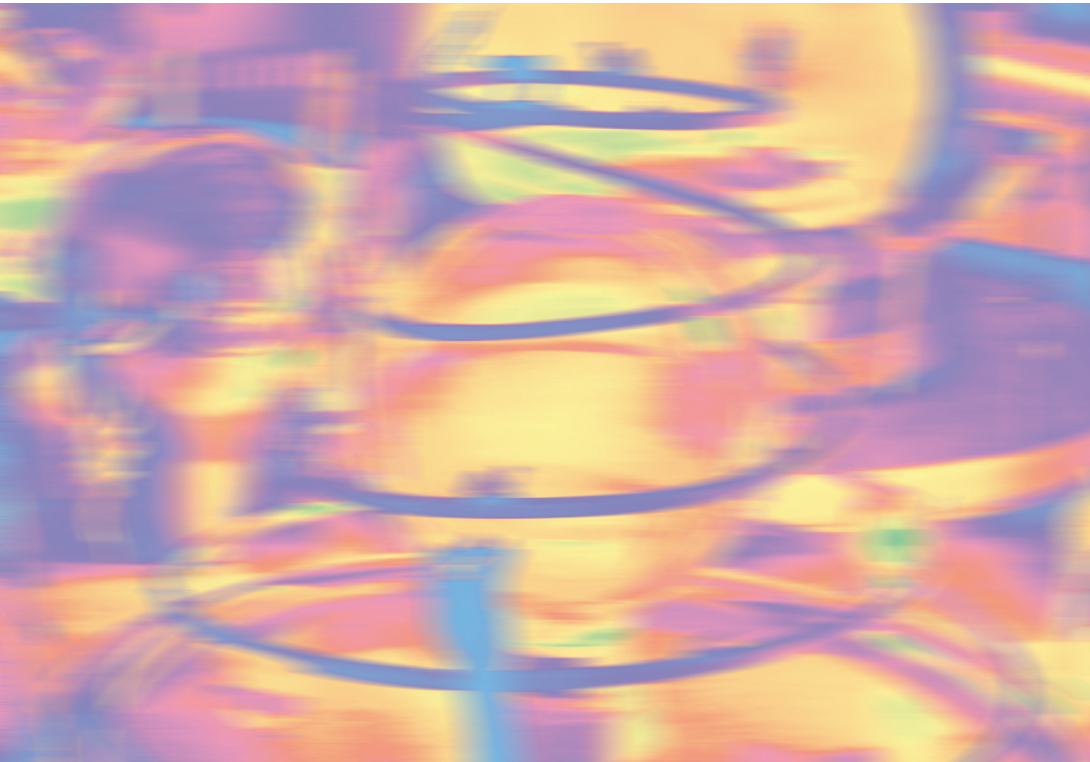
GRADA

Helena Kučerová

Psychiatrické minimum

PSYCHÉ



Motto: *Salus aegroti, suprema lex.*

(Zdraví pacienta budiž nejvyšším zákonem.)

Helena Kučerová

PSYCHIATRICKÉ MINIMUM

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy
Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude ***trestně stíháno****.*

MUDr. Helena Kučerová, HonDG
PSYCHIATRICKÉ MINIMUM

TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:

Vydala Grada Publishing, a.s.
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400
www.grada.cz
jako svou 5365. publikaci

Recenzovali:
prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.

Odpovědná redaktorka PhDr. Dana Pokorná
Sazba a zlom Radek Vokál
Obrazový doprovod z archivu autorky
Návrh a zpracování obálky Michal Němec

Počet stran 168
Vydání 1., 2013

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2013
Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-4733-0

ELEKTRONICKÉ PUBLIKACE:

ISBN 978-80-247-8879-1 (ve formátu PDF)
ISBN 978-80-247-8880-7 (ve formátu EPUB)

OBSAH

PŘEDMLUVA **9**

ÚVOD DO PSYCHIATRICKÝCH POJMŮ **11**

ZÁKLADNÍ PSYCHIATRICKÉ POJMY **12**
Osobnost 12
Psychóza 13
Halucinace 13
Bludy 16
Transformace osobnosti 20
Nesouvislé (inkoherentní) myšlení 20
Pseudofilozofování, plané mudrování 21
Pocity zevních zásahů 21
Vychudlé myšlení 21
Vtíravé a nutkavé (obsedantní) myšlení 22
Zabíhavé myšlení 23
Deprese 23
Úzkost (anxieta) 26
Akatizie 27
Fobie 27
Mánie 28
Apatie 28
Emoční plochost 29
Emoční labilita a emoční inkontinence 30
Emoční nepřiléhavost 30
Emoční ambivalence, ambitendence 30
Autismus 30
Hypobulie, abulie 31
Psychomotorický neklid 31
Katatonie 32
Nutkavé (obsedantní) jednání, obsedantně-kompulzivní jednání 32
Nespavost (hyposomnie, insomnie) 33

