

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra elektronické kultury a sémiotiky

**Mgr. & Mgr. Štěpán Pudlák**

## **Sémiotika schizofrenie**

*Disertační práce*

Vedoucí práce: **Mgr. Juraj Hvorecký, Ph.D.**

Praha 2016

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 28. června 2016

Mgr. & Mgr. Štěpán Pudlák

## **Poděkování**

V první řadě bych rád poděkoval svému školiteli Mgr. Juraji Hvoreckému, Ph.D. Rozhodně se nejedná pouze o formální poděkování, neboť bez jeho podpory a svědomitosti, s níž se mi po celé tři roky věnoval, bych se neobešel. Také bych chtěl vyjádřit díky svým kolegům a přátelům, mezi jinými zvláště Michalu Karlovi, Martinu Charvátovi, Martinu Švantnerovi a Vítu Gvoždiakovi, kteří mi byli důležitými partnery v debatách utvářejících podobu této práce.

## Abstrakt

Disertační práce *Sémiotika schizofrenie* se zaměřuje na analýzu projevů symptomů schizofrenie z hlediska sémiotiky. Cílem je odpovědět na otázky, co je společné jinak různorodým projevům schizofrenie a co je činí abnormální? Práce postupuje metodou sémiotické redukce, tedy přístupu k jevům jakožto ke znakům a značení na základě sémiotické teorie Charlese Peirce. Předložená teze charakterizuje symptomy schizofrenie jako poruchu indexikálního vztahu mezi znakem-objektem a souborem znaků jáství. Objektem může být hlas či obraz v případě halucinací, propozice v případě bludů, pravidlo komunikace v případě dezorganizace řeči či chování nebo habitus v případě negativních symptomů. Abnormálnost projevů schizofrenie plyne z narušení indexikálního vztahu mezi znaky jáství, které nesou určité charakteristiky jako je nevyvratitelnost či zakládání interpretace okolního světa, a těmito objekty. Autor porovnává závěry plynoucí z této teze s klinickými výzkumy a tzv. sjednocujícími teoriemi schizofrenie.

## Klíčová slova

schizofrenie – sémiotika – Charles Peirce – indexikalita - symptomy

## Abstract

Dissertation thesis *Semiotics of schizophrenia* aims to analyse manifestations of the symptoms of schizophrenia from the point of view of semiotics. The goal is to find common features of otherwise heterogeneous manifestations of schizophrenia and the features that make them abnormal. The method of the thesis is semiotic reduction, i.e. approach to phenomena as to signs and significations, which approach is based on the semiotic theory of Charles Peirce. The proposed thesis characterises symptoms of schizophrenia as a disorder of indexical relation between a sign-object and the group of signs of the Self. An object can be a voice or an image in the case of hallucinations, a proposition in the case of delusions, a rule of communication in the case of disorganization of speech or behaviour or a habitus in the case of negative symptoms. Abnormality of the manifestations of schizophrenia is due to a disorder of indexical relation between signs of the Self,

which have features as indisprovability or basis for interpreting the world, and these objects. The author compares conclusions of the thesis with clinical studies and so called unifying theories of schizophrenia.

## **Keywords**

schizophrenia – semiotics – Charles Peirce – indexicality - symptoms

# Obsah

1. Úvod.....	8
2. Sémiotika duševních poruch.....	10
2.1 Hranice mysli.....	10
2.1.1 Neurofenomenologický přístup.....	12
2.2 Přístupy k sémiotice duševních poruch.....	13
2.2.1 Komunikační přístup v sémiotice duševních poruch.....	14
2.2.2 Diskurzivní přístup v sémiotice duševních poruch.....	16
2.3 Symptomatologický přístup v sémiotice duševních poruch.....	19
2.3.1 Diagnostika jako sémiotický proces.....	21
2.3.2 Omezení symptomatologického přístupu.....	23
3. Schizofrenie.....	26
3.1 Neexistující nemoc.....	26
3.1.1 Oblasti výzkumu schizofrenie.....	26
3.1.2 Typologie a symptomy psychotických poruch.....	28
3.1.3 Schizofrenie jako kategorie.....	30
3.1.4 Diagnostické postupy.....	31
3.2 Chápání schizofrenie – problémy a otázky.....	32
3.3 Snahy o sjednocující teorie.....	36
4. Sémiotika Charlese S. Peirce.....	39
4.1 Sémiotika a Charles Sanders Peirce.....	40
4.1.1 Peircova koncepce znaku.....	41
4.1.2 Základní definice znaku.....	43
4.1.3 Druhy objektů a druhy interpretantů.....	44
4.1.4 Klasifikace znaků – tři trichotomie.....	46
4.2 Sémiotická redukce.....	50
5. Analýza symptomů schizofrenie.....	53
5.1 Halucinace.....	53
5.1.1 Indexikalita halucinací.....	54
5.1.2 Objekt halucinací.....	59
5.2 Bludy.....	64
5.2.1 Propoziční struktura bludů.....	67
5.2.2 Centrální a periferní bludné propozice.....	70

5.2.3 Odpor vůči vyvracení bludů.....	73
5.2.4 Diskuse k bludům.....	75
5.3 Dezorganizace myšlení a řeči .....	77
5.3.1 Organizace znaků a znaky dezorganizace.....	79
5.3.2 Převládání pravidla komunikace .....	85
5.3.3 Diskuse k dezorganizaci řeči .....	87
5.4 Dezorganizované a abnormální chování .....	90
5.5 Negativní symptomy .....	93
6. Schizofrenie jako porucha indexikality.....	100
6.1 Charakter symptomů schizofrenie .....	100
6.2 Porovnání se sjednocujícími teoriemi schizofrenie .....	103
6.3 Přínosy sémiotického přístupu ke schizofrenii.....	108
6.4 Možnosti falzifikace.....	110
7. Závěr.....	112
Bibliografie .....	115

## 1. Úvod

Pokud čtete tyto řádky, existuje pravděpodobnost zhruba jedna k/ke stu, že trpíte schizofrenií. Taková je totiž odhadovaná prevalence této duševní poruchy ve společnosti (Mueser & Jeste, 2008, str. xiii). Nechci spekulovat, zda je mezi čtenáři práce nazvané „Sémiotika schizofrenie“ tato pravděpodobnost vyšší nebo nižší. Je to pouze jeden z faktů, který ilustruje závažnost této nemoci. Nejde ale jen o to, že je schizofrenie mnohem častější onemocnění, než si většina z nás nejspíš myslí. Závažné jsou i samotné projevy schizofrenie, které zpravidla pacientům znemožňují efektivní fungování ve společnosti a v mnoha případech vedou k sebevraždě. Schizofrenie je ovšem děsivá i tím, jak málo víme o jejím fungování. A to i přesto, že je jejímu poznání věnováno enormní vědecké úsilí. Mohlo by se zdát, že schizofrenii vlastně nemůžeme rozumově pochopit, protože ze své podstaty je ztělesněním chaosu, šílenství a nerozumu. S tím nesouhlasím. Jedním z východisek této práce je předpoklad, že principy fungování schizofrenie můžeme poznat, jakkoli obtížný je to úkol. A i kdyby byl tento předpoklad chybný, můžeme a měli bychom se o to alespoň pokusit.

Co ale napsat o schizofrenii, co už nebylo napsáno? Pokud má tato práce nějaký přínos, tak v tom, že se k dané problematice snaží přistoupit novým způsobem, totiž skrze sémiotiku. Druhým mým předpokladem je tedy to, že právě popis a následná analýza projevů schizofrenie jakožto znaků a znakových procesů může přinést nové chápání toho, v čem tato porucha spočívá. Může popsat jednotlivé aspekty projevů schizofrenie, jejich vzájemné vztahy a charakteristiky. Díky tomu by mělo být možné předložit teorii, z níž vyplývají testovatelné hypotézy, ale případně i možnosti léčby. Práce v tomto ohledu přesahuje oblast schizofrenie, protože nabízí metodologický přístup potenciálně využitelný i pro analýzu dalších duševních poruch.

Zvolený přístup je zaměřen na zodpovězení otázky, co mají společného jednotlivé, na první pohled dosti odlišné, symptomy schizofrenie? Tato otázka, stejně jako oblast duševních poruch obecně, ovšem zahrnuje celou řadu vzájemně propojených problémů. První kapitulu proto věnuji rozlišení různých způsobů, jak lze sémioticky přistupovat k duševním poruchám. Zvláště je potřeba vymezit diskurzivní přístup, který se soustředí na otázky týkající se definice a diagnostiky symptomů duševních poruch v rámci psychiatrického diskursu, a symptomatologický přístup, který se zabývá tím, jak lze sémioticky po-



psat samotné projevy duševních poruch. Dále, v kapitole 3. Schizofrenie, budu mít za cíl nejen shrnout dosavadní stav poznání schizofrenie z hlediska lékařské vědy, ale především definovat problém a otázky, na které se pokusím odpovědět. Sémiotika jakožto vědní disciplína je velmi rozsáhlá a existuje v ní řada podoborů a směrů. V této práci vycházím především z díla Charlese Sanderse Peirce, který podle mého názoru poskytuje ucelenou a filosoficky podloženou teorii a klasifikaci znaků. V kapitole 4. Sémiotika Charlese S. Peirce proto vysvětlím, proč volím právě metodologický přístup založený na pracích tohoto autora, a popíši, jak budu jeho terminologii využívat v následných analýzách. Tyto analýzy budou obsahem následující kapitoly, která je členěna podle jednotlivých symptomů schizofrenie, jak je definuje *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*, tzv. DSM (American Psychiatric Association, 2013). Syntéze poznatků z této kapitoly věnuji poslední část práce, nazvanou 6. Schizofrenie jako porucha. Zde se pokusím představit sjednocující model symptomů schizofrenie založený na sémiotickém přístupu, jeho srovnání s dalšími teoriemi schizofrenie, jeho možné přínosy a možnosti falzifikace.

## 2. Sémiotika duševních poruch

V této kapitole je mým cílem představit způsoby, jak lze skrze sémiotiku přistupovat ke studiu duševních poruch. V dalších částech práce se zaměřím na přístup, který nazývám symptomatologický, ovšem k jeho vymezení je nutné srovnat jeho rámec s dalšími možnými přístupy, totiž s přístupem komunikačním a přístupem diskurzivním. Rozlišení přístupů zavádím z toho důvodu, že témata a problémy týkající se duševních poruch zasahují do různých oblastí, od problematiky psychiatrické diagnostiky, přes manifestaci duševních poruch v mezilidské komunikaci, až po otázky popisu projevů jednotlivých symptomů. Různost přístupů se pokusím ukázat na studiích, které explicitně se sémiotikou nepracují, ovšem implicitně se pohybují v určitém konceptuálním rámci. Takto by se mělo ozřejmit, v jakém kontextu se předložený výzkum pohybuje a jakou zastávám teoretickou perspektivu.

### 2.1 Hranice mysli

Sémiotika duševních poruch se zabývá tématy, která úzce souvisí s problematikou vztahu mysli a mozku. I když možná by bylo přesnější říct: problematikou našeho poznání mysli a mozku. Samotný vztah mysli a mozku, totiž že naše prožitky a zkušenosti se nějakým způsobem odehrávají v našem mozku, zde budu pokládat za fakt. Problematickým se tento vztah stává až ve chvíli, kdy se pokusíme propojit stav současného vědeckého a filosofického poznání o lidské mysli s neurobiologickým popisem fungování lidského mozku. Fenomény, které popisujeme na jedné úrovni poznání, často nejsou převoditelné na druhou úroveň. Ve které části mozku a jakým způsobem se odehrává například vzpomínka na mou loňskou dovolenou v Chorvatsku? Jaký vliv má určitá chemická či fyziologická změna v mozku na mé myšlení? Druhý příklad je, zdá se, lépe představitelný. Pokud sledujeme neurobiologické změny v mozku, můžeme sledovat změny v našem prožívání a dát oba procesy do souvislosti. V tomto ohledu jsou rozšířené experimenty a studie s pacienty s určitým specifickým poškozením mozku. Příkladem mohou být pacienti, kteří podstoupili chirurgické rozdělení levé a pravé mozkové hemisféry (tato operace se provádí v závažných případech epilepsie). U těchto pacientů můžeme zkoumat specifické kognitivní poruchy, například neschopnost verbálně popsat předmět sledovaný levým okem, ovšem při zachování reakcí na tento předmět (Gazzaniga, 1967, str. 24). Vyhraněnou for-

mou podobných výzkumů je ovšem to, co můžeme označit jako neurobiologický reduccionismus nebo co Raymond Tallis nazývá „neurománii“. Jde o představu, že všechny fenomény lidského mozku lze vysvětlit skrze jejich neurologické koreláty, zkoumané například metodami počítačové tomografie (Tallis, 2014, str. 5). Extrémním (i když nikoli neobvyklým) příkladem podobného přesvědčení je například výzkum, kdy byly testovaným subjektům promítány obrazy jejich milovaných partnerů, zatímco výzkumníci sledovali aktivitu jejich mozku pomocí funkční magnetické rezonance (fMRI). Díky tomu pak byli výzkumníci schopni „přesně určit“, kde v mozku se nachází centrum zodpovědné za romantickou lásku (Bartels & Zeki, 2000).

Oblast problémů vztahu mysli a mozku mapuje David Chalmers v knize *The Conscious Mind* (Chalmers, 1996). Chalmers předkládá dva typy otázek, které charakterizuje jako „lehký“ a „těžký“ problém. „Lehký problém“ spočívá v otázce: „Jak může být fyzický systém něčím, co se může *učit* nebo *pamatovat si*?“ (Chalmers, 1996, str. 25). V tomto případě podle Chalmerse můžeme odpovědět třeba poukazem na fyzické systémy, u nichž lze jednotlivé psychologické procesy modelovat, jako jsou počítače. Umělá inteligence je samozřejmě schopná toho, co můžeme popsat jako učení se nebo pamatování si. „Těžký problém“ ovšem představuje komplexnější otázku: „Jak může z fyzického systému povstat něco jako vědomá zkušenost?“ (Chalmers, 1996, str. 26). Zde už je odpověď obtížnější, neboť vědomá zkušenost je zkušenost první osoby, zkušenost subjektivního prožívání. Z principu jde tedy o něco, k čemu nemáme přístup z pohledu třetí osoby, jenže právě tento pohled je ten, s nímž se vědomou zkušenost či vědomí jako takové pokoušíme propojit.

Tato práce nemá za cíl přímo adresovat tyto otázky. Je však důležité vědět, v jaké oblasti se pohybujeme, a to z několika důvodů. Jednak právě duševní poruchy často slouží jako prostředek výše popisovaných snah o redukcí mentálních procesů na procesy biologické. Sémiotika duševních poruch, jak ji zde chci představit, by však měla poskytnout aparát pro propojení obou perspektiv bez toho, aby byla jedna či druhá redukována. Dále je podle mého názoru potřeba explicitně vymezit perspektivy, s nimiž zde budu pracovat. Pokud popisuji mentální procesy z hlediska sémiotiky, neznamená to, že bych zastával názor, že jde o jediný možný způsob popisu. Jordan Zlatev, jeden ze zakladatelů výzkumného směru „kognitivní sémiotika“ (*cognitive semiotics*), prosazuje takzvanou metodolo-

gickou triangulaci (Zlatev, 2012, str. 14). Podle Zlateva se musí kognitivní sémiotika vyrovnat právě s nutností nahlížet fenomény, které souvisejí s porozuměním a produkcí významu z hlediska první osoby (subjektivní metody), druhé osoby (intersubjektivní metody) i třetí osoby (objektivní metody) (Zlatev, 2012, str. 15)<sup>1</sup>. Pokud tedy vycházím z předpokladu, že se mentální procesy, které prožíváme jako subjektivní, odehrávají jako neurobiologické procesy v mozku, znamená to, že všechny tři úhly pohledu mohou přinést informace, na jejichž základě vytváříme teorie o mentálních procesech. Je ovšem nutné vyvarovat se redukcionismu a mít na paměti Chalmersův „těžký problém“.

### 2.1.1 Neurofenomenologický přístup

Významným pokusem přispět k řešení otázky hranice mezi myslí a mozkiem je neurofenomenologie. Jedná se především o snahu propojit epistemologické roviny popisu duševních procesů z hlediska první osoby, reprezentovaného fenomenologickou metodou Edmunda Husserla, a popisu z hlediska třetí osoby, reprezentovaného neurovědami. Tato snaha vychází z již zmiňovaného Chalmersova „těžkého problému“ spojení mezi vědomím a neurobiologickou rovinou popisu. Předmětem zájmu neurofenomenologie, i když ještě nepříliš rozvinutým, jsou i duševní poruchy (Khachouf, Poletti, & Pagnoni, 2013, str. 13).

Neurofenomenologická perspektiva se uplatňuje i při výzkumu schizofrenie. Tomuto tématu se věnuje mimo jiné Shaun Gallagher. Ve své kritice Frithova (1992) kognitivního modelu schizofrenie poukazuje Gallagher na několik jeho aspektů, které jsou z fenomenologického pohledu problematické (Gallagher, *Neurocognitive Models of Schizophrenia: A Neurophenomenological Critique*, 2004). Oproti tomu neurofenomenologický model schizofrenie (resp. bludů, o nichž pojednává zmiňovaný článek) klade důraz na kombinaci přístupů „seshora dolů“ (*top-down*), tedy vycházejících z popisu prožívané zkušenosti, a přístupů „zdola nahoru“ (*bottom-up*), vycházejících z popisu neurobiologických procesů (Gallagher, *Neurocognitive Models of Schizophrenia: A Neurophenomenological Critique*, 2004, str. 16).

---

<sup>1</sup> Vystává otázka, jak Zlatev rozlišuje mezi pohledem z druhé osoby a pohledem z třetí osoby. Není tzv. pohled z druhé osoby vždy nutně formou pohledu ze třetí osoby? Pro potřeby této práce není nutné na tuto otázku hledat odpověď. Např. rozhovory s pacienty trpícími schizofrenií můžeme považovat za perspektivu druhé osoby nebo i perspektivu třetí osoby, nehraje to však zásadní roli.

Sémiotický přístup ke studiu duševních poruch, který představím v této práci, se v mnohém doplňuje s přístupem neurofenomenologickým. V obou případech jde o snahu propojit neurobiologický pohled na mentální procesy s metodologií, která umožňuje zkoumat prožitky a zkušenosti. Pokud vycházíme z předpokladu, že se mentální procesy realizují na úrovni neuronové sítě mozku a že je na této úrovni můžeme zkoumat, pak je otázka, jakou metodologii zvolit pro popis mentálních procesů na úrovni prožitků a zkušenosti, aby bylo možné obě roviny co nejlépe propojit? Fenomenologie nabízí postup introspektivního zkoumání založený na konceptu fenomenologické redukce, díky němuž můžeme naše vnitřní prožitky analyzovat. V této práci budu využívat pro analýzu projevů schizofrenie sémiotickou redukci, díky níž lze vnitřní prožitky popisovat jako procesy sémiózy a vyčlenit je jako jednotlivé znaky. Podrobnému popisu této metody se věnuje podkapitola 4.2 Sémiotická redukce.

## 2.2 Přístupy k sémiotice duševních poruch

Sémiotika duševních poruch představuje potenciálně rozsáhlou oblast výzkumu zahrnující různá teoretická východiska. V předložené práci se chci věnovat jednomu konkrétnímu směru výzkumu. Je ovšem třeba představit i další možnosti studia, vůči nimž bych chtěl vymezit svůj přístup. Rozhodně tedy v této kapitole neusiluji o vytvoření vyčerpávajícího seznamu výzkumných témat, ale spíše jejich naznačení v kontextu zde užívané metodologie. Nejde mi ani o rešerši studií věnujících se sémiotice duševních poruch, neboť zde představené studie, ač zkoumají duševní poruchy a různými způsoby využívají pojmy a koncepty, jimiž se zabývá sémiotika, nejsou zpravidla explicitně označovány jako sémiotické. Je to částečně dané i tím, že sémiotika sdružuje řadu teoretických koncepcí. Teoretická a metodologická východiska předložené práce jsou podrobně shrnuta v kapitole 4. Sémiotika Charlese S. Peirce.

Sémiotické přístupy ke studiu duševních poruch bych zhruba rozdělil podle jejich zaměření na *komunikační*, *diskurzivní* a *symptomatologické*. Všechny tři přístupy se samozřejmě do určité míry překrývají, jsou ovšem specifické tím, jaký aspekt procesu značení a fungování sémiotických systémů akcentují.

### 2.2.1 Komunikační přístup v sémiotice duševních poruch

Duševní poruchy jsou bytostně sociálním fenoménem. Už tím, že mluvíme o „poruchách“, předpokládáme, že jde o vybočení z normálu, odchylku od obvyklého fungování, což lze posuzovat jen ve vztahu k jiným. Abych někoho mohl označit za „nenormálního“, musím mít nějakou koncepci „normality“. K otázce vztahu normality a abnormality se vrátím později. Zde bych chtěl pokračovat v tématu vztahu komunikace a duševních poruch. Společenské procesy jsou totiž především procesy komunikační. V rámci sémiotiky duševních poruch tak můžeme sledovat, jak se určité symptomy projevují na komunikaci pacienta s jeho okolím, rodinou či lékařem. V jistém smyslu tak nemoc interpretujeme jako specifickou poruchu komunikace. Východisky mohou být teoretické práce z oblasti pragmatické sémiotiky, například Charlese W. Morrisa, jehož obecná teorie znaků vychází z koncepce Charlese Peirce, ovšem zaměřuje se na aspekty sémiózy v sociální interakci a chování (Morris, 1971). K analýze abnormalit řeči mohou sloužit také komunikační maximy vypracované Herbertem Paulem Gricem (1975, stránky 45-46). Komunikační aspekty v rámci sémiotiky zdůrazňuje Umberto Eco, konkrétně v *Teorii sémiotiky* (2009) nebo navazující knize *Kant a ptakopysk* (2011).

V této podkapitole se budu věnovat dvěma příkladům studia schizofrenie z hlediska komunikačních procesů. Ani jeden se přímo za sémiotický neoznačuje, můžeme na nich ovšem ukázat, jak lze skrze teorii komunikace přistupovat k duševním poruchám. Prvním z nich je hnutí antipsychie, které v 60. letech 20. století ve Spojených státech upozornilo na vliv nejbližšího okolí, především rodiny pacienta, na charakter jeho duševní poruchy. Jednalo se o práce Harryho Stacka Sullivana, R. D. Lainga nebo Kurta Goldsteina (Gilman, 2008, str. 472). Témata, která přinesla antipsychie, umožňují chápat proces duševní poruchy jakožto znakového komplexu v interakci s okolím pacienta. Přijmeme-li sémiotickou perspektivu, podle níž duševní porucha není souborem objektivních stavů, nýbrž znakovým komplexem, pak je nutné chápat jako znakové komplexy i představy a domněnky osob z pacientova okolí. Jinými slovy, i další osoby vycházejí z určitých předpokladů o tom, co je daná duševní porucha, jak se projevuje a jak ji případně léčit. Antipsychie vnáší do této problematiky následující otázky: Neovlivňují představy a předpoklady o duševní poruše, které si vytvářejí osoby z pacientova okolí, pacientovy symptomy? Nepřizpůsobuje pacient své chování a myšlení tomu, co od něj očekává jeho okolí? Těmito otázkami se

zabývá Laing v knize *Sanity, Madness, and the Family* (Laing & Esterson, 1964), kde předkládá sérii rozhovorů se schizofreniky a jejich rodinami. Přestože Laing v této knize nepřináší obecnější závěry založené na analýze rozhovorů (spíše se jedná o jednotlivé kazuistiky), dynamika komunikace těchto rodin je vcelku zřetelná sama o sobě. Rodiče si často projektují do svých schizofrenních dětí vlastní představy o “normalitě” a “abnormalitě”. Interpretace průběhu nemoci a vzniku symptomů je založena na zachycení komunikačních procesů uvnitř rodiny a okolí pacienta.

Druhým příkladem je interpretace schizofrenie Gregory Batesona a jeho kolegů z Palo Alto. Jejich přístup je založen na komunikační teorii, konkrétně pak Russellově teorii logických typů (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956, str. 251). Podle Batesona je příčinou (či jednou z příčin) vzniku schizofrenie specifická komunikační situace mezi pacientem a jeho matkou v průběhu dětství. Tuto situaci popisuje jako „double bind“, tedy stav, kdy každé možné řešení dané situace vede ke špatnému výsledku. Matka pacienta předstírá citovou náklonnost, kterou ve skutečnosti necítí. Pokud dítě tuto náklonnost opětuje, matka se odtáhne. Ovšem pokud ji neopětuje, matka to chápe jako své selhání a vyčítá dítěti, že náklonnost neprojevuje. Za předpokladu, že dítě nemá možnost vztáhnout se k jinému osobě (například otci), která by mu pomohla získat nad situací nadhled, bude si zvyk, který se později projeví v různých symptomech schizofrenie. Podle Batesona mohou být těmito projevy například určité aspekty dezorganizované řeči (jakožto jednoho ze symptomů schizofrenie), kdy pacient odpovídá na jiné otázky, než které jsou mu položeny. Podobnou linií úniku je také nerozlišování mezi metaforickým a doslovným významem, které je u schizofreniků poměrně časté.

Oba příklady ukazují možnosti a limity komunikačního přístupu ke studiu duševních poruch. Nabízejí analýzu procesů, které jsou často v psychiatrickém diskursu opomíjeny, ačkoli právě skrze sociální interakci lze teprve určité symptomy označit za něco abnormálního. Psychiatrie se obvykle zaměřuje na pacienta jako takového, méně na jeho okolí. Bateson naopak přesouvá pozornost na pacientovo okolí a interpretuje původ schizofrenie jako abnormální komunikační vztah mezi pacientem a jeho matkou. Tento přístup ovšem zohledňuje jen jednu rovinu, na které se symptomy mohou projevovat. Chápe komunikaci jako primárně jazykovou. Symptomy duševních nemocí se ovšem nemusí manifestovat jen na interpersonální úrovni, ale zahrnují i rovinu intrapersonální.

### 2.2.2 Diskurzivní přístup v sémiotice duševních poruch

Další rovinu sémiotického zkoumání duševních poruch můžeme vymezit jako diskurzivní. Co vlastně jsou duševní poruchy? Jak jsou utvářeny? V čem spočívá rozlišení mezi normálním a abnormálním? Pokud chceme odpovědět na tyto otázky, předmětem studia se stane samotný diskurs, v jehož rámci jsou tyto pojmy konstituovány. V diskurzivní perspektivě je pak duševní porucha nutně sémiotickým konstruktem, který se realizuje na úrovni diskurzu. Zjednodušeně řečeno, nemoc nemůže být nemocí, dokud není jako „nemoc“ označena. V této podkapitole nejprve stručně představím teoretická východiska a následně závěry, které z této teze plynou a jsou relevantní pro záměr tohoto textu.

Východiskem pro tento směr výzkumu mohou být mimo jiné práce Michela Foucaulta týkající se diskurzu a vědění. Foucault se explicitně věnuje problematice duševních poruch v dílech *Psychologie a duševní nemoc* (1971), *Dějiny šílenství v době osvícenství* (1994) nebo *Zrození kliniky* (2010). V těchto dílech jsou duševní poruchy chápány jako proměnlivý koncept, který je formován věděním a diskurzem dané doby. Šílenství není objektivním stavem popisovaným medicínou, nýbrž uzlem ve vztazích mezi věděním, kulturou a mocí. Podobně se k této oblasti staví také Gilles Deleuze a Felix Guattari (2011). Pro tyto autory je psychiatrie a psychoanalýza symptomatická pro vývoj moderní západní společnosti. Deleuze a Guattari jdou nejspíš ještě dále než Foucault. Nesledují jen vliv dané historicko-kulturní situace na diskurs o duševních poruchách, ale spíše vliv diskursu o duševních poruchách na celou společnost.

