

BLUD A OVLÁDAVÁ PŘEDSTAVA

doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha

Přehledný článek se zabývá problematikou bludu a ovládacích představ. Po terminologických poznámkách je hlavní pozornost věnována definicím bludu a názorům na jeho vznik. Vedle klasického dělení bludů do tří základních skupin (megalomaničké, mikromaničké a perzekuční) se uvádějí některé zvláštní případy poruch myšlení, které nemají charakter pravých bludů (blud paranoický, bludům podobné fantazie). Ovládací představa v některých případech nabývá psychopatologického rázu, většinou však stojí ještě na pomezích normality. Některé sociální jevy, které vznikají ve spojitosti s ovládacími představami (fanatismus, terorismus), není třeba psychiatrizovat.

Klíčová slova: blud, ovládací představa, definice, dělení, názory na vznik bludu, některé sociální jevy ve spojení s ovládacími představami.

DELUSION AND OVERVALUED IDEA

The article is dealing with the problemacy of delusions and overvalued ideas. Attention is devoted to several terminological remarks concerning these phenomena, their definitions and views on their origin. Besides the classical division of delusions into the three classical types (delusions of grandeur, depressive and persecutory delusions) less typical delusion-like terms are mentioned. The overvalued ideas may border with psychopathology, nevertheless they do not usually exceed the limits of normality. Some social phenomena in connection with overvalued ideas (phanatism, terrorism) need not be medicinized.

Key words: delusion, overvalued idea, definition, division, views on their origin, some social phenomena in connection with overvalued ideas.

Poruchám myšlení přikládáme v diagnostickém procesu velmi důležitou roli, ať už jde o rozvažování diferenciatně diagnostické spojené s rozhodováním o léčbě, nebo o posuzování soudně znalecké, kdy závěr, zda jde o jev ještě v pásnu širší normy nebo již o psychopatologii, nabývá velkého významu. Při tom se neobejdeme bez důkladné znalosti obecné psychopatologie, která nám při specifikování jednotlivých poruch myšlení pomáhá zásadním způsobem. Chorobné myšlení zpravidla označujeme jako myšlení paranoidní (para = mimo, noos = rozum), pro něž je zřejmě nejlepším analogickým výrazem myšlení nelogické nebo scestné. Obecná psychopatologie se zabývá popisem jednotlivých chorobných fenoménů psychiky, kterou převážně z didaktických důvodů člení na jednotlivé složky, jež samozřejmě nefungují izolovaně a na sobě nezávisle. Hovoříme-li zde o poruchách myšlení, nepouštíme ze zřetele, že se na nich podílejí i poruchy emotivity, vnímání, vědomí, paměti a dalších složek psychiky včetně poruch osobnosti.

Za nejzávažnější příznak obsahové, tj. kvalitativní poruchy myšlení se považuje **blud** – termín, který vyžaduje velmi pečlivé definování. V české psychiatrii ho předcházela Čumpelíkův pojem „mam“, který zůstal zachován např. ve složenině stihomam. Angličtina používá slova delusion, němčina der Wahn, ruština bred. Francouzské delire pochází z latiny – výraz delirum má původ ve spojení de lira, tj. vybočený z brázd, přeneseně vybočený ze zdravého rozumu, tedy něco pomateného, šíleného. Podstatné jméno deliratio lze přelo-

žit jako pomatenost, potrhlost, delirus jako pomatený, pošetilý, nesmyslný, sloveso delirare znamená šilet, bláznit, jednat jako pomatený. Odvozený tvar delirans má počestnou podobu „delirantní“, což odpovídá významu „vytvářející nesmysly“ a pod. V užívaném spojení „delirantní výklad nebo interpretace“ se poukazuje na kognitivní poruchu, tedy na chorobnou myšlenkovou aktivitu něco bludně, tedy chorobně vykládat, resp. přímo bludy vytvářet; odtud staré označení „melancholia delirans“, tj. melancholie charakterizovaná tvorbou bludů. Z tohoto aspektu je správné nezaměňovat pojmy delirantní a deliriozní; toto adjektivum odvozujeme od slova delirium, tedy stavu kvalitativní poruchy vědomí, zmatenosti.

Blud je definován jako kvalitativní porucha myšlení, jako úsudek vycházející z chorobně nesprávného předpokladu, o jehož pravdivosti je subjekt nevýhradně přesvědčen, který má vliv na jednání a který vyvěrá z duševní choroby. Leckdy se ještě jako další vlastnost bludu uvádí jeho trvalost, která však nebývá blíže specifikována – kritériu trvalosti nebudou vyhovovat přelétavé bludné domněnky a nápady známé například z akutních a přechodných psychotických poruch nebo organických, zejména symptomatických poruch.