Amnézie 34
Dezorientace 34
Obluzené vědomí, zmatenost (amence), delirium 35
Kognitivní funkce 35
Demence 36
Sebevražda (suicidium) 36
Sexuální poruchy 39

VYŠETŘENÍ PACIENTA A STANOVENÍ DIAGNÓZY 40
Vyšetření pacienta v akutním stavu 40
Klasické vyšetření pacienta v ordinaci 41
Anamnéza 41
Rozhovor lékaře s pacientem o jeho potížích 46
Rozhovor lékaře s příbuznými pacienta 54
Evidence-based medicine (EBM) 55

KAZUISTICKÉ UKÁZKY PSYCHOPATOLOGIE 58
Ukázka 1 58
Ukázka 2 59
Ukázka 3 59
Ukázka 4 60
Ukázka 5 62
Ukázka 6 63
Ukázka 7 64
Ukázka 8 65
Ukázka 9 67
Ukázka 10 68

PSYCHOFARMAKA, TAKTIKA A STRATEGIE LÉČBY 71
Anxiolytika a hypnotika 71
Antidepresiva 72
Antipsychotika 73
Nežádoucí účinky psychofarmak 74

SCHIZOFRENIE 77
Rozštěp mysli, rozštěp osobnosti 78
Kazuistika 1 78

Příznaky schizofrenie 88
Příznaky nápadné 88
Příznaky méně nápadné nebo nenápadné 89
Příznaky pozitivní a negativní, tedy příznaky plus a minus 89
Příměs afektivní symptomatologie 90
Jak z různých příznaků poznat schizofrenii. 90
Léčení schizofrenie. 91
Kazuistika 2. 94
Kazuistika 3. 96

AFEKTIVNÍ PORUCHY, DEPRESE (DEPRESE ENDOGENNÍ, VELKÁ DEPRESE), MÁNIE **98**
Léčba afektivních poruch. 100
Kazuistika 4. 102
Kazuistika 5. 104

DEPRESE JINÉHO TYPU **106**
Léčení neendogenních depresí 107
Kazuistika 6. 109

DEMENCE **110**
Léčba demencí. 112
Příklady paměťových cvičení pro dementní pacienty 114

NEUROTICKÉ, STRESOVÉ A SOMATOFORMNÍ PORUCHY **115**
Léčení neurotických, stresových a somatoformních poruch 117
Kazuistika 7. 118

PATOLOGICKÉ ZÁVISLOSTI **120**
Alkohol 121
Naše zkušenosti s postojem pacientů k alkoholu 123
Metodika 123
Dotazník 124
Výsledky 125
Diskuse. 129
Drogy 131
Patologické hráčství (gambling) 131

Závislost na nikotinu (tabakismus), závislost na kofeinu (kofeinismus) 132
Polymorfní závislost, zkřížená závislost. 132
Léčení patologických závislostí. 133
Kazuistika 8. 134
Kazuistika 9. 135
Kazuistika 10. 137

REHABILITACE **139**
Fyzikální terapie 140
Léčebná tělesná výchova a sport. 140
Pracovní terapie. 140
Uměleckovýchovná terapie. 141
Terapie zábavná a rekreační 144

PSYCHOTERAPIE. **149**

ZÁVĚR. **153**

PODĚKOVÁNÍ. **154**

GRAFY A OBRÁZKY **155**

LITERATURA. **156**

PŘEDMLUVA

Vážení čtenáři,

předstupuji před vás s nelehkým úkolem vylíčit vám svůj obor v kostce a v podobě, kterému by měl rozumět široký okruh čtenářů, tedy lidé s různým stupněm lékařského vzdělání, od naprostých laiků až po kolegy psychiatry. Musím přitom počítat i s tím, že si moji knížku mohou přečíst také odborníci daleko vzdělanější, než jsem já, kterým sice přímo určena není, ale může se jim dostat do rukou. Přistupuji tedy k tomuto úkolu s velkou pokorou, s velkou odpovědností a s prosbou, abyste s laskavostí a porozuměním přijímali můj text, i když je vám všechno dávno jasné a domníváte se, že o těchto věcech není již třeba hovořit. Pokusím se o výklad, který nebude šablonovitý a bude možná i poněkud netradiční právě s přihlédnutím k tomu, že jej mohou číst lidé, kteří medicínu neznají.

