bez ohledu na to, čemu věří prakticky každý jiný člověk, a bez ohledu na existenci nevyvratitelného a zřejmého důkazu o opaku. Nejedná se však o přesvědčení, která jsou obvykle akceptovaná ostatními členy kultury nebo subkultury, k níž jedinec přísluší (například náboženskou víru)“.

Pro blud je typická chorobnost (vzniká v důsledku nemoci) a nevývratnost. Obsah bludů může být různý (perzekuční, paranoidní, somatický, religiózní.), nejčastější jsou však bludy vztahovačnosti, kdy si nemocný vztahuje různé situace vždy ke své osobě. Také se často vyskytují paranoidně-perzekuční bludy, kdy   
se nemocný cítí pronásledován a bludy ovlivňování a kontrolování, při nichž může mít pocit, že na něj někdo působí na dálku. Klinicky významné jsou religiózní bludy, jelikož jsou spojeny se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem.

Někdy může být těžké odlišit blud od pevného přesvědčení od určité skutečnosti. V této souvislosti můžeme zmínit blud bizarní, který je nepravděpodobný a neodvoditelný z běžné životní zkušenosti. Z bizarní můžeme považovat ty bludy, které se týkají ztráty kontroly nad vlastním tělem nebo myslí (pacient je přesvědčen, že mu někdo na dálku přemístil orgány v těle), jako nebizarní můžeme zařadit přesvědčení, že je jedinec sledován policií (Motlová, 2004).

Obsahy bludů mohou být různé, ale většinou v nich bývají zahrnuty nějaké bytosti, které nemusí být mnohdy ani lidské. Tyto bytosti jsou s nemocným v jakémsi vztahu. Ve světě osoby nemocné schizofrenií není jen on sám, v tomto světě se stává středem pozornosti (často negativním), v protikladu ke skutečnému, reálnému světu, kde se často cítí osamocený a kde není schopen navázání pro něj přijatelného kontaktu.

Tyto bludy mívají u nemocných po celém světě i v různých sociálních skupinách podobný charakter – můžeme je proto posuzovat jako patologicky změněné archetypy (Vágnerová, 2008). Bludy, vznikající na základě chorobného procesu však vyvěrají z vnitřního prostředí pacienta a jsou spojeny s jeho individualitou, zároveň odrážejí vnější svět (Svoboda, 2006). Vznik bludu můžeme chápat i jako obrannou reakci, kterou vyvine mozek nemocného, který řeší nějaký aktuální problém. Proto může zpochybňování tohoto bludu vyvolávat u daného jedince silnou úzkost, až ji vystupňovat do agresivního jednání (Vágnerová, 2008).

Halucinace i bludy jsou hlavními příčinami zvláštního chování schizofrenní osoby. Jelikož jejich obsah a bludná interpretace může způsobit, že se nemocný stává nebezpečným sobě i svému okolí, bývá to nejčastější důvod hospitalizace jedince   
na uzavřeném psychiatrickém oddělení. Je důležité mít na paměti, že snaha nemocnému tyto halucinace a bludy vymluvit může být velmi nebezpečná, protože daná osoba to vnímá jako stav ohrožení (Vágnerová, 2008).

## Poruchy emotivity

Emoce označují komplexní psychické pochody, které se projevují navenek fyziologickými reakcemi a motorickými projevy. Můžeme je rozdělit na podskupiny – afekty, city, nálady a vášně (Svoboda, 2006). U osob nemocných schizofrenií může být postižena každá z těchto složek.

Z poruch afektů můžeme jmenovat emoční inkongruenci, která se projevuje neodpovídajícími emocemi charakteru podnětů, které je vyvolaly. Citový doprovod neodpovídá sociálnímu kontextu (zpráva o úmrtí vyvolá smích apod.) (Svoboda, 2006). Jindy je afektivita spíše plochá a otupená – řadíme je mezi negativní symptomy schizofrenie (Motlová, 2004). Emoční oploštělost je ochuzuje o prožitky, výkyvy radosti a žalu mizí, stejně jako intenzita prožitku. Vytrácí se schopnost mít   
k někomu či něčemu silný vztah (Kučerová, 2010).

Za prognosticky pozitivní jev můžeme brát nápadnou emoční labilitu, která   
se vyskytuje nejčastěji na počátku onemocnění. Často se vyskytuje také afektivní ambivalence, která vyjadřuje protichůdnost citových prožitků a jejich neslučitelnost. Můžeme ji chápat jako projev dezintegrace emočního prožívání, který je prognosticky nepříznivý. Ambivalence ovlivňuje celkové hodnocení různých situací a jeho výsledkem je neadekvátní jednání (Vágnerová, 2008).

Z poruch nálad převládají deprese, elace či úzkosti (Motlová, 2004). Úzkosti mohou být velmi časté, i když ne vždy pro pozorovatele zřetelné (Kučerová, 2010). Jedinec zažívá pocity strachu, napětí, nejistoty a neklidu, může mít pocit neurčitého ohrožení. Je doprovázena psychomotorickým neklidem nebo naopak naprostým útlumem. Typická je dezorganizace chování, obvykle spojená s poškozováním okolí nebo pacienta samého.

V popředí deprese je smutek, reaktivita je snížena stejně jako sebevědomí. Jedinec je skleslý, utlumený, pesimistický (Svoboda, 2006). V souvislosti s úzkostmi a depresemi je vysoké riziko sebevražd u osob se schizofrenním onemocněním. Přibližně každý desátý takto nemocný člověk ukončí život vlastní rukou. Neúspěšně se o ni pokusí téměř polovina (Meltzer, 2001, In Motlová, 2004). Toto riziko je vysoké především u mladých pacientů, během prvního roku po stanovení diagnózy (Osby, Correia, Brandt, 2000, In Motlová, 2004). Na rozdíl od osob bez diagnózy schizofrenie se jedná většinou o impulzivní činy, tzn. suicidum které dopředu nebylo plánované (Kreynbuhl, Kelly, Konley, 2002, In Motlová, 2004). Mezi další rizikové faktory sebevražd zde můžeme zařadit chronický průběh s častými relapsy, časté krátké hospitalizace, negativní postoj vůči léčbě, impulsivní chování, nedobrovolná hospitalizace či vysoké premorbidní IQ (Hert, McKenzie, Peuskens, 2001,   
In Motlová, 2004). Tyto sebevražedné pokusy mohou být částečně redukovány farmakoterapeutickými a psychosociálními intervencemi (Motlová, 2004).

Z poruch pocitů dochází k anhedonii, kdy jedinci přichází o možnost zažívat radost a štěstí, nemají zájem ani o zábavu, ani o práci, jsou velmi skeptičtí. Nejčastěji je to spojeno s depresí (Svoboda, 2006). Někdy může docházet ke zintenzivnění pocitů (Motlová, 2004).

Motlová (2004) zařazuje mezi poruchy emocí i složku motivační – její narušení způsobuje u schizofrenních osob apatii a abulii. Apatie je popisována jako nedostatečná motivace, kdy pacienti nejsou schopni vyvinout jakoukoliv činnost. Podle Svobody (2006) bývá spojena s depresí.

## Poruchy osobnosti

Osobnost je v psychologii velmi obtížně definovatelná. Můžeme ji definovat jako souhrn všech psychických a tělesných vlastností, jako biopsychosociální jednotku, na jejímž utváření se podílí vlivy biologické, psychologické a sociální, které ji udržují v dynamické rovnováze (Raboch, Zvolský, 2001, In Svoboda, 2006). Uvědomování si vlastního já představuje vrcholnou integraci všech složek osobnosti   
a je podstatou jádra osobnosti (Svoboda, 2006).

U schizofrenního onemocnění je ale uvědomování si sebe sama výrazně narušeno. Tím je způsobena i změna vztahu k sobě a nápadnosti v oblasti sebehodnocení. Nemocný je natolik odtržen od vnějšího světa a zaměřen na sebe   
a vlastní osobnost, až dochází k patologickému narcismu (Vágnerová, 2008).

Může docházet k pocitům depersonalizace, což je běžná porucha subjektivního prožívání vlastního já. Osoba postižena tímto jevem nemá pocit svého já, připadá   
si sama sobě cizí (Svoboda, 2006). Ztrácí jistotu sebevymezení, svou vlastní identitu. Může se rovněž považovat za někoho jiného (Vágnerová, 2008). Tento jev, kdy jedinec ztrácí svou identitu a tvrdí, že je někdo jiný než dříve, se nazývá transformace. Nemusí se cítit být vždy člověkem, může se jednat i o mimozemskou bytost. Někdy může změnu chování požadovat i po okolí, aby se k němu chovalo, jako k bytosti za kterou se považuje (Svoboda, 2006).

Jelikož můžeme schizofrenii zařadit mezi psychotická onemocnění, tak jedinci trpícímu touto nemocí chybí přiměřený náhled na svou chorobu. Ale zpočátku   
si samozřejmě může, byť po svém, uvědomovat změnu, která se s ním stala. Po čase se mu začne jevit vnější svět i jeho vlastní osobnost jinak než dřív, a tento prožitek, lišící se od předešlé zkušenosti je pro něj nepříjemný až hrozivý. Přirozeným mechanismem je obrana před představou, že by se snad mohlo jednat o duševní nemoc (Vágnerová, 2008).

