

---

# Paranoidní syndrom

---

**Pavlovský P.**

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,  
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

---

## Souhrn

Paranoidní syndrom je velmi často užívaný pojem, který se odvozuje od řeckého slova *paranoia*, znamenající šílenství. Jeho obsahem není jen pouhá vztahovačnost, nýbrž i řada povahových projevů jako je hostilita, sklon k agresi, zlostnost, chybění smyslu pro humor, pocity nadměrné důležitosti vlastní osoby a sklon k obviňování. Tyto vlastnosti se vyskytují i v rámci normální psychologie a klinického významu nabývají až vystupňováním intenzity a nápadnosti; exogenní vlivy hrají při rozvoji paranoie zřejmě méně závažnou roli. Z biologických faktorů se uplatňují jak onemocnění psychiatrická, včetně poruch organicky podmíněných, tak onemocnění somatická. Významná je nedoslýchavost nebo dlouhodobé zneužívání alkoholu a psychostimulancií. Z dynamických faktorů se největší důležitost připisuje mechanismu projekce. Z hlediska vývojové psychologie se uvádí, že paranoia mohla pomáhat při přežití jedince. Klinicky nevýznamné známky vztahovačnosti se mohou objevit v důsledku neobvyklé situace. Nabude-li paranoidní reakce klinické závažnosti, musíme zvažovat možný rozvoj bludu. Současná nomenklatura uvádí již jen dvě jednotky s označením paranoidní – schizofrenii a specifickou poruchu osobnosti. Pojmu paranoidní by se mělo užívat pouze pro označení patologického stavu a neoznačovat jím prchavé reakce zvýšené ostražitosti a vztahovačnosti.

**Klíčová slova:** paranoidní syndrom, paranoidní reakce, paranoický vývoj, biologické příčiny vzniku paranoie, vztahovačnost, mechanismus projekce, vytváření bludu, paranoidní poruchy v MKN-10.

## Summary

**Pavlovský P.: Paranoid Syndrome**

The paranoid syndrome is a frequently used concept, derived from the Greek word *paranoia*, meaning madness (insanity). It does not only mean to be exceptionally touchy, but there are various manifestations of the patient's nature (personality) such as hostility, inclination to aggression, venomousness, lacking sense of humor, feelings of superfluous importance of the own personality, and the inclination to accusation of others. These qualities (demerits) occur also within the framework of normal psychology and reach clinical importance only after their intensity and conspicuousness becomes escalated; exogenous effects appear to play a less significant role in the development of paranoia. The participating biological factors encompass psychiatric diseases including those caused by organic damage as well as somatic diseases. Severe hearing loss and long-term abuse of alcohol and psychostimulant drugs play important roles there. Among dynamic factors, the mechanism of projection is supposed to be most important. From the standpoint of developmental psychiatry, paranoid qualities are considered to have been important for individual's survival. Clinically insignificant signs of being excessively touchy may occur due to an unusual situation. As soon as the paranoid reaction reaches clinical seriousness, possible development of delusion must be considered. Present terminology is listing only two diagnostic units with a paranoid denomination: schizophrenia and a specific personality disorder. The paranoid concept should only be used for denomination of a pathological condition and not for transient reactions of increased alertness and touchy reactions.

**Key words:** paranoid syndrome, paranoid reaction, paranoid development, biological causes of paranoid origin, being excessively touchy, mechanism of projection, formation of delusion, paranoid disorders in ICD-10 (ICD – international classification of diseases).

*Čes. a slov. Psychiat., 101, 2005, No. 6, pp. 320–322.*

---

Slovo paranoidní je v řeči psychiatrů zcela běžný pojem, není neznámé ani v řeči hovorové, kde získalo poněkud pejorativní příděch. Přes všeobecnou známost je však pojem paranoidní obtížné

přesně definovat a v odborné literatuře nacházíme ne zcela jednotné pokusy o jeho výklad, někdy i snahu se mu co nejvíce vyhnout. Základem je řecké slovo *paranoia*, které lze přeložit jako šílenství,

---

*Předneseno na vědecké schůzi Psychiatrické společnosti ČLS JEP 2. 3. 2005 při příležitosti 110. výročí narození prof. MUDr. Vladimíra Vondráčka, DrSc.*