Možnost hovořit o svém milovaném oboru jsem velice uvítala. Po celou dobu své psychiatrické praxe totiž pociťuji, jakož i mnozí další kolegové psychiatři, že psychiatrie je stále a stále považována za něco výstředního nebo ponižujícího, a vyšetření u psychiatra je pro pacienta stále ještě negativní nálepkou. Jsou dokonce lidé, kteří psychiatrii ani nepovažují za součást medicíny, ale za cosi zvláštního, spíše magického než vědeckého. Často se také setkávám s tím, že laická veřejnost si plete pojmy „psychiatr“ a „psycholog“ a naprosto nechápe rozdíl mezi oběma těmito rovnocennými odbornostmi. Jako lékařka nyní pracující na ambulanci pociťuji také velký nedostatek informovanosti naší populace o psychických chorobách vůbec, kdy pacientům musím vysvětlovat i elementární informace o jejich poruše a o zásadách léčby. Proto si nesmírně vážím příležitosti oslovit své kolegy – lékaře jiných oborů, psychology, lékárníky, pedagogy, zdravotní sestry, studenty a další zájemce, kteří pracují s lidmi, a podělit se s nimi o své více než třicetileté zkušenosti. A budu doufat, že jim to pomůže lépe se orientovat v psychických potížích svých pacientů a dalších svěřenců a vhodně zasáhnout tak, aby se postiženému jedinci dostalo pomoci.

Hranice, 1. srpna 2013
Autorka

ÚVOD DO PSYCHIATRICKÝCH POJMŮ

Stalo se pravidlem již po několik desetiletí, že lidská psychika se obvykle popisuje určitými ustálenými zvyklostmi. Její popis a vyjádření toho, jak je strukturovaná a jak funguje, je nelehký úkol, a proto se psychika obvykle schematicky rozděluje na jednotlivé části, kterým se pak věnuje samostatný výklad. Také já a celá moje generace, i generace po nás následující, jsme se s tím za svých studií setkávali. Mělo to své výhody: student se snadno naučil, z čeho se skládá psychika a jaké má poruchy, za prvé, za druhé, za třetí… Dobře se to pamatovalo a ke zkoušce to stačilo.

Mnohaletá práce s psychicky nemocnými mi však ukázala, že podobná schematizace lidské psychiky zdaleka nestačí. Člověk se předně neskládá pouze z psychiky. Člověk je živý organismus, který ani na okamžik není statický, je neustále v pohybu a veškeré jeho součásti, tělesné i duševní, tvoří integrovaný celek, tedy jsou propojené a vzájemně se ovlivňují. Navíc člověk také neustále komunikuje se svým okolím, ať už neživým, nebo s dalšími živými organismy včetně lidí. Z tohoto úhlu pohledu se mi pak jeví dosavadní úzus jakéhosi rozkouskování lidské psychiky na vědomí, vnímání, myšlení, emoce, pudy, jednání a vůli, paměť a další součásti jako strnulé a nepraktické. Cílem této knížky je – i když je to jen minimum z psychiatrie – představit čtenáři psychiku poněkud jinak, než bylo dosud zvykem, a vyvolat v něm obraz nikoli statický, ale dynamický a navazující na další souvislosti. Dovolím si proto vybočit z obvyklého popisu jednotlivých pojmů v tom pořadí, v jakém bych je popsala podle dřívějšího schématu, a vysvětlím je podle toho, jak se mi jeví důležité z hlediska psychopatologických obrazů různých poruch, jejich vzájemné návaznosti či naopak odlišení a dalších faktorů. Pro úplnost však u každého pojmu uvádím, do které pomyslné „škatulky“ by patřil, ale hlavně zdůrazňuji, který příznak je psychotický a který není, neboť pro diagnostiku je toto kritérium hlavní. Jestliže mám před sebou pacienta a musím poznat, co mu je, jakou má nemoc a jak ho mám léčit, neuvažuji o tom, jestli to, co mi právě povídá, patří mezi poruchu myšlení nebo emotivity. Řeč a další projevy tohoto nemocného si musím „přeložit“ do jazyka diagnostického a podle toho rozhodovat. A na tom, jak správně a rychle se mi to podaří, závisí zdraví a někdy doslova i život pacienta.