Velmi špatně prožívány bývají poruchy integrity osobnosti. Je to stav, při kterém mizí normální vnímání sebe sama a jinak samozřejmé rozlišování hranic já   
a ne-já. Toto ohraničení se narušuje a stírá. Může dojít k narušení vědomí hranic mezi jedincem a okolním světem (Vágnerová, 2008). V této souvislosti bych ráda použila výrok schizofrenní pacientky Petera Kuttera, Eriky (In Vacek, 1996, s. 204), který mi pro tuto situaci přijde mimořádně výstižný:

*„Já jsem současně v sobě i mimo sebe. Pokaždé, jako bych do jiných lidí vklouzla   
a odtud pozorovala sebe sama. Jenže i to, co je mimo mě, je i součást mě samotné. Je to všechno jakoby nade mnou, současně mimo mě a vzdor tomu i součást toho, co jsem já. Je to instinkt. To pak žiju mimo sebe a vidím sebe sama zvenčí. A to ze mne dělá šílence...“*

Proměna, kterou popisuje tento výrok může nemocného děsit a logicky se proti tomu snaží nějak bránit. Jedinou možností je „úprava“, změna zbytku jeho vnitřního světa. To se děje jak prostřednictvím již výše zmíněného autismu, oddělením sebe samého od světa, přesunem do fantazie, přijetím jiné identity či jakéhokoliv jiného dění, které má z objektivního hlediska ráz bludu. Narušená hranice mezi já a ne-já stimuluje potřebu izolovat se ve svém, pokud možno jasně ohraničeném světě (Vágnerová, 2008).

Syřišťová (1974, s. 7) vnímá tento jev následovně: „Schizofrenní onemocnění se jeví z tohoto hlediska (pozn. situace krajního psychického ohrožení) jako spontánní mimovědomá přestavba reálného lidského světa, který se zhroutil. Tvorba psychotického světa, pracující se snovými obrazy, symboly a autistickým splněním potřeb, má svou zvláštní „logiku“, svůj vnitřní smysl a význam v těsném vztahu k historii osobnosti, je to stavba z hlediska subjektu mnohdy vysoce funkční, kterou člověk vytváří vedle „trosek“ skutečného světa nebo místo nich.“

V některých případech, převážně u chronické schizofrenie dochází k celkové dezintegraci, tedy rozpadu osobnosti. V tomto případě je celý citový, myšlenkový   
i volní život nemocného tak hluboce narušen, že si vůbec není vědom změn, které nastaly v jeho duševních funkcích. Dezintegrace může mít různou hloubku, k rozpadu osobnosti dochází až v posledních stádiích. Myšlení je roztříštěné, řeč má charakter slovního salátu, vyhasíná emotivita i zájmy. Chování je nepochopitelné a kontakt   
se stává nemožným (Svoboda, 2006).

V souvislosti s touto kapitolou, která nese název poruchy osobnosti, bych jen chtěla na závěr zmínit poměrně rozšířené přesvědčení, že schizofrenie je onemocnění, kdy má člověk více osobností. Tato představa je naprosto mylná, jelikož se jedná   
o dvě naprosto odlišná duševní onemocnění. Mnohočetná osobnost, nebo také disociovaná či alternovaná vzniká většinou traumatickým zážitkem (např. zneužívání v dětství) a jednotlivé osobnosti o sobě nemusí vůbec vědět.

## Poruchy jednání

Jednání můžeme definovat jako záměrné chování, které je založeno na určité motivaci a které mění dosavadní stav nebo situaci (Svoboda, 2006). Poruchy jednání většinou navazují na poruchy myšlení a vnímání, na poruchy emotivity a poruchy osobnosti.

U osob se schizofrenním onemocněním je důsledkem ztráty soudržnosti afektu, řečí, myšlení a pohybů více či méně nápadné chování. Může se projevovat ať už věku nepřiměřenou dovádivostí a nezbedností až po nepředvídatelný neklid, nápadné omezování kontaktu a aktivity. Tento jev bývá nazýván dezorganizované chování (Motlová, 2004). Tyto nápaditosti bývají diagnosticky velmi významné, jelikož často bývají prvním impulzem k úvaze o duševním onemocnění. Mnohé znaky v podivném chování jedince můžeme chápat jako projev kognitivních a emotivních poruch – nemocný jedná tak, jak danou situaci chápe, vnímá a prožívá, proto je toto chování pro běžného pozorovatele neadekvátní a bizarní (Vágnerová, 2008).

Neschopnost koordinovat chování se projevuje v každodenním životě ať už neschopností dodržovat osobní hygienu, nápadnostmi v oblékání (oblečení není adekvátní momentálnímu období ani počasí), neadekvátním sexuálním chováním (masturbace na veřejnosti), případně nemotivované nepředvídatelné pokřikování (Motlová, 2004). Lidově řečeno, nemocný se chová jako „blázen“.

Co se tedy týče zvýšené a snížené aktivity, můžeme je zařadit jako kvantitativní poruchy jednání. Častěji se vyskytuje aktivita snížená (hypagilnost), vzácněji můžeme zaznamenat tendence k nadměrné aktivitě, obvykle selektivně zaměřené, či k nepřiměřenosti projevu (hyperagilnost) (Vágnerová, 2008).

Mnohem větší význam u schizofrenie však mají kvalitativní poruchy jednání,   
a to především katatonické. O velký pokrok v objasnění pojmu katatonie se zasloužil Karl Ludwig Kahlbaum, který ji nazval „šílenství z tenze“, čímž chtěl vyjádřit abnormální svalové a psychické napětí nemocných. Vypozoroval, že onemocnění probíhá v charakteristických cyklech, ve kterých se střídají různé stupně excitace   
či stupor (Motlová, 2004).

Katatonie je porucha psychomotorických mechanismů, která má primitivní podobu a zpravidla u ní nebývá porušeno vědomí. Je charakterizována mimovolními pohyby, postoji a úkony, z nichž některé mohou být závislé na vnějších podnětech (Svoboda, 2006).

Mezi nejčastější katatonní projevy vyskytující se u schizofrenie můžeme zařadit manýrování, kdy schizofrenní jedinec doplňuje běžné jednání bizarními projevy, výsledkem čehož bývá neadekvátní obřadnost (například u stolování   
či oblékání).

Často pozorujeme stereotypní, opakující se pohyby některých částí těla, které nemají souvislost s celkovou pohybovou aktivitou. Týká-li se stereotypie mimických projevů, mluvíme o grimasování. Zmíněné výrazy v obličeji mohou působit nezvykle, nevhodně a mohou být více či méně nápadné. Automatické a okamžité reakce   
na povel, jakkoli nesmyslný, přičemž jinak pacient nespolupracuje, nazýváme povelový automatismus (Motlová, 2004). Jeho chování působí strojově.

Katalepsie je stav, kdy nemocný setrvává v tzv. nástavách, často nepřirozených pozicích, do nichž je nastaven. Tyto nástavy někdy mohou vznikat spontánně (Svoboda, 2006). Při pasivním pohybu končetinami pacienta cítíme pružný odpor. Tento jev se nazývá flexibilitas cerea, neboli vosková ztuhlost, jelikož při manipulaci s částí těla imponují končetiny jako by byly z vosku (Motlová, 2004).

Negativismus se projevuje jako odpor vůči výzvám a rozkazům. Mívá aktivní   
a pasivní formu: pokud jedinec provede přesně opačné chování, než se po něm žádá, hodnotíme jej jako aktivní, pokud na výzvu vůbec nereaguje, hodnotíme jej jako pasivní.

Někdy se může jedinec se schizofrenním onemocněním „opičit“ po jiných. Pokud nemocný automaticky opakuje vnímané pohyby, nazýváme to echopraxií   
a opakování mimiky nazýváme echomimií. Oba dva jevy patří do skupiny echomatismů.

Běžně se vyskytuje výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním. Nemocný je v tenzi a často mění polohu těla. Pokud dojde k úplnému vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovalém vědomí, jedná se o stupor. Nemocný setrvává nehybně v jedné poloze, někdy jej nelze nijak přimět k pohybové nebo mimické reakci a neodpovídá na otázky. Podobně může působit záraz jednání, kdy ale dojde k přerušení pohybu související se zástavou myšlenkové a řečové činnosti bez jakékoliv příčiny. Nemocný přeruší činnost a po pauze v ní pokračuje, tato pauza však může být různě dlouhá, může se jednat až o dny či týdny (Svoboda, 2006).

Jako poruchu jednání můžeme také klasifikovat agresivitu vůči okolí. Pacient může někoho napadnout v psychotickém stavu pod vlivem halucinací a bludů, nebo také útok na druhé osoby promýšlet delší dobu, pokud je opět v bludném přesvědčení, že mu z jejich strany hrozí nějaké nebezpečí (Kučerová, 2010).

## Poruchy řeči

„Schizofrenie je cena, kterou lidstvo platí za vývoj řeči“ (Preiss, Kučerová, 2006). Podle Svobody (2006, s. 103) je „řeč schopnost člověka pomocí verbálních výrazových prostředků vyjádřit obsah vědomí.“

Řeč pacientů se schizofrenií může být dezorganizovaná v mnoha ohledech. Pozorujeme ztrátu asociací a tangencialitu, které se projeví jako neschopnost udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází, a paralogie. Podle dezorganizace řeči se při psychiatrickém vyšetření posuzuje stav myšlení (Motlová, 2004). V řečovém projevu můžeme rovněž pozorovat vergiberaci, což je označení pro děj, kdy nemocný opakuje pořád stejné slovo nebo větu (Svoboda, 2006).

Slovní projev pacienta s inkoherentním myšlením nemá „hlavu ani patu“. Jako příznak rozpadlého myšlení se vyskytuje slovní salát kdy pronášená slova spolu nijak logicky ani gramaticky nesouvisejí (Motlová, 2004).

Neologismy jsou zcela nová slova vytvořená pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí. Někdy mohou vycházet z již existujících slov („ubližky“ mohou představovat léky, které nemocnému nedělají dobře), jindy mohou být nová   
i fonematicky („bostva“ je např. označení pro svačinu) Mohou také vytvářet zcela novou řeč (Svoboda, 2006).

Nedostatečné nabídce myšlenek odpovídá chudost řeči. Sdělované je „slovní vatou“, bez obsahu, mohou se rovněž vyskytovat zárazy (podobně jako u poruch jednání, obojí je zřejmě zapříčiněno stejným faktorem): myšlení se náhle „zastaví“, jelikož se nemocnému nedostává myšlenky. Zárazy můžeme nazývat také bloky a je třeba je odlišovat od mutismu (Motlová, 2004).