S nevývratným přesvědčením se setkáváme i v rámci normální psychiky u ovládacích představ. Nevývratnost může být projevem i řady omylů, které bývají důsledkem sugesce. Blud je naopak výsledkem opačného procesu, „vzniká navzdory přemlouvání a přesvědčování okolí, je po výtce soukromý“ (1). Omyl,

předsudek, víra, pověra, veřejné mínění jsou přesvědčení, která neodpovídají skutečnosti, avšak příslušnou argumentací jsou zpracovávána až do vzniku složitých systémů a teorií. V tomto smyslu jde tudíž o proces ověřování poznatků, jenž je v případě bludu narušen. Osoba trpící schizofrenií nebo i jinou psychotickou poruchou ztrácí schopnost odlišovat zákonitost od náhodnosti, takže „nemocná mysl paranoika raději přijme domnělý trvalý vztah vnějšího světa vůči své osobě, než by připustila, že předměty, lidé a děje vnějšího světa jsou vůči nějaké stránce naší osobnosti a psychiky někdy relevantní, většinou však neutrální....“ (1). Vedle ověřování poznatků hraje v myšlenkových procesech důležitou roli i proces používání logických prostředků; těmi Dobiáš označuje instrumentální funkce lidského myšlení, které pracují automaticky bez potřeby cílené a vědomé pozornosti. U schizofrenie narušení těchto funkcí svědčí pro hluboké poškození mozkových struktur. Ověřování poznatků je naopak daleko labilnější, i u normálních lidí snadno vznikají přesvědčení a tvrzení, která se později ukáží jako nesprávná.

Řada autorů zdůrazňuje podíl patické nálady na vzniku bludu. Mysliveček např. uvádí, že blud vzniká na emoční bázi bez jakéhokoli logického dokladu, čímž se blíží víře. „Nemocný má při tom dojem, jako by k tomuto zdánlivému přesvědčení přišel na základě nezvratných důkazů, a že se o pravdivosti všeho sám přesvědčil... Nejdůležitějším činitelem při vzniku bludů je chorobný emoční stav nemocného; jeho patická nálada, napří-

klad úzkostná nebo expanzivní, chorobné, zevně neodůvodněné sebevědomí nebo podezřívavost, nedůvěra k okolí, chorobný strach z onemocnění apod. Tento patický vztah pacientova já vůči okolnímu světu znamená již ve své podstatě neurčitě vágní přesvědčení, které odpovídá obsahově celkovému emočnímu zaměření nemocného. Jakmile toto dosud neurčitě determinované přesvědčení dostane určitý obsah, vznikne blud“ (6). Na počátku psychotického onemocnění vzniká neurčitě tušení, že se něco s nemocným děje, což u něho vyvolává pocity nejistoty a úzkosti. Tyto pocity se mohou týkat i vlastního myšlení a mohou vyústit do přesvědčení, že někdo s jeho myšlenkami manipuluje, odebírá je, zveřejňuje nebo cizí myšlenky vkládá, pro kterýžto symptom se ujal označení intrapsychická halucinace.

Blud je projevem určité desorganizace osobnosti charakterizované nesprávnými interpretacemi okolních i vlastních vnitřních dějů, především však bludnou náladou, (Wahnstimmung dle K. Jasperse), která vede ke krystalizaci bludu. Jiní autoři považují za hlavní mechanismus vzniku bludu primární poruchu myšlení. K. Schneider rozeznává bludné vnímání (Wahnwahrnehmung) a bludný nápad (Wahneinfall). V prvním případě nemocný přikládá vnímání skutečnosti abnormní význam a zjišťuje určitý vztah ke své osobě. Nelze zjistit ani rozumný, ani emoční důvod tohoto způsobu vnímání podobně jako u náhle vzniklého bludného nápadu, který se týká např. přesvědčení o zvláštním poslání. Některé bludy vznikají náhle, jakoby intuicí, kterou Heveroch (3) definoval jako „úsudek obsahem nový, překvapující, provázený plnou přesvědčivostí o jeho správnosti, který se správným ukáže“. Vondráček tuto definici poněkud opravuje tak, že přesvědčení o správnosti je pro nemocného nevývratnou pravdou, která však neodpovídá skutečnosti (11).

Systém argumentace, kterým se dochází k vytvoření bludného přesvědčení, přivádí nervovou soustavu do klidu a pohody. V případě vnitřní i vnější pochyby je pro lidskou mysl pohodlnější rozšiřovat a upevňovat apologetiku než měnit základní výchozí teze a premisy (1).

V psychoanalytickém pojetí při vzniku bludu hraje hlavní roli obranný mechanismus projekce potřeb a konfliktů osobnosti. Uvádí se pojem psychotického ega, které je charakterizováno odcizením, alienací osobnosti.