ZÁKLADNÍ PSYCHIATRICKÉ POJMY

Nejprve se pokusím vysvětlit základní pojmy a příznaky, kterými budu popisovat pozdější složitější psychické poruchy, tedy syndromy a choroby. Příznaky (symptomy) jsou jako kaménky skládající mozaiku psychopatologického obrazu. Tak jako v mozaice žádný kamének netvoří obraz, tak také žádný příznak netvoří chorobu. **V nemoci se příznaky nevyskytují ojediněle, osamoceně, vždy jsou vázány na jiné příznaky, které je zase zpětně ovlivňují**, takže celkový psychopatologický obraz je vlastně vždy vzájemně propojeným komplexem různých příznaků. Tento komplex je pak navíc ještě ovlivněn individualitou jedince, takže i když je v zásadě stejný, přesto je pokaždé trochu jiný. Příznaky je tedy nutno vyšetřovat a hodnotit v kontextu s ostatními a ve vzájemné interakci. Bez tohoto kontextu a bez jejich interakce je příznak neúplný a nemá svou diagnostickou váhu. K tomu ještě přistupuje faktor času, který u některých chorob více (schizofrenie, demence, patologické závislosti), u některých méně mění psychopatologický obraz. Ten se v průběhu času vyvíjí, progreduje, stagnuje nebo ustupuje.

OSOBNOST

Podíváme-li se do literatury, najdeme tam značné množství definic, co je to osobnost. Moje chápání pojmu osobnosti je prosté: **Osobnost je integrovaný soubor všech tělesných a duševních vlastností jedince.** Tělesná i duševní součást organismu jsou propojeny a tak se navzájem ovlivňují, že tvoří integrovaný celek. Proto se mi jeví popis například jen duševní části tohoto celku, který se v některých definicích vyskytuje, jako nedostatečný. Osobnost člověka se vyvíjí po celý jeho život, i když ve vyšším věku to není tak zřetelné jako v dětství nebo v dospívání. V každém věku je žádoucí, aby se osobnost vyvíjela pozitivním směrem, tedy k plně adaptivnímu a kreativnímu jedinci. Tento proces je však některými psychickými poruchami narušován. Cílem kom-

plexní psychiatrické péče je, aby vývoj osobnosti probíhal právě oním žádoucím směrem, a pokud se nějaká porucha objeví, aby byla včas rozpoznána a léčena.

Procesuální choroby, tj. schizofrenie, demence a patologické závislosti, osobnost jedince v průběhu času narušují, mění ji k horšímu, snižují její adaptační schopnosti a další kvality jejího fungování. Hovoříme o **degradaci osobnosti**. U schizofrenie má degradace speciální označení jako **defekt** neboli **deficit osobnosti**, u závislosti na alkoholu jako **depravace** (nikoli deprivace) **osobnosti**.

PSYCHÓZA

Psychóza je vážná psychická porucha v obecném smyslu slova, při níž je aktuálně narušena osobnost do té míry, že je **porušena její integrita**. Jednotlivé složky osobnosti nefungují tak, jak by měly, nejsou ve vzájemné harmonii, porucha jedné se ihned odrazí ve fungování druhé a dochází k vnitřnímu chaosu, který postrádá logický smysl – tedy takový smysl, který zdraví lidé za logický považují a kterému takto rozumějí. Pro postiženého nastává situace, kdy on sám jakousi logiku ve svém myšlení a konání vidí, ale okolí mu nerozumí a jeho myšlení a jednání je pro ně nepochopitelné. Obrazně řečeno, člověk v psychóze není vlastně tím člověkem, jakým obvykle bývá nebo jakým býval dříve. Jeho osobnost se chová jinak, než by se chovala bez psychózy. Proto také bývá trestně neodpovědný nebo je sníženě odpovědný, pokud ve stavu psychózy spáchá nějaký trestný čin. Psychotická porucha je porucha velmi závažná, která vyžaduje zásah psychiatra (pokud je to možné). Psychotické stavy se vyskytují zejména v rámci schizofrenie, u některých typů depresí, jindy jako stavy zmatenosti u demencí, jako delirium například u závislosti na alkoholu, ale také v horečce nebo po operacích. Významnými znaky psychózy mimo jiné jsou halucinace, bludy, inkoherentní myšlení a poruchy vědomí ve smyslu deliria a amence.

