

# Je normální „bláznit“?



Blázen, taroková karta

**Každý z nás**, psychiatry nevyjímaje, si čas od času posteskuje „já se z toho zblázním“, „to je na zbláznění“, „to jsem ale blázen“... Ovšemže tím ve většině případů nemyslíme doslovně, že bychom měli navštívit psychiatrickou ambulanci, nasadit si antipsychotika, případně svléknout plášť a odevzdat klíče od oddělení. Označení „blázen“, „šílenec“, „cvok“, „magor“ nebo „mešuge“ se v profesním životě každý lékař raději vyhne, přesto jsou součástí našeho každodenního jazyka.

Tak jako u některých jiných, původně jasně definovaných psychiatrických termínů (třeba hysterie, hypochondr, psychopát), také sémantický význam slov blázen nebo šílenec se běžným používáním posunul a jejich původní obsah vyprázdnil. Pokud pomíneme láskyplná diminutiva („blázínek“) nebo obdivné označení někoho, kdo má více kuráže než my sami, pak obecná označení duševně nemocných mají téměř výhradně pejorativní zabarvení a negativní konotaci.

## Definice normality

Přestože všichni v intuitivní shodě podvědomě chápeme, co je „normální“ a kde už začíná patologie, přesná definice behaviorální normality je kupodivu mnohem obtížnější a méně jednoznačná. Nejčastěji se popisuje jako absence signifikantní odchylky od průměru, čili jsou to nejtýpější projevy v populaci. Jinak formulováno: to, co je normální, je společenská dohoda, na které se shodne většina. Je nutné také zdůraznit skutečnost, že vždy je třeba přihlídnout ke konkrétním sociálním, kulturním a ekonomickým podmínkám. Co nám připadá normální v našem vlastním prostředí, se může na druhém konci světa jevit jako deviantní anebo v lepším případě bizarní projev a vice versa.

Relativizovat lze však jen jemné nuance a odchylky od populačních standardů, s výjimkou antipsychoiatrií si jen málokdo troufne zpochybnit jako patognomické, tak závažné psychiatrické symptomy, jako jsou bludy, halucinace, melancholie (hluboká deprese) nebo mánie. Poznámka na okraj: nejčastější argumentací antipsychoiatrického hnutí je, že duševní nemoci jsou vynález represivních psychiatrů a psychotický prožitek člověka obohacuje: kdyby se zeptali samotných nemocných psychózou, tak by zjistili, jaké subjektivní utrpení jsou sluchové halucinace, které například člověka kontinuálně ponižují, vulgárně atakují, pod výhrůžkami mu zakazují normálně fungovat a současně přikazují vykonat hrůzné činy, jaký je život ve strachu v paranoidních systémech, kdy se člověk cítí být na každém kroku sledován, pozoro-

rován, odposloucháván, ohrožen na životě, jak vnímá, že mu někdo manipuluje s jeho vlastními myšlenkami. Nemluvě o takových následcích, jakými jsou kognitivní poruchy, které dlouhodobě interferují s možností normálního fungování, či ireverzibilní morfologické a funkční změny mozku.

## Halucinace, bludy etc.

Ponechme však stranou jak extrémní názory, tak mírnější aberace chování, které se lidově označují jako „bláznění“ a často vycházejí z konkrétních psychologických souvislostí či osobnostních dispozic. Soustředme se na nejzávažnější projevy duševních nemocí, na psychotické příznaky, čímž se obvykle myslí poruchy vnímání, jako jsou halucinace, poruchy obsahu myšlení v podobě bludů, formální poruchy myšlení a poruchy chování. Při jejich detekci a zejména kvantifikaci se v psychiatrii takřka výhradně spoléháme na subjektivní informace získané od nemocného, objektivní metody lze využít jen v omezené míře (observace poruch chování, kolaterální informace získané od blízkých). Při absenci spolehlivých a specifických diagnostických nástrojů využíváme především dotazníky a psychiatrické posuzovací škály. Samotná prokázaná přítomnost psychotických fenoménů však

nestačí k diagnostice duševní poruchy, dle současných diagnostických kritérií musí být splněny také časové podmínky, délka trvání symptomů a stupeň narušení normální výkonnosti. Nepřekvapí proto skutečnost, že se i v běžné populaci setkáváme s izolovanými psychotickými příznaky u lidí, které jinak za duševně nemocné nepovažujeme. Jak častý je výskyt těchto fenoménů v nepsychiatrické populaci a do jaké míry jsou prognosticky významné, je v poslední době předmětem vědeckého zkoumání. Zájem o takovéto projevy „bláznění“ oživily především snahy o identifikaci rizikových jedinců, kteří jsou ohroženi schizofrenií, a snahy o její prevenci.