Mutismus je naprostý útlum řeči. Vědomí, porozumění i fatické funkce (tvorba a porozumění řeči) jsou zachovány, pacient je schopen komunikovat pomocí gest, mimiky a písma (Svoboda, 2006). U těžkých forem schizofrenie vázne abstrakce, je sklon ke konkrétním odpovědím, subjekt nedokáže abstrahovat metaforický význam (Preiss, Kučerová, 2006).

Poruchy řeči bývají někdy zařazovány do kapitoly o poruchách myšlení, jelikož řeč je instrumentální složkou myšlení, vzhledem k množství vyskytujících   
se poruch z této oblasti jsem se rozhodla zařadit jej zvlášť.

## Poruchy vůle

Vůle je definovatelná jako záměrné, cílevědomé úsilí směřující k dosažení vědomě vytyčeného cíle, vlastní jen člověku. Je to soubor chtění, rozhodování, úsilí   
a jednání (Svoboda, 2006). Z poruch vůle vyskytujících se u schizofrenního onemocnění můžeme jmenovat hypobulii a abulii, tyto poruchy se týkají jejího snížení.

Hypobulie je snížení vůle, pro které je charakteristická mimo jiné nerozhodnost, a to buď z nedostatku volních tendencí či z nemožnosti rozhodnout   
se mezi dvěma tendencemi. Příčinou může být také bezradnost, kterou pacient vnímá negativně (Svoboda, 2006). V praxi to vypadá tak, že sám nemocný by sice rád něco dělal, ale nemá sílu se do ničeho pustit, je rychle unavitelný. Nemá také dost vůle   
k tomu, aby dodržel nějaký slib, například, že bude pravidelně brát léky (Kučerová, 2010).

Abulie znamená naprosté vymizení vůle a schopnosti dojít k rozhodnutí, schopnosti cokoli chtít a usilovat o to, schopnosti nějakou činnost zahájit (Svoboda, 2006). V extrémních případech není nemocný schopen ani vstát z postele   
za jakýmkoliv účelem (Kučerová, 2010).

## Poruchy pudů

„Pudy a instinkty jsou staré, ve fylogenezi zakódované biologické mechanismy. Jde o instinktivní činnost člověka pozměněnou individuální zkušeností, která je spojena s pocitem puzení a s potřebou toto puzení uspokojit“ (Svoboda, 2006, s. 108).

Za nejčastější a nejdůležitější poruchu v této skupině můžeme považovat poruchy pudu sebezáchovy, kam můžeme zařadit automutilaci, tedy sebepoškozování, které může probíhat z různých důvodů. Vesměs se pacient tímto trestá za domnělé prohřešky, např. pořezáním, polykáním kovových předmětů, pálením kůže, autokastrací, vypichováním očí, amputací prstů apod. Toto sebepoškozování může být realizováno i pod vlivem halucinací, kdy to dotyčnému přikáže nějaký hlas. Někdy může dojít až k suicidu, což je vědomé a úmyslné ukončení života.

Co se týče poruch obživného pudu, může se opět v důsledku halucinací vyskytnout sitofobie, což je chorobný strach z jídla. Může se domnívat, že jídlo je otrávené nebo mu hlasy zakazují jíst. U chronických schizofreniků se může vyskytnout pojídání nejedlých látek (pica) např. písku nebo omítky. Pod vlivem psychotické ataky může vyjímečně dojít i ke kanibalismu, který je v naší kultuře výrazně tabuizován.

Zjevná je u schizofrenie porucha sdružovacího pudu, kdy se nemocný postupně izoluje od druhých lidí, což se může vystupňovat až k autismu (Svoboda, 2006).

## Poruchy intelektu

„Intelekt bývá definován jako schopnost operovat správně s obecnými   
a abstraktními pojmy podle logických zákonů, tvořit pravdivé soudy a usuzováním dojít k novým poznatkům, popřípadě korigovat staré“ (Svoboda, 2006, s.105). Jeho „jednotkou“ je IQ.

Hodnoty IQ jsou schizofrenním onemocněním méně ovlivněné, protože jsou závislé na dovednostech naučených před začátkem onemocnění (Preiss, Kučerová, 2006). Pasivita a netečnost nemocného vyvolává dojem, že jde o zásah   
do paměťových a intelektových funkcí. Pokud se podaří tyto projevy prolomit, zjišťujeme, že paměťové a intelektové funkce jsou neporušeny (Dušek, 2010).

Hodnota IQ je dávána do souvislosti také s vlastním náhledem na nemoc. Nemocní s velmi vysokým IQ mají lepší náhled na nemoc, avšak u pacientů s nízkým IQ nebyl nalezen žádný vztah k míře jejich náhledu na onemocnění. Míra ovlivnění kognitivních procesů úrovní intelektu je dosud nejasná. (Preiss, Kučerová, 2006).

## Poruchy pozornosti

„Pozornost (prosexie) je aktivní zaměření vnímání na nějaký děj, činnost, předměty, součást reality“ (Svoboda, 2006, s. 92). U nemocných se vyskytují poruchy pozornosti často a nepříznivě ovlivňují jejich celkovou kognitivní výkonnost. Poruchy pozornosti mají komplexní povahu. Nemocní špatně koncentrují pozornost   
a snadno je upoutají drobné a banální vnější podněty.

Osoby se schizofrenním onemocněním nedokážou rychle přesunout pozornost, ani ji udržet, nedokáží rovněž rozdělit pozornost současně na více podnětů. Rovněž je narušena schopnost udržet koncentrovanou pozornost po delší časovou periodu (Preiss, Kučerová, 2006). U katatonních stavů se může vyskytovat aprosexie, kdy je pozornost zcela vymizelá a člověk není schopen se soustředit vůbec na nic (Svoboda, 2006).

## Poruchy paměti

Paměť považujeme za schopnost přijímat, podržet a znovu oživovat minulé vjemy, jde tedy o uchování informace o podnětu, který na nás již nepůsobí – je to schopnost organismu uchovat strukturované informace v čase (Svoboda, 2006).

Pacienti se schizofrenií vykazují širokou škálu postižení paměťových funkcí   
a podávají v průměru mírně snížený výkon ve většině paměťových testů.

Paměť bývá rozdělována na procedurální, která udržuje naučené vzorce chování, osvojené postupy a stereotypy a uplatňuje se mimo vědomou kontrolu, a na deklarativní, která má charakter zapamatovaného příběhu nebo tvrzení. Také ji můžeme rozdělovat na paměť sémantickou (pro významy, fakta a tvrzení)   
a epizodickou (pro autobiografické události, děje a příběhy).

Pacienti vykazují deficitní výkon téměř ve všech typech paměti kromě paměti procedurální. Oproti zdravým jedincům je horší kvalita výbavnosti ve všech modalitách – volné vybavení, znovupoznání a vybavení pomocí kódovacího klíče.   
Na základě různých studií existuje hypotéza, že paměťový proces je postižen spíše   
ve fázi výbavnosti, nežli ve fázi vštípivosti či retence.

U pacientů se schizofrenií, jejichž onemocnění má již delšího trvání, můžeme pozorovat poruchu „nařízeného zapomínání“ (míra schopnosti potlačovat nežádoucí kódování a vybavování informací; souvisí s jevem, kdy je pro nemocného obtížné ignorovat nevýznamné podněty). Je možné, že snížení počtu zapamatovaných informací je způsobeno neschopností „filtrovat“ irelevantní podněty, čímž dochází   
k jakémusi „zanesení“ paměťové kapacity pacienta.

Narušení pozorujeme i u epizodické paměti. Bylo zjištěno, že oproti zdravým jedincům, kteří si pamatují stejně kvalitně období dětství, dospívání, časné dospělosti a nedávné minulosti, tvoří paměťový profil pacientů se schizofrenií U-křivku. To znamená, že si poměrně dobře pamatují zážitky z dětství a z nedávné minulosti, ale hůře si vybavují události z časné dospělosti.

Co se týče oblasti pracovní paměti osob nemocných schizofrenií, ta je schopna uchovat informace jen dočasně. Její dysfunkce je pokládána za jádrový kognitivní příznak schizofrenie (Preiss. Kučerová, 2006).

## Poruchy vědomí

Vědomí bývá považováno za bezprostřední znalost, kterou má každý z nás   
o své existenci, o svých činech a o běžném světě. Bývá připodobňováno k vnímání, pozornosti, bdělosti (Svoboda, 2006).

Porucha vědomí se může vyskytnout v některých případech, zvláště na začátku onemocnění (Dušek, 2010). Vyskytuje se v podobě kvalitativních poruch, a to jako amence, což je zmatenost, která může trvat i několik týdnů, pacient je dezorientovaný ve všech směrech, jsou přítomny poruchy vnímání a myšlení. Může být i mírná   
a nenápadná, vypadající jako roztržitost. Další formou poruchy vědomí může být delirium, při němž má nemocný četné halucinace a iluze. Delirium je vážnější forma amence (Svoboda, 2006).

Mezi poruchy vědomí bývají také zařazovány poruchy spánku, které   
se u schizofrenie rovněž mohou vyskytnout. Většinou se vyskytují v úvodu rozvoje onemocnění nebo v akutních stadiích, chroničtí schizofrenici spí dobře (Zvolský, 2006). Poruchy spánku tedy mohou významně upozornit na novou ataku onemocnění (Dušek, 2010). Vyskytuje se insomnie a hyposomnie, které se týkají nedostatečného spánku. Porušeno může být usínání, výskyt časného probouzení, trhaného spánku, naprosté nespavosti několik dní (Kučerová, 2010).

## Pozitivní a negativní příznaky

Významné dělení schizofrenních příznaků, na pozitivní a negativní, pochází z 19. století a jeho autorství můžeme připsat Johnu Russelovi Reynoldsovi a Johnu Hughlinsovi Jacksonovi (Motlová, 2004).