HALUCINACE

Halucinace je běžný pojem, který se užívá někdy i v hovorové řeči, kde má ovšem poněkud odlišný význam než jako termín odborný. Halucinace je porucha vnímání a znamená, že pacient vnímá něco, co neexistuje, a přitom je přesvědčen o tom, že to existuje, že je to pravda. Pro zdravého člověka je někdy těžké si to představit, a zejména je těžké pacientovi uvěřit, že to skutečně vnímá.

Vjem pacienta sice neodpovídá realitě, ale jeho nereálný vjem je realitou. Je tedy třeba pacientovi věřit, že skutečně určitou věc vnímá, že si to nevymýšlí. Halucinace jsou vždy projevem psychotického stavu.

Halucinace se mohou týkat všech smyslů, nejčastější bývají **sluchové (auditivní)**. Nemocní někdy slyší různé zvuky jako štěkání psa, vrkání holubů, zvonění zvonů apod., většinou však slyší lidskou řeč. Pacienti obvykle říkají, že slyší „hlasy". Pacient někdy jejich slovům nerozumí, většinou však ano. Hlas je někdy jeden, někdy je jich více. Mohou být ženské nebo mužské, nebo obojí. Někdy hlasy mezi sebou mluví, hádají se nebo hovoří o pacientovi. Jindy hlas komentuje, co pacient zrovna dělá, nebo pacientovi říká, přikazuje, co má udělat – **halucinace imperativní**. V tomto případě mohou být halucinace velmi nebezpečné, protože pacient pod jejich vlivem může jednat a toto jednání může být zcela v rozporu s jeho přesvědčením nebo povahou. Hlasy dokonce mohou pacientovi přikázat, aby se zabil nebo aby zabil někoho jiného, takže opravdu není radno halucinace podceňovat. Hlasy pacient slyší většinou ušima, ale někdy je slyší přímo v hlavě. Těm se pak říká **halucinace intrapsychické**. S nimi téměř totožné jsou vlastní nebo cizí **hlasité myšlenky** (*thoughts aloud*).

Pacient někdy svým hlasům odpovídá. Před sebou tak máme člověka, který se dívá někam do prázdna a sám si pro sebe rozpráví, ovšem on vlastně mluví se svými halucinacemi. Poněvadž pacient je přesvědčen, že hlasy jsou skutečné, tak si obvykle myslí, že jeho okolí je slyší také, a někdy se diví, že lékař nebo příbuzní pacienta nevědí, co on slyší. Může se proto zlobit, nadávat nebo být i fyzicky agresivní. Někdy se uzavře do sebe a nebaví se s námi, protože to podle jeho mínění nemá cenu. Je proto velmi důležité, jak okolí pacienta v této situaci reaguje. Rozhodně nikdy se s pacientem nehádáme a neříkáme mu, že je blázen nebo podobné věci, které v té chvíli může chápat jako nadávky. Je vhodné přiznat, že neslyšíme to, co on, ale že mu věříme, že on to slyší, a že nás zajímá, co slyší. Pacient pak obvykle sdělí, co mu hlasy říkají. Podle jejich obsahu pak můžeme s pacientem komunikovat dál. Pacient obvykle ocení, když s ním jednáme jako rovný s rovným, nikoli jako zdraví s duševně nemocným, tedy jako s nějakým méněcenným člověkem. Jestliže připustíme, že on může slyšet něco, co my neslyšíme, ale že jsme ochotni se o tom bavit, tak k nám neztrácí důvěru a spolupracuje.

Další častou formou halucinací jsou **halucinace zrakové (vizuální)**. Pacient vidí věci, které neexistují, je však přesvědčen, že tam jsou. Vidí například postavy ve svém bytě, nějaké obrazce na zdi, zvířata. Často jsou zrakové halucinace spojeny s halucinacemi sluchovými. Pacient tedy vidí nějaké postavy, které k němu hovoří, on jim může odpovídat atd., jak je popsáno výše.

Někdy se setkáváme s **halucinacemi čichovými (olfaktorickými)**. Pacient například cítí v bytě nebo na jiném místě nějaký plyn, většinou říká, že jedovatý, a rozvine pak další patologickou interpretaci, že ho chce někdo otrávit.