## Psychotické příznaky a etnikum

Již počátkem 60. let 20. století přišel Paul Meehl s konceptem schizotaxie, jímž označoval stav předcházející rozvoji schizofrenie, stav, jenž se také kvalitativně odlišuje od prodromálních stádií onemocnění. Schizotaxii lze klinicky charakterizovat přítomností deficitů v psychiatrických, neuropsychologických a sociálních oblastech u nepsychotických příbuzných nemocných se schizofrenií I. stupně. Následně v roce 1969 John Strauss poprvé formuloval hypotézu o přítomnosti psychózy v populaci v podobě kontinuálního

Přestože všichni intuitivně chápeme, co je normální, přesná definice normality je obtížná a ne zrovna jednoznačná.



Hieronymus Bosch: Loď bláznů, 1490–1500

fenotypu, s plynulým přechodem od normy, plného zdraví, až k plně vyjádřené nemoci. Tato hypotéza byla resuscitována o 30 let později v souvislosti s výzkumem prodromálních stádií a jedinců ve vysokém riziku vzniku onemocnění. Hypotéza „kontinua“ onemocnění stojí v kontrastu ke kategorickému modelu, podle kterého nemoc buď je, nebo není přítomna.

Při sledování výskytu psychotických symptomů v nepsychiatrické populaci je třeba vzít do úvahy několik dalších možných etiologických faktorů. Především je nutné vyloučit organickou etiologii anebo intoxikaci návykovými látkami a také změněné fyziologické podmínky. Dobře známy jsou poruchy vnímání při usínání (hypnagogní halucinace) nebo probouzení (hypnopompní či vigilagogní halucinace), alterace vnímání při vyšších nadmořských výškách. Relativně běžné jsou také psychotické symptomy u dětí a dospívajících nebo u starších jedinců. Do úvahy je třeba také brát transkulturní rozdíly, zejména při interpretaci náboženských zážitků, vyloučit ojedinělé fenomény kognitivní mispercepce anebo prostě jen neporozumění dotazu vyšetřujícího.



20. dubna 1991

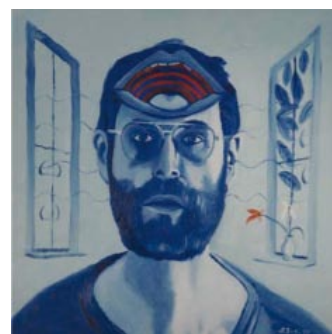
**Bryan Charnley: Autoportréty. Britský umělec, který se léčil pro paranoidní schizofrenii. Ve svých dílech, především surrealistických autoportrétech, zachytil osobní prožitek nemoci a účinků medikace. Svůj život ukončil sebevraždou v roce 1991.**



6. května 1991



18. května 1991



23. května 1991

V nedávné době bylo ve světě publikováno několik studií, které na reprezentativních souborech populace sledovaly frekvenci psychotických příznaků. Nejvyšší prevalenci 20,9 % popsal Mark Olfson v roce 2002 v americké studii 1005 pacientů vyšetřených praktickými lékaři. Vysoké procento lze vysvětlit výběrem vzorku, jednalo se o obyvatele severní části Manhattanu v New Yorku s vysokým zastoupením imigrantů zejména z karibské oblasti. Karibská oblast je přitom typickou ukázkou transkulturních rozdílů, kde se běžně popisuje víra v posedlost zlými duchy (santeria, espiritista) i záměna sluchových, zrakových i taktilních vjemů u depresivních a úzkostných poruch za schizofrenii. Tyto pro nás u afektivních poruch neobvyklé symptomy jsou rovněž běžně připisovány vlivu duchů (tušení stínů, zaslechnutí volání svého jména).