Pozitivní (tj. psychotické) příznaky bývají nejčastější příčinou hospitalizace. Jsou spojovány s regionálně zvýšenou dopaminergní aktivitou. Do této kategorie můžeme zařadit halucinace, bludy a dezorganizaci s konsekvencemi v jednání nemocného (Češková, 2005).

Negativní příznaky souvisí s regionálně (ovšem v jiné oblasti než u pozitivních příznaků) sníženou dopaminergní aktivitou (Češková, 2005). Oproti příznakům pozitivním v mnohem větší míře ovlivňují sociální i pracovní zařazení pacientů, včetně jejich celkové kvality života. Oploštělá emotivita, ochuzení řeči, anhedonie, nedostatek vůle či psychomotorické zpomalení výrazně postihují schopnosti pacientů i v době, kdy pozitivní příznaky schizofrenie již vymizely. Nedostatečně účinná léčba negativních příznaků je v současnosti považována za jeden z největších problémů léčby schizofrenie (Kučerová, 2008).

# Klasifikace

Vzhledem k velké variabilitě psychotických příznaků schizofrenie byly již   
od počátku rozlišovány různé formy schizofrenního onemocnění. Kraepelin, který nazýval schizofrenii dementia praecox, jako první souhrnně definoval příznaky tohoto onemocnění a rozlišoval již formu paranoidní, hebefrenní a katatonní. Bleuer dal již tomuto onemocnění název schizofrenie, pod kterým jej známe dodnes (Libiger, 2002). Rovněž se domníval, že se jedná o skupinu poruch se společnými psychotickými symptomy. Tyto příznaky rozdělil podle důležitosti na základní   
a akcesorní. Mezi základními příznaky můžeme nalézt Bleuerova čtyři A: poruchy asociací a afektu, ambivalence a autismus. Kraepelinovu klasifikaci rozšířil o formu simplexní. Schneider pak podobně jako Bleuer dělil příznaky podle důležitosti   
na příznaky prvního a druhého řádu (Motlová, 2004).

Co se týče mezinárodně uznávaných klasifikačních systémů, můžeme nalézt dva hlavní, které se schizofrenií zabývají: ICD-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí 10. revize) a DSM-IV (Americká psychiatrická asociace). Podle obou těchto manuálů se musí vyskytovat určité příznaky po určitou dobu (Motlová, 2004).

## Schizofrenie podle MKN-10

MKN-10 definuje schizofrenii jako onemocnění, které se vyznačuje poruchami myšlení a vnímání a afektivitou, která je nepřiměřená nebo oploštělá. Intelektové schopnosti a jasné vědomí zůstává zachováno, osobnost je však narušena ve svých nejpodstatnějších funkcích, které dávají normálnímu jedinci pocit individuality, jednotnosti a autonomie (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Schizofrenii zde můžeme nalézt pod označením F20, dále následují podskupiny této skupiny nemocí, tedy její formy (Světová zdravotnická organizace, 2006):

F20.0 – Paranoidní schizofrenie

F20.1 – Hebefrenní schizofrenie

F20.2 – Katatonní schizofrenie

F20.3 – Nediferencovaná schizofrenie

F20.4 – Postschizofrenní deprese

F20.5 – Reziduální schizofrenie

F20.6 – Simplexní schizofrenie

F20.8 – Jiná schizofrenie

F20.9 – Schizofrenie nespecifikovaná

### Paranoidní schizofrenie

Jedná se o nejobvyklejší typ schizofrenie ve většině částí světa (Světová zdravotnická organizace, 2006). Je charakterizována především bludy, které   
se rozvíjejí a zasahují osobnost jedince i jeho vztahy. Převládají bludy paranoidní, ale můžou se vyskytovat i bludy ovládání, ovlivňování (Libiger, 2002). Tyto bludy často vedou k symbolickému vykládání reality, nebo ke snahám tuto realitu ovlivnit prostřednictvím myšlenek či různých nezvyklých postupů (Bouček, 2006). Často bývají doprovázeny halucinacemi – nejčastěji sluchovými, pro které jsou typické imperativní halucinace, komentující hlasy nebo slyšení hovorů, které hodnotí nemocného jedince. Někdy se ke sluchovým halucinacím mohou přidat i halucinace tělové, taktilní, viscerální, čichové i chuťové.

Nemocní tímto typem schizofrenie jsou více odolní vůči depersonalizaci, které podléhají katatonní, či hebefrenní formy (Libiger, 2002). Vzhledem k bludnému výkladu reality bývá narušeno myšlení, mívají poruchu vůle, nedovedou se přinutit   
k potřebné aktivitě (Vágnerová, 2008).

### Hebefrenní schizofrenie

Svými symptomy odpovídá tento typ schizofrenie klasickým popisům předčasné demence i laické představě o „bláznech“ (Libiger, 2002). V Severní Americe bývá tento typ označován také za dezorganizovaný (Bouček, 2006). Jsou zde výrazné změny afektivity, bludy a halucinace a nezodpovědné a nepředvídatelné chování. Nálada bývá povrchní a nepřiměřená situaci, často provázena chichotáním, nebo samolibým, sebou zaujatým úsměvem, nadneseným chováním, manýrováním, nezbedností, hypochondrickými stížnostmi (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Projevy jsou podobné pubertálnímu a adolescentnímu období vývoje (Libiger, 2002). Vzniká v období adolescence a rané dospělosti, tedy mezi 15 a 25 lety. Jelikož se jedná o období, kdy by se měla ještě vyvíjet a upevňovat osobnost jedince, mívá špatnou prognózu, jelikož dětské sebepojetí nemůže sloužit jako stabilní základ   
ke zvládnutí závažného duševního onemocnění (Vágnerová, 2008). Dochází   
k rychlému rozvoji negativních symptomů, zvláště oploštění afektů a ztrátě vůle (Kučerová, 2010).

Může se projevovat nesouvislou a neuspořádanou mluvou či bezcílným   
a bezúčelným chováním. Často nedbají o svůj zevnějšek, nápadně se oblékají, např.   
v tom smyslu, že své oblečení nepřizpůsobí ročnímu období (Libiger, 2002).

### Katatonní schizofrenie

Podstatným a viditelným příznakem jsou zde výrazné psychomotorické poruchy (Světová zdravotnická organizace, 2006). Můžeme rozlišovat dvě varianty této formy onemocnění: Produktivní varianta, která se vyznačuje výraznou   
a nepřiměřenou pohybovou aktivitou, bezcílným neklidem. Pro stuporózní variantu je charakteristické celkové zpomalení či útlum veškeré psychomotorické aktivity, dochází ke ztrátě vůle k jakékoli činnosti (Vágnerová, 2008). Tělo a končetiny setrvávají v nastavených polohách, závažným projevem je katatonní stupor, který může být spojen se zaujímáním nepřirozených pozic (Bouček, 2006).

Objevují se halucinace, hlasy, které zakazují mluvit, jíst, jednat apod. Nemocní tímto typem schizofrenie jsou nevyzpytatelní, jelikož nemůžeme odhadnout, k čemu je jejich halucinace vyzvou (Vágnerová, 2008).

Světová zdravotnická organizace (2006, s. 86) uvádí, že „z těžko pochopitelných důvodů se nyní katatonní schizofrenie zřídka vyskytuje   
v průmyslových zemích, ačkoliv jinde je běžná.“

### Simplexní schizofrenie

Simplexní forma schizofrenního onemocnění je charakterizována změnami   
v chování, vyplývajícími z postupného stažení pacienta ze vztahů k vnějšímu světu. Volní projevy se stávají nepochopitelné, nemocný budí dojem, že ztrácí „životní sílu“. Rovněž se vytrácí schopnost vypořádat se s nároky běžného života (Libiger, 2002).

Jedná se o vzácně se vyskytující psychózu. Bludy a halucinace chybí a stav není tak zřejmě psychotický jako u ostatních forem schizofrenního onemocnění (Světová zdravotnická organizace, 2006). Na počátku se může jevit jako porucha osobnosti s nápadnou leností a sociální nepřizpůsobivostí. Myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence (Vágnerová, 2008).

Simplexní forma schizofrenie nebyla zahrnuta do klasifikace DSM-IV a jí odpovídající onemocnění jsou nejčastěji klasifikována jako schizotypální poruchy osobnosti (Češková, 2005).

### Ostatní formy schizofrenie

Výše jsem popsala čtyři hlavní a nejdůležitější formy schizofrenie, proto jsem jim věnovala každé zvláštní kapitolu. Jelikož následující formy nebývají moc často ani podrobněji uváděny v odborných publikacích, rozhodla jsem se je zařadit do jedné kapitoly a každé věnovat alespoň krátký odstavec.

Nediferencovaná schizofrenie zahrnuje stavy, které splňují všeobecná diagnostická kritéria pro schizofrenii (viz kapitola 1.5.) ale neodpovídají žádné výše uvedené podskupině nebo mají rysy více než jedné z nich, aniž by nějaká diagnostická charakteristika převládala. Tato diagnóza by se měla použít pouze   
v případech psychotických stavů, které nelze zařadit jako paranoidní, hebefrenní   
či katatonní. Nediferencovaná schizofrenie se vylučuje s reziduální schizofrenií   
a postschizofrenní depresí (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Postschizofrenní deprese je označení pro depresivní stav, který může být dlouhý a nastává po odeznění schizofrenní psychózy. Musí být přítomny nějaké schizofrenní příznaky, ale již ne ve velkém rozsahu. Často je obtížné rozhodnout, které z pacientových příznaků lze přičíst depresi a které neuroleptické medikaci nebo narušení vůle a emočnímu oploštění vlastní schizofrenie. Tato depresivní porucha je spojena se zvýšeným rizikem sebevraždy (Světová zdravotnická organizace, 2006).