Diskurzivní principy psychiatrie ovšem nemusíme studovat jen v historickém kontextu, nýbrž i na diskursu současném. Příkladem může být alkoholismus a určování jeho hranic. V psychiatrickém diskursu se sice používá spíše termín „syndrom závislosti“, což ovšem nevyklučuje běžně používaný pojem „alkoholismus“<sup>2</sup>. Otázkou zůstává, jak je určena hranice závislosti na určité látce, např. právě alkoholu? Škála užívání alkoholu je velmi heterogenní. Zahrnuje nejen množství vypitého alkoholu za určitý čas, ale také intenzitu pití, tělesné předpoklady (např. rychlost odbourávání alkoholu), psychické a interpersonální dopady a další. Přesto se diagnostika alkoholismu vyjadřuje binární opozicí „netrpí

---

<sup>2</sup> Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) rozlišuje kategorii „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek“. Rozlišuje se jednak typ substance (kódové označení F10-F19) a jednak členění podle typu poruchy (přídomek .0 - .9). Například kód F10.2 vyjadřuje „Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu“ v typu „syndrom závislosti“ (Světová zdravotnická organizace, 2014).



alkoholismem/trpí alkoholismem". Stanovení diagnózy "syndrom závislosti na alkoholu" je tak nutně výsledkem diagnostického procesu, který je procesem diskurzivním. Záleží na konkrétním lékaři a konkrétní situaci, která se může velmi lišit. Podle mých informací zatím nebyla k tomuto tématu provedena žádná studie, přestože můžeme předpokládat, že jeden pacient se stejnými symptomy by mohl být různými lékaři diagnostikován různě. Uvedený příklad mimo jiné ilustruje, že koncept duševní poruchy je velmi dynamický. Nemoc jako typ není definována jedním diskurzivním aktem, například její kategorizací v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (Světová zdravotnická organizace, 2014). Ačkoli tato klasifikace má fungovat jako jednotný definiční základ, v diagnostické praxi jde vždy o individuální interpretaci symptomů a posouzení jejich rozsahu ze strany diagnostikujícího lékaře, který vytváří nový diskurzivní akt podílející se na definici nemoci. A to se stále ještě pohybujeme jen v rámci samotného psychiatrického diskursu. Alkoholismus jako pojem je užíván i v jiných diskurzech (jednomu z nich bychom mohli říkat třeba laický diskurs). Ty ale mohou mít zpětně vliv i na chápání alkoholismu jednotlivými lékaři, což se může promítat do kritérií jejich diagnostiky.

V případě diskurzivního přístupu hraje zvláště významnou roli rozlišení mezi normálním a abnormálním. Duševní poruchy jsou poruchami právě v tom smyslu, že jde o něco abnormálního. Opět ale můžeme tvrdit, že to, co je abnormální, musí být nejprve jako abnormální označeno, a to v rámci určitého diskursu. Slyšení hlasů může být v některých kulturách považováno za projev božského nadání. Jedná se v jistém smyslu o něco abnormálního, ovšem ne ve smyslu psychiatrickém, jak to chápeme v našem kulturním prostředí. Stejným způsobem může být v naší kultuře například genialita chápána jako cosi abnormálního, tedy v tom smyslu, že je výjimečná, specifická. Ostatně kulturní podmíněnost interpretace symptomů je zmiňována i v diagnostických manuálech. Například *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* v části věnující se definici halucinací uvádí: „Halucinace mohou být normální součástí náboženských prožitků v určitých kulturních kontextech.“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 88).

#### 2.2.2.1 Mezi diskursem a objektivismem

Pokud tedy tvrdíme, že abnormalita je konstruována diskurzivně, co z toho plyne? Znamená to, že schizofrenie a symptomy, na jejichž základě je tato nemoc diagnostikována

na, jsou zcela arbitrární? Tuto pozici nezastávám. Podle mého názoru můžeme zároveň tvrdit, že schizofrenie je diskurzivně konstruována, a zároveň, že má určitý, například biologický či genetický, základ. Je ovšem potřeba rozlišovat různé roviny popisu. Pokud bychom totiž mysleli konstruktivistické hledisko do krajnosti, museli bychom dojít k závěru, že symptomy schizofrenie nemají žádný, ani biologický, základ. Šlo by o fenomény, které se stávají distinktivními až určitým aktem v rámci psychiatrického diskursu a jinak jsou neodlišitelné od jiných fenoménů. Vezmeme-li však v úvahu symptomy jako halucinace, zdá se, že jde o poměrně jasně vymezené fenomény, které nejsou primárně konceptualizovány v rámci psychiatrického diskursu, ale i v rámci jiných diskursů. Nemusejí být pojímány jako abnormální v psychiatrickém smyslu, ovšem jsou v určitém smyslu abnormální (distinktivní) například i v rámci diskursu náboženského, třeba jako známka šamanova spojení s nějakou nadpřirozenou entitou. A můžeme jmenovat také biologické pravidelnosti, které jsou z hlediska konstruktivismu obtížně vysvětlitelné, například vysoké riziko vzniku schizofrenie, pokud blízký příbuzný (či dokonce jednovaječné dvojče) již schizofrenií trpí (Weinberger & Harrison, 2011, stránky 246-247).

Objektivistická pozice je ovšem podle mého názoru stejně neudržitelná. Ve vyhraněné podobě by znamenala, že schizofrenie jako nemoc objektivně existuje bez ohledu na diskurs, jímž je uchopena. Hranice mezi normálním a abnormálním by tak byla daná, otázka by spočívala jen v tom, jestli je určujeme dobře, nebo špatně. Jak jsem se ovšem snažil ukázat v předchozích odstavcích, samotný psychiatrický diskurs uznává závislost diagnostiky na kulturním a společenském prostředí. Silným argumentem proti objektivistickému pojetí psychiatrie je i slavná studie Davida Rosenhana *On being sane in insane places* (Rosenhan, 1973). Skupina výzkumníků byla vyslána do psychiatrických zařízení, kde měli za úkol předstírat schizofrenii. Pracovníci psychiatrických institucí nebyli ve většině případů schopní rozpoznat předstíranou schizofrenii od nepředstírané, mimo jiné i proto, že diagnostikující lékaři mají tendenci chápat téměř každý projev jako znak schizofrenie. Rosenhan to popisuje jako „Hlavu 22“ – ať uděláte cokoli, je to symptom schizofrenie, i kdybyste tvrdili, že jste normální (Rosenhan, 1973).

V této práci zastávám pozici, že schizofrenie (potažmo duševní nemoci obecně) je diskurzivně konstruovaným znakem založeným na objektivních základech. Vycházím z předpokladu, že jde o určité biologicky dané onemocnění, které se projevuje na mentál-

ní úrovni a je rozpoznáváno na interpersonální úrovni. Jinými slovy, ke schizofrenii existují biologicky dané předpoklady, které způsobují určité poruchy neurální soustavy, jež se projevují v myšlení a chování jedince (například jako halucinace nebo bludy), které dále někdo musí rozpoznat a označit jako abnormální, aby je bylo možné diagnostikovat jako projevy schizofrenie. Každý z těchto aspektů je nahlížen odlišnou perspektivou a zkoumán skrze odlišnou metodologii. Na každé úrovni se tedy může projevit zkreslení a vzájemné diskrepance vznikají i spojením těchto úrovní. Určení a vymezení symptomů bezpochyby záleží na konsenzuálním uchopení hranice mezi normálním a abnormálním a biologické vymezení zase vypovídá jen málo o tom, jak se schizofrenie projevuje, tedy i jak ji můžeme diagnostikovat. Z praktického hlediska, především s ohledem na cíl této práce, odhlížím od obou možných extrémních pohledů. Od objektivistického extrému odhlížím proto, že by otázky kladené v této práci neměly smysl – povaha symptomů by byla zřejmá a bylo by pouze potřeba nalézt jejich biologický korelát. Ke konstruktivistickému extrému se pak nekloním jednak proto, že nedokáže vysvětlit určité biologické pravidelnosti související se schizofrenií, a jednak proto, že by neumožňoval zkoumat schizofrenii jiným způsobem než jako analýzu samotného psychiatrického diskursu. Svou pozici chci dále rozvést v následující podkapitole.

### 2.3 Symptomatologický přístup v sémiotice duševních poruch

Oproti komunikačnímu a diskurzivnímu přístupu v rámci sémiotiky duševních poruch můžeme postavit přístup symptomatologický, který se zaměřuje na příznaky a projevy nemocí. Vychází z předpokladu, že sémiotika může přispět k analýze jednotlivých symptomů s cílem nalézt a popsat jejich charakter. Čím jsou symptomy duševních nemocí specifické? Co je odlišuje od normálních projevů? V jakých vzájemných vztazích jsou symptomy? Jak můžeme rozlišit různé typy projevů? Přestože podobné otázky můžeme klást i v rámci druhých dvou přístupů, odpovídat na ně budeme jiným způsobem. Symptomatologický přístup již do určité míry předpokládá hranici mezi normálním a abnormálním, resp. studuje fenomény, které již jsou jako abnormální označeny. Nehledá tedy, jako v případě diskurzivního přístupu, hranici mezi normálním a abnormálním na úrovni psychiatrického diskursu. Spíše než na hraniční případy (např. hranici mezi normálním a abnormálním), na kterých lze ukázat fungování diskursu jako takového, se soustředí na obecně

přijímané definice a vymezení. Komunikační přístup zase zdůrazňuje interpersonální, komunikační rovinu. Vychází z předpokladu, že duševní poruchy se vždy projevují v rámci komunikace. Symptomatologický přístup nechává tento předpoklad takřikajíc před závorkou a zaměřuje se na to, co je v závorce. Jistě, určitý symptom duševní poruchy poznáváme až skrze komunikaci, ale nyní nás bude zajímat, jak tento symptom funguje.

Rozlišení mezi přístupy v rámci sémiotiky duševních poruch lze ilustrovat na příkladu bludů. Komunikační přístup by sledoval především ty situace, kdy jsou bludy nějakým způsobem komunikovány. Kdo z pacientova okolí se o bludu dozvídá? Jak zjišťuje, že jde o blud? Jakým komunikačním situacím, například v rodině, odpovídá sdělování bludu? Jaký má pacient komunikační záměr? Podobné otázky si kladl mimo jiných R. D. Laing (Laing & Esterson, 1964). Diskurzivní přístup by analyzoval samotnou konceptualizaci bludu v rámci psychiatrie či ty situace, kdy je někomu určitým diskurzivním gestem přisouzeno, že trpí bludy. Jaká kritéria nastavuje psychiatrický diskurs k rozpoznání bludu? S jakými předpoklady a interpretačními rámci pracuje diagnostikující lékař? Kde je a jak se určuje hranice mezi tím, co ještě můžeme považovat za blud, a tím, co považujeme například za hluboké přesvědčení? Symptomatologický přístup studuje projevy bludu, jeho struktury a systém. Snaží se určit jeho specifika oproti normálním projevům, ovšem nikoli nutně jako určení hranice mezi normálním a abnormálním přesvědčením, ale spíše jako vymezení toho, v čem je blud charakteristický. Lze bludný systém nějakým způsobem strukturovat? Jaká témata a v jakých souvislostech se objevují jako bludy? V čem spočívá nevyvratitelnost bludu?

Vzhledem k symptomatologickému přístupu je ovšem ještě potřeba probrat dvě témata. Prvním je pojetí diagnostiky jako sémiotického procesu, které nás dovede k důležitému rozlišení mezi projevem, symptomem a syndromem. A také je potřeba podrobněji probrat omezení plynoucí ze symptomatologického přístupu. Jak jsem uvedl výše, rozlišení mezi jednotlivými přístupy je pouze hrubé a v mnoha případech se proto překrývají.

### 2.3.1 Diagnostika jako sémiotický proces

Pojetí diagnostického procesu jako procesu sémiotického se objevuje u mnoha autorů. Kuperman a Zislin (2005) chápou proces diagnózy jako interpretaci, jejímž cílem je formovat propozice o pozorovatelných symptomech na základě existujících pojmových rámců nemocí. Joan Y. Kahn píše o „diagnostické sémiotice“. Vychází přitom z pojetí znaku Charlese Peirce, kdy diagnostický znak (symptom) zastupuje pro někoho (lékaře, rodinného příslušníka) něco (zdravotní stav, nemoc) v jistém ohledu (právě jako symptom nemoci (Kahn, 1978). Obdobně přistupuje k diagnostice Peter Ostwald (1971), přestože se nezabývá explicitně duševními poruchami. Ostwald píše: „Diagnostika je formou rozpoznávání vzorců. Začíná se symptomy a znaky (zprávami), které jsou interpretovány vzhledem k určitým pravidlům syndromů (konceptů) nemocí.“ (Ostwald, 1971, str. 239). Tento popis bychom mohli vztáhnout i na diagnostiku duševních poruch.

V rámci symptomatologického přístupu je potřeba zmínit koncepci Thomase A. Sebeoka (2001), jednoho z předních teoretiků sémiotiky druhé poloviny 20. století. Sebeok vychází z více autorů, mimo jiné Ferdinanda de Saussura a Charlese S. Peirce, ovšem usiluje o vytvoření vlastní, soudržné teorie sémiotiky. Z hlediska této práce je především potřeba uvést, že se u Sebeoka setkáváme se symptomem jako s jedním ze základních typů znaků. Jde o šest typů: signál, symptom, ikón, index, symbol a jméno. Všimněme se, že ikón, index a symbol jsou typy znaků definované Charlesem Peircem (CP 2.247-9). Ostatní typy znaků, které jmenuje Sebeok, by v Peirceově klasifikaci spadaly pod tyto tři (v případě signálu a symptomu by šlo nejspíše o indexy, v případě jména o symbol). Sebeok si toho je samozřejmě vědom, jeho vymezení má však jiné důvody (Sebeok, 2001, str. 70). Symptom je význačný jako typ znaku vzhledem k vývoji sémiotického diskursu jako takového: „Symptomy byly prvními znaky zkoumanými lékaři starověku a jejich studium vedlo k založení sémiotiky jako odvětví lékařské vědy.“ (Sebeok, 2001, str. 65).

Budu se zde věnovat jen několika aspektům Sebeokova pojetí symptomů, které jsou relevantní pro tuto práci. Setkáváme se zde například s rozlišením mezi *subjektivními symptomy* a *objektivními symptomy* (Sebeok, 2001, str. 68). Subjektivní symptomy jsou vnitřně prožívané a interpretované, kdežto objektivní symptomy jsou pozorované externím interpretem. Zjednodušeně bychom tak mohli rozlišit například mezi horečkou jako subjektivním prožitkem zvýšení teploty a jejím objektivním, interpersonálním pozorováním,

keré se projevuje narudlou pokožkou nebo údajem na teploměru. S touto distinkcí se můžeme setkat i v psychiatrii. Chris Frith používá označení *symptomy* pro bizarní prožitky, o nichž referuje sám pacient, a *znaky* pro pozorovatelné abnormality v chování či řeči (Frith, 1992, str. 5). Přestože toto rozlišení jistě lze v určitých případech využít, jeho důsledky pro interpretaci duševních poruch (z hlediska této práce) jsou poměrně problematické. Vezmeme-li v úvahu, jaké informace má lékař o halucinacích, které jsou jedním z klíčových kritérií pro diagnózu schizofrenie, setkáváme se s něčím, co má bytostně subjektivní charakter, ovšem je to interpretováno další osobou. Nejprve tedy pacient sám určitým způsobem interpretuje své subjektivní symptomy, aby je učinil (do určité míry) objektivními, a následně jsou tyto projevy interpretovány lékařem. Nelze také tvrdit, že by objektivní symptomy byly z hlediska diagnostiky v nějakém smyslu „spolehlivější“. Jsou totiž stále předmětem interpretace, ať už z hlediska jejich rozpoznání a označení za abnormální, což je problematické například v případech symptomu dezorganizované řeči, z hlediska jejich vztahu k nemoci (zda se jedná právě o projev této nemoci) nebo z hlediska jejich možného předstírání<sup>3</sup>.

Dalším aspektem Sebeokovy definice symptomu jako typu znaku je rozlišení mezi *symptomem* a *syndromem*. Sebeok píše: „Symptom je kompulzivním, automatickým, nearbitrárním znakem, kdy je označující spojeno s označovaným přirozeným vztahem. *Syndrom* je konfigurací symptomů se stabilním designátem na základě pravidla.“ (Sebeok, 2001 str. 46, kurzíva původní). Jakkoli je tato konkrétní definice v jistých ohledech problematická<sup>4</sup>, rozlišení mezi symptomem a syndromem/nemocí je důležité pro záměr této práce. Symptom je jednotlivým projevem, který sám o sobě nikdy není nemocí. Symptom je „na povrchu“, jde o něco manifestního. Nemoc je oproti tomu „v hloubce“, je skrytá a je příčinou symptomů. Symptomy jsou například kašel, zvýšená teplota, bolest kloubů nebo rýma. Nemocí je pak chřipka, což je znak, který jednak sdružuje výše uvedené sym-

---

<sup>3</sup> Objektivní symptomy mohou být také do určité míry předstírané, a to i v případě schizofrenie. Pacient může například vědomě podávat úsečné odpovědi na otázky, což je lékařem interpretováno jako symptom ochuzené řeči. Přitom to ale může být důsledkem paranoidních bludů pacienta, který považuje lékaře za agenta a snaží se mu poskytovat co nejméně odpovědí. V takovém případě by nešlo o stejný symptom ochuzené řeči, který se může objevovat u pacientů, kteří vůbec bludy netrpí. Jde o vědomý projev, který ovšem vykazuje podobné rysy. Srov. (Rosenhan, 1973).

<sup>4</sup> Především, symptom nemusí být nutně kompulzivním nebo automatickým. Například jednání pacienta v důsledku jeho bludné představy by mohlo být chápáno jako záměrné. Projevy některých duševních poruch spočívají v záměrném napodobování symptomů jiných nemocí. Sebeokova definice podle mého názoru směřuje hlavně k symptomům fyziologických onemocnění.

ptomy, a jednak popisuje jejich příčinu, tedy působení určitého viru v organismu. Odlišení obou pojmů ilustruje fakt, že na jednu stranu můžeme mít symptomy bez zjevné příčiny, což je zpravidla stav před provedením diagnózy, a na druhou stranu můžeme mluvit o nemoci, která se neprojevuje, jak popisuje Sebeok v případě ledvinových kamenů (Sebeok, 2001, str. 78). Z hlediska Peirceovy klasifikace znaků můžeme mluvit o symptomech jako o *rématických znacích*, které o svém objektu nevypovídají víc než to, že existuje (CP 2.250). Oproti tomu jsou nemoci *dicisigna* neboli propozice, kdy je objektu přisouzena určitá kvalita (CP 2.251). Takto říkáme například: „Rýma je symptomem chřipky.“ Fakt, že u pacienta pozorujeme rýmu, nevypovídá ještě o nemoci, kterou trpí (či kterou mu přisuzujeme). Určitý symptom také může být projevem různých nemocí.

Tím se nechce říct, že by symptomy jako takové byly interpretované pouze jako propozice o nemocech. Samotné přisouzení symptomu pacientovi je také interpretačním procesem, ovšem jiné úrovně. V hraničních případech může být jemné zarudnutí pro jednoho diagnostikujícího lékaře výrazkou, ale pro jiného asymptomatickým, „přirozeným“ zbarvením pokožky. V oblasti duševních poruch je to ještě patrnější, například u dezorganizované řeči nebo deprese. Takto bychom případně mohli Sebeokovo rozlišení symptomu a syndromu rozšířit ještě o *projevy*. Oblast projevů zahrnuje vše, co se nějak manifestuje, ať už na rovině fyzické či psychické. Každý symptom tedy musí být projev, ale ne každý projev musí být symptom. Abychom diagnostikovali nemoc, musíme nejen interpretovat soubor symptomů jako symptomy dané nemoci, ale také interpretovat jednotlivé projevy právě jako symptomy. Například projevy lehké dezorganizace řeči jsou podle *Diagnostického a statistického manuálu „běžné a nespecifické“* a k přisouzení daného symptomu musí jít o „vážné narušení efektivní komunikace“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 88).

### 2.3.2 Omezení symptomatologického přístupu

Omezení symptomatologického směru výzkumu v rámci sémiotiky duševních poruch spočívají právě v tom, že jde do jisté míry o interpretaci. Analyzujeme symptomy a hledáme jejich společné aspekty tak, abychom mohli vytvořit plausibilní popis nemoci. Je ovšem potřeba mít stále na paměti, že koncepce nemoci je sama interpretací. Pokud předpokládáme rozlišení mezi symptomem a nemocí, pak se nemoc jako taková neproje-

vuje. Projevují se symptomy a až na základě jejich rozpoznání můžeme usuzovat na nemoc. Zda je koncepce nemoci správná, či špatná se může ukázat až v samotném užití interpretace.

Existují také oblasti, kdy se symptomatologický přístup nutně překrývá s dalšími uvedenými přístupy. Jednou z nich je otázka definice symptomu jako takového. Jak jsem popisoval výše, hranice mezi normálním a abnormálním je diskurzivně konstruována. Pracujeme však s určitým konsenzuálně vymezeným modelem daného symptomu, který nám umožňuje označit jistý projev jako symptomatický, přestože jde vždy o akt interpretace. V tomto ohledu tak konsenzus a pragmatika využití zakládají objektivitu daného modelu. Říkáme například: „Všichni se shodneme na tom, že představa, že mi mimozemšťané nakladli vajíčka do břicha, je bludná.“ Předpokládáme jistou intuitivní míru shody, podpořenou zkušeností. Pragmaticky pak podobné případy nebudeme zpochybňovat (pokud k tomu nemáme vážný důvod), neboť by to v důsledku znamenalo nemožnost dobrat se jasného závěru. Tento směr úvah spadá spíše do diskurzivního přístupu, který se zabývá právě hraničními fenomény. Pro symptomatologický přístup je však zásadní otázka, zda v případě některých symptomů duševních poruch nenastává situace, kdy symptom není dostatečně vymezen, není konsenzuálně přijímán nebo selhává jeho pragmatické využití. Tento problém by mohl nastat třeba v případě závislosti na alkoholu, čemuž jsem se věnoval v části o diskurzivním přístupu. Který model alkoholika brát jako objektivně přijímaný? Patří k typickému modelu stav, kdy pacient zažívá deliria, nebo jsou takové projevy extrémní?

Také v případě schizofrenie se můžeme setkat s podobnými problémy. Vymezení jednotlivých symptomů se budu věnovat v následující kapitole. Zde bych chtěl uvést jen několik obecných poznámek. Jeden z možných problémů souvisí s otázkou předstírání symptomů, o níž jsem psal v souvislosti výzkumem Davida Rosenhana (1973). Nejde ovšem ani tak o to, že by pacient záměrně simuloval schizofrenii jako takovou, nebo že by simuloval jeden konkrétní symptom. Jedná se o mnohem subtilnější otázku: nepromítá se určitým způsobem to, co pacient o nemoci ví, do toho, jakým způsobem o ní referuje? Nezačne například lékaři popisovat své bludné představy až poté, co se dozví, v čem spočívají bludy? A nemůže se stát, že z analýzy vyvodíme chybné závěry, pokud v určitých aspektech pacientem manifestované symptomy nebudou odpovídat tomu, jak se bludy



projevují u většiny ostatních pacientů? Vůči těmto otázkám bychom mohli namítnout, že se to opravdu může dít v případě jednotlivých pacientů, ovšem celkově musí předem existovat nějaký model, podle něž pacient svůj projev bludu simuluje (ať už záměrně, či nezáměrně). Přesto je třeba mít na paměti, že podobné situace teoreticky mohou nastávat, především pokud analyzujeme projevy jednotlivých pacientů. Jedná se o metodologické omezení, s nímž sice musíme počítat, ale zároveň předpokládáme, že ve většině případů nejde o tuto situaci a že schizofrenie jako taková a její popsané symptomy nejsou charakteristické tím, že by šlo o zpětnou simulaci.

## 3. Schizofrenie

### 3.1 Neexistující nemoc

Cílem této kapitoly je podat základní informace o schizofrenii, především s důrazem na jednotlivé symptomy, které schizofrenii tvoří. S využitím psychiatrické literatury nejprve shrnu, v jakých oblastech se výzkum schizofrenie pohybuje a které z těchto oblastí jsou relevantní pro předložený výzkum. Následně projdu symptomy schizofrenie a přehled teorií, které usilují o sjednocující výklad symptomů. Na základě těchto teorií, resp. jejich nedostatečnosti, formuluji výzkumné otázky, na které se chci soustředit.

Naopak se nebudu věnovat historickému vývoji konceptu schizofrenie v rámci psychiatrického diskursu. K tomuto tématu doporučuji například texty Nancy Andreasenové (2011) či Sandera Gilmana (2008). Stranou ponechávám také jiné než psychiatrické koncepty schizofrenie, z nichž lze jmenovat alespoň psychoanalýzu. Přestože jsou psychózy v psychoanalýze důležitým tématem a existuje k nim značné množství literatury, psychoanalýza sama je podle mého názoru natolik sevřenou teorií, že by bylo nutné vést výzkum předložený v této práci po dvou samostatných liniích. Vzhledem k vymezení tématu a zkoumaných problémů považuji za smysluplnější věnovat se psychiatrickému pohledu.

#### 3.1.1 Oblasti výzkumu schizofrenie

Jednotná definice schizofrenie se hledá obtížně. Autoři zpravidla začínají tvrzením, že jde o jedno z nejzávažnějších duševních onemocnění (Aleman, 2001, str. 10) (Frith, 1992, str. 2), podle odhadů postihuje až 1 % populace (Lavretsky, 2008, str. 3) nebo představuje značný společenský i ekonomický problém (Weinberger & Harrison, 2011, str. 3). Současný psychiatrický přístup ke schizofrenii zahrnuje několik oblastí. Kromě vymezení symptomů, jimž se budu věnovat dále, se jedná především o perspektivy neurobiologie, genetiky a farmakologie (Weinberger & Harrison, 2011), které se vzájemně doplňují a tvoří tak současný psychiatrický koncept schizofrenie, ačkoli se samozřejmě můžeme setkat i s řadou alternativních přístupů.

Pro mnohé autory je schizofrenie především neurobiologickým onemocněním. Christopher Ross a jeho kolegové ve článku *Neurobiology of Schizophrenia* píší: „Pokroky v analýze fenotypu, zobrazování mozku, genetice a molekulární patologii nás ovšem nyní

vedou k optimismu. Schizofrenie může být chápána, alespoň částečně, jako specifická porucha vývoje mozku [...] V této práci tvrdíme, že je nyní možné vytvořit úplný neurobiologický popis schizofrenie.“ (Ross, Margolis, Reading, Pletnikov, & Coyle, 2006, str. 139). Cílem neurobiologického studia schizofrenie je nalézt strukturální a funkční změny v mozku, které jsou specifické pro schizofreniky oproti normální populaci. Využívají se metody zobrazování mozku, jako jsou magnetická rezonance nebo počítačová tomografie. Výsledky jsou ovšem poněkud ambivalentní. I když díky těmto zobrazovacím metodám můžeme popsat určité abnormality ve struktuře mozku, např. zvětšení v oblasti mozkové komory nebo zmenšení v oblasti hipokampu nebo amygdaly, autoři většinou zároveň dodávají, že z těchto poznatků můžeme jen těžko něco vyvozovat o povaze nemoci (Lawrie & Pantelis, 2011, str. 348) (Eyler, 2008, str. 43) (Frith, 1992, stránky 21-23).

Druhou významnou oblastí studia schizofrenie je genetika. Základní otázka zjednodušeně zní: Které geny nebo kombinace genů zapříčiňují vznik schizofrenie? Tato otázka vychází z řady výzkumů zabývajících se dědičností schizofrenie. Brien Riley a Kenneth Kendler píší: „Velký objem dat nashromážděný od rodin, dvojčat a adoptivních dětí v průběhu mnoha let konzistentně podporuje domněnku, že schizofrenie a poruchy schizofrenického spektra zahrnují významnou a komplexní genetickou komponentu. Výsledky těchto studií ukazují pouze na to, že geny obecně podílejí na riziku vzniku schizofrenie, ale neposkytují informace o tom, o které geny se jedná a v jakém rozsahu.“ (Riley & Kendler, 2011, str. 246). Přestože je tedy dědičnost schizofrenie považována za fakt, stále přesně nevíme, které konkrétní geny se na ní podílejí.

Farmakologie tvoří nedílnou součást psychiatrického diskursu zhruba od 50. let 20. století. V případě schizofrenie šlo především o nástup tzv. antipsychotik neboli neuroleptik, tedy látek, které se užívají k léčbě schizofrenie (Frith, 1992, str. 16). Lze zmínit i jiné látky, jako LSD nebo ketamin, které nejsou užívány k léčbě, ale naopak vyvolávají některé symptomy schizofrenie, především halucinace. Je ovšem nutno dodat, že i po více než padesáti letech výzkumu a zdokonalování antipsychotik stále nelze mluvit o „léčbě“, ale spíše o „zmírňování symptomů“, a to ještě jen některých. Přesto měl objev těchto látek vliv nejen na terapii jako takovou, ale i na výzkum schizofrenie. Příkladem může být tzv. dopaminová teorie. Ačkoli původní, jednoduchá verze této teorie, podle níž je schizofrenie způsobována nadměrným působením dopaminu v mozku, již byla vyvrácena, souvis-

lost mezi schizofrenií a působením dopaminu je stále obecně přijímaným tvrzením (Frith, 1992, str. 18). Podporuje ho jednak fakt, že antipsychotika blokují dopaminové receptory, a jednak fakt, že látky jako ketamin naopak dopaminové dráhy stimuluje.