---

pominutí, zmatenost („para“ – mimo, vedle, „noos“ – rozum). Odvozené adjektivum paranoidní se mnohdy vykládá jako vztahovačný, což nepostihuje jeho význam v plné šíři. Dobiáš zastával český překlad scestný, nelogický, zejména ve vztahu k myšlení. Spojení „paranoidní blud“ odmítal jako pleonasmus, neboť každý blud, ať už persekující, megalomanický nebo mikromanický je paranoidní, protože je svým obsahem scestný [1]. V tomto pojetí by bylo možno mluvit o paranoiditě, až když je přítomen blud.

Myslivoček ve výkladu paranoidity však přikládal značný význam vztahovačnosti, tedy pocitu, že ostatní lidí věnují subjektu v nějakém směru větší pozornost než odpovídá skutečnosti nebo pravděpodobnosti, ať už ve smyslu příznivém nebo – a to častěji – ve smyslu negativním. Subjekt si vykládá indiferentní skutečnosti ve vztahu k vlastní osobě jako významné; domnívá se, že mu okolí nějakým způsobem křivdí, dostatečně neuznává jeho práva, schopnosti a snažení, nedostatečně respektuje jeho postavení a úlohu ve společnosti, nechová se k němu tak, jak by si zasloužil. Tyto pocity jsou silně emočně akcentovány, vnímání okolí je úkorné a katatymně zkreslené. Paranoidní syndrom je v psychiatrii velmi častý, je však značně nespecifický, neboť se vyskytuje u řady duševních poruch. Myšlenkové zpracování v jeho rámci může být formálně bezvadné až do podoby systému bludů, jindy jde jen o tříšť nesourodých nápadů. Při jeho popisu se řada autorů oprostuje od vymezení na pouhou vztahovačnost; Manschreck v obsáhlé učebnici psychiatrie od Kaplana a Sadocka [4] uvádí, že termín paranoidní se vztahuje k řadě projevů chování, které nemusí být vždy psychopatologické povahy a z tohoto důvodu je pojem dost nejasný. Pokud se některé nápadnosti v chování nazvou paranoidními, je třeba u nich konstatovat jejich nepříhodnost, po případě až velmi nápadné vystupňování. Řadí k nim zlost, kritizující postoje, sklon k obviňování, zaujímání obranných postojů, pocity nadměrné vlastní důležitosti, ostrážitost, postoje nepřátelské až nenávislné, chybění smyslu pro humor, sklon k sudičství, tvrdošijnost, tendence izolovat se od okolí, podezíravost, vztahovačnost, sklony k trucovitosti a agresivitě.

Paranoidní projevy velmi často vyplývají z určitých povahových nápadností, které zřejmě hrají větší roli než vlivy exogenní. V osobnosti takto reagujících jedinců nacházíme rysy precitlivělosti, zvýšenou potřebu uznání, ješitnost. Často se vyskytují protichůdné tendence – na jedné straně velké ambice, na druhé pocity utrpeného ponížení, ať už jde o odmítnutí v lásce, profesionální neúspěch nebo postižení viditelným tělesným defektem. Paranoidita bývá častější ve vyšším věku, kdy se na jejím vzniku podílejí organické změny. Objevuje se však i v období dospívání v souvislosti se zvýšenou zranitelností, plachostí a sebedoceňováním.

Z biologických příčin se uvádějí nejrůznější choroby neurologické a psychiatrické, včetně poruch organického původu, důležitou roli hraje nedoslýchavost či úplná hluchota, která je z tohoto hlediska významnější než slepota. Významné je i chronické užívání alkoholu a psychostimulancií. K paranoidním interpretacím může vést i lehké snížení jasnosti vědomí nebo velké vyčerpání.

Podíl genetické vlohy je zřejmě multifaktoriální – v příbuzenstvu osob s paranoidními projevy nacházíme hypersenzitivitu, egocentrismus a rigiditu.