Reziduální schizofrenie označuje chronický stav, přetrvávající po odeznění akutních symptomů schizofrenní ataky. Jeho příznaky jsou většinou málo intenzivní. Tato forma schizofrenního onemocnění se projevuje hlavně podivínstvím, často spojeným s leností, nemotivovanou toulavostí a zanedbáváním sebe i svého okolí. Dochází ke zformování nových a často deformovaných vztahů mezi jedincem   
a skutečností. Zahrnuje příznaky, které se vyskytovaly již před první psychotickou atakou (Libiger, 2002).

Můžeme tedy říci, že nediferencovaná schizofrenie tvoří jakousi zbytkovou kategorii pro onemocnění, které nelze zařadit jinam. Reziduální schizofrenie   
a postschizofrenní deprese se vztahují spíše k průběhovým stadiím onemocnění. Jedná se o stavy, které často následují a přetrvávají po odeznění akutních příznaků schizofrenního onemocnění (Bouček, 2006).

## Jiná dělení schizofrenie

Schizofrenie může být také rozdělována na typ I a II. Toto dělení pochází   
od Timothyho Crowa, který navrhl rozdělit schizofrenii do dvou klinicky významných typů.

Typ I je charakterizován přítomností pozitivní psychotické symptomatiky, jakou jsou bludy a halucinace a průběhem v atakách s remisemi. Atrofie mozku (zmenšení) není přítomna.

Typ II má převahu negativní symptomatologie. Je doprovázen mozkovou atrofií. Má kontinuální průběh a hůře odpovídá na léčbu (Libiger, 2002).

Jiné dělení, jehož autorkou je Nancy Andreasová, je založeno na přítomnosti syndromu pozitivní nebo negativní symptomatologie. Rozlišuje negativní, pozitivní   
a smíšenou formu schizofrenie a sestavila škály na měření pozitivních a negativních symptomů. To odpovídá modelu jedné bipolární schizofrenní psychopatologie   
s negativním a pozitivním pólem, který předpokládá, že čím více je bludů   
a halucinací, tím méně je negativních příznaků a naopak. Později však převládlo mínění, že pozitivní a negativní psychopatologie reprezentují na sobě nezávislé dimenze, které spolu nesouvisí (Libiger, 2002).

Tyto rozpory ukazují na složitou vnitřní skladbu negativních příznaků. Mohou být zčásti primární, spojené s vlastní schizofrenní poruchou a patřit k základním, jádrovým příznakům. Mohou být součástí symptomatologie psychotické ataky   
a vyskytovat se společně s pozitivní symptomatologií. Také však mohou být negativní symptomy druhotné. Ty mohou být důsledkem deprese a nebo také následkem užívání psychofarmak. Různorodost negativních příznaků byla příčinou formulace konceptu „deficitní“ schizofrenie (Libiger, 2002).

Deficitní schizofrenie je obsažena v manuálu Americké psychiatrické asociace DSM-IV. Jedná se o zvláštní podtyp schizofrenie, u kterého se vyskytují negativní příznaky od počátku onemocnění a nejedná se o následek užívání psychofarmak, sociální izolace nebo deprese (Raboch, Zvolský, 2001).

# Průběh

Průběh onemocnění schizofrenií je velmi proměnlivý, mění se také v důsledku pokroku psychofarmakologie a léčebných přístupů (Raboch, Zvolský, 2001). Vlastnosti změn, jejich stálost, hloubka, trvalost či výsledek jsou ovlivňovány četnými faktory, mezi něž můžeme zařadit vlastní chorobný proces, osobnost nemocného, včetně jeho fyziologické výbavy a přizpůsobivosti, sociální prostředí nebo intenzita stimulace, kterým je nemocná osoba vystavena (Libiger, 2002).

Schizofrenie se poprvé projevuje v pozdní adolescenci a časné dospělosti, určit přesný začátek onemocnění je však velmi těžké, jelikož schizofrenie většinou nezačíná psychotickými symptomy, ale spíše nespecifickými příznaky, jako je iritabilita, neklid a náladovost (Motlová, 2004). V České republice je vrchol výskytu schizofrenie mezi 20. a 24. rokem, v celosvětovém průměru se však onemocnění vyskytuje mezi 26 a 27 lety. Vyskytují se rovněž rozdíly mezi pohlavími – první známky duševního onemocnění se vyskytují u mužů ve 24 letech a u žen ve 27, první psychotické známky u mužů ve 26 a u žen ve 31 letech, první příjem do psychiatrického zařízení je průměrně u mužů ve 28 letech, u žen ve 32 letech (Libiger, 2002).

Období před vypuknutím choroby nazýváme premorbidní fáze. Toto období předchází první manifestaci psychotických projevů a může být různě dlouhé (Češková, 2005). Onemocnění se ještě klinicky neprojevuje, ale mohou být přítomny poruchy kognitivních funkcí nebo povahové zvláštnosti (Raboch, Zvolský, 2001). Mohou se vyskytovat odchylky v motorickém a sociálním vývoji a tyto odlišnosti   
se prohlubují, nemají však specifický charakter a mohou být tedy zcela nenápadné (Libiger, 2002).

Určit spouštěč, neboli stresovou situaci, která může napomoci vzniku nemoci, je velmi nesnadné. Předpokládá se, že to mohou být nezvládnuté požadavky dospělosti a sociálního dozrání, odpoutání se od rodiny, nalezení sexuální role; ale   
i somatické potíže, úraz či otrava (Kalina, 2001).

Premorbidní období přechází plynule do období prodromálního, kdy   
se nespecifické příznaky stávají nápadnějšími a mohou být důvodem kontaktu   
se zdravotnickým prostředím (Libiger, 2002).

Tyto příznaky však často unikají pozornosti a k prvnímu kontaktu s psychiatrií a k léčbě nakonec vede až první psychotická ataka. Prodromální stadium je však ideálním obdobím k prevenci v případě, že je zde onemocnění zachyceno. Včasnou terapií lze předejít následnému nepříznivému průběhu schizofrenie (Raboch, Zvolský, 2001). Charakteristické jsou příznaky jako kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, ozvláštněné vnímání a sklon ke vztahovačnosti, ztráta spontaneity, emoční stažení a zploštění, nemluvnost (Libiger, 2002). Tyto nápadnosti mohou přetrvávat poměrně dlouhou dobu, někdy i několik let (Vágnerová, 2008).

Následuje období progredientní, ve kterém se ataky aktivní psychopatologie střídají s ústupem příznaků (Raboch, Zvolský, 2001). První psychotická epizoda nastupuje po prodromech a často se projevuje jako náhlá změna ve vztahu   
ke skutečnosti, provázená psychotickými příznaky. Dochází k pronikavé změně sociálních a pracovních schopností, což vede k pacientovu zneschopnění a většinou   
k hospitalizaci.

Vedle bludů a halucinací se manifestují příznaky příslušných forem onemocnění: ambivalence, nepřiléhavé emoce, rozsáhlé poruchy myšlení a poruchy motoriky. Poruchy motoriky představuji jakousi analogii k poruchám myšlení, ukazujíce na ztrátu plynulosti a návaznosti. Nemocní paradoxně selhávají ve věcech, které dokázali snadno, ale schopnosti, které od nich nejsou očekávány, si udržují. Proměnlivost a nesourodost projevů psychotické ataky může poskytnout záchytné body pro získání ke spolupráci při znovunabývání roztříštěných schopností (Libiger, 2002).

U některých může psychóza ustoupit ze dne na den, u jiných se táhne dlouhé týdny a měsíce. První akutní ataka má dobrou prognózu – traduje se, že necelá třetina nemocných se po první psychotické atace, která může být růžně dlouhá, uzdraví úplně nebo téměř beze zbytku (Raboch, Zvolský, 2001). Na povaze postpsychotického stavu se podílí mnoho faktorů, které souvisí s předchozím průběhem – promítá se do nich včasnost a způsob poskytnuté léčby, dostupnost rehabilitace či účinná ochrana před zátěží.

Závažnější stav však představuje reziduální schizofrenie, která zahrnuje především negativní příznaky: zanedbávání zevnějšku, sociální stažení, plochou emotivitu, pasivitu a nedostatek iniciativy. Psychotické příznaky mohou v oslabené podobě přetrvávat bez emočního náboje a objevovat se jen za určitých situací. Odolnost vůči zátěži se výrazně snižuje a i banální události mohou být vnímány jako nadměrný stres (Libiger, 2002).

Psychotický proces představuje pro pacienta velkou zátěž, je to zkušenost, která na něm zanechává stopy. Jako každá překonaná překážka ale může být boj   
s onemocněním vnímán jako posilující zkušenost (Raboch, Zvolský, 2001). Povahovou změnu, která byla zapříčiněna proběhlým onemocněním, je nejspíš lepší chápat ne jako výsledek určitého procesu, ale jako vytvoření nové rovnováhy mezi jedincem se změněnými schopnostmi a vnějším světem. Není to výpověď   
o katastrofickém průběhu schizofrenie až k demenci, ale o schopnosti člověka využít svých sil a rezerv k tomu, aby svůj vztah ke světu stabilizoval na nové úrovni (Libiger, 2002).

## Průběhové formy schizofrenie podle MKN-10

Smolík (2002, s. 156) uvádí průběhové varianty schizofrenie podle MKN-10. Průběh schizofrenie bývá značen jako pátý znak v kódu, neměl by být ale značen, pokud pozorování pacienta netrvá alespoň 1 rok.