### 3.1.2 Typologie a symptomy psychotických poruch

Vedle neurobiologické, genetické a farmakologické perspektivy však byla vždy, minimálně od dob, kdy Eugen Bleuler zavedl termín *schizofrenie* (Gilman, 2008, str. 467), pro konceptualizaci schizofrenie zásadní oblast symptomů, které ji tvoří. Budu zde vycházet ze dvou zdrojů, které jsou považovány za hlavní klasifikační a diagnostické podklady pro psychiatrii. Jedním je *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů* (Světová zdravotnická organizace, 2014), platná zhruba od 20. let 20. století i v Československé, resp. České republice. Její aktuální verze nese označení *MKN-10* a byla vydána v roce 1990, přestože od té doby již prošla mnoha úpravami. Součástí MKN-10, která má být sjednocující klasifikací a definicí všech nemocí, jsou i duševní poruchy. Druhým zdrojem je *Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch* (American Psychiatric Association, 2013), jehož aktuální verze má zkratku *DSM-V*. Manuál vychází v USA, avšak je používán mezinárodně, neboť je oproti MKN podrobnější a zaměřuje se na duševní poruchy.

V MKN-10 je schizofrenie řazena do kategorie F20-29 nazvané *Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy* (Světová zdravotnická organizace, 2014). Jedná se o skupinu nemocí, které se vyznačují obdobnými symptomy, ale liší se jejich kombinací, intenzitou nebo trváním. Patří sem tak schizotypální porucha (F21), která vykazuje obdobné znaky jako schizofrenie, ale kvůli jejich kombinaci nebo trvání je nelze zařadit pod schizofrenii, poruchy s trvalými bludy (F22), které se vyznačují právě bludy bez přítomnosti dalších distinktivních znaků, schizoafektivní poruchy (F25), které kromě schizofrenních symptomů zahrnují také afektivní poruchy a mají spíše epizodický charakter, nebo akutní a přechodné psychotické poruchy (F23), které jsou výrazné hlavně svým epizodickým charakterem. Samotná schizofrenie má označení F20 a je definována takto: „Schizofrenické poruchy jsou obecně charakterizovány podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůleži-

tější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládnání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky.” (Světová zdravotnická organizace, 2014). Vidíme, že schizofrenie je v MKN-10 definována primárně skrze soubor symptomů, ačkoli (na rozdíl od DSM-5) nejsou tyto symptomy dále systematizovány. MKN-10 se však pokouší o kategorizaci podtypů schizofrenie, mezi nimiž jsou především *paranoidní schizofrenie* (F20.0), charakterizovaná bludy a halucinacemi, *hebefrenní schizofrenie* (F20.1), která se vyznačuje afektivními změnami, poruchami řeči a myšlení, a *katatonní schizofrenie* (F20.2), jejíž název odkazuje k psychomotorickým poruchám. Vedle těchto hlavních podkategorií jsou zde ještě *nediferencovaná schizofrenie* (F20.3), *postschizofrenní deprese* (F20.4), *reziduální schizofrenie* (F20.5), *schizophrenia simplex* (F20.6) a další. Posledně jmenované podkategorie nerozlišují druhy schizofrenie podle symptomů, nýbrž spíše z hlediska vývoje nemoci v průběhu času. Ačkoli je klasifikace MKN-10 důležitá a je nutné ji zmínit, v rámci symptomatologického přístupu, který chci v této práci rozvíjet, bude nyní důležitější rozlišení symptomů poskytnuté v DSM-5.

*Diagnostický a statistický manuál* (DSM-5) vychází z *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10) při rozlišení jednotlivých typů psychotických poruch. Pro všechny jmenované typy je ovšem společný soubor pěti diagnostických rysů či symptomů, které se u nich objevují v různých kombinacích či intenzitách. Jedná se o „[...] bludy, halucinace, dezorganizované myšlení (řeč), silně dezorganizované nebo abnormální motorické chování (včetně katatonie) a negativní symptomy.“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 87). Toto vymezení v sobě implicitně nese rozlišení na *pozitivní a negativní symptomy*. Zjednodušeně řečeno, pozitivní symptomy jsou ty, které jsou „navíc“ oproti normálnímu myšlení nebo chování, kdežto negativní představují určitou absenci či ochuzení proti normálu. Pozitivní jsou tedy například halucinace, bludy či dezorganizovaná řeč. Mezi negativní, které mají v rozlišení symptomů podle DSM-V samostatnou kategorii, spadá poměrně široká škála pozorovatelných projevů jako ochuzený emoční výraz, abulie (oslabená vůle), alogie (omezení řečového výrazu) či anhedonie (ochuzení schopnosti prožívat slast). Přestože se pozitivní a negativní symptomy rozlišují v podstatě již od prvních konceptualizací schizofrenie, hranice mezi nimi a jejich povaha jsou stále předmětem kritických reflexí

(Andreasen N. C., 1990) (Sass & Parnas, 2003, stránky 430-431). Jak se pokusím ukázat v příslušné kapitole, samo kritérium rozlišení je pouze instrumentální a nemá zásadní hodnotu pro interpretaci symptomů schizofrenie z hlediska záměru této práce.

### 3.1.3 Schizofrenie jako kategorie

Schizofrenie jako taková je jedním typem psychotické poruchy, v DSM-5 označená kódem 295.90. Pro určení této diagnózy je potřeba splnit několik kritérií. První z nich je přítomnost alespoň dvou z výše jmenovaných symptomů, přičemž jedním nebo více z nich musí být bludy, halucinace nebo dezorganizovaná řeč. Tyto symptomy se musí intenzivně projevovat alespoň po dobu jednoho měsíce a méně intenzivně po dobu 6 měsíců. Důležitým kritériem je ale také zhoršené fungování pacienta v práci, studiu, mezilidských vztazích nebo osobním životě (např. na úrovni osobní hygieny). Dále je nutné vyloučit jiné možné vlivy, například depresivní a schizoafektivní poruchu, fyziologické příčiny (užívání drog) nebo autismus (American Psychiatric Association, 2013, str. 99).

Vedle těchto kritérií můžeme jmenovat ještě několik důležitých aspektů. Schizofrenie se zpravidla objevuje mezi dvacátým a pětadvacátým rokem života, přičemž před patnáctým a po čtyřicátém roku života jen výjimečně. Nástup schizofrenie je většinou pozvolný, může však být i velmi náhlý. Fázi před nástupem „plné“ schizofrenie se říká *prodromální*, fáze ústupu symptomů se nazývá *remise*. Pro obě tyto fáze jsou typičtější negativní symptomy, kdežto pro aktivní fázi jsou typičtější halucinace, bludy a další pozitivní symptomy (American Psychiatric Association, 2013, str. 103). U některých pacientů (nikoli u všech) pozorujeme neschopnost uvědomit si vlastní onemocnění a symptomy, což má mimo jiné velmi negativní vliv na možnost úspěšné léčby (American Psychiatric Association, 2013, str. 101). Co se týče pohlaví, schizofrenie se častěji objevuje u mužů. U žen nemoc běžně začíná před třicátým rokem života, má o něco kratší průběh a vykazuje menší přítomnost negativních symptomů a dezorganizace (American Psychiatric Association, 2013, stránky 102-103). Jedná se však spíše o statistické údaje, než o jasnou hranici mezi symptomy u mužů a žen.

### 3.1.4 Diagnostické postupy

Z předchozího popisu je zřejmé, že diagnostika schizofrenie představuje určitý problém. Předně, nejsou k dispozici žádná kvantitativně měřitelná kritéria, například abnormality ve stavbě mozku, které bychom mohly přesně určit pomocí magnetické rezonance nebo tomografie a rozlišit tak, kdo má a kdo nemá schizofrenii<sup>5</sup>. Diagnostika pracuje primárně metodou rozhovorů mezi pacientem a lékařem, a také s informacemi od rodiny nebo okolí pacienta a získanými na základě pozorování chování pacienta lékařem. Využívá se několik základních metodik strukturovaných rozhovorů, dotazníků a evaluačních tabulek k posouzení závažnosti jednotlivých symptomů.

Jednou z obvyklých metod je *Structured Clinical Interview for DSM*, v aktuální verzi pro DSM-5 (First, Williams, Karg, & Spitzer, 2015). Jedná se o strukturovaný dotazník kombinující uzavřené a otevřené otázky. Konstrukce dotazníku vychází z diagnostických kategorií DSM a přímo se k nim váže. Lékař klade otázky a sám označuje skóre v jednotlivých bodech, například zda pacient zažívá výkyvy nálad a jak často. Lékař se ovšem nemusí vždy řídit výpovědí pacienta, nýbrž může přítomnost určitého symptomu posoudit na základě jiných odpovědí nebo vlastního pozorování, pokud má důvodný předpoklad, že pacientova výpověď je v rozporu s realitou (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1992).

Obdobně, i když se zaměřením přímo na schizofrenii, je konstruován *Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale SCI-PANSS* (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992). Cílem tohoto dotazníku je postihnout pozitivní a negativní symptomy schizofrenie (podle DSM) a zároveň i symptomy, které by mohly svědčit o jiné diagnóze (Peralta & Cuesta, 1993). Dotazník je rozdělen do několika částí podle jednotlivých symptomů či podoblastí symptomů<sup>6</sup> (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992, stránky 2-10):

- nedostatek spontaneity a plynulosti konverzace; neschopnost navázat konverzaci; konceptuální dezorganizace
- úzkost

---

<sup>5</sup> Jak jsem zmiňoval v části věnované neurobiologickému přístupu ke schizofrenii, jisté abnormality v mozku spojované se schizofrenií byly popsány, ovšem závěry z těchto výzkumů nejsou zcela neproblematické a rozhodně se tyto metody nevyužívají v samotné diagnostice.

<sup>6</sup> V některých případech se série otázek váže k několika symptomům najednou, jako hned v první položce.

- bludy obecně; neobvyklý obsah myšlení
- podezřívavost/stihomam; pasivní/apatická odtažitost; aktivní vyhýbání se společností; nedostatek sebeovládání
- halucinační chování
- zdravotní obavy
- deprese
- pocity viny; velikášství
- dezorientace
- potíže s abstraktním myšlením
- nedostatek soudnosti a vhledu

Většina těchto oblastí obsahuje sérii otevřených otázek. Například oblast „halucinační chování“ začíná otázkami: „Míváte čas od času podivné nebo neobvyklé prožitky?“, „Někdy mi lidé říkají, že ve své hlavě slyší zvuky nebo hlasy, které ostatní neslyší. Co vy?“ (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992, str. 4). Otázky se dále větví podle odpovědi (zpravidla pokud byla odpověď „ano“ nebo „ne“). Specifické jsou oblasti „nedostatek spontaneity a plynulosti konverzace; neschopnost navázat konverzaci; konceptuální dezorganizace“, kde má nechat lékař pacienta volně mluvit, a oblast „potíže s abstraktním myšlením“, které sestává z úloh s hledáním podobností mezi slovy (např. „jablko a banán“) a s vysvětlováním přísloví (např. „Nesudí knihu podle obalu.“) (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992, str. 9).

Záměrem obou jmenovaných metodik je nastavení jednotného rámce, který by zaručoval (alespoň do určité míry) srovnatelnost průběhu určování diagnózy. Jejich autoři tedy neusilují o redefinici jednotlivých symptomů, naopak vycházejí z daných koncepcí. To ovšem neznamená, že, záměrně či nezáměrně, nedefinují symptomy právě tím, jaké otázky do jednotlivých oblastí zařazují a jakým způsobem otázky kladou. Z těchto důvodů budu v analytické části pracovat i s otázkami (či definicemi) z těchto dotazníků.

### 3.2 Chápání schizofrenie – problémy a otázky

Z předchozích odstavců mimo jiné vyplývá, že současné poznání schizofrenie je v mnoha ohledech problematické. Není záměrem této práce řešit nebo dokonce vyřešit



všechny naznačené problémy. Zaměřím se jen na některé. Vycházím přitom ze dvou předpokladů. Zaprvé, schizofrenii můžeme považovat za jednotné označení určitého souboru symptomů. Pokud by tento předpoklad neplatil, mohlo by to znamenat, že dané soubory symptomů tvoří různé nemoci na základě různých příčin<sup>7</sup>. Proti tomu ovšem můžeme argumentovat, že všechny symptomy se v různých vzájemných kombinacích (Kučerová, 2010) objevují u takového množství pacientů, že je statisticky takřka vyloučeno, aby šlo o náhodu. Zadruhé, schizofrenie není v současném stavu poznání plně pochopena. Co ovšem znamená „pochopit schizofrenii“? Respektive, co znamená, že schizofrenie ještě není „plně pochopena“, když existuje dokonce celá řada teorií schizofrenie? Je to z toho důvodu, že pro určité zákonitosti v souboru projevů této nemoci neexistuje jednotný interpretační model. Jinými slovy, pokud se začneme ptát, proč se symptomy schizofrenie projevují právě takto a právě za takových okolností, nedokážeme si odpovědět. Jednotlivé teorie schizofrenie poskytují dílčí odpovědi, ovšem nikoli jednotnou interpretační teorii, která by vysvětlení těchto zákonitostí poskytla. „Pochopit schizofrenii“ proto podle mého názoru předpokládá, že budeme schopni na podobné otázky odpovědět. Situaci navíc komplikuje fakt, že zákonitosti jednotlivých projevů schizofrenie popisujeme na různých úrovních poznání. Například teorie, které interpretují zákonitosti projevů schizofrenie na úrovni chování a myšlení, nedokážou interpretovat zákonitosti na úrovni neurobiologického fungování mozku, a naopak. Snaha o propojení těchto perspektiv již zasahuje do problematiky vztahu mysli a mozku, jak podrobněji popisují v kapitole 2.1 Hranice mysli.

Představím zde sérii otázek, které jsou podle mého názoru stále nedostatečně zodpovězené. Některé z nich se týkají schizofrenie jako takové, některé konkrétních projevů či symptomů. Obecně vycházejí ze snahy popsat zákonitosti, které dělají daný symptom specifickým, a to především ve srovnání se stavem, kterých bychom považovali za normální.

1. Co mají společného jednotlivé symptomy schizofrenie?
2. Co je pro jednotlivé symptomy schizofrenie specifické, co je činí abnormálními?

---

<sup>7</sup> Například kdyby určité symptomy byly způsobené neurobiologickými anomáliemi, kdežto jiné vznikaly vlivem výchovy, a společný výskyt těchto symptomů by byl náhodný.

3. Proč se symptomy schizofrenie projevují právě v určitých oblastech myšlení, a ne v jiných? Například proč má schizofrenie vliv na kognitivní schopnosti (v některých případech), ale ne třeba na schopnost vybavovat si tváře?
4. Proč slyší halucinující pacient určité hlasy říkající určité věty, a ne jiné hlasy a jiné věty?
5. Proč mají bludy určité téma? Proč jsou bludná témata v určitých žánrech (perzekuční, religiózní atd.)?
6. Proč mají schizofrenici problém s určitými slovy, případně s metaforami?
7. Proč se schizofrenie objevuje až v pozdně adolescentním věku?
8. Proč se schizofrenie zpravidla odehrává ve fázích (ataky a relapsy)?
9. Proč mají antipsychotika vliv především na pozitivní symptomy, a proč takovým způsobem, jakým mají?
10. Jaké podněty z prostředí hrají roli pro rozvoj schizofrenie, pokud předpokládáme, že má pacient genetické předpoklady?

Rozhodně se nejedná o vyčerpávající seznam otázek, které ve vztahu k poznání schizofrenie můžeme klást. Mým záměrem bylo ilustrovat šíři problémů, které dosud nejsou uspokojivě vyřešeny. Pokud najdeme odpověď na určitou otázku, můžeme se stát, že tím vyvstanou otázky další. Zároveň to neznamena, že bychom nutně nalezením odpovědí na tyto otázky museli dospět k možnostem léčby schizofrenie. Tvrdím pouze, že teorie schizofrenie, která by na tyto otázky neznala odpověď, nemůže být vnímána jako dostatečné vysvětlení této nemoci.

V této práci nemám za cíl odpovědět na všechny přeložené otázky. Chci se soustředit na první dvě, k jejichž zodpovězení podle mého názoru může přispět sémiotika. Obě otázky spolu úzce souvisí a přesahují i do dalších problémů. Pokud nalezneme u jednotlivých symptomů schizofrenie to, co je činí abnormálními, nebude to právě ten aspekt, který je jim společný? Alespoň v tomto smyslu chápu některé snahy o vytvoření „sjednocujících“ teorií schizofrenie zmiňovaných výše. Lze si za určitých předpokladů představit, že jednotlivé symptomy mají společný aspekt, který není zároveň tím, co na nich chápeme jako abnormální? A pokud ano, byla by taková teorie schizofrenie skutečně sjednocující? Na tyto otázky zatím nemáme odpovědi. Proto budu tvrdit, že to, co je na jednotlivých

symptomech abnormální, je zároveň jejich společným aspektem, brát spíše jako předpoklad, než jako fakt.

### *Co mají společného jednotlivé symptomy schizofrenie?*

Jak bylo naznačeno v předchozím textu, rozdílný charakter symptomů schizofrenie představuje pro její pochopení značný problém. Proč jeden pacient vykazuje například halucinace a dezorganizovanou řeč a jiný halucinace a oploštění emocí? Ostatně tyto symptomy se mohou vyskytovat i jednotlivě v případě jiných duševních poruch nebo jako efekt určitých látek (American Psychiatric Association, 2013). Co tedy rozumíme „tím společným“? Tato otázka předpokládá, že symptom je cosi komplexního, co má různé aspekty. Symptom je určitý projev. Objevuje se v určitých situacích, za určitých okolností a nese určité kvality. Můžeme rozlišovat různé aspekty symptomu. Abychom tedy odpověděli na otázku po „tom společném“, hledáme ten aspekt nebo aspekty, které nesou všechny analyzované symptomy.

### *Co je pro jednotlivé symptomy schizofrenie specifické, co je činí abnormálními?*

Odhlédněme nyní od souvislosti mezi oběma otázkami. Co nás zajímá, jsou specifika jednotlivých symptomů. Jak je definovat? Jak je odlišit od jiných symptomů a od „normálních“ projevů? Vycházím z předpokladu, že psychiatrický diskurs nedefinuje symptomy schizofrenie dostatečně, respektive že jde o definice, které zahrnují i aspekty, které nelze považovat za specifické pro daný symptom. Pokud bychom například definovali bludy jako „nevyvratitelné názory, které nejsou v souladu s realitou“, nenajdeme případy nevyvratitelných názorů, které nepovažujeme za bludy? Skutečně, například názor, že současné politické vedení může za všechny problémy této země, může být pro mnoho lidí nevyvratitelné, dokonce můžeme tvrdit, že není v souladu s realitou, ale za blud to považovat nebudeme. Tím je také naznačen způsob odpovídání na tento typ otázek. Hledáme takový popis, který odliší daný fenomén od jiných normálních, nebo i jiných abnormálních fenoménů.

### 3.3 Snahy o sjednocující teorie

V psychiatrii můžeme nalézt několik příkladů teorií pokoušejících se o sjednocující interpretaci symptomů schizofrenie. V této podkapitole se pokusím shrnout některé z nich. Tyto teorie, přestože přinášejí nové interpretační modely, jsou stále z hlediska porozumění schizofrenii v jistých ohledech nedostatečné. Můžeme ale na jejich základě formulovat výzkumné teze a následně porovnat analýzu symptomů schizofrenie z hlediska sémiotiky s tím, jaké odpovědi teorie nabízejí. Soustředím se zde na psychiatrické koncepcce. Jiné, například komunikační teorii Gregory Batesona (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956) zmíněnou v kapitole 2.2.1 Komunikační přístup v sémiotice duševních poruch, nechávám stranou.

První teorii, kterou bych chtěl zmínit, předložil Christopher Frith v knize *The Cognitive Neuropsychology of Schizophrenia* (Frith, 1992). Frith nejprve rozlišuje mezi třemi typy poruch, pod něž lze zařadit různé symptomy schizofrenie. Jednou je porucha vůle či volního jednání, která se projevuje na jedné straně negativními symptomy jako abulií (nedostatek jednání na základě vlastní vůle) nebo neschopností setrvat u určitého záměru, ale může vést také k poruchám chování, které jsou považovány za pozitivní symptomy. Frith dále rozlišuje poruchu sebemonitorování (*self-monitoring*), která vede k bludům (ovládání myšlenek, vkládání myšlenek) a halucinacím (především sluchovým). Třetí porucha souvisí s posuzováním názorů a záměrů druhých, což se projevuje jistými bludy (referenční bludy, paranoidní bludy), nekoherentním myšlením a halucinacemi (Frith, 1992, stránky 113-115). Všechny tyto poruchy jsou však podle Fritha různými manifestacemi toho, co nazývá poruchou metareprezentace: „Přede mnou je skupina stromů. To, co jsem si uvědomil, že dělám, bylo „já hledím na stromy“. To je zásadním rysem vědomí. Nereprezentuje „strom“, protože jsem na ten strom hleděl bez toho, abych si toho byl vědom. Reprezentuje to, že „já hledím na strom“. Jedná se o reprezentaci reprezentace, a tedy metareprezentaci. Tvrdím, že metareprezentace je zásadním mechanismem, z něhož vychází sebeuvědomění. Sebeuvědomění nemůže existovat bez metareprezentace. Z toho plyne, že lidé, kteří mají problémy s metareprezentací, musí mít také abnormální stavy vědomí.“ (Frith, 1992, str. 116). Zde je důležité poznamenat (a bude to důležité zvláště ze sémiotického hlediska), že Frith chápe metareprezentaci právě jako druhou úroveň reprezentace mentálních stavů. Netýká se to jen vlastních mentálních stavů, ale i stavů druhých lidí.

Tvrzení „Honza je smutný“ je tak pro něj reprezentací první úrovně, kdežto metareprezentací je tvrzení „Myslím si, že Honza je smutný“ stejně jako tvrzení „Marie si myslí, že Honza je smutný“ (Frith, 1992, str. 125). Právě porucha reprezentace druhé úrovně, tedy metareprezentace, je pro Fritha odpovědí na otázku po společné příčině symptomů schizofrenie. K této koncepci se vrátím v diskusní části této práce a pokusím se ji srovnat se závěry sémioticky orientované analýzy symptomů.

Na Frithovu teorii kriticky navazují Louis Sass a Josef Parnas (2003). Pokud bychom mohli Frithovu teorii označit jako kognitivně-psychiatrickou, pak teorie Sasse a Parnase bude fenomenologicko-psychiatrická. Za velký přínos této teorie mimo jiné považují, že se autoři explicitně snaží postavit fenomenologický popis normálního sebeuvědomění vůči tomu abnormálními, schizofrenickému. Dalším aspektem jejich teorie je také zohlednění tzv. prodromální, časné fáze schizofrenie, kdy se ještě plně neprojevují symptomy nutné k diagnóze dané nemoci, ale již se projevují jisté abnormality (Sass & Parnas, 2003, str. 437). Sass a Parnas zdůrazňují význam prodromální fáze právě z toho důvodu, že se v ní může projevat porucha, která má v plně rozvinuté fázi schizofrenie manifestace, které jsou popsány v diagnostických manuálech.

Sassova a Parnasova teorie chápe schizofrenii jako poruchu *ipseity*: „Navrhujeme, že schizofrenie je poruchou jáství, nebo konkrétněji poruchou ipseity, která zahrnuje určité specifické poruchy sebeuvědomění. *Iipseita* znamená prožitek já jako zásadního a k sobě se vztahujícímu *subjektu* zkušenosti neboli *přístupu ke světu z první osoby* (*ipse* v latině znamená „já“ nebo „ono“). V naší analýze má porucha ipseity dva základní a komplementární aspekty nebo komponenty. Prvním je hyperreflexivita, což odkazuje k různým formám přehnaného sebeuvědomění, kdy subjekt nebo agent zakouší sám sebe, nebo to, co by normálně bylo chápáno jako aspekt nebo vlastnost sebe, jako nějaký vnější objekt. Druhým je oslabení sebevztahu, totiž základního smyslu přítomnosti sebe sama, neboli implicitního smyslu bytí aktivním a sebeovládajícím subjektem vědomí.“ (Sass & Parnas, 2003, str. 428).

Sass a Parnas na základě této definice formulují řadu nových tvrzení. Pokud Frith interpretuje pozitivní symptomy, především poruchy vnímání reality (halucinace, bludy), jako „deficit“ sebe-monitorování, Sass a Parnas tvrdí, že by mohlo jít spíše o „přebytek“ sebemonitorování. Přílišné zaměření se na určitý prožitek, který v normálních případech

není vědomě reflektován, s sebou nese objektivaci a odcizení. Příkladem může být blud, kdy si pacient myslí, že jeho ruka není jeho, nebo že ji ovládá někdo jiný. Fenomenologicky vzato, v normálním prožitku je ruka vnímána skrze automatickou, „operativní“ formu hyperreflexivity, kdežto v abnormálním (bludném) prožitku jde o „reflexivní“ formu hyperreflexe, která je vlastní externím objektům (Sass & Parnas, 2003, str. 432). Podobný výklad se týká negativních symptomů. Tyto symptomy nemusí plynout z „nedostatku“ (vůle, socializace atd.), nýbrž z hyperreflexivity, kdy pacient vnímá procesy myšlení, které jsou u normálních osob operativní a nerefléktované. Pacient problematizuje evidentní a běžná témata (například zda v dané situaci udělat určitý pohyb) až do té míry, že je neschopen provádět běžné úkony (Sass & Parnas, 2003, str. 434). To se následně projevuje jako ochuzení řeči, emočních projevů nebo chování. Podobně se také hyperreflexivita a oslabení sebevztahu projevuje v symptomech, které jsou označovány jako dezorganizace. Pacient oproti normálním osobám nedokáže blokovat alternativní témata a asociace, které se sice nějakým způsobem týkají dané situace, ale jsou irelevantní. Například tedy odpovídá mimo kontext, ale není to proto, že by kontext situace nechápal, ale naopak proto, že různé asociace a varianty kontextu vnímá až příliš (Sass & Parnas, 2003, stránky 435-436).

Máme tedy k dispozici dvě jasné hypotézy o sjednocujících aspektech jednotlivých symptomů schizofrenie. Frithova kognitivně-neurobiologická teorie předpokládá, že jde o poruchu metareprezentace. Sass a Parnas přistupují k tomuto problému z fenomenologického hlediska a tvrdí, že schizofrenie je poruchou ipseity, která se projevuje hyperreflexivitou a oslabením sebevztahu. Jak ale můžeme zkoumat platnost obou tvrzení? Obě teorie přirozeně podkládají své hypotézy především argumenty z rámců, v nichž se pohybují, totiž kognitivně, resp. fenomenologicky. V této práci chci mimo jiné posoudit tyto hypotézy z jiného rámce. Sémiotika, jak se pokusím ukázat v následující kapitole, nabízí jinou úroveň popisu, která ovšem dovoluje jednotně konceptualizovat materiál, analyzovat ho a formulovat argumenty, které se mohou k těmto hypotézám vztahovat.

## 4. Sémiotika Charlese S. Peirce

Nyní se tedy zaměřím na sémiotiku jako teorii, skrze kterou budu popisovat a analyzovat symptomy schizofrenie s cílem nalézt společné aspekty symptomů a porovnat závěry se sjednocujícími koncepty shrnutými v předchozí kapitole. Nejprve uvedu některé z důvodů, proč na základě sémiotiky odpovídat na přeložené otázky. Následně vysvětlím, proč budu vycházet z teorie sémiotiky vypracované Charlesem Sandersem Peircem a stručně shrnu, v čem tato teorie spočívá. Zbytek kapitoly věnuji popisu *sémiotické redukce*, kterou bych chtěl využít k popisu a analýze symptomů schizofrenie.

Jedním z významných důvodů, proč aplikovat sémiotickou perspektivu na studium schizofrenie, je fakt, že sjednocující teorie schizofrenie, o nichž byla řeč v předchozí kapitole, využívají sémiotické koncepce. Přitom však s těmito koncepcemi explicitně nepracují a často o nich referují neproblematicky. Chris Frith staví svou teorii na pojmu metareprezentace (Frith, 1992), přičemž reprezentace je jedním z klíčových pojmů sémiotického výzkumu. Louis Sass a Josef Parnas zase operují s rozlišením subjektu a objektu nebo s významem (Sass & Parnas, 2003), kterými se taktéž sémiotika zabývá. Pokud tedy psychiatrické teorie usilující o nalezení sjednocujícího principu symptomů schizofrenie implicitně využívají sémiotické koncepce, není na místě využít je explicitně?