Vondráček připisuje značnou roli ultrasenzibilitě, tedy zpracování vlastních pocitů; je-li tato funkce narušena, subjekt je dobře nerozlišuje, není schopen správně rozpoznat, že cítí, že myslí; není-li informace, zda vjem přichází ze zevního nebo vnitřního světa správně zpracována, je narušena ultrasenzibilita myšlení, dochází ke změně prožívání ve smyslu depersonalizace. Na druhé straně může místo pocitů nejistoty dojít i k opačné poruše, která se projevuje přesvědčeností. Vondráček nazývá přesvědčenost duševní funkcí, která hraje důležitou roli při sugesci a při řešení životních situací. Přesvědčenost je chorobně snížena například u obsedantů, nevývratná přesvědčenost je vlastností bludu [7].

Při výkladu vzniku paranoidních postojů z hlediska dynamické psychiatrie uvádí Freud mechanismus projekce a potlačení; svůj názor vyvozuje ze studia písemné produkce pacienta Daniela Schrebera, u kterého zjišťoval potlačení homosexuálních tužeb vůči otci.

Jiní autoři hovoří o projikované hostilitě, způsobu, jak se vyrovnat s ponížením, snaze získat novou rovnováhu při hledání vysvětlení podivností, které se v okolí odehrávají. Meyer Gross rozebírá otázku p a r a n o i d n í r e a k c e, kterou rovněž vysvětluje mechanismem projekce; subjekt se domnívá, případně je přesvědčen, že druzí lidé prožívají stejné pocity jako on. Z vývojového hlediska je možné, že paranoidní výklad zevních událostí pomáhal jedinci v přežití. Některé paranoidní reakce jsou univerzální – patří k nim např. dojem, že při vstupu do restaurace vznikne pocit, že se oči přítomných obrátí na subjekt, nebo přátelé přestanou mluvit jako by dávali najevo, že hovořili o něm. Podobné pocity jsou prchavé, korekce náhledu na situaci nastává zpravidla po krátké chvíli. Tyto pocity nemají ráz přesvědčení a nevedou tudíž k žádné akci. Vyplývají z momentální situace a psychického stavu; na něm se může podílet určitá neobvyklá situace – například nový oblek, nový účes nebo pocity viny v důsledku nějaké reálné události. Podílí se i způsob života v odloučení, celoživotní plachost a nedostatek sebedůvěry. Uvedené pocity se pohybují ještě v rámci normální psychologie, patologickými se stávají teprve tehdy, když nabývají na intenzitě a důležitosti a ovlivňují život nositele. Pokud je

zařadíme ještě do normální psychologie, zjišťujeme jasné vnitřní souvislosti a logiku; chybějí-li tyto vlastnosti, musíme uvažovat o rozvoji bludu [5]. Vzhledem k univerzálnosti a nespecifičnosti paranoidní reakce, kterou je mozek schopen reagovat na zátěžovou situaci nebo chorobný proces, Bonhoeffer ji zařadil mezi formy exogenního reakčního typu. Když ji chápeme ve smyslu ultrasenzibility, cítíme, že tu důležitou roli hrají hodnota a hodnocení – je narušen pocit bezpečí, lidská důstojnost, důležitost vlastní osoby, její vzhled; vytvoření bludného přesvědčení pak přináší pro subjekt úlevu v tom, že do nejasné, ohrožující situace se přináší pořádek a systém, který byl otřesen primární poruchou myšlení.

Podle způsobu vzniku dělíme bludy na primární a sekundární. U primárního bludu hraje důležitou roli intuice, náhlost rozpoznání souvislostí, které objektivnímu pozorovateli unikají. Naproti tomu při formování sekundárního bludu lze vlivy okolní situace, psychologických podnětů a nálady pochopit podstatně lépe. Na tomto místě lze připomenout pojmy bludná nálada (Wahnstimmung) K. Jaspersa a bludné vnímání (Wahnwahrnehmung) a bludný nápad (Wahneinfall) K. Schneidera [2, 7].