Z hlediska vzniku bludu mluvíme o primárním a sekundárním bludu. Za primární považujeme takový blud, který vzniká náhlým nápadem, intuicí, v důsledku vlastní interpretace světa; je pro objektivního pozorovatele nezávislý na situaci nemocného jedince, není patrna souvislost s jeho náladou, psycholo-

gickými podněty, takže ho lze také označit za blud nesyntonní nebo inkongruentní. Sekundární blud lze naopak odvodit od patické nálady, jde tudíž o bludy syntonní s náladou nebo též bludy kongruentní (4); může být též ve vztahu k somatickým a duševním prožitkům nemocného či k zážitkům okolí (2).

S bludy se setkáváme u psychotických onemocnění z okruhu schizofrenních a afektivních poruch, běžné jsou i bludy u organických postižení mozku. Pozornost zasluhují i bludy, které charakterizují skupinu onemocnění pod souhrnným názvem trvalé poruchy s bludy, tedy bludy, které jsme byli dříve zvyklí nazývat paranoickými. Z našich klasiků např. Mysliveček zdůrazňuje vliv premorbidní paranoické osobnosti, která v důsledku svých tendencí reaguje na zevní podněty odchýleným způsobem. Jsou tu přítomny katathymně zkrácené vjemy a úsudky se vztahovačností, s ovládacími představami a podezříváním. „Bludy u paranoie neodpovídají plně všem vlastnostem pravých bludů, poněvadž se nevyvinuly na patickém podkladě, nýbrž obvyklou logickou úvahou. Takovým způsobem docházejí paranoici sice k nesprávným dedukcím, ale nikoli k patickým dedukcím podmíněným chorobným procesem.“ (6) Pro vznik paranoického bludu hraje důležitou roli zážitek přinášející subjektu pocit nespravedlnosti, ponížení, méněcennosti postupně vedoucí k obranným mechanismům, mezi nimiž se objevuje i snaha být středem zájmu; důležitou roli hrají povahové rysy rigidity, tvrdohlavosti, neschopnost přijmout sebekritiku a přiznat vlastní vinu. Študent při hodnocení současné problematiky kverulantů resp. kverulotní paranoie uvádí: „Čím nehorázněji a tvrdošíjněji si při tom počínají, tím větší je pravděpodobnost, že se jejich domněnky a tvrzení začnou považovat za bludy a že s diagnózou paranoie nebo paranoický kverulotní vývoj dosáhnou nejen invalidního důchodu, pokud o něj stojí, ale také plné beztrápnosti.“ (10)

Bludem v pravém slova smyslu není také blud indukovaný, který vzniká u osoby citově závislé na nemocném jedinci, od něhož bludnou produkci přejímá a bere ji za svou. Svoji roli tu hraje sugesce a zpravidla pasivnější osobnost druhotně, indukovaně onemocnělé.

Jiný fenomén, který má blízko k bludu, se popisuje jako „bludům podobné fantazie“ (5) a vyskytuje se v rámci vazebních psychických poruch, např. přesvědčení o nadcházejícím propuštění na svobodu nebo omilostnění.

Bludy tradičně dělíme podle obsahu do tří skupin:

1. **bludy velkášské** (vývýšné, makromanické, megalomanické) souvisejí s expanzivní náladou. Patří sem např. blud o vznešeném původu (originární b.), vynálezectví

(inventorní b.), o mimořádných schopnostech, bohatství, erotické neodolatelnosti (erotomanický b.), mimořádném poslání (reformátorský, resp. religiózní b.) aj.

2. **bludy depresivní** (úporné, melancholické, mikromanické) spojené s depresivní a úzkostnou náladou. Řadí se sem blud hypochondrický, insuficienční (o vlastní nedostačivosti, sebezpodcenění), ruinační (ožebračení o veškerý majetek a prostředky k existenci), autoakuzací (o vlastní vině), blud vlastního zápachu (potrava, kterou přijímá, se v těle dostává mimo trávicí cesty, takže se rozkládá a zapáchá,...). S těžce depresivní náladou je spojen blud negací (nic neexistuje) a blud pseudomegalomanický (blud enormity – nemocný zaplaví svou močí celý svět, bude věčně trpět, nebude moci zemřít – ahasverismus).

3. **Bludy perzekuční** (b. pronásledování, paranoické) jsou charakterizovány chorobnou vztahovačností a podezřívavostí, jde zpravidla o chorobné přesvědčení o pronásledování vlastní osoby, řadí se sem i žárlivkový (emulační) blud – chorobné přesvědčení o nevěře partnera.

Některé další pojmy: blud reziduální – blud, který přetrvává po odeznění akutní psychotické epizody. Blud retrogradní se vztahuje do minulosti, kdy byl pacient ještě zdrav. Systemizace bludů – každý další blud se řadí k již existujícím bludům, které doplňuje nebo vysvětluje. Dochází tak k vytvoření systému bludů.