Předpokládám také, že sémiotika může upozornit na určité souvislosti a vztahy, které nejsou patrné z jiných perspektiv. Nabízí možnosti kategorizace, operacionalizace a pojmového uchopení, které jsou jednak logicky koherentní a jednak také interpretačně otevřené. Jinými slovy, skrze sémiotiku můžeme jednotně popsat různé jevy, ale zároveň z tohoto popisu můžeme vyvodit obecnější závěry. To je vzhledem k výzkumným otázkám týkajícím se schizofrenie zvláště důležité, neboť v obou extrémech (v případě příliš uzavřené i příliš otevřené teorie) by hrozilo, že závěry by o daném problému nic nevyovídaly.

Další důvod vyplývá spíše ze samotné sémiotické teorie. Pokud máme k dispozici nástroj, skrze který lze popsat a formalizovat myšlenkové procesy, nenabízí se jejich aplikace na hraniční oblast myšlenkových procesů, již schizofrenie bezesporu je? Sémiotika, až na výjimky, se zabývá popisem „normálních“ jevů. „Abnormální“ jevy tedy představují pro tuto teoretickou perspektivu výzvu, kterou, jak věřím, lze úspěšně konfrontovat. Pří-

nos tedy nemusí být jen pro oblast studia duševních poruch, ale také pro sémiotiku jako takovou.

#### 4.1 Sémiotika a Charles Sanders Peirce

V této chvíli stojím před záludným problémem, jak podat sémiotiku dostatečně stručně a zároveň do hloubky. Potenciálními čtenáři předložené práce jsou na jedné straně odborníci zabývající se duševními poruchami, kteří ovšem zatím se sémiotikou nemuseli mít tu čest, a na druhé straně odborníci v oboru sémiotiky. Budu se proto řídit tím, nakolik popis jednotlivých teorií přispívá k celkovému záměru této práce. Neusiluji tedy o vyložení systematického přehledu různých myšlenkových proudů v rámci sémiotiky. Nejde mi o otevření všech témat, která se dotýkají zde zmiňovaných sémiotických koncepcí. Neznamená to, že by další autoři nebo další témata nebyla zajímavá v kontextu sémiotického studia schizofrenie. Je ovšem podle mého názoru efektivnější vycházet z jedné, relativně ucelené teorie. Tou je pro mě teorie Charlese Peirce, jak dále budu argumentovat.

Hned v úvodu je nutné se ptát, nakolik vůbec můžeme sémiotiku považovat za vědecký obor? Spíše než jako *obor* je podle mého názoru přesnější označovat sémiotiku za *teoretickou perspektivu*. Pojem „sémiotika“ totiž označuje celou řadu teorií a koncepcí, které se mnohdy zcela zásadně liší svými východisky a rámci. Zasahuje do celé řady dalších oborů či perspektiv, metafyziky, logiky, lingvistiky, ale i biologie nebo kognitivních věd. Na poli sémiotiky nemůžeme mluvit o jednotném vědeckém paradigmatu. Co můžeme považovat za spojující aspekt sémiotiky, alespoň ve velmi obecném smyslu, je teorie znaku a značení (*sémiózy*). Ovšem ve chvíli, kdy se začneme zabývat způsoby konceptualizace těchto pojmů, nalezneme velmi rozdílná pojetí.

Asi nejpoužívanějším způsobem systematizace sémiotiky jako teoretické perspektivy je rozlišení mezi *sémiotikou* a *sémiologií*. Toto rozlišení je jednoduché a nutně také značně problematické. Na jedné straně máme sémiotiku reprezentovanou především Charlesem Peircem a z něj vycházejících autorů, kterou bychom také mohli označit jako *pragmatickou sémiotiku*. Na druhé straně pak bude sémiologie vycházející z prací Ferdinanda de Saussura, jíž bychom mohli říkat *strukturalistická sémiotika*. Hranice mezi sémiotikou a sémiologií je vystavěna na odlišných koncepcích znaku. Saussure hovoří o dvou aspektech znaku, *označujícím* a *označovaném*. Peircovy je připisováno pojetí znaku se třemi aspekty, totiž *znakem*, *objektem* a *interpretantem*. Rozdíl mezi Peircovým triadickým založením



sémiotiky a Saussurovým dyadickým založením sémiologie se pak podle Vincenta Colapietra (1989) projevuje v dalších koncepcích vytvářených v jedné nebo druhé tradici. Pokud se u Peirce a jeho následovníků setkáváme s trichotomiemi, jako jsou ikón-index-symbol nebo syntaktika-sémantika-pragmatika, v tradici Saussurovy sémiologie jde o fundamentální dichotomie jako jazyk-řeč nebo paradigma-syntagma (Colapietro, 1989, str. 5). Colapietro zastává názor, že trichotomické založení znaku je neredukovatelné na dichotomie<sup>8</sup> (Colapietro, 1989, str. 9). Ovšem, jak píše Thomas Short: „[...] základní chybou by bylo předpokládat, že rozdíl mezi těmito dvěma koncepcemi znaku [Peircovou a Saussurovou, pozn. ŠP] spočívá prostě jen v tom, že jedna je dyadická a druhá triadická.“ (Short, 2007, str. 18). Rozhodně nelze říct, že by Peirce „přidal“ jeden další aspekt znaku (už proto, že Peircova teorie historicky předchází tu Saussurovu, ačkoli oba vzájemně o práci toho druhého s největší pravděpodobností nevěděli). Kromě toho je také problematické, v jakém smyslu jde u Peirce o „aspekty“ znaku a dokonce nakolik je Peircova koncepce triadická (srov. Peircovu definici znaku v úvodu další podkapitoly). Obě koncepce jsou zkrátka značně rozdílné a vychází z různých teoretických základů. Nadále se budu věnovat sémiotice Charlese Peirce. Chtěl jsem proto upozornit především na to, že určité teorie v rámci sémiotiky (či lépe řečeno sémiologie) by představovaly odlišný přístup ke zkoumanému problému a nejsou v tomto smyslu redukovatelné na teorii znaku, s níž zde budu pracovat.

#### 4.1.1 Peircova koncepce znaku

Peircovu teorii sémiotiky musíme vnímat v kontextu filosofie a především logiky, jíž Peirce věnuje podstatnou část své práce. Zjednodušeně můžeme říct, že mu nejde o vytvoření teorie komunikace nebo dokonce metodologie ke zkoumání mediálních nebo jiných textů (jak je dnes sémiotika často využívána). Jak Peirce sám píše, sémiotika je pro něj jiným názvem pro logiku (CP 2.227). To pramení už z jeho filosofických východisek, především ze studia teorie poznání u Immanuela Kanta a Johna Locka (Short, 2007, stránky 2-6). Nejde jen o to, že se Peirce vztahuje k filosofům zabývajícím se epistemologií. Je hlavně třeba mít na paměti, že se snaží vytvořit vlastní komplexní teorii poznání a že

---

<sup>8</sup> Colapietro reaguje především na kritiku Peircova začlenění objektu jakožto jednoho ze základních aspektů znaku.

sémiotika je její součástí. To nám ztěžuje situaci, neboť v rámci této práce rozhodně není možné probrat všechny souvislosti a důsledky vztahu Peircovy sémiotiky a epistemologie a užití mnohých termínů nebo myšlenkových schémat se může zdát matoucí. Na druhou stranu zásadní výhoda Peircovy teorie spočívá právě v tom, nakolik je komplexní. Zastávám názor, že pokud se zabýváme znaky a sémiózou s vědeckou důsledností, budou dříve či později vystupovat na povrch otázky a problémy přesahující do oblasti epistemologie, které nelze ignorovat. Peirce na řadu z nich nabízí řešení.

Významným pojmem Peircovy filosofické práce a zároveň jedním ze základů jeho koncepce sémiotiky je *faneroskopie (phaneroscopy)* či *fenomenologie*<sup>9</sup>. Faneroskopie je snahou uchopit a kategorizovat jevení se jako takové s cílem vytvořit základ pro teorii poznání. Slovo „kategorizovat“ je zde zvláště důležité. Peirce totiž rozlišuje tři základní kategorie zkušenosti: *prvost, druhost a třetost*, jak je shrnuje mimo jiné v dopisu lady Welby (CP 8.327-.379). Prvost představuje samotnou kvalitu bez ohledu na vztah k něčemu dalšímu. Typickým příkladem je barva. Proto říkáme, že červenost je prvostí (kvalitou samou o sobě), což odlišujeme od toho, když říkáme, že krev je červená. Přestože prvost můžeme takto odlišit, naše zkušenost je vždy zkušeností v určitých vztazích, tedy druhostí. Ve zkušenosti se kvalita dostává do určitého vztahu. Peirce obecně definuje druhost na základě odporu nebo úsilí (*effort*), v podstatě jako akci a reakci. Sama přítomnost v určitém prostoru nutně vyvolává určitý odpor a tedy i vztah. Takto i pozornost je v jistém smyslu úsilím a bez tohoto úsilí nemůže být ani percepce (Short, 2007, str. 77). Jde o dyadický vztah, čímž se druhost liší od třetosti. Triadický vztah je neredukovatelný na dyadické. Třetost je relatum, které nutně zahrnuje nejen dva prvky ve vztahu, ale i vztah samotný. Peirce uvádí jako příklad darování, kdy osoba „A daruje věc B osobě C“ (CP 8.331). Pokud by osoba A odložila věc B a osoba C si ji vzala, nedostávají se do vztahu darování. Vztah darování je sám o sobě specifický, má charakter triadického vztahu, třetosti. Je specifický tím, že je nutně založen na zákonu či zákonitosti (*law*) a tím je také pro Peirce obecný a inteligibilní: „Třetí element fenoménu spočívá v tom, že je inteligibilní, tedy že podléhá zákonitosti nebo že může být reprezentován obecným znakem či symbolem.“ (CP 8.268) Znak tedy podle Peirce spadá do fenomenologické kategorie třetosti. Aby něco mohlo být znakem, musí jít o vztah tří prvků, tedy trichotomický vztah. Pro další klasifikaci

---

<sup>9</sup> Viz např. (Short, 2007, stránky 60-90).

znaků se ovšem uplatňuje rozlišení všech tří fenomenologických kategorií, neboť na jejich základě můžeme popsat různé charakteristiky znaku.

#### 4.1.2 Základní definice znaku

Asi nejznámější definicí znaku u Charlese Peirce je tato: „Znak, nebo-li *representamen*, je něco, co pro někoho něco zastupuje z nějakého hlediska nebo v nějaké úloze.“<sup>10</sup> (CP 2.228). Rozlišujeme tedy *representamen*<sup>11</sup> jako „vlastní znak“ či znakové vehikulum, *objekt* jako to, co je zastupováno, a *interpretant* jako další znak, který je vyvolán reprezentamenem pro interpretujícího. Součástí definice je ale také *základ (ground)*, totiž právě ono hledisko či úloha, v jaké reprezentamen zastupuje objekt. *Sémióza* neboli značení<sup>12</sup> je tak nutně vždy souhrou tří prvků – reprezentamenu, objektu a interpretantu. Jde o vztah tří prvků, který je ze své podstaty neredukovatelný na vztahy dvou prvků (CP 5.484). Reprezentamen tedy nemůže zastupovat objekt, aniž by vyvolával interpretant, reprezentamen nemůže vyvolávat interpretant bez vztahu k objektu a interpretant nemůže mít vztah k objektu, aniž by se vztahoval k nějakému reprezentamenu.

Několik důležitých poznámek k těmto základním pojmům. Reprezentamenem může být v podstatě cokoli – barva, výkřik, auto, kniha nebo zákon. Co tvoří určitou entitu znakem, tedy reprezentamenem, je její vztah k určitému objektu na určitém základu (*ground*) a pro určitého interpreta. Znaky zdaleka nejsou jen něco vědomě utvářeného jako znaky. Takto je například vzdálené zahřmění znakem blížící se bouře. Objekt zde není myšlen jen ve smyslu fyzického předmětu nebo věci. Objektem může být i něco neexistujícího nebo obecného (Eco, Peirce's Notion of Interpretant, 1976, str. 1459). Pro Peirce ale každý znak musí odkazovat k určitému objektu. Nemusí však jít o jeden objekt ve smyslu jednotlivé věci nebo osoby. Například věta „Kain zabil Ábela.“ odkazuje k více objektům, ovšem dohromady, a proto v tomto případě Peirce hovoří o *komplexním objektu* (CP 2.232). Dalším příkladem může být vojenský povel „K noze zbraň!“ („*Ground arms!*“). Podle Peirce je

<sup>10</sup> Poznámka k překladu z díla Charlese Peirce: Není-li uvedeno jinak, vycházím z překladu Bohumila Palka ze sborníku překladů *Sémiotika* (Palek, 1997). Odkazuji však k původnímu číslování podle vydání *The Collected Papers of Charles Sanders Peirce* (Peirce, Hartshorne, & Weiss, 1935), což je v tomto případě standardem, kterého se přidržuje i Bohumil Palek. V Palkově sborníku překladů ovšem najdeme jen krátký výběr, konkrétně odstavce 2.219-2.390. Zbytek překladů je můj, přičemž vycházím z terminologie nastavené Palkem.

<sup>11</sup> Přidržuji se způsobu psaní „representamen“, ačkoli Palek používá (podle mého názoru archaičtější) zápis „representamen“.

<sup>12</sup> Nebo také proces či akce označování (CP 5.473).

objektem tohoto příkazu vůle důstojníka, aby byly zbraně položeny pažbou na zem (CP 5.473).

#### 4.1.3 Druhy objektů a druhy interpretantů

Peirce rozlišuje dva druhy objektů – *bezprostřední objekt* a *dynamický objekt* (CP 8.343). Bezprostřední objekt chápe jako objekt konkrétního znaku tak, jak se v tomto znaku dává. Oproti tomu dynamický objekt definuje bez ohledu na to, jak se v konkrétním znaku dává. Dynamický je právě v tom smyslu, že se může dávat skrze různé znaky. To je nutná podmínka k tomu, abychom mohli opravovat své domněnky. Určitý objekt můžeme reprezentovat v daném znaku (např. propozici) chybně, ale díky tomu, že se k němu můžeme vztahovat skrze různé znaky (v nichž je jednotlivě reprezentován jako bezprostřední objekt), můžeme svou domněnku později opravit. Dynamický objekt nemůžeme nikdy „plně“ poznat, ale právě to, že se k němu můžeme vztahovat téměř donekonečna (skrze celou sérii znaků), zakládá možnost vědeckého poznání<sup>13</sup>.

Co se týče interpretantů, setkáváme se u Peirce minimálně s dvojitým dělením. Prvním je rozlišení *bezprostředních, dynamických a finálních interpretantů*<sup>14</sup> (CP 4.536). Bezprostřední interpretant pojímá Peirce jako „správnou“ interpretaci či to, co obvykle nazýváme významem. Pokud tedy vykřiknu na někoho na ulici „Skrč se!“, bezprostředním interpretantem je to, že se daná osoba má skrčit. V tomto smyslu je interpretant specifický a nelze ho zaměnit. Daná osoba ale může pochopit můj výkřik jako vtip. Tato záměna nastává na úrovni bezprostředního interpretantu, ale na úrovni dynamického interpretantu. Dynamický interpretant totiž označuje, jak je daný znak interpretován v konkrétní situaci. Pro každou situaci a každého interpreta je dynamický interpretant specifický (což ovšem neznamená, že se nemůže shodovat s bezprostředním interpretantem, a v tom případě interpret interpretuje daný znak správně) (Short, 2007, str. 188). V případě finálního interpretantu pak podle Peirce znak reprezentuje daný objekt (CP 4.536). Peirce sám uznává, že tento koncept je problematický. Podle Shortova výkladu je finální interpretant interpretantem znaku v takovém smyslu, aby přinesl interpretovi informaci, která je

---

<sup>13</sup> Z hlediska Peircovy epistemologie je tento moment velmi důležitý. Thomas Short to nazývá *sémiotickým idealismem* (Short, 2007, str. 191).

<sup>14</sup> Zde se užití pojmu mírně liší od bezprostředního a dynamického objektu, proto pozor.

v souladu s jeho celkovým cílem (Short, 2007, stránky 189-190). Pokusme se toto rozlišení vyložit operativně<sup>15</sup>. Dynamický interpretant může být v souladu s bezprostředním interpretantem, například pokud interpretuji stopu ve sněhu jako znak odkazující k tomu, že tudy šla osoba, kterou sleduji. Nemusí být ale ve vztahu k finálnímu interpretantu v tom smyslu, že osoba, kterou sleduji, mě chce zabít (a nejspíš zabije, pokud ji dostihnu). Znak jsem interpretoval správně vzhledem k tomu, čím je, ale špatně vzhledem k tomu, co je mým cílem (což je, zjevně, přežít).

Druhým dělením interpretantů je rozlišení *emočních, energetických a logických interpretantů*. Všimněme si, že i toto dělení odpovídá kategoriím prvosti (emoční interpretanty), druhosti (energetické interpretanty) a třetosti (logické interpretanty). Ukazuje se zde, že interpretantem znaku nemusí být jen uvědoměný znak. Příkladem je již zmiňovaný vojenský rozkaz „K noze zbraň!“ Jak píše Short, tento rozkaz může být interpretován tak, že si voják řekne: „Velitel po mně chce, abych složil zbraň pažbou k zemi.“ Takové uvědomění však, zvláště ve vojenských kruzích, nemusí být na místě. Voják by měl být vycvičen tak, že daný příkaz prostě vyplní, aniž by o něm přemýšlel. Věta, kterou si uvědomí (pokud o rozkazu přemýšlí), by byla logickým interpretantem, samotné položení zbraně pak energetickým interpretantem (Short, 2007, str. 201). Prvosti, tedy kvalitě, pak odpovídá emoční interpretant. Příkladem uváděným u Peirce je interpretace hudby. Skladbu, kterou slyšíme, samozřejmě můžeme interpretovat i jako logické interpretanty, například když si řekneme: „Tato skladba ve mně vyvolává smutek.“ To ale nevyjadřuje způsob, jakým interpretujeme hudbu jako znak. Hudba (nebo mnoho dalších prožitků) může být interpretována, aniž bychom dokázali formulovat, co v nás vyvolává, a tedy ji formulovali v logických interpretantech. To rozšiřuje chápání interpretantů znaků i mimo to, co můžeme vědomě formulovat. Také je nutné dodat, že se obě kategorizace interpretantů (bezprostřední/dynamický/finální a emoční/energetický/logický) vzájemně překrývají, z čehož můžeme vyvodit mnoho dalších rozlišení.

---

<sup>15</sup> Je možné, že se dopouštím přílišného zjednodušení. Pokud ano, je to z nutnosti podat danou látku jednoduše a přehledně, v zájmu stručnosti práce. Doporučuji srovnat například (Eco, Peirce's Notion of Interpretant, 1976).

#### 4.1.4 Klasifikace znaků – tři trichotomie

Kromě druhů objektů a druhů interpretantů bývá za Peircovu klasifikaci znaků označováno rozdělení znaků na deset skupin<sup>16</sup>. Tato klasifikace je výsledkem rozvinutí Peircových fenomenologických kategorií v rámci konceptu znaku, který je ostatně sám na kategoriích založen. Pokud vyjdeme ze základní definice znaku, podle níž je znak triadickým vztahem tří prvků (reprezentamenu, objektu a interpretantu), otevírají se podle Peirce tři otázky: Jaké povahy je reprezentamen sám? Jaké povahy je vztah reprezentamenu k objektu? Jaké povahy je vztah interpretantu ke znaku (či jak interpretant představuje znak)? (CP 2.243). Když se ptáme po „povaze“, ptáme se po kategoriálním určení reprezentamenu či jeho vztahů k dalším prvkům. Na každou z otázek můžeme odpovědět trojím způsobem v souladu s kategoriemi prvosti, druhosti a třetosti. Máme tedy tři dělení po třech neboli tři trichotomie, které nyní postupně proberu.

První trichotomie je založena na povaze reprezentamenu. Peirce rozlišuje *qualisignum*, *sinsignum* a *legisignum* (CP 2.244). V případě *qualisigna* je nositelem znaku samotná kvalita. Ta se sice může projevovat v konkrétní jednotlivině (např. červená barva na pláštíku toreadora), ale znakem je sama tato kvalita. *Sinsignum* je podle Peirce skutečně existující věc, ale také například událost (CP 2.245). V případě *sinsigna* je nositelem znaku právě jednotlivina či jednotlivá událost, nikoli kvalita nebo obecnost. U třetího charakteru znaku podle této trichotomie pak nejde o jednotlivou věc, ale o obecný typ určený nějakou pravidelností či dohodou. Peirce ho nazývá *legisignum* (CP 2.246). Například písmeno „a“ mohu napsat mnohokrát, ale v každém tomto případě bude „a“ znakem právě jako obecný typ, nikoli jako jednotlivý výskyt. Jinými slovy „a“ napsané třeba tisíckrát bude pořád „a“. V tomto smyslu také Peirce tvrdí, že „*legisignum* je zákon, který je znakem“ (CP 2.246), protože to, že právě tento tvar budeme vnímat jako hlásku „a“, se zakládá na zákonu či dohodě. Nebo, jak píše Short, nemůžeme mluvit o *legisignech*, pokud neexistuje zákon (pravidlo) jejich interpretace (Short, 2007, str. 213).

Podle druhé, asi nejznámější, trichotomie dělí Peirce znaky na *ikóny*, *indexy* a *symboly*. Odišujeme zde charakter vztahu reprezentamenu k objektu (CP 2.247). Když je re-

---

<sup>16</sup> Lze hovořit hned o několika Peircových klasifikacích znaků charakterizovaných podle počtu tříd. Kromě rozdělení znaků do deseti tříd můžeme najít také rozlišení na 28 a 66 tříd. Někteří autoři také mají tendenci redukovat dělení znaků na ikón-index-symbol, což je ovšem jen jedno z možných dělení, které je součástí předchozích jmenovaných. Srov. (Farias & Queiroz, 2003).

prezentamen vzhledem k objektu ve vztahu podobnosti, jde o ikón. Reprezentamen má určité rysy či kvality, které jsou podobné rysům či kvalitám objektu, který reprezentuje. Typickým příkladem ikónu je malba, která něco nebo někoho znázorňuje (reprezentuje), aniž by s tímto objektem byla nějak spojená nebo bylo nutné nějaké pravidlo či zákonitost, která ho s ním spojuje. Stejně tak ale můžeme mluvit o ikónech v případě abstraktních maleb nebo i literárního textu<sup>17</sup>, ačkoli se skládá ze slov, které jsou typickými symboly (Short, 2007, stránky 216-217). Index je druhem znaku, v němž objekt přímo ovlivňuje reprezentamen, má s ním nějakou společnou kvalitu (CP 2.248). Tím ovšem může být například i společné sdílení prostoru. Popisek u fotografie v novinách je indexem v tom smyslu, že je umístěn přímo u této fotografie. Obdobně jsou osobní zájmena indexy z toho důvodu, že odkazují k nějaké konkrétní jednotlivině (osobě) či souboru jednotlivin. Když řeknu slovo „on“, odkazuje zpravidla k někomu konkrétnímu. Slovo „on“ je zároveň i symbolem, neboť jeho charakter je v určitém smyslu závislý na konvenci (např. v různých jazycích ho tvoří různé skupiny hlásek), ale protože v běžné řeči toto slovo odkazuje k určité osobě, je v tomto ohledu indexem. V případě symbolu je tedy vztah mezi objektem a reprezentamenem determinován zákonitostí. Písmena a slova jsou symboly, neboť důvod, proč písmeno „a“ reprezentuje hlásku „a“, určuje zákonitost v podobě společenské konvence. Můžeme najít příklady slov, které mají i jiný charakter. Například určitá citoslovce jsou zároveň ikóny, neboť mají zvukovou podobnost s tím, co denotují<sup>18</sup>. Pokud se zabýváme symboly, je také důležité zmínit Peircovo rozlišení mezi *typem* (*type*) a *výskytem* (*token*). Symboly odkazují k typům, které jsou ovšem realizovány v jednotlivých výskytech. Kříž je symbolem křesťanství. Kříž může být třeba nakreslený nebo vytvořený ze dřeva, ovšem to, v čem je každý z těchto křížů symbolem křesťanství, je právě typ. Z toho také plyne, že reprezentamenem symbolu může být pouze legisignum, protože nic individuálního (*sinsignum*) nebo žádná čistá kvalita (*qualisignum*) by nemohlo reprezentovat typ.

Třetí trichotomie popisuje vztah mezi reprezentamenem a interpretantem. Rozlišujeme mezi *rématem*, *dicisignem* a *argumentem* (CP 2.250) či, jinak vyjádřeno, mezi *pojmem*, *propozicí* a *argumentem* (Short, 2007, str. 232). Réma či pojem podle Peirce odpo-

---

<sup>17</sup> Například literární popis krajiny reprezentuje tuto krajinu na základě podobnosti.

<sup>18</sup> Ovšem i zde si můžeme povšimnout, že v různých jazycích mají různé citoslovce, například slovo odkazující ke štěkání psa, různé varianty. V tomto smyslu tak zůstávají symbolické.

vídá prvosti a reprezentuje tedy kvalitativní možnost. Samo o sobě tedy neneso informaci. Pokud řekneme „pes“, pak tento znak reprezentuje typ zvířete, ale žádnou informaci nepřináší. Tu přinášejí až dicisigna neboli propozice. Pokud řeknu „Židle mají nohy.“, přisuzuje to židlím určitou kvalitu. Interpretant dicisigna je druhostí právě proto, že daný znak interpretujeme jako vztah mezi prvky. Tyto prvky pak můžeme nazývat *subjektem* (čemu je přisuzováno) a *predikátem* (co je přisuzováno). Propozicí ovšem nemusí být jen věta. Například karikatura politika, na níž je vyobrazen jako opilec, odkazuje k určité osobě, ale zároveň této osobě přisuzuje určitou kvalitu (opilství). Z hlediska vztahu reprezentamenu a interpretantu je tedy dicisignem či propozicí, stejně jako kdyby někdo vyslovil větu „Tento politik je opilec.“ Oba znaky (karikatura i propozice) nesou stejnou informaci. Argument lze chápat jako spojení propozic v celek, který tvoří zákonitost. Spojení propozic můžeme také označit za inferenci či vyvozování, totiž za specifický, triadický typ vztahu. Znak „Mám tři vejce. Všechny žáby kvákají. Myslím, že už jsem najedený.“ není argumentem, neboť tyto propozice nejsou ve vzájemném vztahu. Naproti tomu znak „Sókratés je člověk. Všichni lidé jsou smrtelní. Sókratés je smrtelný.“ je argumentem, a to specifickým typem – dedukcí. Peirce dělí argumenty na *dedukce*, *indukce* a *abdukce* (CP 2.266). Argument tedy můžeme chápat jako specifický charakter znaku právě proto, že určité případy vztahů mezi propozicemi budou mít specifický charakter v jednom z těchto ohledů. Je také nutné podotknout, že argumenty nejsou jen předmětem studia logiky (jak by nasvědčoval zprofanovaný aristotelský příklad dedukce se Sókratem), ale tvoří základní součást lidského myšlení.

Bylo by možné napsat ještě velmi mnoho o jednotlivých kategoriích znaků. Ostatně, mnoho o nich již bylo napsáno a některá rozlišení jsou předmětem diskusí. V této chvíli ovšem doplním jen několik důležitých poznámek a k jejich podrobnějšímu popisu se vrátím v těch kapitolách, kde to bude relevantní. První poznámka se týká deseti tříd znaků, které Peirce po výčtu tří trichotomií předkládá (CP 2.254-2.263). Jak bylo naznačeno výše, některé druhy znaků v rámci tří trichotomií jsou vzájemně neslučitelné. Například argumentem nemůže být qualisignum ani sinsignum, neboť takové znaky nemohou být interpretovány jako zákonitost, a nemůže být ani ikónem nebo indexem, neboť v těchto případech není reprezentamen určován svým objektem jako zákonitost. Neplatí tedy, že by mělo existovat 27 tříd znaků (3 krát 3 krát 3). Pro úplnost, oněch deset tříd znaků jsou



qualisigna, ikonická sinsigna, rématická indexikální sinsigna, dicentní sinsigna, ikonická legisigna, rématická indexikální legisigna, dicentní indexikální legisigna, rématické symboly, dicentní symboly a argumenty. Vidíme tedy, že jednotlivé trichotomie se mohou objevovat jen v určitých kombinacích. Pro nás ovšem bude důležité spíše samotné rozlišení charakterů znaků v těchto trichotomiích, než jejich dělení do tříd. Dále, vzhledem k tomu, že Peircova kategorizace znaků je založena na jeho koncepci fenomenologie, můžeme rozlišovat další charaktery vztahů mezi jednotlivými prvky znaků a jejich druhy<sup>19</sup>. Cílem této práce ovšem není rozebrat všechny možné způsoby dělení znaků, nýbrž využít je k analýze symptomů schizofrenie. Znovu je také třeba podotknout, že lze rozlišovat roviny znaku. Jeden fenomén může být znakem na více rovinách, a to i pro jednoho interpreta. Například obraz ukřižování Krista je na jedné rovině ikónem, neboť reprezentuje objekt na základě podobnosti, ale zároveň je na jiné rovině symbolem křesťanství. Vojenský povel má logický interpretant, kdy si voják řekne „Velitel po mně chce, abych zasalutoval,“ ale ještě než si uvědomí logický interpretant tohoto povelu, instinktivně zasalutuje, což je energetický interpretant.