Používání pojmu paranoidní má v psychiatrii své místo hodně přes sto let a současné nomenklatury je značně zredukované. Kromě diagnózy paranoidní schizofrenie již žádná jiná psychotická porucha tento přívlastek nemá. Vymizela diagnóza paranoia, když byla nahrazena diagnózou trvalá porucha s bludy (F22), pod kterou je možno zahrnout starší termíny „paranoidní psychóza“ a „paranoidní stav“, včetně paranoidního stavu involučního, a k jejímž hlavním příznakům patří systemizované bludy nejrůznějšího rázu, nejčastěji však kverulantské; připouštějí se ojedinělé halucinace a spoluúčast patické nálady. Od substantiva paranoia se odvozuje též adjektivum paranoický, Mysliveček užívá výrazu „paranoiová reakce“. Paranoickým vývojem se rozuměl postupný rozvoj systému bludů u osobností premorbidně stigmatizovaných zvýšeným sklonem k vytváření emočně zkrslých vjemů a úsudků, ke vztaho-

vačnosti a ovládacím představám, zatím co u paranoidní reakce, resp. paranoidního syndromu, dochází k náhlému „endogennímu či exogennímu procesu, který dává symptomovému obrazu svůj charakter a své symptomy cizí, dosavadní premorbidní osobnosti“ [6].

Ve starší literatuře uváděné diagnózy paranoidní reakce a psychogenní paranoidní psychóza se objevují jako jedna z klinických forem akutní psychotické poruchy s převahou bludů (F23.3). Časovým kritériem pro tuto diagnózu je trvání bludu po dobu nepřesahující tři měsíce.

Pod kód F24, vyhrazený pro indukované poruchy s bludy, lze zařadit pojem indukované paranoidní psychózy.

Posledním příkladem duševní poruchy, která nese přívlastek paranoidní, je paranoidní porucha osobnosti charakterizovaná trvalými vlastnostmi zmíněnými již výše – nadměrnou citlivostí k odstrkování a odbytí, tendencí k trvalé zášti, odmítání odpovědi urážky a bezpráví, sklonem k překrucování výroků druhých osob, tendencemi chybně interpretovat neutrální nebo přátelské akce druhých osob, opakovaným neoprávněným podezíráním, zejména pokud jde o sexuálního partnera, sklonem ke zdůrazňování důležitosti vlastního já a zabýváním se nepodloženým konspiračním vysvětlováním událostí kolem [2].

Máme-li zhodnotit postavení pojmu paranoidní v současné psychiatrické terminologii, doporučujeme jeho užívání s opatrností, a to pouze pro psychopatologický stav, tedy již poruchu, která má klinickou závažnost a která si vyžaduje pozornost psychiatra (a která nemá nic společného s nemístným používáním tohoto označení nepsychiatrickou veřejností). V případech prchavých projevů vztahovačnosti nebo jiných fenomenů, které je možno nalézt ve výčtu symptomů paranoidního syndromu, se raději užití slova paranoidní vzdáme. Musíme mít však stále na mysli, že jako lékaři musíme odlišit jevy spadající ještě do normální psychologie od projevů chorobných, tedy psychopatologických, což nabývá mimořádné závažnosti zejména tehdy, když jsme v pozici soudních znaleců [3].

## LITERATURA

1. **Dobiáš, J.:** Myšlení a blud. Čs. Psychiat., 67, 1971.
2. **Hanzlíček, L.:** Psychiatrická encyklopedie. Díl V. VÚPs, Praha, 1982.
3. **Kalvach, Z., Drástová, H.:** Soudně psychiatrické posuzování paranoidních syndromů. V. celostátní psychiatrický sjezd. Špindlerův Mlýn, 2004.
4. **Kaplan, H., Sadock, B. J.:** Comprehensive textbook of psychiatry. VI. Ed. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995.
5. **Meyer Gross, Slater, Roth:** Clinical psychiatry. Bailliere Tindall, London, 1979.
6. **Mysliveček, Z.:** Speciální psychiatrie. SZdN, Praha, 1959.
7. **Vondráček, V.:** Konání a jeho poruchy. 2. vyd. Avicenum, Praha, 1986.

*Dodáno redakci: 14. 3. 2005*

*Po skončení recenzního řízení: 28. 4. 2005*

*Doc. MUDr. Pavel Pavlovský, CSc.  
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN  
Ke Karlovu 11  
128 00 Praha 2*