V této studii necelá polovina lidí s psychotickými příznaky užívala v posledním měsíci psychofarmaka, pozitivní odpověď

### Výzkum v ateistických Čechách

Dosud jsme neměli k dispozici žádná podobná data o výskytu psychotických příznaků v etnicky homogenní populaci České republiky. Proto jsme v letech 2006 a 2007 v Psychiatrickém centru Praha uskutečnili rozsáhlou studii, jejímž cílem bylo zjistit aktuální a celoživotní prevalenci psychotických symptomů mezi obyvatelstvem ČR a současně zjistit, kolik pozitivně identifikovaných jedinců s alespoň jedním psychotickým symptomem se zároveň léčí pro psychózu. Ke zjišťování přítomnosti symptomů jsme zvolili Dotazník na screening psychózy (The Psychosis Screening Questionnaire, PSQ). PSQ je jednoduchý nástroj, který pokrývá pět oblastí psychotických příznaků: hypománie, vkládání myšlenek, paranoia, zvláštní zážitky a halucinace. Vyškolení tazatelé se respondentů vyptávali na přítomnost každého symptomu v minulém roce a kdykoli v průběhu života (celoživotní prevalence). Pokud na dotaz odpověděl pozitivně, přítomnost příznaku byla verifikována další otázkou. Studovaný soubor tvořilo celkem 3244 dospělých jedinců, vzorek populace byl stratifikovaný podle pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a místa bydliště. V žádném z parametrů se nelišil významně od průměrných údajů Českého statistického úřadu.

Výsledky jsou překvapující: v české nepsychiatrické populaci jsme zjistili celoživotní prevalenci psychotických příznaků 17,9 % (v posledním roce 10,9 %), což odpovídá prevalenci v Nizozemsku (18,1 %) a oblastem s etnicky heterogenní populací. Přitom vyšší záchyt psychotických symptomů v homogenní, tradičně agnostické (či dokonce přímo ateistické) české společnosti nelze vysvětlit ani transkulturními rozdíly, ani religiozními zážitky, jež se nejčastěji zaměňují za skutečné psychotické příznaky. Navíc se ukazuje, že výskyt psychotických příznaků nemá ani spojitost s jinak v Česku běžným užíváním návykových látek. Frekvence symptomů klesá se závažností příznaků, nejčastější je paranoia (celoživotně 7,4 %, v posledním roce 4,9 %) a hypo-

mánie (6,2 % a 3,8 %, respektive), naopak nejméně časté byly symptomy, které reprezentují nejzávažnější patologii a jsou patognomické pro schizofrenii: imputace myšlenek (celoživotně 3,8 %, v posledním roce 1,8 %) a halucinace (1,7 % a 1,6 %, respektive). Většina těchto symptomů se vyskytuje izolovaně, současnou přítomnost dvou a více příznaků udalo celoživotně pouze 4,4 % dotazovaných. Jediný rozdíl mezi oběma pohlavími byl ve frekvenci paranoie, signifikantně častější u mužů než u žen, a to celoživotně i v posledním roce. Proč mají čeští muži vyšší pohotovost ke vztahovacičnosti a podezřívavosti, zatím nedokážeme uspokojivě vysvětlit. Naopak oproti zahraničním údajům jsme nenalezli rozdíly ve výskytu psychotických příznaků mezi městskými a venkovskými sídly.

Prevalence samostatných psychotických symptomů v Česku je tedy významně vyšší, než je běžně udávaná prevalence schizofrenie (1–2 %) a ostatních psychóz. Tomu také odpovídá malé překrývání s diagnózou psychotické poruchy podle současně použitého strukturovaného dotazníku MINI, jenž slouží k detekci přítomnosti psychiatrických poruch: 78,9 % jedinců s alespoň jedním psychotickým symptomem netrpělo psychózou. Ačkoli někteří z nich mohli mít i jiná psychiatrická onemocnění, než je psychóza (např. afektivní porucha s psychotickými symptomy), analýza překrývání se všemi psychiatrickými poruchami ukázala, že 67 % osob s psychotickými symptomy nenaplnuje diagnózu žádného ze sledovaných psychiatrických onemocnění. Více než dvě třetiny (70,6 %) jedinců s pozitivní anamnézou psychotických příznaků nikdy nebyly u psychiatra. Ambulantní léčbu příznalo 6,7 % jedinců s psychotickými příznaky, alespoň jednu psychiatrickou hospitalizaci 4,3 %.