Pro přehlednost a zároveň poněkud zjednodušeně lze předchozí klasifikaci znaků podat v tabulce:

---

<sup>19</sup> Srov. (Short, 2007, str. 248 a dále)

Znak							
Reprezentamen		Objekt		Interpretant			
		Bezprostřední objekt	Objekt reprezentovaný daným znakem	Bezprostřední interpretant	Potenciální interpretace		
				Dynamický interpretant	Aktuální interpretace		
				Finální interpretant	Interpretace vzhledem k užítku interpreta		
				Dynamický objekt	Objekt reprezentovaný více znaky	Emoční interpretant	Interpretant jako pocit
						Energetický interpretant	Interpretant jako jednání
						Logický interpretant	Interpretant jako znak
Qualisignum	Znak kvality	Ikón	Vztah reprezentamenu a objektu na základě podobnosti	Réma	Kvalitativní možnost		
Sinsignum	Znak jednotlivosti	Index	Vztah reprezentamenu a objektu na základě přímého ovlivnění	Dicisignum	Propozice, interpretant nesoucí informaci		
Legisignum	Znak zákonitosti	Symbol	Vztah reprezentamenu a objektu na základě zákonitosti	Argument	Interpretant jako logická struktura propozic		

#### 4.2 Sémiotická redukce

V předchozí části jsem shrnul základní kategorie Peircova pojetí znaku, skrze něž budu analyzovat symptomy duševních poruch. Předpokladem pro takovou analýzu je ovšem to, že vůbec můžeme mluvit o něčem, jako jsou znaky. Či spíše: V jakém smyslu můžeme o něčem mluvit jako o znaku? Co znaky nejsou? A jak můžeme definovat hypotetickou situaci, kdy bychom o něčem mluvili jako o znaku, ale přitom to znak nebyl?

Peircova sémiotika usiluje o to, aby zahrнула vše, co můžeme považovat za znaky. Neznamená to ale, že je natolik obecná, že ztrácí význam? Pokud jako znak můžeme chápat cokoli, jaké relevantní závěry z takové koncepce pak můžeme vyvozovat? Vincent Colapietro proto hovoří o „dostatečně obecné“ definici znaku, resp. sémiózy: „[...] Peirce usiloval o vymezení *dostatečně* obecného pojmu sémiózy – pojmu, který by zahrnoval všechny znaky, „každý obraz, diagram, přirozený výkřik, ukazující prst, mrknutí, uzel na

něčím kapesníku, vzpomínku, fantazii, koncept, ukazování, známku, příznak, písmeno, číslici, slovo, větu, knihu, knihovnu“ (Peirce 1978, 149).“ (Colapietro, 1989, str. 3).

Z výše uvedeného se může zdát, že znaky jsou úplně všechno. A v jistém smyslu tomu tak skutečně je, ale právě jen v jistém smyslu, či spíše v jisté perspektivě. Znak, v Peircově pojetí, je něco, co pro někoho něco zastupuje (CP 2.228). Může to tedy být úplně cokoli, ale jen pokud se to může někomu jevit, může to vstupovat do jeho mysli. Může to být jakýkoli fyzický objekt, ale jen potud, nakolik je vnímatelný. Může to být i něco uvnitř mysli, ale opět jen pokud to můžeme vnímat (např. vzpomínka). V této perspektivě můžeme jako znaky chápat všechny obsahy mysli. Nechávám stranou otázku, zda či jakým způsobem jsou jiné organizmy než člověk schopné pracovat se znaky. Touto problematikou se zabývá poměrně široký směr zvaný *biosémiotika*<sup>20</sup>. Pro potřeby této práce předpokládejme, že veškeré obsahy lidské mysli můžeme pojmut jako znaky právě v tom smyslu, že něco reprezentují a vyvolávají další znaky (interpretanty). Pokud ovšem vystoupíme z této perspektivy, pak nelze mluvit o znacích. Když například lékař provede monitorování pacientova mozku pomocí počítačové tomografie a sleduje určité děje, pro pacienta nepůjde o znaky, pokud tyto děje přímo nevnímá nebo pokud se u něj nějak neprojevují. Naopak půjde o znaky pro daného lékaře, který interpretuje výstupy z počítačové tomografie.

Přístup využívaný v této práci bych označil termínem *sémiotická redukce*<sup>21</sup>. Definuji ji jako metodu analýzy založenou na konceptualizaci zkoumaného materiálu z hlediska sémiózy neboli procesu značení. Metoda slouží jako prostředek pro popis relací mezi jednotlivými prvky materiálu, které jsou vymezeny jako znaky. Materiálem je zde míněna libovolná oblast fenoménů, jejichž celek nebo části lze chápat jako znaky, tedy jako něco, co pro někoho zastupuje něco jiného v určitém ohledu (CP 2.228). Primárně (ovšem nikoli výhradně) tedy půjde o obsahy lidské mysli. Metoda je označována jako redukce právě

---

<sup>20</sup> Srov. např. (Barbieri, 2009).

<sup>21</sup> Proč přicházím s pojmem „sémiotická redukce“ a nevyužívám poměrně běžný pojem „sémiotická analýza“? Důvodem je jisté nadužívání pojmu „sémiotická analýza“, s nímž pracují obory jako mediální studia. Často se ale jedná o velmi zjednodušenou metodu, neukotvenou v teoretické perspektivě. Z díla Charlese Peirce se zpravidla omezuje na rozlišení ikón, index a symbol. Změnou terminologie chci zdůraznit odlišnost zde předložené metody analýzy a částečně také odkázat k fenomenologické redukci, která je v tomto ohledu bližší sémiotické redukci, než to, co je nazýváno sémiotickou analýzou.

z toho důvodu, že tyto obsahy pojímá pouze jako znaky. Pokud vůbec můžeme hovořit o obsazích mysli, které nemají znakovou povahu, v rámci této metody od nich odhlížíme.

Sémiotická redukce umožňuje vyhnout se některým předem daným koncepcím<sup>22</sup>. Zabýváme-li se schizofrenií, příkladem takové koncepce může být rozlišování pozitivních a negativních symptomů (viz podkapitola 3.1.2 Typologie a symptomy psychotických poruch). Louis Sass a Josef Parnas trefně poznamenávají, že toto rozlišení je do značné míry arbitrární (Sass & Parnas, 2003, str. 431). Co znamená, že je něco „navíc“ oproti normálu (v případě pozitivních symptomů) nebo „chybějící“ oproti normálu (v případě negativních symptomů)? Z hlediska sémiotiky, jak se pokusím ukázat v další kapitole, tato problematika do značné míry odpadá. Pro zjednodušení můžeme vyjít ze sémiotického konceptu *nulového znaku* (Sebeok, 2001, str. 40). Například pauza mezi slovy je absencí zvuku, a tedy na první pohled ničím. Je ovšem znakem, protože v kontextu vyřčené věty má i pauza, toto „nic“, určitý význam. Stejně tak má význam, pokud je mi položena přímá otázka, a já na ni neodpovím. Fyzicky vzato je to „nic“, absence zvuku, ale sémioticky vzato má moje „neodpověď“ určitý význam (mluvíme například o „významném mlčení“). Stejně tak se budou negativní symptomy schizofrenie, například ochuzená emoční reakce, projevovat jako znaky, i kdyby šlo o nulové znaky. Z hlediska sémiotiky se tak musí jak pozitivní, tak negativní symptomy projevovat skrze znaky, protože jinak nejsou myslitelné.

Při analýze jednotlivých symptomů schizofrenie bude výchozím přístupem právě sémiotická redukce. Jejím cílem je vymezit oblast zkoumaných projevů na jednotlivé znaky a ty dále analyzovat na základě rozlišení kategorií znaků popsaných Charlesem Peircem a shrnutých v této kapitole. Obě roviny analýzy spolu úzce souvisí, neboť i sémiotická redukce je založena na konceptualizaci znaku podle Peirce. Pokud bychom se zaměřili na jiné sémiotické koncepce, například v linii strukturalistické sémiologie vycházející z díla Ferdinanda de Saussura, mělo by to vliv na způsob, jakým znaky chápeme a tedy jak je vymezujeme. Přesto ale obě úrovně analýzy můžeme do určité míry odlišit, neboť bude jednak záležet na tom, jak oblast projevů konceptualizujeme jako znaky, a poté, jak budeme tyto znaky analyzovat. Nyní tedy už k vlastním analýzám.

---

<sup>22</sup> Podobně jako fenomenologická redukce představuje „uzávorkování“ předchozích, převážně ontologických, přístupů ke světu.

## 5. Analýza symptomů schizofrenie

Tato kapitola se věnuje analýze jednotlivých symptomů schizofrenie. Členění do podkapitol vychází z rozdělení symptomů psychotických poruch podle *Diagnostického a statistického manuálu* (American Psychiatric Association, 2013, stránky 87-88). V každé podkapitole nejprve shrnuji informace o daném symptomu na základě psychiatrické teorie a kazuistik. Popis projevů symptomu tvoří základ pro analýzu jejich znakových charakteristik. Zaměřuji se na ty aspekty projevů symptomu, které ho činí abnormálním, resp. které ho odlišují od normálních projevů. Závěry analýzy následně porovnávám se studii dalších autorů.

### 5.1 Halucinace

Vedle bludů jsou halucinace asi nejznámějším symptomem schizofrenie. Zároveň jde o symptom, který je (zdánlivě) jasně vymezený. *Diagnostický a statistický manuál (DSM-5)* definuje halucinace jako „[...] vjemům podobné prožitky bez vnějšího stimulu. Jsou ostré a jasné, s plnou intenzitou a působením normálních vjemů a nekontrolovatelné vůlí.“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 87). Halucinace mohou být sluchové, zrakové, chuťové, čichové i hmatové, přičemž nejčastější jsou halucinace sluchové (Frith, 1992, str. 68). Neobjevují se pouze v případě schizofrenie nebo poruch psychotického spektra. Mohou být symptomem i dalších nemocí jako Parkinsonovy, epilepsie, demence, poruch osobnosti či projevem užívání některých drog (Laroi, 2012).

V případě halucinací se zpravidla nerozlišují jejich kategorie. Někteří autoři užívají rozlišení podle sensorické modality a soustředí se na určitý typ, například velmi časté sluchové verbální halucinace (*auditory verbal hallucinations*). Lze ovšem rozlišovat více aspektů, jak naznačuje následující citace z knihy Heleny Kučerové: „Pacient nejčastěji slyší lidské hlasy, které mohou mezi sebou hovořit, nebo mluví k pacientovi, mohou ho oslovovat jménem, nebo nemusejí, komentují jeho jednání, popř. mu něco přikazují. Hlasy mohou být mužské, ženské či smíšené. Někdy pacient není schopen určit, kdo to vlastně mluví. Hlas může patřit člověku známému, jindy cizímu. Někdy pacient slyší jen jednoduché zvuky, štěkot psa, hudbu apod. Zvuky nebo hlasy může nemocný slyšet ušima, ale také jinými orgány, dosti často přímo mozkiem, tedy jako by někdo mluvil v jeho hlavě, uvnitř

hlavy, pak se jedná o halucinace intrapsychické.“ (Kučerová, 2010, str. 11). I kdybychom se tedy zaměřili jen na sluchové halucinace, najdeme celou škálu různých projevů, které všechny označujeme jako halucinace.

Hledáme společný aspekt různých projevů halucinací, který bychom mohli označit za abnormální. K vymezení abnormality ovšem potřebujeme uvést příklady toho normálního. Pokud vyjdeme z obecné definice halucinací jako „vjemům podobných prožitků“, jako první příklad se nabízí samotné vjemy, kterým se halucinace v jistých ohledech podobají. Od vjemů se naopak liší tím, že, zjednodušeně řečeno, nemají externí stimul. Proto se jako příklad ke srovnání nabízí i prožitky, které také nemají externí stimul, jako jsou vzpomínky nebo imaginace. Chceme-li tedy popsat, co je na halucinacích abnormálního, bude nutné definovat, čím se liší od smyslových vjemů na jedné straně, a od vzpomínek či imaginací na straně druhé.

#### 5.1.1 Indexikalita halucinací

Z předchozí citace je také patrné, že reprezentamen halucinací může mít všechny tři charakteristiky, totiž může být qualisignem, sinsignem i legisignem. V prvním případě (qualisignum) slyší pacient například tón, v druhém případě (sinsignum) nerozlišený hlas a ve třetím případě (legisignum) slova nebo věty. Všechny tři typy reprezentamenu si lze představit nejen v případě sluchových halucinací, ale ve všech senzoričeských modalitách. Třeba na úrovni hmatových halucinací bychom jako příklad qualisigna mohli označit bolest<sup>23</sup>, neboť nositelem znaku je vlastní kvalita, jako příklad sinsigna bolest nohy, neboť reprezentamenem je zde sice stále bolest jako kvalita, ale už v nějakém konkrétním vztahu, totiž jako bolest nohy, a o legisignum by se jednalo v případě, kdy například pro běžce znamená bolest, že má zpomalit nebo naopak zrychlit, tedy jde o nějaký obecný typ. Nezdá se tedy, že by halucinace obecně byly charakteristické určitým typem reprezentamenu. To ovšem neznamená, že by konkrétní pacient nemohl mít halucinace pouze nebo z převážné části specifické co do typu reprezentamenu. Jinými slovy, halucinace u jednoho pacienta mají ve většině případů podobu hlasů, i když tyto hlasy říkají různé věci, kdežto u jiného pacienta jde o hvízdání, hudbu či jiné zvuky, které bychom ovšem všechny

---

<sup>23</sup> Ve smyslu celkové, nespecifické bolesti („Cítím bolest.“)

mohli označit za sinsigna. Toto rozlišení je však třeba chápat v souvislosti s dalšími charakteristikami znaku, neboť pouze na jeho základě nelze formulovat závěry.

Od reprezentamenu se dostáváme k objektu znaku a jeho charakteristikám. Pokuším se zde ukázat, že ze sémiotického hlediska je pro halucinace charakteristická porucha indexikality, totiž vztahu mezi reprezentamenem a objektem. Ovšem pouze na určité úrovni chápání halucinace jako znaku. Zde bych měl stručně připomenout to, o čem podrobněji pojednává podkapitola 4.1.4 Klasifikace znaků – tři trichotomie. Podle Peirceovy sémiotické teorie může být jedna entita či instance<sup>24</sup> různými znaky. Jinými slovy, můžeme rozlišovat různé roviny značení či znaku. Například každé legisignum (zákonitost, která je znakem) je v jistém smyslu sinsignem (jednotlivinou, která je znakem). Stokrát napsané písmeno „a“ je v každém případě stejným legisignem, ale v jistém smyslu je každý jeho případ jednotlivým znakem, sinsignem (CP 2.246). Takto na jedné rovině je napsané „a“ znakem pro hlásku „a“ (legisignum), ale na jiné rovině může mít význam to, že je toto „a“ napsáno červeně (což například značí, že pisatel použil propisku s červeným inkoustem), a v takovém případě značí právě tento jeden výskyt (sinsignum). Jinými slovy, abych napsal hlásku „a“, je v podstatě jedno, jakou ji napíši barvou, a když chci ukázat, jakou barvu má moje propiska, je v podstatě jedno, jakou hlásku napíši. Pořád jde o stejnou „instanci“, tedy jedno konkrétní napsané „a“, ale na různých znakových úrovních reprezentuje jiné objekty a je jinak interpretována.

Vraťme se však k halucinacím. Jako příklad můžeme citovat autentické zápisky pacientky, v nichž popisuje své abnormální prožitky<sup>25</sup>. Pacientka slyší neznámý mužský hlas, o kterém tvrdí, že ho slyší ušima, ale v jejím okolí nikdo není, a je si vědoma, že jde o halucinace (Kučerová, 2010, str. 59). Hlas například říká: „Musíš ztlumit televizi.“ Tato promluva je znakem. Jedná se o příkaz, který určuje, že adresát má ztlumit televizi. Znak má tedy komplexní objekt, kdy reprezentuje nejen televizi, ale i akt ztlumení a také odkazuje k osobě pacientky, jíž je příkaz adresován. Tuto znakovou rovinu bychom mohli nazvat

---

<sup>24</sup> Zde je terminologie poněkud nedostatečná, proto volím pojmy „entita“ a „instance“, které se ovšem u Peirce nevyskytují.

<sup>25</sup> Podle kazuistiky pacientka dále trpěla vizuálními halucinacemi, při nichž viděla svou matku (která byla naživu, ale v jiném městě), a perzekučními bludy, podle nichž byla například otrávena technickým lihem (Kučerová, 2010, str. 57).

obsahem halucinace<sup>26</sup>. Různí pacienti mají různé obsahy halucinací, ale zpravidla neslyší pouze jednu konkrétní větu nebo zvuk. Objekty, které znaky na této rovině reprezentují, pak mohou být značně rozdílné. Pokud například pacient slyší určitý tón, pak je objektem tohoto znaku tento tón samotný jako určitá kvalita<sup>27</sup>. Může ale jít také o velmi komplexní objekty, kdy halucinovaný hlas popisuje mnoho osob či událostí, nebo kdy má pacient složité vidiny. Zatím se tedy zdá, že rovina obsahů halucinací se může vázat k různým objektům, a tedy není pro samotné halucinace specifická.

Můžeme ovšem rozlišit další roviny znaku. Přidržíme-li se předchozího příkladu, pak na rovině obsahu bude promluva „Musíš ztlumit televizi.“ v Peircově klasifikaci propozicí neboli dicentním symbolickým legisignem. Dicentním proto, že nese určitou informaci, není ani kvalitativní možností, ani inferencí. Symbolickým proto, že vztah mezi reprezentamenem a objektem má povahu zákonitosti, nikoli podobnosti nebo přímého ovlivnění. Legisignem proto, že nositel znaku má povahu zákonitosti či typu, nikoli kvality nebo jednotlivosti. Zároveň má ovšem daná promluva charakter znaků nižšího řádu, neboť pro Peirce v sobě složitější znak vždy v nějakém smyslu nese znak jednodušší. Takto je promluva „Musíš ztlumit televizi.“ legisignem, protože ji hlas může opakovat vícekrát a stále půjde o stejný příkaz. Ale každé vyřčení této věty je v jistém smyslu specifické, jednotlivé, a tedy ho můžeme chápat jako sinsignum<sup>28</sup>. Obsah promluvy je dicentní, nese určitou informaci. Ovšem zaměříme-li se na promluvu jako jednotlivý výskyt, sinsignum, má tento znak povahu rématu. Je to obdobné, jako když slyšíme někoho vyřknout větu v nám neznámém jazyce. Z hlediska interpretace nenese tato cizojazyčná promluva stejnou informaci, jako kdybychom větě rozuměli, avšak obě věty mají společnou rématickou rovinu, pokud odhlédneme od informace, kterou nesou. A ve stejném smyslu bude na určité rovině promluva „Musíš ztlumit televizi.“ indexikální, a to vzhledem k objektu, který na této úrovni reprezentuje. Zaměříme se tedy nyní na danou halucinaci jako na rématické indexikální sinsignum.

---

<sup>26</sup> Přičemž tatáž halucinace může být i jiným znakem, tedy být na jiné rovině znaku, jak ukáží v následujícím odstavci.

<sup>27</sup> Samozřejmě může jít o složitější znak, například pokud má pacient hudební vzdělání a daný tón pro něj reprezentuje „komorní a“ nebo „začátek Novosvětské“.

<sup>28</sup> Vzpomeňme si na napsané „a“, které je na jedné rovině legisignem, ale na jiné rovině je jednotlivým výskytem, sinsignem.



Peirce poskytuje následující definici: “RÉMATICKÉ INDEXÁLNÍ SINSIGNUM [např. spontánní výkřik] je cokoli z přímé zkušenosti, co obrací pozornost na nějaký OBJEKT, jímž bylo vyvoláno.” (CP 2.256) Na této rovině je tedy objektem znaku zdroj hlasu, který k pacientovi promlouvá, obdobně jako výkřik na ulici poutá naši pozornost k člověku, který vykřikl, nebo zvuk skřípání pneumatik k autu, které brzdí. Nejde o to, k jakým dalším objektům může znak odkazovat či jakou další informaci může nést. Tato rovina znaku je charakteristická právě indexikalitou, tedy vztahem reprezentamenu k objektu na základě přímé souvislosti.

Lze tuto rovinu znaku najít u všech druhů halucinací? Pacient například může mít vizuální halucinaci, kdy před sebou vidí neznámou osobu. Tento obraz osoby je (rématickým) ikonickým sinsignem, ovšem na určité úrovni také rématickým indexikálním sinsignem. Na této úrovni obraz poutá pozornost stejným způsobem, jakým poutá pozornost výkřik ke svému zdroji. Můžeme dokonce hledat paralelu mezi intenzitou nebo ostrotí výkřiku a barevností obrazu. Například sytě rudý obraz, který se objeví v místnosti galerie, kam jsme právě vstoupili, velmi intenzivně přitahuje naši pozornost. O rématickém indexikálním sinsignu bychom hovořili i v případě chuťových, taktilních nebo čichových halucinací. Indexikalita prožitku chuti reprezentuje jako svůj objekt zdroj chuti, jímž je zpravidla právě zakoušené jídlo, ale nemusí tomu tak být nutně. Pokud ráno po náročném večeru pocítím v ústech pachutí, jedná se také o prožitek chuti, ovšem jeho indexikalita neodkazuje k zakoušenému jídlu, nýbrž k samotným ústům, kde pachutí cítím.

Indexikalita v Peircově smyslu je vztahem prožitku k něčemu tomuto prožitku externímu. T. L. Short to interpretuje následovně: “Tato idea indexikality vyžadovala úpravu kategorie, která byla v ‘Novém seznamu’ pojmenována jako ‘relace’. Tento nový koncept označený jako ‘druhost’ vycházel z Peircovy fenomenologické reinterpretace kategorií, kterou započal v roce 1885 (W5:235 a dále). Zde Peirce charakterizoval fenomenologickou druhost jakožto dvoustranné uvědomění neoddělitelných polarit, například síly a odporu, akce a reakce. Aby člověk cítil, že jedná, musí cítit odpor vůči tomuto jednání; aby cítil odpor, musí člověk cítit, že vynakládá sílu. Takto vnímáme něco jako něco odlišného od (‘externího k’) našeho prožitku toho; obojí je jednotlivé. Tato zkušenost je směrová, tedy časoprostorová; jáství a to jiné jsou takto prožívány jako vzájemně relativní. Ve zkušenosti

je druhost sama indexikální a umožňuje nám myslet jednotliviny, přestože myšlení vyžaduje obecné pojmy.”<sup>29</sup> (Short, 2007, stránky 49-50).

Ono “externí”, k němuž se zkušenost vztahuje, není nutně externí ve smyslu “externí reality”. Je to externí vůči zkušenosti, vůči prožitku. Indexikalita je směrová, ovšem ne nutně jen v prostorovém smyslu. Prožitek nikdy nestojí sám o sobě, nýbrž se objevuje v určitém poli a vstupuje tak do vztahů. Peirce tyto základní vztahy chápe jako dyády akce-reakce či síla-odpor. Cokoli, co vstupuje do našeho pole pozornosti, vstupuje s určitou silou, která naráží na odpor. Vztah síly a odporu má směrový charakter. Obecně tak každý znak, který vstupuje do pole pozornosti, má indexikální charakter v tom smyslu, že překonává určitý odpor, a je ve vztahu k určité síle. Peirce udává mnohem konkrétnější příklady indexikálního charakteru znaku, jako je korouhvička ukazující směr větru (CP 2.257) nebo ukazovací zájmeno (CP 2.259). Ovšem indexikalita sama je i v těchto případech dyadickým vztahem síly a odporu.

Abychom se přiblížili tomu, v čem jsou halucinace specifické, podívejme se na indexikalitu v případě smyslových vjemů a v případě imaginace. Vidím například svíčku, přičemž můj vjem svíčky je znakem. Reprezentamenem tohoto znaku je vjem v mé pozornosti, objektem je svíčka a interpretantem například to, že se mi vybaví výraz „svíčka“. V druhém případě zavřu oči a vybavím si svíčku, kterou jsem právě viděl. Nemusím to ani udělat záměrně, prostě jen zavřu oči a svíčku uvidím. Reprezentamenem je opět vjem v mé pozornosti, interpretantem opět slovo „svíčka“, ovšem co je objektem? Oba znaky na určité rovině reprezentují stejný objekt. Zdá se, že rozdíl mezi prvním a druhým případem spočívá v tom, že jde buď o svíčku jako fyzický objekt, nebo o svíčku jako mentální jev. Co ale v případě, kdy bychom svíčku viděli ve virtuální realitě, třeba pomocí 3D brýlí? Žádná „fyzická“ svíčka před námi není, a přesto má tento vjem jiný charakter než vjem svíčky, kterou si představujeme. Rozdíl mezi těmito vjemy můžeme popsat právě jako rozdílnou indexikalitu. Nejde o to, jaký konkrétní objekt znak reprezentuje, ale o typ vztahu mezi reprezentamenem a objektem. V tomto smyslu chápeme rozdílnou indexikalitu smyslových vjemů a imaginací. Smyslové vjemy jako znaky směřují pozornost jiným způ-

---

<sup>29</sup> Indexikalita a druhost nejsou totožné pojmy, ovšem indexikalita má povahu druhosti (jako má ikonicitu povahu prvosti a symboličnost povahu třeřosti). V Shortově citovaném textu je indexikalita popisována právě na základě svého charakteru druhosti.

sobem než imaginace. Vstupují do stejného prostoru, tedy prostoru pozornosti, ale rozdílně.

Jak tedy na základě tohoto rozdílu popsat abnormalitu halucinací? Předpokládejme, a tento předpoklad ještě podrobíme zkoumání, že halucinace jsou prožitky imaginací, které za normální situace mají určitou indexikalitu. Ovšem v abnormální, halucinační situaci mají jinou indexikalitu, totiž takovou, jakou mají smyslové vjemy. To ale nestačí. Nyní se musíme zaměřit na objekty halucinací.

### 5.1.2 Objekt halucinací

Jak se liší halucinace od smyslových vjemů, pokud mají stejnou indexikalitu? Pokuším se ukázat, že rozdílný je jejich objekt. Podle psychiatrického diskursu chybí halucinačním vjemům odpovídající stimul v externí realitě (Frith, 1992, str. 68). Zdá se, že halucinace lze určit pouze skrze druhou osobu, která porovná pacientovy prožitky (resp. to, jakým způsobem pacient o svých prožitcích referuje a reaguje na ně) s vnímanou realitou. Jinak není pacient schopen rozlišit, co je a co není halucinace. Jsou tedy halucinace definovatelné jen skrze přítomnost druhé osoby?

V Peircově pojetí není nutně objekt znaku "reálný" objekt ve smyslu předmětu. Pro Peirce je objekt vnímatelný, představitelný nebo dokonce nepředstavitelný (CP 2.230). Vztah mezi objektem a znakem je charakterizován tím, že znak reprezentuje objekt v jistém ohledu (*ground*, viz CP 2.228). Propozice (neboli dicentní symbol) je na určité rovině zároveň rématickým indexikálním sinsignem. Ovšem objekt propozice na úrovni dicentního symbolu je jiný, než objekt reprezentovaný stejným znakem na úrovni rématického indexikálního sinsigna. Někdo na ulici na mne například křikne: "Pozor, auto!" Objektem tohoto znaku jako dicentního symbolu je auto (přestože tu žádné auto "reálně" být nemusí), avšak objektem tohoto výkřiku na úrovni rématického indexikálního sinsigna je osoba, která vykřikla, právě v tom ohledu, že vykřikla.

Abychom mohli přesněji popsat, co by mohlo být objektem halucinace jako rématického indexikálního sinsigna, musíme využít Peircovy koncepce bezprostředního a dynamického objektu: "[...] je nutné rozlišit mezi bezprostředním objektem, neboli objektem, jak je reprezentován znakem, a dynamickým objektem, který je skutečně působícím,

ovšem nikoli bezprostředně přítomným objektem.” (CP 8.343). Hlavní rozdíl zde spočívá v tom, že bezprostřední objekt je objektem jedné instance zkušenosti, kdežto dynamický objekt může být objektem více instancí zkušenosti<sup>30</sup>.