* F20.x0 – Kontinuální (chronický)

Žádná remise psychotických příznaků v průběhu období pozorování

* F20.x1 – Epizodický (v atakách) s narůstajícím defektem

Postupný rozvoj negativních příznaků v období mezi psychotickými epizodami

* F20.x2 – Epizodický (v atakách) se stabilním defektem

Trvalé, ale nenarůstající negativní příznaky v období mezi psychotickými epizodami

* F20.x3 – Epizodický (v atakách) s remisemi

Úplná nebo téměř úplná remise mezi psychotickými epizodami

* F20.x4 – Neúplná remise
* F20.x5 – Úplná remise
* F20.x8 – Jiný

F20.x9 – Období pozorování kratší než jeden rok

# Diagnostika

Diagnóza onemocnění vede ke stanovení hypotézy o tom, jak bude onemocnění probíhat a jak ho lze ovlivnit. Má zásadní vliv na volbu dalšího postupu lékaře i jiných osob, které mohou nemocnému pomoci. Jedná se o zásadní informace také pro nemocného (Libiger, 2002).

Určit přesnou dobu nástupu onemocnění je velmi obtížné a přitom velmi důležité. Je samozřejmé, že co nejdřívější rozpoznání schizofrenního onemocnění vede k brzskému započetí léčby a tyto případy tedy mívají lepší prognózu. Rovněž   
se také snižuje počet hospitalizací v následujících letech a výskyt rizikového chování, které onemocnění jen zhoršuje (např. užívání drog) (Raboch, Zvolský, 2001).

Pro diagnostiku je důležité si uvědomit, že u většiny nemocných onemocnění začíná pozvolna, akutní epizoda hned zpočátku onemocnění se vyskytuje pouze u 15-20% z nich. Doba neléčené psychózy je spojována s pomalejším ústupem potíží, přetrvávajícími negativními příznaky, funkčním narušením, kognitivním deficitem, sociálním selháváním (Češková, 2005).

Diagnostika všech psychických onemocnění, mezi které můžeme zařadit   
i schizofrenii, se opírá o psychiatrické vyšetření. Psychiatrické vyšetření se skládá   
z psychiatrické anamnézy a vyšetření psychického stavu. Jelikož psychiatrie dosud nemá žádné objektivní ukazatele onemocnění, jako například laboratorní metody, spočívá umění diagnostiky především v umění naslouchat, ptát se a pozorovat. Důležitou součástí diagnostického procesu je také konfrontace subjektivního pohledu nemocného s údaji jeho nejbližších (Češková, 2005).

## Psychiatrická anamnéza

Účelem tohoto procesu je sběr informací, které pomohou stanovit diagnózu. Jelikož nemocný bývá často úzkostný, nevyzná se ve svých obtížích   
a z psychiatrického vyšetření má často obavy, měli bychom nemocného vyšetřit   
v klidu, nerušeně, mít na něj dostatek času a dodržovat společenská pravidla (Češková, 2005). Není vhodná přítomnost dalších osob, ani není vhodné takové prostředí, ve kterém má pacient pocit, že jejich rozhovoru naslouchá někdo další. Vyšetřovaný by měl z komunikace s lékařem cítit porozumění a pochopení vlastních potíží (Dušek, 2010).

Nejvhodnějším postupem při klinickém rozhovoru je začínat pacientovými potížemi, čímž vyšetřovaný od počátku získá dojem, že se zajímáme především o jeho problémy a že mu od nich chceme pomoci. (Ve všech učebnicích psychiatrie   
se propaguje začínat rodinnou anamnézou)

Psychiatrická anamnéza obsahuje v první řadě identifikační údaje a současný problém. Předmětem zájmu se stává průběh obtíží, případné předchozí diagnózy,   
z rodinné anamnézy je zjišťováno, zda se již dříve v rodině vyskytla nějaká duševní nemoc, či zda je v rodině přítomna vysoká míra vyjadřování emocí nebo také jestli došlo ke změně sociálního statusu.

V osobní anamnéze posuzujeme například, v jakém období se nemocný narodil, zda se vyskytly v dětství nějaké traumatizující události (šikana, stěhování...), náhlé přerušení slibných studií či kariéry. V somatické anamnéze bývá v první řadě vždy nutný dotaz na návykové látky. Dále zjišťujeme výskyt nemocí souvisejících   
s psychózou, mezi které patří nemoci endokrinní (Cushingův syndrom, Addisonova nemoc, Connova nemoc), epilepsie či poranění hlavy. Ze sociální anamnézy nás zajímá případné bezdomovectví, nezaměstnanost, podpora poskytovaná zdravotnickými zařízeními (Cohen, 2002).

## Posouzení psychického stavu

Zhodnocení všech psychických funkcí je nedílnou součástí diagnostického procesu. Zaměřujeme se na vzhled a chování, na celkové vzezření, postoj, oblečení, oční kontakt, případně zda vyvíjí nějakou motorickou aktivitu. Ve druhé řadě hodnotíme verbální projev nemocného – dynamiku a srozumitelnost řeči.

Mezi další okruhy, na které zaměřujeme pozornost, patří jednotlivé psychické funkce: vědomí a orientace – orientace osobou, místem, časem a situací, soustředivost a paměť. U emotivity hodnotíme náladu a afektivitu (způsob, jak nemocný projevuje své city). Další hodnocenou psychickou funkcí je myšlení: hodnotíme formu (způsob řazení myšlenek, zda se vyskytuje nesouvislé myšlení, kdy dochází k rozvolnění logických a asociačních vazeb) a obsah (zda jsou přítomny bludy, pocity cizoty   
a nereálnosti, ovládavé myšlenky či obsese a fobie). Kromě dynamiky myšlení hodnotíme schopnost abstrakce. V oblasti vnímání zjišťujeme, zda jsou přítomny iluze či halucinace. Předmětem pozornosti se stává také intelekt, který můžeme hodnotit například pomocí slovní zásoby nemocného, způsobu vyjadřování   
a základních znalostí, tyto poznatky poté srovnáváme s úrovní dosaženého vzdělání. Nechybí ani vyšetření paměti (Češková, 2005).

## Urgentní psychiatrické vyšetření

Toto vyšetření často probíhá v době, kdy je nemocný pod vlivem akutní psychotické ataky. Na rozdíl od běžného psychiatrického vyšetření má zde lékař poměrně malý časový prostor - při tomto vyšetření je nutné rychle zjistit, do jaké míry je stav pacienta nebezpečný jemu samému a ostatním. Ve středu zájmu tedy stojí aktuální stav nemocného. Navázání vztahu mezi lékařem a pacientem je zde mimořádně důležité – navázaný vztah určuje, co pacient sdělí a nesdělí, významnou roli zde hraje také interpretace.

Hospitalizace nemocného s vysokým rizikem poškození sebe a ostatních je nezbytně nutná, posouzení potenciální agresivity a suicidálního jednání však nebývá snadné. Podcenění této situace může vyústit v agresivní a suicidální jednání (Češková, 2005).

Češková (2005, s. 30) formuluje zásady urgentního rozhovoru:

* pokusit se získat co nejvíce informací předtím, než se s nemocným setkáme
* znát známky počínající agresivity
* mít přístup ke dveřím, odstranit potenciálně nebezpečné předměty v okolí
* mít ostatní personál v blízkosti a mít nachystaný tým, která by mohl nemocného omezit
* přiblížit se k nemocnému způsobem, kterým by se necítil ohrožen
* zklidnit slovně, pomoci nemocnému v orientaci v realitě
* nabídnout medikaci
* informovat o možnosti restrikce, pokud to bude nezbytné

Pokud se pacient projevuje agresivně, může být použito fyzické omezení, kdy má být převaha zdravotnického personálu 5:1. V takovém případě je izolován   
od znepokojujících stimulů a jsou sledovány jeho funkce. V urgentních případech jsou rovněž aplikována antipsychotika.

Rozpoznat přítomnost psychózy by měl i lékař prvního kontaktu, jelikož nemívá vždy možnost konzultovat případ s psychiatrem (Češková, 2005).

## Obecná diagnostická kritéria MKN-10 pro paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii

Smolík (2002, s. 155) uvádí obecná diagnostická kritéria MKN-10. Podle MKN-10 se musí vyskytovat alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň jeden měsíc:

1. ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek či jejich vysílání;
2. bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin nebo zvláštními myšlenkami, činnostmi nebo pocity; bludné vnímání;
3. halucinované hlasy, které neustále komentují pacientovo chování nebo o něm mezi sebou hovoří, nebo jiné typy halucinovaných hlasů, které přicházejí   
   z některých částí těla;
4. neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné a nepřijatelné, jako například náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost ovlivňovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).

Z následujících skupin by měl být pro diagnózu schizofrenie přítomen alespoň jeden nepochybný a jasný symptom nebo dva příznaky, jejichž přítomnost je méně zřetelná. Příznaky by měly trvat opět jeden měsíc nebo déle.

1. Přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně jednoho měsíce a jsou spojeny s buď prchavými, nebo neúplně formulovanými bludy bez jasného emotivního obsahu, nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením či přetrvávajícími ovládavými představami;
2. neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, či vkládání jiného obsahu   
   do toku myšlenek, jejichž důsledkem jsou inkoherence nebo zmatený slovní projev;
3. katatonní jednání, jako jsou vzrušenost, setrvávání v nastavených pozicích, vosková ohebnost, negativismus, mutismus a stupor;
4. „negativní symptomy, mezi které patří zřetelná apatie, ochuzení řeči   
   a oploštění či nepřiměřenost emočních reakcí, které většinou přecházejí   
   do sociálního stažení a snížení sociální aktivity; musí být však jisté, že   
   se nejedná o následky deprese nebo léčby neuroleptiky;
5. výrazné a nápadné kvalitativní změny v chování, jako je ztráta zájmů, bezcílnost, nečinnost, ztráta vztahů k okolí a sociální stažení.

MKN-10 také uvádí vylučovací podmínky. Schizofrenní symptomy by neměly být spojovány s výrazně vyjádřenou depresivní nebo manickou symptomatikou   
a časově se musí vyskytovat ještě dříve, než příznaky mánie nebo deprese (Libiger, 2002). Podmínkou je také, že porucha není důsledkem organického onemocnění mozku, intoxikace alkoholem nebo jinými psychoaktivními látkami, závislostí nebo odvykacím stavem po odnětí návykové látky.