Jindy může mít pacient **halucinace chuťové (gustatorní)**. Ty jsou někdy rovněž podkladem pro rozvoj další patologie. Pacient totiž chuť jídla vnímá jako špatnou, slanou, hořkou nebo jinak protivnou a může rozvinout blud otravovanosti.

Velkou skupinu halucinací tvoří **halucinace tělové (somatické, viscerální)**, které jsou neméně závažné a přitom bývají záludné v tom, že okolí pacienta včetně lékařů je považuje za projev nějaké nemoci tělesné, nikoli duševní. Obdobně tomu, že pacient může slyšet něco, co neexistuje, nebo vidět něco, co neexistuje, může také cítit bolest, pálení, píchání, mravenčení a podobné nepříjemné pocity, pro které se nenajde objektivní důvod, ale on je jako reálné pociťuje. Tito pacienti většinou napřed navštíví praktického lékaře, kterému tyto své pocity vylíčí, a praktický lékař je logicky a správně napřed pošle na různá somatická vyšetření. Až když tato vyšetření jsou negativní, praktičtí lékaři obvykle pošlou pacienta k psychiatrovi. Psychiatr pozná tyto halucinace nikoli jen podle toho, že somatická vyšetření neprokazují tělesnou nemoc, ale především podle charakteru bolestí či dalších halucinatorních vjemů i podle celkového stavu pacienta, který má v případě psychózy (i tato halucinace je projevem psychózy) vždy ještě další psychické poruchy.

Halucinace a též bludy jsou vždy odrazem dění ve společnosti. V dobách, kdy ve společnosti převažovalo náboženství, byly časté halucinace a bludy s religiózním obsahem, v době technických vymožeností se objevuje obsah technický jako různé mikrofony, odposlouchávání, ozařování paprsky, ovládání laserem apod. S informovaností společnosti o různých nemocech pacienti produkují halucinace a bludy týkající se rakoviny či různých infekcí, včetně choroby AIDS, která před zhruba třiceti lety byla novým společenským fenoménem (Al-Issa 1978; Kučerová 1990; Suhail, Cochrane 2002; Knight et al. 2008).

Halucinace jsou jedním z tzv. pozitivních příznaků psychózy neboli plus příznaků, tedy příznaků, které se objevují navíc, nad normu. Blíže objasníme v kapitole o schizofrenii.

BLUDY

Blud je rovněž velmi vážná psychická porucha. Je to porucha myšlení a je to porucha psychotická. Tedy pokud se v psychopatologickém obraze vyskytuje blud nebo více bludů, jedná se vždy o psychózu.

Blud má tyto základní charakteristiky: 1. blud je přesvědčení pacienta o něčem, co není pravda, co ve skutečnosti neexistuje nebo se nestalo; 2. blud nelze pacientovi rozmluvit, vyvrátit a vysvětlit mu, že ve skutečnosti není možné, aby bylo pravda to, co on si myslí; 3. blud zcela ovládá pacientovu psychiku, je dominantou jeho myšlení; 4. blud má vliv na pacientovo jednání, neboli pacient pod vlivem bludu mění svoje jednání a chování; 5. blud vzniká na patologické bázi.

Přesto, že tato definice se zdá velmi jasná a jednoduchá, stanovit diagnózu bludu je někdy velmi obtížné. Je proto vždy třeba s pacientem podrobně probrat to, co si myslí, o čem je přesvědčen, a posoudit, jak dalece je to jen mylné přesvědčení, víra nebo prostě jen jiný názor na věc, anebo zda se již jedná o bludnou interpretaci různého stupně, různé hloubky, až o vysloveně rozvinutý blud.

Bludy jsou velmi často spojeny s halucinacemi a také na základě halucinací mohou vznikat. Pacient například vidí nějaké lidi ve svém bytě (zrakové halucinace) a vysvětluje si jejich přítomnost tím, že tam vnikli, aby mu ublížili. Tato základní myšlenka může být různě rozvětvená, například že tito lidé jsou jeho sousedi, kteří se dozvěděli, že pacient má mnoho peněz, a proto mu do bytu vnikli, aby mu je ukradli – tzv. **paranoidní blud**.