Zjednodušeně řečeno, halucinace se liší od smyslového vjemu tím, že její dynamický objekt je vnitřní, a nikoli vnější. To ovšem neznamená, že je k určení halucinace vždy potřeba další osoba. Pokud další osoba řekne pacientovi, že určitý objekt jeho vjemů není skutečný, odkazuje tak k dynamickému objektu halucinace jako znaku. Ovšem tento odkaz opět vnímá pacient sám. Další osoba vytváří pro pacienta indexikální znak, který směřuje jeho pozornost k (pro pacienta) vnitřnímu objektu. Proto pacient dokáže rozlišit halucinace i bez přispění další osoby. Například halucinovaný hlas, který pacient slyší, může být v různých fázích nemoci interpretován různě (Frith, 1992, str. 68), neboť je reprezentován různými znaky s různými bezprostředními objekty.

V předložené analýze se však pořád zdá problematické využití pojmů “vnitřní” a “vnější”. Rozlišení na “vnitřní” jako to, co se odehrává v mysli, a “vnější” jako to, co je vůči procesům v mysli externí realitou, je nedostatečné. Skrze takové rozlišení nelze vysvětlit, jak je sám pacient (ať už s přispěním další osoby, nebo bez ní) schopen nahlédnout fakt, že halucinuje, neboť pro něj jsou nutně všechny procesy “vnitřní”. Také nelze slučovat “vnitřní” s tím, co je záměrné z hlediska jáství (*self-agency*, viz níže komentář k závěrům Shauna Gallaghera). Lze tedy popsat halucinace bez těchto pojmů?

Pokud spojíme závěry týkající se indexikality a objektu (či spíše objektů), můžeme se pokusit podat sémiotickou definici halucinací: *Halucinace jsou znaky, jejichž indexikální vztah vůči bezprostřednímu objektu odpovídá indexikalitě smyslových vjemů, ovšem jejich indexikální vztah vůči dynamickému objektu odpovídá indexikalitě imaginace nebo vzpomínek*. Výhodou této (poněkud krkolomné) definice je to, že nevyžaduje rozlišení na vnitřní a vnější. Popisuje to, co se odehrává v samotné mysli. Jak bylo řečeno výše, dynamický objekt v Peircově smyslu není fyzický předmět. Je to objekt, který je nebo může být reprezentován různými znakovými instancemi. Díky tomu sám pacient může poznat, že se jedná o halucinace, přestože je jako halucinace stále prožívá. To, co je na halucinacích abnormální, je totiž právě porucha indexikality těchto znaků.

---

<sup>30</sup> Podrobněji viz podkapitola 4.1.3 Druhy objektů a druhy interpretantů.

Nyní se ale vraťme k rozlišení rovin znaku. Rovina rématického indexikálního signa je společná všem halucinacím a halucinace jsou charakteristické právě poruchou indexikality na této rovině. Halucinace jsou ovšem znaky i na jiných rovinách. Jak jsem popisoval výše, někteří pacienti mohou slyšet zvuky nebo hudbu, jiní jednotlivá slova a jiní zase celé věty pronášené konkrétní osobou. Nešetkáváme se však s případy, kdy by pacient zaměňoval veškerou svou imaginaci nebo paměť za smyslové počitky. Jinými slovy, nejde o obecnou poruchu rozlišování smyslových vjemů a vnitřních prožitků. Přesto se setkáváme s teoretickými koncepcemi, které takto halucinace interpretují. Příkladem může být André Aleman v knize *Cognitive neuropsychiatry of hallucinations in schizophrenia* (Aleman, 2001). Podle jeho teorie jsou halucinace “příliš živé” představy, které kognitivní systém pacienta nedokáže odlišit od smyslových vjemů. Tato “živost” imaginací je údajně způsobena velkou mírou detailnosti, která je jinak typická pro smyslové vjemy (Aleman, 2001, str. 72). Takováto interpretace by ovšem předpokládala určité spektrum živosti či detailnosti prožitků, které je kontinuitní. Ostatně výzkumníci pracující s touto teorií skutečně využívají pokusnou metodu, která pracuje s mírou “živosti” (Aleman 2001: 87). Jak jsme ovšem ukázali, mezi smyslovými vjemy a představami není škála. Prožitky nevnímáme tak, že by byly smyslovými vjemy, ale „tak trochu“ zároveň imaginací. Jsou jedno nebo druhé. Jedná se tedy spíše o různé směřování pozornosti. Pacient zpravidla není v nejistotě, “nakolik” je daný prožitek podobný smyslovému vjemu nebo imaginaci<sup>31</sup>.

Navíc, pokud by šlo o obecnou poruchu, nebyl by důvod, proč by měly být halucinace opakující se objekt, např. stejný hlas či stejná témata, o nichž hlas mluví (Weinberger & Harrison, 2011, str. 11). Na základě případových studií se spíše zdá, že se halucinace týkají konkrétních objektů, v jejichž případě dochází k záměně indexikality. Halucinace nejsou poruchou interpretace. Pokud by byly, musely by ztratit charakter halucinací ve chvíli, kdy je pacient interpretuje “správně”. To ovšem není v souladu s klinickými studiemi.

Shaun Gallagher nazývá tyto teorie halucinací jako vysvětlení “shora-dolů” (Gallagher, 2007, str. 33). Gallagher rozlišuje mezi primárními prožitky, které jsou prereflexivní, a vyšší úrovní kognice, která je reflexivní a metareprezentativní. Přístupy “shora-

---

<sup>31</sup> Proti této argumentaci by bylo možné namítnout následující. Různé směřování prožitků je výsledkem toho, že prožitky s různou intenzitou živosti směřují k různým atraktorům. Kdyby pak živost imaginací přesáhla určitou kritickou úroveň, „přehoupla“ by se do smyslových vjemů. I kdyby to ovšem takto bylo, ony atraktory by odpovídaly tomu, že prožitek vnímáme buď jako smyslový vjem, nebo jako imaginaci.

dolů” přisuzují poruchu, která způsobuje halucinace, vyšším úrovním kognice. Oproti tomu přístupy “zdola-nahoru” vysvětlují halucinace na rovině poruchy primárních prožitků. Gallagher je zastáncem druhé varianty. Pracuje s pojmy *prožitek vlastnění* (*sense of ownership*) a *prožitek působení* (*sense of agency*). Prožitek vlastnění popisuje vnímání toho, že se mi něco děje, ať už tělesně nebo duševně. Prožitek působení mám tehdy, kdy něco působím z vlastní vůle a záměrně, tedy že jsem příčinou daného prožitku. Pokud pohnu rukou, mám zároveň prožitek vlastnění (je to má ruka, která se pohnula) a zároveň prožitek působení (byl jsem to já, kdo rukou pohnul). Pokud do mne někdo strčí, mám prožitek vlastnění (mé tělo se pohnulo), ovšem nikoli prožitek působení (nebyl jsem to já, kdo způsobil pohyb).

Skrze tyto koncepty můžeme podle Gallaghera popsat halucinace. Pacienti podle něj udávají, že hlasy, které slyší, jsou jejich (prožitek vlastnění), ale nezpůsobují je (prožitek působení). Gallagher z toho vyvozuje závěr, že halucinace mohou být vysvětleny jako porucha “[...] určité neurologické složky zodpovědné za rozlišování mezi já a jiným[...]” (Gallagher, 2007, str. 44), neboli zodpovědné za koordinaci prožitku vlastnění a prožitku působení. Proti tomuto vysvětlení bychom mohli uvést následující argument. Vzpomínání a představivost mohou být záměrné, ovšem mohou být i nezáměrné. Mohu si vybavit vzpomínku z paměti, protože chci, ale může se mi také stát, že si něco vybavím (například asociací s něčím, co vidím), aniž by to byl můj záměr. V druhém případě půjde o prožitek vlastnění, ale nikoli o prožitek působení. Co ovšem bude společné oběma typům prožitků, je právě indexikalita. A to bez ohledu na to, zda se jedná zároveň o prožitek vlastnění a prožitek působení, nebo jen jeden z nich.

V úvodu této analýzy halucinací jsem uvedl, že obsah halucinací, tedy to, co hlasy říkají nebo jaké zvuky pacient slyší, není specifický pro charakter halucinací jako takových. Toto tvrzení lze podložit tím, že pro každého pacienta je obsah halucinace rozdílný. Nyní je ovšem nutné vztáhnout obsah halucinací k závěrům předložené analýzy. Jsou halucinace co do obsahu zcela náhodné? Zdá se, že nikoli. V tom případě by pacienti museli halucinačně prožívat velmi různé obsahy. Pokud jeden pacient slyší hlas své sousedky, neměl by někdy slyšet tento hlas jako smyslový vjem a jindy si uvědomovat, že jde o imaginaci? S tím se ovšem nesetkáváme. Obsahy halucinací jsou v jistém ohledu stálé, přestože jsou u různých pacientů různé. Halucinace u jednoho pacienta mohou být například pronášeny

jedním nebo několika málo hlasy. Nebo mohou mít povahu příkazů, jak je patrné z některých kazuistik (Kučerová, 2010, str. 59). To, co zde nazývám rovinou „obsahů halucinací“, ovšem neplatí jen v případě sluchových nebo vizuálních halucinací. V případě chuťových halucinací by šlo například o specifickou chuť nebo několik málo chutí, které pacient cítí, u hmatových halucinací například konkrétní místo na těle nebo způsob pocítování, třeba svědění na noze.

Pokud mají halucinace u konkrétních pacientů vymezený obsah, může to být ze dvou důvodů. Buďto je obsah halucinací náhodný, nebo je něčím determinovaný. V prvním případě rozumím slovem „náhodný“ to, že obsah halucinací je výsledkem souhry okolností. To by předpokládalo, že si halucinace v jistém smyslu „hledají“ svůj obsah. Jinými slovy, musela by existovat určitá tendence vnímat vnitřní prožitky jako smyslové (tedy tendence k záměně indexikality), která se realizuje na určitém obsahu. Pokud mám tendenci k halucinacím, která se v určité chvíli projeví, a já shodou okolností v této chvíli myslím na hlas své susedky, budu tento hlas prožívat halucinačně. Zároveň se to ale nemůže dít v každé situaci zvlášť, neboť pak by nejspíš byly obsahy halucinací pro každou situaci různé. Mohli bychom tak předpokládat, že v průběhu nemoci dojde k nějaké prvotní, určující situaci, kdy se obsah halucinací zafixuje, a přitom v této situaci dojde k přiřazení obsahu náhodně, shodou okolností. Proč mne pronásledují zrovna vidiny mimozemšťana? Protože v určité chvíli, při propuknutí halucinací, jsem si vzpomněl na jeden sci-fi film, a obraz mimozemšťana zůstal fixován jako halucinační prožitky. Takové vysvětlení je ale na první pohled nedostatečné. Mimo jiné nedokáže zdůvodnit, proč jsou určité obsahy častější nebo dokonce typické, jako například obviňující hlasy (Laroi, 2012, str. 725).

Není-li obsah halucinací náhodný, musí být něčím determinovaný. Musí existovat důvod, proč jeden pacient ve svých halucinacích slyší neznámé hlasy, které komentují dění okolo něj, a jiný pacient slyší hlas své matky. Tento důvod může být dvojí povahy. Buďto, jako v předchozím případě, existuje určitá tendence zaměňovat vnitřní prožitky za prožitky smyslové, která je fixována v případě halucinačního obsahu s vhodnými charakteristikami. To by předpokládalo, že některé prožitky se stanou halucinacemi pravděpodobněji než jiné. Není ovšem zřejmé, jaké charakteristiky by to měly být. Nebo, což je druhý možný důvod, jsou to samotné obsahy, které má pacient tendenci prožívat jako haluci-

nační. Této možnosti by nasvědčoval poměrně úzký profil halucinačních obsahů v případě jednotlivých pacientů. Ačkoli se může zdát, že hlasy nebo vidiny jsou různorodé, z hlediska znakových charakteristik jsou poměrně stálé. Halucinovaný hlas může říkat mnoho různých vět, ovšem stále se jedná o jeden stejný hlas s určitými kvalitami (např. hluboký, tišný mužský hlas). Pacient může vidět různé neexistující osoby, které ale mají společné například to, že stojí a hledí na pacienta. Opět není jasné, zda lze popsat obecné charakteristiky halucinačních obsahů pro všechny pacienty. Popsané typy vztahů mezi halucinacemi a jejich objekty se navíc mohou do určité míry překrývat. Například může existovat více obsahů, které mají tendenci být halucinačně prožívány, ale to, který z nich bude nakonec skutečně halucinačně prožíván, je výsledkem shody okolností.

Přesto bych se přikláněl k poslední jmenované možnosti, totiž že samotné obsahy mají takový charakter, že se projevují halucinačně. V kontextu předchozí analýzy bychom takové obsahy označili jako dynamický objekt halucinací. U pacienta, který halucinuje, vykazuje určitý dynamický objekt poruchu indexikality na rovině znaků (skrže něž je reprezentován) rématického indexikálního sinsula.

## 5.2 Bludy

Halucinace a bludy jsou často dány do úzké souvislosti jako skupina abnormálních prožitků. Někteří autoři tvrdí, že rozlišování mezi halucinacemi a bludy postrádá relevanci (Frith, 1992, str. 66). V některých případech je skutečně obtížné určit rozdíl. Například pokud má pacient dojem, že se mu pod kůží na noze pohybují brouci, může se jednat o bludnou představu, hmatovou halucinaci, nebo obojí dohromady. Velmi obvyklé perzekuční bludy také mohou úzce souviset se sluchovými či vizuálními halucinacemi, například když pacient slyší obviňující nebo komentující hlasy. V jiných případech se můžeme setkat s pacienty, kteří mají bludné představy, ovšem nepopisují ani nevyjadřují žádné známky halucinací, a naopak. Budu tedy pro potřeby analýzy, alespoň předběžně, vycházet z rozlišení mezi bludy a halucinacemi.

Ačkoli jsou bludy obvyklým symptomem schizofrenie, nevyskytují se pouze u schizofreniků. Bludy se objevují i v případě nemocí jako je demence, skleróza, epilepsie nebo třeba AIDS (Coltheart, Langdon, & McKay, 2007, str. 642). Přesto bývá typický obraz schi-



zofrenie spojován právě s bludy, o čemž svědčí také asi nejznámější typ schizofrenie podle *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*, totiž paranoidní schizofrenie (Světová zdravotnická organizace, 2014). Jistou ironií zůstává, že právě převaha pozitivních symptomů jako halucinací nebo bludů dává výrazně lepší prognózu úspěšnosti léčby než převaha negativních symptomů, které jsou zpravidla hůře léčitelné.

*Diagnostický a statistický manuál (DSM-5)* nabízí následující vymezení: „Bludy jsou pevná přesvědčení, která se nemění ani ve světle protichůdných důkazů.“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 87). Nejde tedy ani tak o to, že by bludné přesvědčení bylo nepravdivé. Může se totiž stát, že blud je shodou okolností pravdivý, třeba v případě přesvědčení, že pacienta podvádí jeho žena. Tento blud by také spadl pod tzv. nebizarní bludy, tedy takové, které by za jistých okolností mohly být pravdivé (např. když si někdo myslí, že je sledován tajnými službami). Můžeme tedy rozlišit i bizarní bludy, které zcela odporují fyzikálním nebo jiným zákonitostem (např. když je pacient přesvědčen, že je mrtvý). Další obvyklé rozlišení bludů se týká jejich obsahu či tématu. Nejedná se o zcela ustálenou typologii<sup>32</sup>, ovšem zpravidla se uvádějí:

- *perzekuční bludy* („Sleduje mě FBI.“)
- *referenční bludy* („Všichni na ulici si povídají o mně.“)
- *bludy grandiozity* („Mám poslání spasit svět.“)
- *náboženské bludy* („Bůh si mne vyvolil.“)
- *erotomické bludy* („Ten slavný zpěvák mě miluje.“)
- *bludy žárlivosti* („Má žena mě neustále podvádí.“)
- *somatické bludy* („Mám v těle cizí orgán.“)
- *hypochondrické bludy* („Mám AIDS.“)
- *bludy myšlení*, např. *kradení myšlenek* („Lidé na ulici mi vysávají myšlenky.“), *vkládání myšlenek* („Můj otec vysílá myšlenky do mého mozku.“) nebo *vysílání myšlenek* („Mé myšlenky jsou vysílány jako rádiová stanice.“).

Coltheart, Langdonová a McKay pracují s rozlišením na *polytematické bludné systémy (polythematic delusional systems)* a *monotematické bludy (monothematic delusions)*

---

<sup>32</sup> Srov. např. (American Psychiatric Association, 2013, str. 87), (Frith, 1992, str. 66) a (Weinberger & Harrison, 2011, str. 10).

(2007, str. 642)<sup>33</sup>. Pokud se předchozí výčet týkal především polytematických bludů, pak můžeme ještě doplnit některé z monotematických:

- *Capgrasův blud* („Moje žena byla nahrazena dvojnicí.“)
- *Cotardův blud* („Jsem mrtev.“)
- *Fregoliho blud* („Cizí lidé kolem mne jsou moji známí v přestrojení.“)
- *blud záměny odrazu v zrcadle* („Osoba, kterou vidím v zrcadle, nejsem já.“)
- *somatoparafrenie* („Moje ruka není moje, ale tvoje.“)
- *anosognosie v případě hemiplegie* („Moje ruka není paralyzovaná.“ – přičemž je)
- *hysterická paralýza* („Moje ruka je paralyzovaná.“ – přičemž není) (Coltheart, Langdon, & McKay, 2007, str. 643)

Nejedná se o kompletní seznam a nejspíš takový ani neexistuje, neboť hranice mezi některými typy nejsou jasně vymezené. Jedná se ovšem o nejtypičtější obsahy bludů a naprostou většinu pacientů lze do některé z těchto kategorií zařadit.

V případě bludů vyvstává problém, který explicitně zmiňuje i *DSM-5* (American Psychiatric Association, 2013, str. 87), týkající se jejich kulturní podmíněnosti, resp. jejich posuzování. Některá témata bludů, zvláště náboženská, sice splňují definici bludu, ovšem vzhledem ke kulturně-společenským konotacím takto nejsou hodnocena. Nemusí však jít pouze o náboženská témata. Například hranice mezi sebevědomím či sebestředností a grandiózním bludem je nejspíš výrazně posunutá, srovnáme-li evropskou a americkou společnost<sup>34</sup>. Problematické je ovšem i posuzování hranice mezi pevným přesvědčením (*strongly held idea*) a bludem. Jejich rozdíl není kvantifikovatelný, nelze například přesně určit počet protiargumentů, po jehož překročení se držení určitého přesvědčení stává bludným. Navíc v některých situacích ani daná osoba není protiargumentům vystavena, či je naopak přímo podporována svým okolím v nepravdivém přesvědčení. Tato problematika spadá do oblasti, kterou jsem označil jako diskurzivní přístup (viz kapitola 2.2 Přístupy k sémiotice duševních poruch), a v následujícím textu ji nechávám stranou. Zaměřím se na

---

<sup>33</sup> Toto rozlišení považuji za poněkud zavádějící, neboť i v případě monotematických bludů můžeme hovořit o vytváření bludných systémů.

<sup>34</sup> Mám na mysli například něčí pevné přesvědčení, že je excelentní zpěvák či výtvarný umělec, přestože nemá žádné úspěchy. V takových případech je ovšem nezbytně nutné zohlednit kontext společenského nastavení, které podobná přesvědčení podporuje skrze popkulturní obrazy, a případně i rodinného zázemí, které takové osobnostní nastavení podporuje nebo přímo pěstuje.

méně rozporuplné případy bludů, jako když je pacient přesvědčen, že je levou nohou Boha, nebo když má pacient utkvělou myšlenku, že mu někdo vyoperoval všechny orgány z těla. K otázce rozdílu mezi pevným přesvědčením a bludem se ovšem ještě vrátím.

Chris Frith jmenuje několik kognitivně-psychiatrických teorií bludů (Frith, 1992, stránky 77-83). První z nich vychází z předpokladu, že bludy jsou výsledkem racionalizace halucinačních prožitků. Jinými slovy, pacient zastává blud právě proto, že je v danou chvíli nejlepším možným vysvětlením abnormálních halucinačních prožitků. Frith podotýká, že tento přístup sice vysvětluje některé typy halucinací, nikoli ale všechny. Další teorie interpretuje bludy jako výsledek narušeného logického uvažování. Někteří pacienti skutečně vykazují abnormální výsledky v některých logických testech<sup>35</sup>. I tento přístup ovšem Frith kritizuje. Podle něj skrze tuto teorii nelze dostatečně zdůvodnit, proč jsou bludy u konkrétních pacientů poměrně jasně tematicky vymezené. Pokud by šlo o obecnou poruchu logického myšlení, nejspíš by se projevovala napříč tématy. Frith předkládá vlastní hypotézu, podle níž jsou bludy zapříčiněny poruchou kognitivního procesu sebemonitorování (Frith, 1992, str. 81). Zjednodušeně řečeno, porucha sebemonitorování vede k problémům s rozlišováním mezi „já“ a „cizím“. To pak ústí v abnormální prožitky označované jako bludy, ale také v halucinace. Tento koncept, jak sám Frith přiznává, ale nevysvětluje všechny druhy bludů. Poměrně dobře interpretuje bludy jako vkládání nebo ovládnutí myšlenek (Frith, 1992, str. 84), o poznání hůře pak typy bludů, jakou jsou perzekuční nebo grandiózní. Obecně Frith řadí poruchu sebemonitorování pod obecnější poruchu metareprezentace, která je podle něj kognitivním defektem společným pro všechny symptomy schizofrenie (viz podkapitola 3.3 Snahy o sjednocující teorie).

### 5.2.1 Propoziční struktura bludů

Vymezit oblast projevů bludů s sebou nese jisté komplikace. Pokud bychom se drželi psychiatrické definice například z *DSM-5*, podle níž jsou bludy pevná, nevyvratitelná přesvědčení (American Psychiatric Association, 2013, str. 87), vyvstane otázka, co vše lze pod tuto definici zahrnout. Blud je zpravidla shrnut v jedné nebo několika větách (např. „Jsem Ježíš Kristus.“). To je již ovšem rovina psychiatrického diskursu, který nutně podléhá in-

---

<sup>35</sup> Výsledky studií, které zmiňuje Frith, by nejspíš bylo možné řadit pod symptom abnormálního myšlení, o němž bude řeč v další podkapitole.

terpretaci. Pomocí metody sémiotické redukce je nutné odlišit tuto interpretační rovinu od roviny projevů pacienta, kterou budeme konceptualizovat jako projevy znakové. Zaměříme-li se na rovinu znakových projevů pacienta, je zřejmé, že blud nemůže být tvořen jedním znakem, nýbrž souborem znaků. Těžko si lze představit, že by blud sestával z jednoho konkrétního výroku vysloveného v jedné situaci. Pokud blud charakterizujeme jako „pevný“ a „nevyvratitelný“, předpokládá to minimálně dvě věci. Za prvé, pacient ho bude vyjadřovat opakovaně a z vlastní vůle či vlastního popudu. Za druhé, takto vyjadřované bludné přesvědčení musí vyvolávat určitý odpor způsobený protichůdnými fakty, které nejsou s bludem logicky slučitelné. Proto než tvrdit, že blud je pro pacienta nevyvratitelný, by podle mého názoru bylo přesnější tvrdit, že se *pacient brání vyvrácení bludu*, neboť je tak zdůrazněno, že pacient klade aktivně odpor. Zatím nechávám stranou, zda se odpor vůči bludu realizuje pouze skrze projevy jiných osob (tedy když se někdo pacienta snaží přesvědčit, že jeho názor je nepravdivý), nebo se může realizovat i jiným způsobem. Každopádně, definice bludu předpokládá, že se odpor vůči bludnému přesvědčení realizuje minimálně několikrát, a přesto pacient opakovaně blud projevuje. Odpor jako takový se ovšem nemusí nutně projevit, pokud pacient není konfrontován s rozporuplností svých tvrzení ze strany jiné osoby<sup>36</sup>.

Podívejme se nyní na jeden delší příklad bludných projevů z kazuistiky schizofrenického pacienta:

„Stále se mu [pacientovi – pozn. ŠP] v hlavě honí myšlenky, jaké je jeho poslání ve světě, Bůh se k němu otočil zády, že udělal něco špatného, ale Bůh ho miluje, Boha má v srdci, ale satana má v hlavě. Jeho ducha ovládá Bůh, ale hlavu ovládá satan, protože má v hlavě šumění vodopádů, vysoké napětí a jakoby mu v hlavě lítali sršni a nemohli se dostat ven. Proto pil pivo, asi deset piv denně, ale to ho omezovalo a způsobilo to, že se mu démoni uhnízdili v hlavě a provokují ho, aby měl špatné myšlenky proti Bohu. Nyní to Bůh vyřešil tak, že má pokoj v srdci. Prášky mu nepomáhají proti těm myšlenkám, akorát mu dělají, že se nebojí a nikam neutíká. Aby sladil duši s duchem, potřebuje ty démony vyhnat pryč.“ (Kučerová, 2010, stránky 71-72)

---

<sup>36</sup> Zde se dopouštím zjednodušení. Za jistých okolností nemůžeme vyloučit, že by pacient sám nemohl klást určitý odpor, resp. že v jeho mysli se určitý odpor neodehrává.

Předně je třeba v uvedené kazuistice rozlišit několik momentů, které nutně nemusí spadat do oblasti bludů. Jak jsem zmiňoval výše, bludy a halucinace jsou si často velmi blízko. Zdá se, že pacientovy popisy toho, co se mu děje v hlavě, tedy „šumění vodopádů“, „vysoké napětí“ či „lítání sršňů“, odkazují spíše k halucinačním prožitkům vyjádřeným (nejspíš z důvodu jejich abnormálnosti a neuchopitelnosti) metaforicky. Pokud ale tyto prožitky označíme jako halucinace, neznamená to, že nejsou nějakým způsobem součástí bludů. Podobně je to v případě konzumace piva, o níž pacient vypovídá. Samotné pití piva nemusí být nutně projevem bludu, ovšem způsob, jakým o něm pacient hovoří, už za bludný můžeme považovat. Pacient pití piva zdůvodňuje ve vztahu k tomu, co se mu děje v hlavě, kterou podle jeho slov ovládá satan. Podobně je vysvětlován efekt užívání léků. Za bludné samozřejmě nemůžeme považovat užívání léků jako takové, ale souvislosti, do nichž ho pacient zasazuje.

Odtud můžeme vyvodit první hypotézu: *Bludy mají charakter dicentních znaků*. Abychom mohli hovořit o bludném projevu, musí daný projev poskytovat nějakou informaci. Bludným projevem tak může být věta „Mám v hlavě satana.“, ale těžko může být bludné samotné slovo „satan“ nebo samotné slovo „hlava“, pokud nejsou v určité souvislosti. Obecně si tedy nelze představit, že by bludnými mohly být rématické znaky, které nelze interpretovat tak, že poskytují informaci o svém objektu. Podle mého názoru nemohou mít bludné znaky ani povahu argumentu. Pacient sice může provádět určitá vyvozování, ovšem bludný charakter budou mít samotné propozice, které jsou součástí daného argumentu, nikoli argument jako takový. K tomu se vrátím později. V uvedené citaci se setkááme s určitou třídou dicentních znaků, totiž s dicentními symboly neboli propozicemi. Právě propozice jako „Bůh je v mém srdci.“ nebo „Prášky mi nepomáhají proti těm myšlenkám.“ obvykle pacient přímo vyslovuje a tudíž nám do určité míry splývají s tím, co chápeme jako projevy bludu. Dicentní charakter ovšem nemají jen věty. Například portrét v galerii, který je opatřen štítkem „Napoleon I. Bonaparte“, je dicisignem, neboť je interpretován jako informace „Takto vypadal Napoleon.“<sup>37</sup>, a dicisignem je pro Peirce třeba i korouhvička, neboť podává informaci o směru větru. Lze si představit znaky bludů, které

---

<sup>37</sup> Pro úplnost, samotný portrét je ikónickým sinsignem, neboť odkazuje ke svému objektu na základě podobnosti, a samotný popisek je rématické indexikální legisignum. Dohromady tvoří dicentní symbol neboli propozici, neboť objektu denotovanému popiskem je přisuzována kvalita reprezentovaná ikónem (tedy podoba). Obdobně by mohl třeba otec s dětmi přistoupit k obrazu a prohlásit: „Děti, tohle je Napoleon.“

nejsou propozicí, ale mají dicentní charakter? Teoreticky ano, prakticky se s nimi příliš neseztáváme. Pacient může například pít pivo, aby vyhnal z hlavy démony. Samotné pití piva ovšem nemá dicentní charakter a nelze ho takto interpretovat, dokud pacient sám nedá pití piva do souvislosti s démony v hlavě. O dicentních znacích je rozhodně možné mluvit v souvislosti s výtvarnou tvorbou, což ovšem také není nejběžnější způsob komunikace mezi pacientem a lékařem<sup>38</sup>. Hypotézu tedy můžeme pracovní zjednodušit takto: *Bludy mají charakter propozic*. Je přitom třeba mít na paměti, že nemusí jít nutně jen o věty, ale závěry následující analýzy by měly být platné i pro další třídy dicentních znaků.