Při zjišťování přítomnosti těchto abnormálních subjektivních zkušeností   
a chování by měla být věnována zvláštní pozornost vyvarování se chybným interpretacím, které by mohly být způsobeny kulturně či subkulturně podmíněným způsobem výrazu nebo chování (Smolík, 2002).

## Diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii

A. Charakteristické příznaky: dvě z následujících kritérií se musí vyskytovat v období jednoměsíční periody (nebo kratším, pokud je léčba úspěšná)

1. bludy
2. halucinace
3. dezorganizovaná řeč (např. časté zabíhání nebo inkoherence)
4. hrubě dezorganizované nebo katatonní jednání
5. negativní příznaky (emoční oploštění, abulie, alogie...)

V případě, že se vyskytují bludy bizarní a halucinace sluchové, sestávající z hlasů komentujících chování nebo myšlenky, nebo jedná-li se o dva a více hlasů, které mezi sebou konverzují, stačí pouze jeden z těchto příznaků.

B. Sociální a pracovní dysfunkce: jedna nebo více oblastí výkonu běžných funkcí, jako práce, interpersonální vztahy nebo péče o sebe, je po dostatečně dlouhou dobu od počátku onemocnění zřetelně pod úrovní, které bylo dosaženo před začátkem nemoci (nebo je-li začátek v dětství či adolescenci, chybí dosažení očekávaných výkonů v oblasti mezilidských vztahů, ve škole nebo v práci)

C. Trvání: příznaky poruchy přetrvávají nejméně 6 měsíců, toto půlroční období však musí zahrnovat nejméně 1 měsíc příznaků uvedených v kritériu A (příznaků aktivní fáze). Může dále zahrnovat prodromální nebo reziduální příznaky, které jsou vyjádřeny jako negativní symptomatologie, nebo dva či více příznaků z kritéria A, které jsou málo vyjádřené (např. podivná přesvědčení, nezvyklé vjemy)

D. Vyloučení schizoafekivní poruchy a poruchy nálady: schizoafektivní porucha   
a porucha nálady s psychotickými příznaky jsou vyloučeny, pokud se:

1. současně s příznaky aktivní fáze nevyskytují velká depresivní, manická nebo smíšená epizoda, nebo
2. epizody poruch nálady se vyskytují současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání je relativně kratší vůči trvání aktivní a reziduální periody

E. Vyloučení somatických nemocí nebo stavů způsobených psychoaktivními látkami: symptomy nesmí být přímým fyziologickým důsledkem požití psychoaktivní látky (např. užívané drogy, léky) nebo jiného tělesného onemocnění

F. Vztah k pervazivní vývojové poruše: pokud se v anamnéze vyskytuje Autistická nebo Pervazivní vývojová porucha, stanovuje se přídatná diagnóza schizofrenie jen   
v případě, že jsou přítomny také výrazné bludy a halucinace trvající nejméně jeden měsíc.

Ačkoliv mohou tato kritéria vypadat poměrně široce, nezahrnující celý rozsah potenciálních schizofrenních příznaků, jsou založena na mnohaleté zkušenosti   
s operacionalizovanými diagnostickými pravidly. Operacionalizované systémy však neodpovídají obecnému pojetí diagnózy jako popisného ideálního typu, jemuž   
se málokterý pacient může naprosto vyrovnat, ale jako jasně vymezené a vůči jiným kategoriím ostře ohraničené poruchy (Libiger, 2002).

Ke kritériím DSM-IV můžeme najít četné kritické ohlasy. Oproti klasifikaci MKN-10, která do určité míry zachovává syndromologickou koncepci Kurta Schneidera, tvůrci kritérií DSM-IV se pokusili vytvořit originální verzi, která se však neohlíží na starší empirické koncepce a schizofrenii definují pouze na úrovni symptomatické. Tímto symptomatickým vymezením však není schizofrenie nikterak specifická – jednotlivé definované příznaky i jejich kombinace se mohou vyskytovat také u demence nebo bipolární poruchy, rozhodujícím faktorem jsou nakonec vylučovací kritéria (Smolík, 2002).

## Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnóza schizofrenie je i přes nové klasifikační pomůcky stále velice obtížná. Problém diagnózy je však velmi důležitý, jelikož má důsledky pro prognózu a léčbu (Zvolský, 2001). Optimální by bylo zachytit a diagnostikovat schizofrenii již v prodromální fázi, to se však stává jen velmi zřídka. Proto je nezbytné provést diferenciálně diagnostické úvahy hlavně při manifestaci první psychotické symptomatologie.

### Organické a symptomatické poruchy (F0)

Významné, ale potřebné spíše zřídka, je odlišení od tělesně podmíněných poruch, které se mohou svými symptomy podobat schizofrenii, ale mají podklad   
v jiné chorobě mozku či v tělesném systémovém onemocnění (Raboch, Zvolský, 2001).

Takto mohou schizofrenní obraz napodobit různé encefalitidy (herpetická encefalitida, encefalitida spojená s AIDS, Creutzfeldtova-Jakobova nemoc, neurosyfylis), traumatické poškození CNS, mozkové nádory, epilepsie, hormonální poruchy (Cushingův syndrom, hyperthyreóza) či neurodegenerativní onemocnění (demence, Parkinsonova nemoc, Huntingtonova chorea). Dále můžou schizofrenní symptomatiku napodobit poruchy metabolismu (akutní intermitentní porfyrie, Wilsonova choroba, uremie, deficit vitamínu B12, nedostatek zinku), revmatická onemocnění (lupus erythematodes), roztroušená skleróza, narkolepsie, srdeční onemocnění, postoperační stavy.

Tato onemocnění lze však snadno rozlišit na základě charakteristických somatických projevů nebo laboratorních abnormit (Češková, 2005).

### Psychické a behaviorální poruchy vyvolané psychotropními látkami (F1)

Odlišení od akutní intoxikace psychotropními látkami je důležité především   
u akutní psychotické ataky. Jelikož však příznaky akutní psychózy nejsou specifické a zneužívání návykových látek se často vyskytuje souběžně s prodromy schizofrenie, často pokračujíc i v dalších stadiích rozvoje onemocnění, nejdůležitějším krokem je toxikologická analýza moči (séra) nemocného (Raboch, Zvolský, 2001).

Nejčastější diferenciální diagnózou tedy bývá toxická psychóza. Pozitivní příznaky schizofrenie mohou být napodobeny amfetaminy, LSD či extází, negativní příznaky může napodobit PCP nebo ketamin. Psychotické poruchy vzniklé v důsledku zneužívání léků jsou většinou krátké, ustupující do několika dní (Češková, 2006).

### Poruchy schizofrenního spektra (F2)

V rámci této kategorie se opíráme především o dobu trvání příznaků, pokud toto kritérium nelze použít, je vodítkem průběh.

V případě schizoafektivních poruch se opíráme o časovou posloupnost   
a převažující symptomatologii a její obsah (Češková, 2005). Tato diagnóza je bohužel používána snad až příliš často, vtírá se obava, zda to není z důvodů otvírání širších možností užívání psychofarmak a většího prostoru pro další vývoj nemoci.

Odlišení od schizotypní poruchy může být velmi obtížné, především díky podobnosti prodromálních příznaků schizofrenního onemocnění, často může také schizofrenii předcházet, odlišuje ji však pomalý postup duševní dezorganizace. Bludy a halucinace se objevují jen krátce a bez výraznějšího vlivu na myšlení nemocného. Velmi pravděpodobná se jeví hypotéza o sdílených vlohách schizofrenie   
a schizotypní poruchy, ovšem ta je chráněna dosud nezjištěnými protektivními faktory před dezorganizací (Libiger, 2002).

Porucha s bludy je odlišitelná poměrně dobře, při této poruše nejsou myšlení   
a vůle tak agresivně změněny. Schizofrenní příznaky může mít také akutní polymorfní psychotická porucha, liší se ovšem trváním – je kratší než jeden měsíc (Libiger, 2002).

### Afektivní poruchy (F3)

Významným úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit schizofrenii   
od manické fáze bipolární poruchy, především její psychotické rezonantní varianty. Odlišení nebývá jednoduché, zvláště, je-li v popředí místo euforie expanzivní zloba, rovněž se vyskytuje nerealistické hodnocení sebe a své situace, nedostatek náhledu   
či nepřiměřené chování. V tomto případě je řešením pátrání po specifičtějších schizofrenních příznacích, jako například intrapsychické halucinace, ozvučování myšlenek apod. (Raboch, Zvolský, 2001).

Z časového hlediska se může jevit urgentní odlišení afektivního stuporu   
a stuporu v rámci katatonní formy schizofrenie, afektivní stupor se však rozvíjí většinou pomalu za přítomnosti základních příznaků afektivní poruchy; kdežto katatonnímu stuporu předcházejí projevy svědčící o schizofrenní poruše (Češková, 2005).

### Neurotické poruchy (F4)

V této kategorii je třeba brát v úvahu disociativní stupor, u kterého ale můžeme nalézt příčiny psychogenního působení (nedávná stresující událost, interpersonální a sociální problémy). Pří obsedantně-kompulzivní poruše pacientům nechybí náhled na svou situaci. Depersonalizační a derealizační syndrom se vyskytuje velmi vzácně a nebývá doprovázen jinými příznaky, naproti tomu derealizace   
a depersonalizace u schizofrenie je s dalšími symptomy spojena (Češková, 2005).

### Poruchy osobnosti (F6)

Zde je důležité odlišit schizofrenní onemocnění od paranoidní, schizoidni   
a emočně nestabilní poruchy osobnosti. Pomůckou je pečlivá anamnéza, která   
se zaměřuje na dynamiku projevu – u schizofrenie časem dochází ke změně osobnosti, u poruch osobnosti nikoliv (Češková, 2005).