Z jednotlivých fenoménů se v oblasti normálního myšlení setkáváme s **dominantní představou** – jde o silně naléhavou myšlenku nebo myšlenkový komplex se silným emočním doprovodem. Zpravidla jde o obavy nebo nejistotu v souvislosti s onemocněním blízké osoby, očekáváním vyřízení důležité žádosti nebo soudního procesu apod. Pod vlivem dominantní představy se utvářejí i naše úsudky, rozhodování, plány ovlivňující naši konkrétní situaci v určitém časovém úseku.

Jiným myšlenkovým projevem, který se již pohybuje na pomezí normy a psychopatologie, je **ovládavá představa** či myšlenka (Überweltige Idee, overvalued idea). Mysliveček ji definuje jako „živě pocíťovanou náklonnost nebo odpor pro určitou zájmovou představu, že ovládá ve značné míře celého člověka, má velký vliv na rozhodování a jednání. Setkáváme se s ní jak v normální psychice, tak i v patologických poměrech“ (6). Vondráček uvádí, že ovládavá představa „vyrůstá na citu, zálibě, odporu“ (11). Jako klasické příklady ovládavých představ se uvádějí zamilovanost, žárlivost, ctižádost, pomstychtivost, sběratelství, vynálezectví nebo

sportovní záliby. Některé ovládací představy jsou společností vnímány negativně, např. bezmezná žárlivost, kverulace, fanatismus nebo šovinismus. Pro ovládací představu je typické ztotožnění subjektu s jejím obsahem, ovládací představa je se zaměřením osobnosti konformní, což ji odlišuje od vtíravých, obsedantních myšlenek, které nositel chápe jako něco cizího, obtěžujícího. Světová literatura zachycuje řadu nositelů ovládacích představ – mezi jinými poměrně často citovaný případ německého zemana Michaela Kohlhaase, který svůj úporný, leč marný boj za spravedlivé narovnání za to, že do války zapůjčil svému feudálnímu pánovi několik koní, zaplatil životem. Paralelu tohoto příběhu přeneseného do moderní doby podává Doktorow ve svém románu *Ragtime*. Jiným klasickým ztvárněním ovládací představy, která dovede svého nositele k záhubě, je příběh kapitána Achaba, jenž zasvětil svůj život pomstě bílé velrybě za to, že ho kdysi zmrzačila.

K nevývratnému přesvědčení jedinců, kteří jsou vedeni ovládací představou až k teroristickým aktivitám, dochází vlivem výchovy, působením školy a náboženského a politického přesvědčení i prostředí, ve kterém vyrůstali. Zpravidla se u nich nezjišťují žádné psychopatologické projevy a v odborné literatuře se uvádí bonmot, že nejtypičtější

vlastností členů teroristických skupin je jejich normálnost. Z tohoto důvodu není správné jejich počínání psychiatrizovat. Psychiatrie jako jeden z lékařských oborů sice hojně hraničí s jinými předměty – sociologií, psychologií, antropologií, s právními vědami, rozhodně však nemá prostředky ani ambice podobnou problematiku řešit.

Literatura

1. Dobiáš J. Myšlení a blud. Českoslov. Psychiat. 1971; 67: 5.
2. Hanzlíček L. Psychiatrická encyklopedie, díl I. VÚPs, Praha 1978.
3. Heveroch A. Diagnostika chorob duševních, Praha, Hejda a Tuček, 1904.
4. Höschl C, Libiger J, Švestka J. Psychiatrie. Tigris, Praha, 2002.
5. Kalvach Z, Drástová H. Soudně psychiatrické posuzování paranoidních syndromů. V. sjezd České psychiatrické společnosti. Špindlerův Mlýn, 2004.
6. Mysliveček Z. Obecná psychiatrie. SZdN, Praha, 1959.
7. Pavlovský P, Šrutová L. Blud a ovládací představa, diferenciální diagnostika a kazuistika. V. sjezd České psychiatrické společnosti. Špindlerův Mlýn, 2004.
8. Pavlovský P, Šrutová L. K mentalitě pachatelů vyhrožujících teroristickými činy. XXVI. soudně psychiatrická konference. Solenice, 2003.
9. Raboch J, Zvolský P, et al. Psychiatrie. Galén, Praha, 2001.
10. Študent V. Soudní psychiatrie a trestní právo. Univerzita Karlova, Praha, 1989.
11. Vondráček V. Konání a jeho poruchy. Univerzita Karlova, Praha, 1986.
12. Zvolský P, a kol. Obecná psychiatrie. Univerzita Karlova, Praha, 1994.