### 5.2.2 Centrální a periferní bludné propozice

Pokud mají bludy charakter propozic, můžeme rozlišit jejich druhy? Podívejme se, jakým způsobem popisuje bludy psychiatrický diskurs. Blud je zpravidla „shrnutý“ v jedné či několika větách. Tím se neříká, že by blud sestával z této jedné věty. Sestává z mnoha vět, které však nějakým způsobem vycházejí nebo parafrázuji toto shrnutí. Z výše uvedené citace z kazuistiky můžeme také poměrně snadno abstrahovat hlavní, opakující se motiv: „Boha mám v srdci, satana v hlavě.“ Předpokládejme nyní, že bludné projevy lze takto shrnout do jedné nebo několika vět. Znamenalo by to, že pacientův blud se točí okolo jednoho nebo několika málo témat, s nimiž jsou jeho bludné projevy v nějakém vztahu. Na tomto základě formuluji druhou hypotézu: *V případě bludných projevů můžeme rozlišovat mezi centrální bludnou propozicí a periferními bludnými propozicemi*. Vztahem mezi oběma druhy bludných propozic se budu zabývat vzápětí, nyní se zaměříme na první druh.

Centrální bludná propozice je východiskem pro utváření bludných propozic, nemusí však být nutně explicitně vyslovena pacientem. Pokud například pacient bude tvrdit, že nesmí jíst, protože by tím živil mimozemská vajíčka, a zároveň se bude dožadovat operace břicha, můžeme předpokládat, že základem takových tvrzení je přesvědčení, že do něj mimozemšťané nakladli vajíčka. Ovšem i když nutně nemusí být centrální bludná propozice vyslovena pacientem, předpokládáme, že právě tato propozice je základem jeho bludných projevů. Dále, jak můžeme charakterizovat centrální bludné propozice? Podle Peirce má dicentní symbol neboli propozice dvě části: *subjekt* a *predikát* (CP 2.312). Porovnáme-

---

<sup>38</sup> Více k tématu viz (Charvát & Pudlák, 2016).

li obvyklé příklady bludů, shledáme, že jako subjekt dané propozice se zpravidla vyskytuje „já“. Můžeme zkusit induktivně odvodit další hypotézu: *Subjektem centrální bludné propozice je „já“*. Ačkoli v češtině zájmeno „já“ obvykle vypouštíme, většinu příkladů bludů lze přeformulovat právě s „já“ jako subjektem. Centrální bludná propozice v případě perzekučních bludů by tak například byla „*Já jsem sledován FBI.*“, v případě referenčních „*Já jsem tím, o kom se baví všichni na ulici.*“, erotomanických „*Já jsem tajně milován Georgem Clooneym.*“ atd. Lze si představit bludné propozice, jejichž subjektem by nebylo „já“? Teoreticky jistě ano. V případě náboženských bludů by propozice zněla například „*Pan Novák je Bohem vyvolený.*“, v případě hypochondrických „*Ona má AIDS.*“ a v případě Cotardova bludu „*Ty jsi mrtvý.*“ S takovými případy se ovšem nesetkáváme. Některé druhy bludů jsou nutně spojené s jinou osobou. Příkladem může být Capgrasův blud („*Můj manžel byl vyměněn za dvojníka.*“) nebo somatoparafrenie („*Moje ruka není moje, ale tvoje.*“). Ovšem i zde se objekt bludu nutně váže na „já“. Proto se Capgrasův blud týká blízkých osob, zpravidla partnera, rodičů či sourozenců pacienta, a není formulován tak, že by si podle pacienta jiná osoba o někom myslela, že byl vyměněn za dvojníka.

Vraťme se ke vztahu centrálních a periferních bludných propozic. Bludy mohou mít celou škálu projevů v řeči i chování pacientů. Centrální bludná propozice charakterizuje to, co je těmto projevům (nebo jejich části) společné. Jak jsem argumentoval výše, samotná centrální bludná propozice nemusí být jako taková vyjádřena pacientem. To, co vyjadřuje, jsou periferní bludné propozice, které mohou vytvářet složité bludné systémy. Jeden takový systém popisuje Prinzhorn v případě pacienta Augusta Netera:

„Ve všech těchto fázích [Neterovy nemoci – pozn. ŠP] se stále více vyvíjí a systematizuje bludná konstrukce, kterou nyní popíšeme v jejích základních rysech. Jednak spočívá v objevení skutečné rodinné historie: s formálně zachovalou pseudologikou, jež je vlastní paranoikům, zdlouhavě dokládá, že jeho babička údajně byla nemanželské dítě Napoleona I. a Izabely Parmské. Vyrůstala v jednom klášteře jako hraběnka Wolgschaft a ještě v pozdější době udržovala vztahy se dvorem. Základ této představy možná spočívá v tom, že jako švadlena skutečně takové „vztahy“ měla. Veškeré vzpomínky z dětství se mu vyjasňují, když je vidí ve světle tohoto zjištění. Své panství zakládá ve své vlastní zemi, nezávisle na Francii a Německu a nazývá je „Marguise Wolgschaft“. Sám se většinou podepisuje jako „Aot IV-

Napoleon”, přičemž přeložil své jméno August do francouzštiny a takto je nahradil (něm. August, fr. Août – srpen). Nárokuje si různé trůny a píše dopisy vládám a knížatům, hlavně v období války, která je převážně vedena s cílem jeho osvobození z hanebné internace. Neustále se přitom objevují výborné nápady, zabývající se často ve vtipných glosách politikou nebo kulturněhistorickými hodnotovými měřítky.“ (Prinzhorn, 2011, stránky 227-228)

V tomto případě se zjevně jedná o blud grandiozity, který má mnoho různých projevů. Všimněme si, jak August Neter vrství své výplody, když svůj původ odvozuje od Napoleona I., což zakládá jeho legitimitu k vládnutí, jeho nové jméno, nárok na správu konkrétního území a rady, které uděluje „ostatním“ vladařům (nebo je alespoň chce udělovat). Je ovšem nutné Prinzhornovi odporovat v tvrzení, že by šlo o „pseudologiku“. Sledujeme-li vztahy mezi propozicemi podrobně, pak sice jednotlivé propozice jsou nesmyslné a abnormální, ale samotný proces vyvozování je poměrně logický<sup>39</sup>. Pokud by Neter skutečně byl potomkem Napoleona I., nebylo by zcela nemyslitelné, že by si nárokoval nějaké území (i když by ho asi stěží získal), psal dopisy vladařům nebo si změnil jméno. Samotné vyvození nemusí být chybné. To, co činí závěry chybnými, je nepravdivý předpoklad. Peirce definuje třídu znaku *argument* (CP 2.252). Argument sestává z dvou propozic<sup>40</sup>, *premisy* a *konkluze* (závěru), které jsou ve vzájemném vztahu inference, vyvozování (CP 2.253). Centrální bludná propozice se společně s další (i pravdivou) propozicí stává premisou, z níž vyplývá konkluze, kterou můžeme označovat právě jako periferní bludnou propozici. Pokud je pacient přesvědčen, že je Napoleonovým dědicem (první část premisy), a ví, že si dědicové císařů zpravidla nárokují vládu (druhá část premisy), vyplývá z toho, že by si mohl nárokovat vládu (konkluze). Zde je nutné podotknout, že si proces tohoto vyvozování pacient nemusí přímo uvědomovat, stejně jako si v běžném životě zpravidla neuvědomujeme všechny inference, které činíme. Bludný systém se dále rozvíjí tak, že se konkluze předchozího argumentu stává částí premisy dalšího argumentu. Pacient vyvozuje: „Pokud si mám nárokovat vládu (první část premisy) a vládu lze nárokovat jen na současných vla-

---

<sup>39</sup> Samozřejmě by šlo namítat, že se Neter dopouští některých logických nepřesností. Ovšem i „normální“ lidé se běžně dopouštějí logicky chybných vývodů. Tvrdím, že pacienti s bludy nejsou v tomto ohledu nikterak výjimeční.

<sup>40</sup> V logice je zpravidla struktura vyvozování rozdělována na tři propozice – dvě premisy a konkluzi. Peirce ukazuje, že obě premisy v každém případě musí být vzájemně svázány (v rámci argumentu), a tedy je přesnější mluvit o jedné (složené) premise (CP 2.253).



dařích (druhá část premisy), musím se obrátit na vladaře (konkluze).“ Tímto způsobem se systém bludných propozic rozrůstá a nabývá značné detailnosti, jak poukazuje Prinzhorn. Tvrdím však, že charakteristikou bludných systémů není chybná logika. Naopak, logická struktura některých bludných systémů může být velmi přesná a propracovaná. Charakteristické pro bludné systémy je to, že jsou strukturované kolem centrální bludné propozice, z níž jsou další propozice vyvozovány. A to i v kombinaci s pravdivými tvrzeními. Znamená to také, že periferní bludné propozice mohou být té centrální značně vzdálené, neboť jsou výsledkem celé série vyvozování. Bludy se tak mohou projevovat v různých oblastech, které jsou zdánlivě nesouvisející.

### 5.2.3 Odpor vůči vyvracení bludů

Zaměřme se ještě na další charakteristický prvek bludů, totiž odpor, který klade pacient při jejich vyvracení. Vyjdeme z následující otázky: Lze srovnat bludy s jinými prožitky nebo fenomény, které jsou v určitých aspektech podobné? Máme několik možností. Jednak, jak vyplývá z úvodní definice, můžeme bludy považovat za zvláštní (abnormální) druh přesvědčení, které jsou však základní součástí našeho přístupu ke světu a jde tedy o velmi obecný pojem. Co činí bludná přesvědčení abnormálními oproti ostatním přesvědčením? První možností může být jejich bizarní tematika, což ovšem neplatí pro všechny druhy bludů. Dále by to mohla být jejich nepravdivost, ale v některých případech ani to nemusí nutně platit<sup>41</sup>. Bludy jsou charakteristické právě tím, že jsou pro pacienta nevyvratitelné, či přesněji, že pacient klade odpor vůči jejich vyvrácení. Tvrdím ale, že tento odpor není charakteristický jen pro bludy, ale týká se i jiných přesvědčení. V různých situacích, kdy se odhalí určité nesrovnalosti, klademe různý odpor, který závisí na mnoha faktorech<sup>42</sup>. Když se mne někdo bude snažit přesvědčit, že Tiberius nebyl nástupcem Augusta, nebudu mu to věřit. Vzhledem k tomu, že toto přesvědčení se vztahuje k řadě zdrojů, musel by mne

---

<sup>41</sup> Například blud žárlivosti nebo i perzekuční bludy (pacient může mít blud, že je sledován policií, a přitom skutečně může být sledován policií, ale přesto se jedná o blud).

<sup>42</sup> Tato problematika je velmi rozsáhlá a zde je podána pouze zjednodušeně. Důležitou roli v držení a vyvracení přesvědčení by hrály mimo jiné formulace. Řekněme, že se mi někdo snaží vyvrátit přesvědčení, že Brno je město. Nesnaží se mě ale přesvědčit o tom, že by Brno neexistovalo, že by mapy Itálie atd. Snaží se vyvrátit pouze to, že pojem „město“ definuje určitým způsobem a má podle něj určité aspekty, které Brno nesplňuje. Pak se může stát, že skutečně vyvrátí mé přesvědčení, že je Brno město, a nadále budu tvrdit, že Brno město není, ovšem šlo v první řadě o reformulaci pojmu. Narážíme zde na hranici relativity pojmů, která se může promítat i do analýzy bludných projevů.

také přesvědčit řadou zdrojů či autorit, abych své přesvědčení změnil. Pak bych ovšem mohl uznat, že mé přesvědčení bylo chybné.

Docela jiný odpor bych ale kladl, kdyby se mne někdo snažil přesvědčit kupříkladu o tom, že jsem reinkarnací Buddha. Takové tvrzení natolik odporuje všem souvislostem, které v okolním světě shledávám, že bych kladl značný odpor vůči všem autoritám a důkazům, které by toto tvrzení dokládaly. Přijmout takové tvrzení by totiž znamenalo radikálně přehodnotit základní poznatky, na nichž stojí mé chápání světa. Naopak bych se snažil případné důkazy zařadit do mého stávajícího chápání světa. Kdyby mě o takovém názoru přesvědčoval neznámý člověk na ulici, chápal bych jeho tvrzení buď jako pomýlenost duševně narušené osoby, nebo jako pragmatickou snahu využít mé naivity k získání majetku. Kdyby se mne o takovém tvrzení snažili přesvědčit moji přátelé a má rodina, nejspíš bych to považoval za sofistického a propracovaného kanadského žerta. Možná ale, po dlouhém přesvědčování a mnoha předložených důkazech, bych přece jen podlehl a přijal přesvědčení, že jsem reinkarnací Buddha.

Předchozí příklad samozřejmě není zcela náhodný. Je v jistém smyslu komplementární k situaci pacienta trpícího bludy, přičemž pacient by mohl být přesvědčený právě o tom, že je reinkarnací Buddha, a jeho přátelé a rodina by se ho snažili přesvědčit o opaku. Odpor, který by kladl, by nejspíš byl velmi podobný. Pokoušel by se zvýznamňovat tvrzení rozporující jeho přesvědčení jiným způsobem, například jako zkoušku pevnosti své víry. Jeden rozdíl by zde však mohl být: pacient trpící bludem se nenechá přesvědčit o opaku, alespoň ne v akutní fázi psychózy. Srovnání s předchozím příkladem je samozřejmě pouze hypotetické, neboť z etických důvodů nelze provést podobný experiment se zdravou osobou. Významnou roli by také hrála celá řada dalších faktorů, jako je povaha daného tvrzení, osobnostní charakteristiky a především pak fáze onemocnění, neboť s ústupem akutní fáze klade pacient výrazně menší odpor.

Na základě srovnání ovšem můžeme předpokládat, že centrální bludné propozice, vůči jejichž vyvracení klade pacient odpor, nemají v tomto ohledu charakter běžných tvrzení nebo názorů. Odpovídají spíše takovým tvrzením, která konstituují náš pohled na svět. Pokud bychom přístup ke světu redukovali na (neuvěřitelně rozsáhlý) soubor propozic (např. „Jsem student.“, „Tramvaje jezdí na elektřinu.“, „Italská vína jsou lepší, než moravská.“ atd.) ve vzájemných vztazích, budou tyto propozice tvořit systém na základě

struktury argumentu (s premisou a konkluzí). Určité propozice budou častěji součástí premis, neboť od nich odvozujeme další závěry (v hypotetickém souboru propozic bude nejspíš častější součástí premis propozice „Jsem student.“, než propozice „Italská vína jsou lepší než moravská.“). V případě takovýchto „základních“ propozic nejspíše budeme klást větší odpor vůči jejich vyvrácení, neboť jejich vyvrácení znamená nutnost přehodnocení dalších závěrů vyplývajících z těchto propozic. Tvrdím tedy, že centrální bludné propozice budou odpovídat těmto základním propozicím a budou se stávat součástí premis ve struktuře argumentů. Zůstává zde otázka, co je příčinou čeho? Můžeme se totiž ptát, zda centrální bludné propozice odpovídají základním propozicím právě proto, že se stávají premisami v argumentech, nebo zda se stávají premisami v argumentech právě proto, že mají obdobný charakter jako základní premisy. Přikláním se spíše k druhé možnosti, jak se pokusím ukázat v další kapitole. Jak je tomu v případě periferních bludných propozic? Ty jsou odvozené od centrální bludné propozice a pacient tedy také nejspíš bude klást odpor vůči jejich vyvrácení. Ovšem i v případě normálních přesvědčení, které nějakým způsobem odvozujeme od našich základních propozic, budou zřejmě volnější, čili pacient bude klást menší odpor vůči jejich vyvrácení. To lze ilustrovat na mnoha příkladech z klinické praxe. Zvláště s ústupem akutní fáze psychózy je pacient postupně ochoten připouštět, že některé propozice jeho bludného systému nemusí být pravdivé, ačkoli se bludu stále do jisté míry drží (Kučerová, 2010, stránky 42-43).

#### 5.2.4 Diskuse k bludům

Shrňme si závěry analýzy projevů bludů. V první řadě, pokud bludné projevy chápeme jako znaky, pak tyto znaky mají dicentní charakter, neboli (zjednodušeně) jde o propozice. Bludné propozice mohou tvořit celé systémy. Lze rozlišovat mezi centrální bludnou propozicí a periferními bludnými propozicemi. První typ představuje „téma“ bludu či základní, výchozí propozici, např. „Pronásleduje mě ďábel.“ Centrální bludné propozice v případě schizofrenie jsou charakteristické tím, že jejich subjektem je „já“. Periferní bludné propozice jsou vyvozené z centrální. Společně tvoří argument, kde je centrální bludná propozice součástí premisy a jehož konkluzí je periferní propozice. Ta se pak může stát součástí premisy dalšího argumentu, čímž se rozrůstá bludný systém. Samotná argumentační struktura nemusí být chybná. Závěr je chybný proto, že je chybná premisa. Paci-

ent také klade odpor pokusům o vyvrácení některé z tezí bludného systému. Odpor se zdá být nejsilnější v případě centrální bludné propozice, méně pak u periferních propozic, které jsou nejspíš do určité míry jednotlivě vyvratitelné.

Z předložené analýzy, pokud je správná, vyplývají další závěry. Předně se zdá, že bludné projevy nejsou důsledkem nějaké obecné poruchy logického myšlení či interpretace. S takovými teoriemi se ovšem můžeme často setkat. Například Coltheart, Langdonová a McKay (2007) přeložili tzv. dvoufaktorovou teorii monotematických bludů. Podle této koncepce je příčinou vzniku určitých bludů souhra dvou neurobiologických poruch, z nichž jedna se týká oblasti mozku zodpovědné za hodnocení názorů. Například u Capgrasova bludu, kdy je pacient přesvědčen, že jemu blízká osoba byla nahrazena dokonalým dvojníkem, jde o souhrn poruchy ve výše zmíněné oblasti v pravé frontální kůře a poruchy v oblasti mozku zodpovědné za rozlišování obličejů (Coltheart, Langdon, & McKay, 2007, stránky 643-644). Tato teorie ovšem nedokáže vysvětlit, proč se Capgrasův blud zpravidla týká právě jedné osoby, proč jde většinou o blízkou osobu (partnera, sourozence) nebo proč se porucha hodnocení názorů projevuje právě jen na tomto konkrétním tématu.

Je také nutné vymezit se vůči teoriím, které pokládají bludy za důsledek narušení logického myšlení. Některé z těchto teorií popisuje Chris Frith: „Existuje několik možných cest k falešnému přesvědčení, ovšem většina teorií předpokládá, že bludy vznikají kvůli poruše logických procesů dedukce a vyvozování.“ (Frith, 1992, str. 77). Jak jsem se ovšem pokusil ukázat, nezdá se, že by v případě bludů byly narušeny samotné logické procesy. Pokud rozlíšíme mezi centrální bludnou propozicí a periferními bludnými propozicemi, pak struktury vztahů, které mezi nimi jsou, neodporují logice. Jinými slovy, pokud máme špatnou premisu, dojdeme ke špatným závěrům, ačkoli samotný deduktivní proces, který jsme uplatnili, byl správný. Navíc lze skrze teorie pracující s obecným poškozením procesů vyvozování jen obtížně vysvětlit, proč se bludy týkají konkrétních témat.

Otázkou zůstává, které z těchto aspektů bludných projevů jsou konstitutivní a které spíše průvodní. Například periferní bludné propozice se zdají být důsledkem tendence interpretovat prožitky v souvislosti s centrální bludnou propozicí. Nemusí ovšem být nutnou součástí bludu, ačkoli jsou důležitým projevem, který je v diagnostickém procesu označen jako symptom. Odpor může pramenit buďto z charakteru centrální bludné pro-

pozice, nebo může být právě odpor konstitutivním prvkem bludu, který fixuje určitou propozici jako bludnou.

To, co je pro bludy charakteristické, můžeme shrnout jako *narušení struktury významňování světa*. Ilustruje to výše uvedená citace z knihy Hanse Prinzhorna, zvláště pak jedna konkrétní věta popisující bludné „prozření“ pacienta Augusta Netera: „Veškeré vzpomínky z dětství se mu vyjasňují, když je vidí ve světle tohoto zjištění.“ (Prinzhorn, 2011, str. 228). Přeloženo do méně poetické řeči, Neter začíná s nástupem bludných představ interpretovat vzpomínky na své dětství v kontextu centrální bludné propozice. Vzpomínky na to, co dělala nebo jak se chovala jeho babička, dostávají nový význam skrze interpretační rámec bludu. Babička se nestýkala se zástupci místního knížecího roku proto, že byla švadlena (což byla dosavadní interpretace), nýbrž proto, že sama byla šlechtického původu. Pacient si utváří argumentační struktury, kdy kombinuje (faktické) vzpomínky a prožitky s centrální bludnou propozicí a vyvozuje z nich nové závěry. Centrální bludná propozice je natolik silná, že narušuje strukturu propozic, skrze něž významňujeme svět. Je „silná“ právě v tom smyslu, že zakládá vyvozování. Nemá stejný charakter jako utkvělá představa. Skrze utkvělou představu, i když se nám stále vrací na mysl, nemusíme nutně interpretovat své prožitky. Oproti tomu centrální bludná propozice působí obdobně jako propozice, skrze něž vyvozujeme závěry o svém okolí a které tvoří základ systému našeho výkladu světa.

### 5.3 Dezorganizace myšlení a řeči

Název tohoto symptomu schizofrenie naznačuje, že jde o dva druhy projevů, totiž „dezorganizované myšlení“ a „dezorganizovanou řeč“, což ale není zcela přesné. *DSM-5* popisuje tento symptom jako „dezorganizované myšlení“ či „formální poruchu myšlení“ („*formal thought disorder*“), ovšem s tím, že na dezorganizaci myšlení obvykle usuzujeme na základě poruch řečových projevů. *Manuál* uvádí několik příkladů poruch řeči: rozvolnění asociací, odbíhání od tématu a inkohereci řeči neboli „slovní salát“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 88). V těchto případech interpretuje lékař či jiná osoba dezorganizaci pacientova myšlení z charakteru samotné řeči. Ovšem pacient sám si může uvědomovat, že jeho myšlení je nějakým způsobem narušené, a sdělit tento svůj názor

lékaři. Symptom je sice i v tomto případě odvozován na základě řeči (pacient to musí nějak sdělit), ale jiným způsobem, než v prvním případě. K tomuto problému se ještě vrátím.

Poruchy řeči a komunikace se mohou projevat v mnoha různých směrech. Nancy Andreasenová vytvořila metodologický nástroj obsahující škálu dvaceti druhů poruch, která zahrnuje mimo jiné ochuzení řeči, těkavost řeči, nelogičnost, neologismy, setrvávání a další (Andreasen N. A., 1986). Podle dalšího výzkumu Andreasenové, který cituje Chris Frith (1992, str. 96), se u schizofrenních pacientů nejčastěji vyskytuje devět z nich:

- *ochuzení řeči* – pacient podává zpravidla jednoslovné odpovědi bez dalších informací, sám nezačíná konverzaci;
- *ochuzení obsahu řeči* – pacient sice odpovídá dlouze, ale jeho odpověď obsahuje jen malé množství informací;
- *odbíhání od tématu* – pacientovy odpovědi se týkají tématu vzdáleně, případně vůbec;
- *vykolejení myšlenek* – v průběhu své řeči se pacient postupně odklání od tématu;
- *nesoudržnost* – pacientova řeč je nesoudržná na úrovni vět, slova a výrazy sice dávají význam, ale jejich vzájemný vztah není zřejmý;
- *nelogičnost* – vyvozování logicky chybných závěrů;
- *ztráta cíle* – pacient v rámci své řeči nedojde k cíli nebo závěru, kam svou řečí směřoval;
- *setrvávání* – setrvalé opakování určitých slov či výrazů v rámci promluvy;
- *sebereference* – setrvalé vztahování obsahu řeči k vlastní osobě<sup>43</sup>.

U dalších autorů se můžeme setkat s mírně odlišnými definicemi nebo i dalšími typy poruch řeči a komunikace. Oproti Andreasenové jmenují Arango a Carpenter například ještě blokování myšlenek, tvorbu neologismů nebo parafázi neboli užívání běžných slov se zcela novým významem (Arango & Carpenter, 2011, str. 11). Za zmínku stojí také způsob, jak je symptom dezorganizace řeči pojat v často využívaném diagnostickém dotazníku SCI-PANSS (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992). Součástí dotazníku je oddíl nazvaný „Obtíže s abstraktním myšlením“, který obsahuje dva úkoly. V prvním tazatel říká respondentovi dvojice slov jako „jablko-banán“ či „malba-báseň“ a respondent má odpo-

---

<sup>43</sup> Definice jednotlivých poruch jsou shrnuty podle (Andreasen N. A., 1986, stránky 474-480).

vědět, co je těmto dvěma výrazům společné. V druhém úkolu má respondent odpovědět, jaký je význam přísloví jako „Víc hlav víc ví.“ nebo „Jablko nepadá daleko od stromu.“. Tazatel zaznamenává, zda je odpověď příliš konkrétní, zda se vzdaluje od tématu či zda je idiosynkratická (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992, str. 9). Není ovšem zřejmé, v jakých ohledech se takto zkoumaná oblast „obtíží s abstraktním myšlením“ překrývá s oblastí poruch organizace řeči.

### 5.3.1 Organizace znaků a znaky dezorganizace

Oproti analýze halucinací či bludů se zdá být sémiotická redukce symptomu dezorganizace řeči o poznání problematičtější. Pokud halucinaci můžeme chápat jako znak, co je znakem v případě dezorganizace? Ovšem pokud je dezorganizace řeči symptomem, musí být v sémiotickém smyslu znakem.

Aplikujeme-li sémiotickou redukci na výše jmenované případy, můžeme formulovat hypotézu, podle níž bude *základní znakovou jednotkou dezorganizace řeči promluva či série promluv*. Všechny uvedené projevy dezorganizace řeči jsou promluvy, ovšem to, co je činí abnormální, je specifické jen v kontextu komunikační situace. Stejná promluva či série promluv může být normální v jedné situaci, ovšem abnormální v jiné. Například ve volném, přátelském rozhovoru je přeskakování mezi tématy poměrně běžné, kdežto v případě formálního dialogu s určeným cílem konverzace může být hodnoceno jako abnormální. Pojem „promluva“ (angl. *utterance*) v uvedené hypotéze taktéž poukazuje k tomu, že analyzujeme věty či výrazy v určité komunikační situaci. Rozdíl mezi „větou“ a „promluvou“ z hlediska sémiotiky můžeme charakterizovat tak, že věta je abstraktní jednotka, kdežto promluva je věta užitá s určitým komunikačním záměrem v určité situaci. Ostatně i Frith zdůrazňuje, že poruchy řeči u schizofreniků je nutné chápat spíše jako poruchy komunikace, než jazyka (Frith, 1992, str. 96).

Diagnostika tohoto symptomu také vyžaduje mnohem rozsáhlejší interpretaci kontextu, než třeba diagnostika halucinací. Zjednodušeně řečeno, určitý projev buď je halucinací, nebo není. V případě řečových projevů rozlišujeme mezi „normální“ a „dezorganizovanou“ či „abnormální“ řečí. Mezi nimi ovšem může existovat celá řada projevů, které nejsou „zcela normální“ nebo „zcela abnormální“, nýbrž někde mezi, blíže jednomu nebo

druhému pólu. Ostatně i v „normální řeči“ je obvyklé, že se přeřekneme, uděláme nelogické vyvození nebo ztratíme tok myšlenek („Kde jsem to byl?“). Stačí si přečíst neupravený přepis libovolného (normálního) rozhovoru nebo si pustit jeho audiozáznam soustředit se na strukturu řeči. Frith uvádí přepisy úryvků standardizovaných rozhovorů se dvěma pacienty, z nichž jeden trpí ochuzením řeči, kdyžto druhý projevuje „normální“ řeč. Frith přitom zdůrazňuje, že jde o ilustrativní příklad rozdílů mezi normální a abnormální řečí (Frith, 1992, str. 43). Zde uvádím jen části:

*„Příklad 4.1 Ochuzená řeč*

E Jak se vám teď celkově vede, pane D.?