Tarokové vúdú karty z New Orleansu

Přítomnost slabších nebo přechodných psychotických zážitků se obvykle používá k identifikaci rizikových jedinců. Zda vysoký záchyt neléčených psychotických symptomů signalizuje ohrožené jedince, u kterých existuje riziko rozvoje psychózy, zůstává otázkou. Longitudinálnímu sledování, které by hypotézu potvrdilo nebo vyvrátilo, brání skutečnost, že dotazníkový průzkum byl anonymní. Naše výsledky nicméně ukazují, že prediktivní hodnota izolovaných psychotických symptomů je nízká a poruchy samy o sobě k diagnóze nestačí.

## Je uklidňující vědět, že občas můžeme překročit hranici...

Ukazuje se rovněž, že většina osob s těmito symptomy nikdy nevyhledá pomoc psychiatra, ani u nich nelze diagnostikovat psychotickou či jinou duševní poruchu. Navíc frekvence pozitivních odpovědí klesá se závažností symptomů. Nabízí se tedy alternativní vysvětlení, podle kterého, v souladu s literárními údaji, jde o různé vyjádřené spektrum psychotické zkušenosti ve společnosti. Koncept psychózy jako kontinua psychotických zážitků více reflektuje stav v celé populaci a zpochybňuje kategorický model schizofrenie. Pouze onemocnění, které je podmíněné jediným genem se 100% penetrací lze považovat za dichotomickou entitu, která je buď přítomna, nebo není vůbec. Přestože žádný z psychiatrických fenotypů uvedenou definici nespĺňuje, v klinické praxi se musíme na základě dichotomického rozhodování řídit každý den.

### Je tedy normální "bláznit"?

Stále je nutné mít na paměti, že psychotické příznaky, zejména když přetrvávají, jsou závažnější, případně se vyskytují v kombinaci s pozitivní rodinnou anamnézou, zhoršenou funkční výkonností a sníženými kognitivními funkcemi, patří mezi vysoce rizikové faktory pro vznik schizofrenie. Na druhé straně se ale zdá, že ojedinělou psychotickou zkušenost lze považovat za projev v rámci širší normy, se kterým se pravděpodobně lze setkat častěji, než jsme dosud předpokládali. Je uklidňující vědět, že někdy můžeme beztrápně překročit hranici toho, co naše dohoda považuje za normu, a mít otevřenou cestu zpátky. ■

### Literatura:

Mohr P, Csémy L, Rodriguez M, Čermák J, Kawaciuková R, Seifertová D. **Prevalence psychotických symptomů v české velkoměstské populaci** Psychiatrie 2007;11 (Suppl. 3):22–25.

Mohr P, Rodriguez M, Seifertová D. **Prevalence vzniku psychotického onemocnění: identifikace ohrožených jedinců a možnosti včasné terapeutické intervence** Psychiatrie 2005;9 (Suppl. 3):105–108.

Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Ravelli AR. **Strauss (1969) revisited: a psychosis continuum in the general population?**

Schizophr Res 2000; 45:11–20.

## Proč mají čeští muži větší sklon ke vztahovacičnosti, není jasné.

byla také spojena s vyšším výskytem depresivních a úzkostných příznaků, abúzem alkoholu a sociálními problémy. Etnické rozdíly byly zaznamenány rovněž ve vzorku populace z celonárodního průzkumu ve Velké Británii. V celkovém souboru 8580 dotazovaných byla zachycena přítomnost alespoň jednoho psychotického příznaku v 5,5 %, nejméně u osob bangladéšského původu (4,7 %) a nejvíce opět u osob afro-karibského původu (12,4 %). Rovněž v britské studii byl prokázán vyšší výskyt psychotických příznaků u jedinců s neurotickými poruchami, závislostmi, nižším vzděláním a intelektem a u těch, kteří měli za sebou negativní životní zážitky. Frekvence psychotických příznaků byla sledována také v populačním australském souboru (11,7 % z 10 641 dotazovaných) a stratifikovaném vzorku nizozemské populace (18,1 % z 7076 probandů).