Jindy mohou bludy vznikat v souvislosti se sluchovými halucinacemi. Například jeden můj pacient chodil po městě a viděl každou chvíli policejní auto. Slyšel přitom hlas, který mu říkal, že ta policejní auta ho sledují. Auta svítila a on se domníval, že svítí kvůli němu. Bál se a prožíval velké úzkosti. Pak za ním šel nějaký pán a on si myslel, že ho pronásleduje a chce ho zavřít do vězení. Začal proto křičet a utíkat. Jedná se o **blud paranoidně perzekuční**.

Jak již uvedeno výše, bludnou symptomatiku mohou spustit také halucinace čichové nebo chuťové. Například pacient cítí v bytě zápach, o němž je přesvědčen, že je to nějaký jedovatý plyn, kterým ho chtějí otrávit sousedé. Jindy pacient odmítá jídlo, protože mu divně chutná, a je přesvědčen, že v jídle je jed, kterým ho chtějí otrávit jeho příbuzní, aby se ho zbavili. Jedná se o dosti časté **paranoidní bludy otravovanosti**.

Další okruh bludů může vznikat na základě halucinací somatických nebo viscerálních. Pacient cítí bolest nebo jiné nepříjemné pocity v různých částech těla a interpretuje je v tom smyslu, že je vážně nemocen. Jedná se o hypo-

chondrické myšlení různého stupně až o **hypochondrické bludy**. Příkladem mohou být bludy, při nichž je pacient přesvědčen, že má někde nádor, nejčastěji rakovinu, nebo že má nějakou vážnou infekci nebo jinou nemoc. Pacient proto bývá vyšetřován především somaticky, což je plně indikované, protože i pro psychiatra je důležité, aby se vyloučil somatický podklad potíží. Když se posléze ukáže, že se žádná tělesná patologie nezjistila, pacient je obvykle poslán k psychiatrovi. Somatičtí lékaři však někdy na psychický původ pacientových obtíží nemyslí a sami stále a stále hledají jejich tělesnou příčinu. To může vést až k tomu, že se u nemocného provádějí velmi náročná a drahá vyšetření nebo i chirurgické výkony, avšak výsledky jsou stále negativní a pacient má potíže i nadále. Hrozí tu však ještě i opačný extrém, a sice že somatičtí lékaři různé tělesné potíže pacienta poněkud podcení, po základních negativních výsledcích záležitost uzavřou jako psychickou a mohou tak přehlédnout vážnou tělesnou poruchu, například nádor, který pacient skutečně má. Výjimečně se může přihodit i to, že pacient s hypochondrickým bludem rakoviny skutečně rakovinu má. Nalezený tumor však v tomto případě nevylučuje možnost současného postižení psychózou s hypochondrickým bludem, ale to už je věc detailního psychiatrického vyšetření. V tomto případě je pak nutno léčit obě choroby, psychózu i nádor.

V posledních desetiletích se objevil nový fenomén v podobě **hypochondrického AIDS-bludu**. Mohu uvést několik pacientů, kteří byli přesvědčeni, že dostali AIDS, většinou po náhodném mimomanželském sexuálním styku (Kučerová 1990).

Poměrně častým typem bludu je **blud žárlivecký (emulační)**. Vyskytuje se mnohdy u mužů závislých na alkoholu. Ti mívají manželské problémy jak kvůli svému opilství, tak i kvůli klesající sexuální potenci. Ale i muži abstinenti mohou propadnout žárlivosti až do stupně bludu, kdy pronásledují svou manželku nebo partnerku na každém kroku, prohlížejí její kabelku, mobil i prádlo a mohou sáhnout i k fyzickému násilí. Podobně jako se u bludu hypochondrického náhodně může u pacienta vyskytnout současně i vážná choroba, tak také u bludu žárliveckého se může přihodit, že žena je pacientovi skutečně nevěrná, aniž on to ví. Žena tedy má tajného milence, pacient to neví, ale manželku patologicky podezřívá, že někoho má, špehuje ji a i jinak vykazuje všechny znaky bludu. Jedná se tedy o dvě nezávislé, paralelně probíhající záležitosti, ve kterých se vyznat bývá někdy dosti náročné. Emulační blud se může objevit i u žen, ale je méně častý.

V dřívějších dobách časté a v současné době méně obvyklé jsou **bludy náboženské (religiózní)**. Náboženský obsah bludu může mít velmi barvitou podobu. Někdy je pacient přesvědčen o svém speciálním náboženském poslání,