## Pomocná vyšetření

Jedná se o doplňující vyšetření, která však nemají povahu nezbytného nebo dostačujícího nálezu, ale mohou pomoci například při diferenciální diagnóze – již bylo zmiňováno toxikologické vyšetření, organická onemocnění mozku vyžadují vyšetření CT nebo EEG. Na základě anamnézy a somatologického vyšetření provádíme běžná laboratorní vyšetření (krevní obraz, moč, jaterní testy) (Raboch, Zvolský, 2001).

Další pomocnou metodou je psychologické vyšetření, které se skládá   
z klinických pohovorů, pozorování a psychologických testů. Častým požadavkem je zde vyšetření kognitivního deficitu. Výběr metod, norem a způsob použití závisí   
na psychologovi.

Každé psychiatrické vyšetření musí být také doplněno vyšetřením somatickým, včetně neurologického. Je to nezbytné jak z hlediska diferenciální diagnostiky, tak   
k posouzení celkového tělesného stavu nemocného, jelikož farmakoterapie může mít některé nežádoucí účinky, které by mohly somaticky nemocného poškodit (Češková, 2005).

V současnosti je však řada vyšetření pro rutinní diagnostiku nedostupná nebo příliš drahá a tak jejich význam spočívá prozatím v tom, že mohou sloužit jako výzkumné nástroje (Libiger, 2002).

# Prognóza

S dobrou prognózou a nadějí na remisi jsou spojeny faktory, mezi které můžeme zařadit ženské pohlaví, premorbidní manželský život nebo alespoň stabilní partnerský vztah, dobré premorbidní a sociální fungování, akutní začátek onemocnění (k rozvoji nedochází např. po několik let), začátek v pozdějším věku než v dětství; pokud se v rodinné anamnéze nachází duševní onemocnění, pak má lepší prognózu výskyt afektivní poruchy, afektivní odpověď v akutním stadiu (deprese, elace), lepší socioekonomické zázemí, kratší délka eventuální hospitalizace, paranoidní typ schizofrenie či převaha pozitivních příznaků nad negativními.

Mezi nepříznivé faktory můžeme zařadit mužské pohlaví, nízký věk v začátku onemocnění, nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů, premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování, schizofrenii v rodinné anamnéze, dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ schizofrenie, autistické chování, oploštělou emotivitu, převahu negativních příznaků, abúzus drog nebo život   
v dysfunkční rodině s vysokým stupněm emoční atmosféry (Češková, 2005).

# Závěr

Tato bakalářská práce se zabývá jednou z nejzávažnějších duševních poruch – schizofrenií. Navzdory tomu, že se jedná o velice závažnou poruchu v porovnání   
s jinýma, o poruchu, jenž narušuje celistvost a integritu osobnosti a způsobuje její rozpad, o poruchu, jenž je ve velké většině případů degenerativní a příčinou předčasné smrti, přesto se jedná o jednu z nejčastějších duševních onemocnění   
ve všech částech světa.

Tato práce seznamuje čtenáře jak s výskytem onemocnění a různých možných odlišnostech mezi pohlavími a podobně, tak s velice různorodou etiologií. Kapitolu etiologie pokládám za velice významnou v tom smyslu, že objasňuje vědecké poznatky a výzkumy v oblasti příčin schizofrenie – předkládá důkazy, jenž popírají obecné přesvědčení mezi laickou společností (nyní snad už méně znatelné) – že duševně nemocný člověk je zlý, zkažený a to v důsledku svého jednání, myšlení, postojů.

Etiologie však nehraje velký vliv v odhalování samotného onemocnění, to je závislé především na jeho projevech. Mým hlavním záměrem bylo tedy podat komplexní popis příznaků schizofrenního onemocnění, i když se jednotlivé psychické funkce samozřejmě prolínají. Deficit jedné funkce logicky ovlivňuje druhou – nakonec vzniká struktura, kterou můžeme přirovnat ke kostičkám domina, jenž jsou seřazeny pěkně vstoje vedle sebe, ovšem zborcení kostičky na jednom konci přivolá zkázu i na všechny ostatní.

Jenže k čemu by byla samotná znalost změněných psychických procesů   
s nemožností rozeznat je od projevů jiných duševních onemocnění? Jako hlavní nosný celek této práce bych označila spojení právě zmíněné kapitoly o poruchách psychických funkcí a diagnostiky, jenž jsou doplněny důležitým článkem – průběhem, neboť jeho znalost, tedy znalost variability a proměnlivosti od počátečních až po rozvinuté psychotické příznaky je velice důležitá.

Mým největším potěšením by bylo, kdyby se tato práce mohla dostat   
i do rukou osob, které se tuto problematikou přímo nezabývají, do rukou „laiků“,   
a dokázala by je zaujmout, alespoň zčásti tak, jako změněné psychické funkce fascinují mě, případně by dokázala zmenšit počet osob, jež na schizofrenní pacienty nahlížejí negativně. I když je tato myšlenka nejspíš utopická, budu ráda, pokud bude tato práce alespoň prospěšná pro jiné studenty zabývajících se touto problematikou. Navzdory tomu, bohužel, bude tato práce s postupujícím vědeckým a technickým pokrokem nejspíše za poměrně krátkou dobu lehce zastaralá či neobsahující další důležité poznatky.

# Seznam použité literatury

BOUČEK, Jaroslav, et al. Speciální psychiatrie. 1. vydání. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 244 s. ISBN 80-244-1354-X.

COHEN, Robert M. Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Vyd. 1. Praha : Portál, 2002. 192 s. ISBN 80-7178-497-4.

ČEŠKOVÁ, Eva. Schizofrenie a její léčba. Praha : Maxdorf, 2005. 101 s. ISBN 80-7345-056-9.

DUŠEK, Karel ; VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. Diagnostika a terapie duševních poruch. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2010. 632 s. ISBN 978-80-247-1620-6.

HÖSCHL, C.; LIBIGER, J.; ŠVESTKA, J. Psychiatrie. 1. vyd. Praha : Tigis, 2002. 895 s. ISBN 80-900130-1-5.

KALINA, Kamil. Jak žít s psychózou. 1. vydání. Praha : Portál, 2001. 248 s. ISBN 80-7178-563-6.

KUČEROVÁ, Helena. Schizofrenie v kazuistikách. 1. vydání. Praha : Grada, 2010. 112 s. ISBN 978-80-247-2045-6.

MALÁ, Eva ; PAVLOVSKÝ, Pavel. Psychiatrie. Vyd. 2. Praha : Portál, 2010. 144 s. ISBN 978-80-7367-723-7.

MOTLOVÁ, Lucie; KOUKOLÍK, František. Schizofrenie. 1. vydání. Praha : Galén, 2004. 437 s. ISBN 80-7262-277-3.

PREISS, Marek; KUČEROVÁ, Hana. Neuropsychologie v psychiatrii. Vyd. 1. Praha : Grada Publishing, 2006. 411 s. ISBN 80-2471-460-4.

PŘIKRYL, R.; KUČEROVÁ, H. Negativní příznaky schizofrenie. Česká a slovenská psychiatrie. 2008, 104, no. 7, s. 350-357. ISSN 1212-0383.

RABOCH, Jiří; ZVOLSKÝ, Petr. Psychiatrie. 1. vyd. Praha : Galén, 2001. 622 s. ISBN 80-2460-390-X.

SMOLÍK, Petr. Duševní a behaviorální poruchy. 2. rev. vyd. Praha : Maxdorf, 2002. 506 s. ISBN 80-8591-218-X.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. *Duševní poruchy a poruchy chování*. 3. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

SVOBODA, Mojmír; ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. Psychopatologie a psychiatrie. Vyd. 1. Praha : Portál, 2006. 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

SYŘIŠŤOVÁ, Eva. Imaginární svět. 1. vydání. Praha : Mladá fronta, 1974. 168 s.

VACEK, Jaroslav. O nemocech duše. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 1996. 416 s. ISBN 80-204-0535-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 4. Praha : Portál, 2008. 872 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

ZVOLSKÝ, Petr , et al. Obecná psychiatrie. 2. vydání. Praha : Karolinum, 2006. 192 s. ISBN 80-7184-494-2.

ZVOLSKÝ, Petr , et al. Speciální psychiatrie. Praha : Karolinum, 2001. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

|  |  |
| --- | --- |
| **Jméno a příjmení:** | Radka Michaliczková |
| **Katedra:** | Katedra psychologie a patopsychologie |
| **Vedoucí práce:** | PhDr. Pavel Škobrtal, Ph.D. |
| **Rok obhajoby:** | 2011 |
| **Název práce:** | Schizofrenie |
| **Název v angličtině:** | Schizophrenia |
| **Anotace práce:** | Tato bakalářská práce se snaží podat komplexní náhled na schizofrenii jak z hlediska subjektivního, tedy z pohledu narušených psychických funkcí nemocného člověka, tak z hlediska diagnostiky. Zmiňuje se o výskytu a etiologii schizofrenie, o projevech, příznacích, průběhu a diagnostice. Cílem práce je podat nezkreslené a reálné informace o projevech onemocnění a úskalích diagnostického procesu. |
| **Klíčová slova:** | schizofrenie, výskyt schizofrenie, příčiny schizofrenie, poruchy psychických funkcí, diagnostika schizofrenie, prognóza schizofrenie |
| **Anotace v angličtině:** | This thesis tries to give a comprehensive view of schizophrenia in terms of both subjective, so in terms of disturbed mental function a sick man, and in terms of diagnosis. It talks about the incidence and etiology of schizophrenia, the manifestations of symptoms, course and diagnosis. Aim is to give fair and unbiased information about the symptoms of the disease and the pitfalls of the diagnostic process. |
| **Klíčová slova v angličtině:** | schizophrenia, appearance of schizophrenia, causations of schizophrenia, disorders of mental functions, diagnosis of schizophrenia, prognosis of schizophrenia |
| **Přílohy vázané v práci:** | žádné |
| **Rozsah práce:** | 52 stran |
| **Jazyk práce:** | český |