D Dobře.

E Jste v pořádku. Jak... jak jste se cítil v posledních týdnech?

D Šlo to.

E Cítíte se tedy dobře. Máte nějaká období, kdy se cítíte smutný nebo nešťastný?

D Ne.

E Ne? Nic takového? To je dobře. Teď mi řekněte, pane D, je něco, co si myslíte o životě jako takovém?

D (kroučí hlavou)

E Ne? Takže obyčejné myšlenky jako my ostatní. Ne. Napadlo vás někdy, že jste v nějakém ohledu výjimečný?

D (kroučí hlavou)

[...]“ (Frith, 1992, str. 44)

*„Příklad 4.2 Normální řeč*

E Takže, jak jste se poslední týden měl? Vše v pořádku?

H Hm. Ušlo to.

E Žádné zvláštní problémy?



H No... zvláštní problémy?... Spíš ne.

E Jak jste se cítil v posledním týdnu?

H No, jde to... Jde to... Kdyby se to zobrazilo na grafu, šlo by to chvíli nahoru a chvíli dolů.

E Chvíli nahoru, chvíli dolů.

H V noci to jde většinou nahoru.

E Po ránu se cítíte o něco hůř, o něco víc nešťastný?

H Ne. Je to v pořádku, jakmile si dám snídani, víte, a cigaretu.

[...]“ (Frith, 1992, str. 45)

Uvedené příklady mnohem spíše než rozdíl mezi ochuzenou řečí jakožto symptomem a normální řečí jakožto asymptomatickým projevem, jak je předkládá Frith, podle mého názoru ukazují problematiku psychiatrické diagnostiky. Kde je hranice mezi dezorganizovanou a normální řečí? Kolik promluv musí obsahovat komunikace s pacientem, aby bylo možné určit jeho řečové projevy jako abnormální? Která všechna kritéria se promítají do diagnostiky těchto symptomů? Podobné otázky jsem sice v kapitole 2.2 Přístupy k sémiotice duševních poruch zařadil do diskurzivního přístupu v rámci sémiotiky duševních poruch, kterému se zde nechci příliš věnovat, ovšem v tomto případě daná problematika zasahuje i do přístupu symptomatologického. Přímou totiž souvisí s tím, co činí dané projevy abnormálními.

Výše jsem naznačil, že symptomy dezorganizace řeči je třeba chápat jako promluvy, nikoli jako věty. Dezorganizace může být pojata jako abnormální jen v řečových situacích, vzhledem ke kontextu dané situace. Promluva nebo soubor promluv se stává abnormální vzhledem k určitému modelu komunikační situace. Tento model komunikace udává pravidla toho, jak mají být formovány promluvy. Zeptám-li se někoho na ulici, kterým směrem je Václavské náměstí, očekávám, že jeho odpověď bude součástí množiny možných odpovědí, od promluv typu „Támhle.“, „Nevím.“, „I don't understand.“ nebo ukázání směru rukou. V obecné rovině popsal principy komunikace Herbert Paul Grice (1975) v rámci tzv. konverzačních maxim. Podle Grice jde o maximy *kvantity* („Neříkej méně ani více, než

vyžaduje situace!“), *kvality* („Mluv pravdivě!“), *relevance* („Buď relevantní!“) a *způsobu* („Podávej informace jednoznačně a popořádku!“) (Grice, 1975, stránky 45-46). Typy řečových poruch vyskytujících se v případě schizofrenie, které jsem popsal výše, by bylo možné zhruba vyložit jako porušení konverzačních maxim – ochuzení řeči porušuje maximu kvantity, vykolejení porušuje maximu relevance, nelogičnost porušuje maximu kvality atd. Šlo by postupovat i opačně, totiž na základě typů poruch sestavit konverzační maximy jejich negací – „Neříkej příliš málo!“ (ochuzení obsahu), „Drž se tématu!“ (odbíhání od tématu), „Neupívej na určitých slovech nebo výrazech!“ (setrvávání) atd.

Konverzační maximy nyní nechme stranou. Zajímá nás, jak lze charakterizovat poruchy řeči na úrovni znaků. Ačkoli v rámci diagnostiky je k určení symptomu dezorganizace řeči nutné posuzovat soubor promluv, pomyslnou jednotkou znaku dezorganizace řeči bude jednotlivá promluva. Jak jsem ukázal i v předchozích kapitolách, promluva může být znakem na různých úrovních. V předchozí ukázce ochuzené řeči z knihy od Chrise Fritha odpovídá pacient na úvodní otázku slovem „Dobře.“ Z hlediska Peircovy sémiotiky by šlo o dicentní symbol (propozici), které by odpovídala informaci „Vede se mi dobře.“ Ve srovnání s ukázkou „normální“ řeči z téže knihy nese v podstatě stejnou informaci. Na jiné úrovni je však „bohatost vyjádření“ (jakožto kvalitativní aspekt promluvy) či, stroze vyjádřeno, počet slov této promluvy také znakem, totiž znakem ochuzenosti vyjadřování. Na této rovině běžně vyjadřujeme informace, které nejsou součástí „obsahu“ sdělení, ale spíše komunikací o komunikaci či metakomunikací.

Znaky na rovině metakomunikace jsou součástí běžné komunikace. Například když někomu odpovídám úsečně, sděluji tím, že jsem naštvaný nebo že si nechci povídat. Nezbytné jsou pak pro pochopení určitých komunikačních jevů jako metafor nebo ironie. Pokud něco sděluji ironicky, například „Máš krásnou kravatu!“, na rovině „obsahu“ jde o propozici s jednoznačnou informací. Takto by adresát mého sdělení chápal tento znak, pokud by neporozuměl mé ironii. Ovšem adresát mého sdělení je vnímavý a provede následující sérii inferencí: „Štěpán obvykle nikomu nechválí oblečení a teď ho chválí mně, takže má nejspíš jiný komunikační záměr. Štěpán často mluví ironicky, takže i toto tvrzení nejspíš myslí ironicky a mou kravatu tedy nejspíš považuje za ošklivou.“ To se děje na obou stranách komunikace. Mé užití ironie vychází z toho, že adresát sdělení bude schopen pochopit obě roviny znaku dané promluvy. Přitom komunikace na této rovině nemusí

být nutně vědomá. V průběhu rozhovoru může jeden mluvčí odkázat na rovinu metakomunikace, kterou interpretuje určitým způsobem, ale ze strany druhého mluvčího tak nebyla míněna (nebo alespoň ne vědomě).

Zdá se tedy, že v případě pacientů trpících dezorganizací řeči tato rovina metakomunikace, alespoň do určité míry, selhává. Zaměříme se na situaci, kdy je pacient mluvčím. Lékař položí pacientovi otázku „Je něco, co si myslíte o životě jako takovém?“ a pacient pouze zakroučí hlavou (což vyjadřuje „Ne.“). Nechme nyní stranou možnost, že by pacient touto úsečnou odpovědí vyjadřoval například nechuť k tazateli<sup>44</sup>. Předpokládejme spíše, že pacientova formulace promluvy je nezáměrná. Pacient není schopen užít větu tak, aby vyjadřovala znak i na rovině metakomunikace. To se často stává i v případě běžné komunikace, ale pak zpravidla dochází ke korekci na základě upřesnění ze strany druhého mluvčího. Pacient tento deficit projevuje konzistentně. Zdá se, že není schopen formovat metakomunikační znaky, a nejspíš jim není schopen ani rozumět. Svědčí o tom mimo jiné již zmiňovaný diagnostický nástroj SCI-PANSS, jehož součástí je i série otázek týkající se interpretace přísloví (Opler, Kay, Lindenmayer, & Fiszbein, 1992, str. 9). Neschopnost pacienta porozumět významu přísloví naznačuje, že nerozumí metaforické rovině významu a chápe tudíž přísloví doslovně (nebo podle jiného klíče). Proč je tomu tak?

Abychom odpověděli na danou otázku, je potřeba se ptát, jaký charakter mají metakomunikační znaky? Nejprve se zaměříme na reprezentameny. Východiskem pro nás budou metakomunikační znaky, k nimž se vztahují jednotlivé druhy poruch řeči u schizofreniků, jejichž přehled jsem podal výše. Reprezentamenem zde může být délka promluvy, množství informací obsažených v promluvě, téma promluvy, tematická soudržnost promluvy, soudržnost vět, logická soudržnost promluvy, bohatost výrazů či vztahování obsahu promluvy k vlastní osobě<sup>45</sup>. Interpretant se ovšem liší na základě kontextu. Například odklon od tématu může být interpretován jako nechuť mluvčího se danému tématu věno-

---

<sup>44</sup> S takovou možností, pokud vím, psychiatrické teorie nepracují. Není to ani příliš pravděpodobné, protože by to znamenalo, že pacient dlouhodobě a záměrně „hraje“ určitou velmi specifickou roli. Pak by se ovšem dalo předpokládat, že v určitých chvílích z této role vystoupí nebo bude dávat najevo svůj záměr i jinými způsoby. Ze současného stavu poznání na podobné záměrné chování nelze usuzovat.

<sup>45</sup> Pro zjednodušení zde užívám formulace „reprezentamenem je délka promluvy“ apod. Je tedy znakem samotná „délka promluvy“, nebo je znakem „promluva“? Znakem je stále „promluva“, která ovšem reprezentuje daný objekt na základě určité své kvality, v tomto případě „délky“. Říkáme-li tedy, že „reprezentamenem je délka“, pak to vždy musí být délka určité promluvy, a říkáme-li, že „reprezentamenem je promluva“, pak (v tomto smyslu) pouze ve svém kvalitativním aspektu, délce.

vat, ale také jako znak neformálnosti (neboť v neformálních konverzacích je střídání témat poměrně běžné). Interpretace metakomunikačního znaku se řídí pravidly. Abychom dokázali vytvářet a rozumět metakomunikačním znakům, musíme si osvojit celý systém pravidel. Musíme vědět, pro které typy situací jsou vhodné určité délky promluv, kdy je vhodné striktně se držet tématu nebo logické návaznosti. Nejde ale jen o vhodnost či nevhodnost vůči situaci, ale například také o „famiélnost“, „vstřícnost“ a celou řadu dalších významů. Tato pravidla si osvojujeme jako habitusy. A (za normálních okolností) je užíváme a rozumíme jim jako znakům stejně, jako užíváme a rozumíme slovům nebo gestům.

Proč se ovšem dezorganizace řeči projevuje různým způsobem, u jednoho pacienta ochuzením řeči a u druhého nelogičností? Kdyby byla příčinou dezorganizace řeči úplná neschopnost rozumět a produkovat metakognitivní znaky, nemohli bychom vysvětlit specifické typy poruch u různých pacientů. Navíc před vypuknutím nemoci pacienti tyto poruchy zpravidla nemají, nebo alespoň ne v takové míře. Podívejme se na metakomunikační znaky ještě z pohledu třetího aspektu znaku, objektu. Například má jednoslovná odpověď na otázku (reprezentamen) zastupuje neochotu konverzovat (objekt) jakožto mé vyjádření neochoty konverzovat tomu, komu odpovídám (interpretant). Jedná se o symbol, neboť vztah mezi reprezentamenem a objektem je v tomto případě určován jistým pravidlem, které (zjednodušeně) říká, že krátká odpověď v případě, kdy je zvykem odpovídat celou větou či větami, vyjadřuje strohost či neochotu konverzovat. Má jednoslovná odpověď je však reprezentamenem jen v jistém svém kvalitativním aspektu, totiž ve své délce<sup>46</sup>. Pokud bych neznal pravidla komunikace, délka promluvy pro mne nebude nic značit, nebude reprezentamenem. Délka jakožto jeden kvalitativní aspekt promluvy je sama reprezentamenem, který zastupuje pravidlo komunikace jako svůj objekt. Délka konkrétní promluvy je výskytem (*token*), který odkazuje na základě podobnosti k délce promluvy obecně (*type*), jež je dále součástí pravidla komunikace a takto (indexikálně) k němu odkazuje. Jinak řečeno, abych rozpoznal, že se mi někdo svou krátkou odpovědí snaží naznačit, že nechce konverzovat, musím jednak znát pravidlo konverzace, k němuž se snaží odkázat, a jednak jeho samotná promluva (délka promluvy jako její kvalitativní aspekt) mne k tomuto pravidlu musí odkázat. Toto pravidlo samo je tak na jisté rovině objektem, k němuž promluva odkazuje.

---

<sup>46</sup> Pokud bychom se zaměřili na jinou rovinu znaku, řekněme tu obsahovou, reprezentamenem bude jiný aspekt této promluvy.

Pravidla komunikace tvoří celý systém, jak jsem popisoval výše. V různých situacích se tak metakomunikační znaky vztahují k různým pravidlům, které jsou na jisté úrovni objekty znaků. Pokud je předložená analýza správná, pak dezorganizace řeči nemusí zahrnovat všechny objekty z daného systému. Může se týkat pouze jednoho nebo několika. Pravidlo, kterého se porucha týká, není zcela „zrušeno“, ale pozměněno nebo spíše nahrazeno. Kdyby takto bylo „zrušeno“ pravidlo (či pravidla) komunikace týkající se správné délky promluvy, nebyl by důvod, proč by to mělo vyústit například jen v ochuzení řeči. Proč by pacient nezačal přeskakovat od příliš krátkých k příliš dlouhým promluvám? To se ale neděje. Pacient naopak zpravidla vykazuje jeden typ poruchy, jako kdyby se držel určitého pravidla či habitu.

### 5.3.2 Převládání pravidla komunikace

Nesrozumitelnost a nelogičnost řeči schizofreniků svádí k vyvození závěru, že se jejich řeč neřídí žádnými pravidly, neboli že je důsledkem absence či poruchy komunikačních pravidel. Dále by z toho také vyplývalo, že strukturou takové řeči se nemá smysl zabývat, neboť stejně bychom nemohli nalézt pravidlo, jímž se řídí. S takovým závěrem nesouhlasím. Naopak tvrdím, že *dezorganizace řeči u schizofreniků je výsledkem převládání specifického pravidla (či souboru pravidel) komunikace*. Ačkoli jsme vyšli z prvotního předpokladu, že u pacientů trpících dezorganizací řeči selhává schopnost utvářet a rozumět metakomunikačním znakům, musíme nyní tento předpoklad do jisté míry upravit. Pacient je schopen utvářet metakomunikační znaky, jenže je utváří a rozumí jim na základě velmi specifického pravidla komunikace. A pokud u něj takové pravidlo převládá, není kvůli tomu schopen rozumět významům metakomunikačních znaků zformovaných na základě jiných, obecně přijímaných pravidel. Jinými slovy, pacient setrvává u určitého způsobu řeči. Kdyby dítě vyrůstalo v rodině, kde oba rodiče mají silnou tendenci neustále odbíhat od tématu, můžeme předpokládat, že by si dítě osvojilo tuto tendenci také a později by se jí jen velmi obtížně zbavovalo<sup>47</sup>.

Když tvrdím, že dezorganizace řeči je důsledkem převládání specifického pravidla komunikace, je potřeba upřesnit pojem „převládání“. Jak přesně a nad čím dané pravidlo

---

<sup>47</sup> Rozdíl je v tom, že schizofrenik zpravidla začne vykazovat dezorganizaci řeči až od určitého momentu (vypuknutí nemoci) a nemá ji „naučenou“ od dětství.

převládá? Vycházíme z předpokladu, že pravidla komunikace tvoří celý rozsáhlý soubor či lépe řečeno systém. Abych porozuměl metakomunikačnímu znaku, musím určitý aspekt promluvy interpretovat jako znak, který je součástí pravidla komunikace. Obdobně je tomu, když se snažím svou promluvu utvořit jako metakomunikační znak, neboť i v tomto případě se vztahuji k určitému pravidlu. Výše jsem naznačil, že se aspekt promluvy (např. její délka), odkazuje k pravidlu komunikace skrze dva vztahy – ikonický, kdy je vztah mezi délkou dané promluvy a délkou promluvy jako součástí pravidla určen jejich podobností<sup>48</sup>, a indexikální, kdy délka promluvy jako součást pravidla odkazuje k pravidlu jako celku. Můžeme se domnívat, že jeden nebo oba tyto vztahy jsou nějakým způsobem narušeny v případě dezorganizované řeči. Pokud by byl narušen ikonický vztah, pacient by neinterpretovat kvalitativní aspekt promluvy (tedy např. její délku) jako výskyt (*token*) typu délky promluvy. Pokud by byl narušen indexikální vztah, pacient by sice interpretoval (alespoň potenciálně) délku promluvy jako znak, ovšem indexikálně by se odkazoval k jinému pravidlu, než je v dané situaci pokládáno za normální. Předložená hypotéza odpovídá spíše druhému případu, totiž že se pacient vztahuje k určitému pravidlu, nikoli že by nebyl schopen se k pravidlu vztáhnout vůbec.

Jeden typ přitom může být součástí více pravidel komunikace v závislosti na kontextu. Například délka promluvy může být součástí pravidla „Pokud se jedná o přátelskou konverzaci, krátké promluvy vyjadřují nechuť komunikovat,“ ale i součástí pravidla „Pokud se jedná o formální rozhovor, krátké promluvy jsou považovány za projev podřízenosti.“ Délka konkrétní promluvy odkazuje (ikonicky) k typu délky promluvy, která potenciálně odkazuje k oběma pravidlům. Aktuálně však interpretujeme danou promluvu (většinou) skrze jedno pravidlo. Pravidel obsahujících určitý typ může být celá řada, ale obvykle se aktualizuje jen jeden indexikální vztah. A právě na indexikálním vztahu závisí to, zda určité pravidlo převládá.

---

<sup>48</sup> Pokud by pravidlo znělo například „Krátké odpovědi naznačují neformálnost,“ pak se bude krátkost mé promluvy (její kvalitativní aspekt) vztahovat k subjektu dané propozice, jímž je výraz „krátké odpovědi“. Půjde o ikonický vztah. Zde by se dalo namítnout, že vztah mezi „krátkostí promluvy“ a slovním výrazem „krátké odpovědi“ je symbolický, jako u většiny slovních výrazů. Je ovšem potřeba si uvědomit, že zde pouze slovně vyjadřujeme pravidlo. Samo pravidlo tedy není totéž, co jeho slovní vyjádření. Objektem, který krátkost mé promluvy jako reprezentamen zastupuje, tedy není samo slovní vyjádření, nýbrž krátkost promluvy jakožto idea, která může být vyjádřena různě (např. v různých jazycích). Tímto delším výkladem se snažím argumentovat pro tvrzení, že jde o ikonický vztah, ačkoli pravidla obvykle zapisujeme slovně a nabízelo by se tedy chápat daný vztah jako symbolický.

Pacient trpící dezorganizací řeči se vztahuje k určitému pravidlu (nebo pravidlům) komunikace, které převládá v jeho řeči a v interpretaci řeči druhých. Toto pravidlo nedokáže úspěšně korigovat, ať už si ho uvědomuje, či nikoli (viz níže). Pravidlem zde ovšem nerozumím pouze explicitní pravidla typu „V této situaci říkej toto a toto,“ ale spíše pravidlo jako habitus. Například tzv. slovní vata (výrazy jako „ehm“, „vlastně“, „takže“ ad.) je v tomto smyslu také pravidlem či habitem, které se vnucuje a je velmi obtížné se takového habitu zbavit, i když si ho uvědomujeme. Abnormálnost dezorganizované řeči spočívá právě v tomto převládání, které jsem charakterizoval jako indexikální vztah. Nezdá se ovšem, že by šlo o naučené pravidlo ve stejném smyslu, jako jsme se nechtěně naučili například slovní vatu. Spíše vzniká (často poměrně náhle) tento abnormální indexikální vztah, který následně určuje pacientovu řeč.

### 5.3.3 Diskuse k dezorganizaci řeči

Pojetí symptomů dezorganizace vzhledem k zákonitostem komunikace, které jsem naznačil výše, můžeme také porovnat se studii zabývajícími se korelacemi mezi symptomy schizofrenie a kognitivními deficity. Například Daniel O'Leary a jeho kolegové (2000) zkoumali souvislost mezi skupinami symptomů schizofrenie (tzv. psychotická, dezorganizační a negativní dimenze<sup>49</sup>) a kognitivními schopnostmi. Ke zjištění kognitivních schopností byly použity testy IQ, paměti, pozornosti a další. Výzkumníci došli k závěru, podle něž existují korelace mezi některými dimenzemi symptomů schizofrenie a poruchami kognitivních schopností. Nejsilnější korelace zaznamenali v případě negativní dimenze, o něco méně zřejmou v případě dezorganizační a téměř žádnou u psychotické (O'Leary, 2000, str. 9). Pacienti, kteří vykazují symptomy dezorganizace, mají podle studie nedostatky v oblasti IQ, a to především verbálního IQ, a v oblasti řešení problémů (O'Leary, 2000, str. 10). Pokud ovšem chápeme dezorganizační symptomy z hlediska komunikace, neprojevují se určitým způsobem i v případě samotného testování, které je také komunikační situací? Těžko pak oddělovat oblast symptomů dezorganizace, které jsou určovány na základě diagnostických metod sledujících projevy pacienta

---

<sup>49</sup> Jedná se o jedno z poměrně rozšířených dělení symptomů schizofrenie na podskupiny. Do „psychotické dimenze“ spadají bludy a halucinace, do „dezorganizační dimenze“ spadají některé poruchy řeči, chování a emočních reakcí a do „negativní dimenze“ pak symptomy jako alogie, ochuzení emocí, apatie ad. (O'Leary, 2000, str. 7)

v komunikačních situacích, od oblasti kognitivních dovedností, které však rovněž určujeme na základě komunikačních situací (i když jiných).

Dále není zřejmé, zda řečové poruchy plynou z poruchy modelu konverzace jako takové, či zda plynou z neschopnosti model konverzace aplikovat na vlastní řečové projevy. Pravidla komunikace jsou aplikována v konkrétních situacích. Diagnostikující lékař (či jiná osoba, která je v kontaktu s pacientem) shledává abnormálnost projevů na základě toho, jak se odchyľují od pravidel konverzace. V komunikační situaci se nejen (zpravidla implicitně) snažíme dodržovat tyto zákonitosti, ale očekáváme jejich dodržování i od ostatních účastníků komunikace. Na jedné straně máme model komunikace, jemuž se přizpůsobujeme, na straně druhé tento model aplikujeme i na posuzování komunikačních aktů druhých osob. Pacient zjevně není schopen formovat vlastní promluvy na základě obecně sdíleného modelu komunikace. Teoreticky by však mohl být schopen rozeznat porušení komunikačního modelu u druhých osob. I když sám pacient projevuje například ochuzenou řeč, nemohl by být schopen na základě pozorování konverzace někoho jiného určit, že tento člověk odpovídá zkratkovitě a nedostatečně? Pokud by toho byl schopen, naznačovalo by to, že pacient má model konverzace a vztahuje se (při interpretaci) k pravidlům komunikace, jen je nedokáže aplikovat v rámci vlastních promluv. V opačném případě můžeme usuzovat, že se sám pacient nedokáže vztahovat k pravidlům komunikace a tedy utvářet metakomunikační znaky. Chris Frith zastává názor, že jde o první případ: „[...] schizofrenici mohou rozumět normálním lidem, ale normální lidé nemohou rozumět schizofrenikům. Normální řečník vnímá nedostatek informací posluchače a schizofrenik jakožto posluchač tedy může rozumět. Schizofrenik jako řečník *nevnímá* nedostatek informací posluchače a posluchač má tedy problém rozumět.“ (Frith, 1992, str. 100). Takové vysvětlení ovšem nedává odpověď na to, proč by se neměl nedostatek informací projevat nejen na úrovni projevu, ale i na úrovni rozumění.

Z daného rozboru plynou i další výzkumné otázky, které zatím (alespoň pokud vím) v psychiatrickém výzkumu dosud nebyly tematizovány. V první řadě je nutné ověřit nebo vyvrátit hypotézu, zda vztahování se k pravidlům komunikace selhává na úrovni ikonického nebo indexikálního vztahu. Jak jsem uvedl výše, přikláním se z několika důvodů spíše k druhé možnosti. Ovšem měli bychom se ptát, zda jsou pacienti schopni reflektovat kvalitativní aspekt promluv, který zakládá rozumění metakomunikačním znakům. Například



zda pacient, který v průběhu své řeči ztrácí cíl konverzace, dokáže reflektovat vztah jednotlivých promluv k danému cíli a zda je schopen reflektovat samotný cíl. Další otázkou je, nakolik dokáže pacient reflektovat dané pravidlo a případně ho korigovat. Konkrétní způsob ověření by spočíval například v tom, jestli si je sám vědom toho, že určité pravidlo porušuje, například zda si pacient s ochuzenou řečí uvědomuje, že je jeho řeč ochuzená. Pro takový závěr by svědčily studie věnující se opravám sama sebe v průběhu řeči. Schizofrenici sice v průběhu experimentu dělají více chyb než normální osoby, ale stejně často se opravují<sup>50</sup> a zřejmě tedy mají náhled na chybnost svého projevu (Frith, 1992, stránky 105-106).

Vraťme se také k problematice vztahu dezorganizace řeči a dezorganizace myšlení. V úvodu této kapitoly jsem naznačil, že *Diagnostický manuál* spojuje oba typy dezorganizace do jednoho symptomu, který je nazvaný „dezorganizované myšlení (řeč)“ (American Psychiatric Association, 2013, str. 88). Zároveň však *Manuál* i další zdroje z oblasti psychiatrie přistupují k tomuto symptomu skrze řečové projevy a zvláště, jak jsme viděli mimo jiné na příkladech od Andreasenové, na základě odpovědí pacienta na otázky (Andreasen N. A., 1986, stránky 474-480). Některé přístupy k tomuto problému implicitně reflektují Sebeokovo rozlišování mezi *subjektivními* a *objektivními symptomy* (Sebeok, 2001, stránky 78-79), například Arango a Carpenter, kteří rozlišují manifestace dezorganizace v řeči a subjektivní uvědomění si abnormálních myšlenkových procesů pacientem (Arango & Carpenter, 2011, str. 11). Stále se však potýkáme s problémem, že i subjektivně vnímané poruchy myšlení jsou v posledku reprezentovány v řeči pacienta. To nemusí nutně znamenat, že by se dezorganizace myšlení nemohla projevovat i jinými způsoby, než se to děje v komunikaci dvou osob, jak jsou popsány na rozhovorech mezi lékařem a pacientem. Například vnitřní řeč pacienta by teoreticky mohla vykazovat i jiné formy dezorganizace, než ty, o nichž zde byla řeč. Této otázce se věnuje překvapivě málo výzkumů. Z hlediska předložené analýzy bychom však mohli formulovat předběžnou hypotézu, že i dezorganizace myšlení je důsledkem narušení indexikality určitého pravidla, jako je dezorganizace řeči důsledkem narušení indexikality pravidla komunikace.

---

<sup>50</sup> Ačkoli je jejich oprava často také chybná, pokouší se o ni.

#### 5.4 Dezorganizované a abnormální chování

V *Diagnostickém manuálu (DSM-5)* je dezorganizace chování vedena jako samostatný symptom nazvaný „Silně dezorganizované nebo abnormální motorické chování (včetně katatonie)“. Zahrnuje projevy jako dětinsky pošetilé chování, nepředvídatelné rozčilení, katatonii, bezcílné a excesivní pohyby, stereotypní pohyby, zírání či pitvornost (American Psychiatric Association, 2013, str. 88). Vahia a Cohen důsledněji rozlišují mezi oblastí dezorganizace chování a oblastí katatonie a motorických symptomů (2008, str. 87). Zdůrazňují při tom, že abnormální pohyby či chování musí být velmi výrazné, aby mohly být považovány za symptom schizofrenie. *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*, která oproti *DSM-5* popisuje symptomy dezorganizace chování především v podtypu „katatonní schizofrenie“ (F20.2), uvádí mimo jiné: „Katatonní schizofrenie je charakterizována především výraznými psychomotorickými poruchami, které mohou oscilovat mezi hyperkinézou a stuporem nebo povelovým automatizmem a negativizmem. Strnulé postoje mohou trvat dlouhou dobu. Epizody náhlého vzrušení mohou být kombinovány snovými stavy (oneiroidními) a s živými scénickými halucinacemi.“ (Světová zdravotnická organizace, 2014).

Předem již mohu uvést, že závěry vyvozené z analýzy dezorganizované řeči budou platné i pro oblast dezorganizace chování a abnormální motoriky. Tím bych v podstatě mohl skončit, ale toto tvrzení si samozřejmě zaslouží zdůvodnění a je nutné odpovědět na několik otázek. Ostatně skupina těchto projevů je v psychiatrické diagnostice vedena samostatně. Např. Arango a Carpenter (2011, str. 11) sice spojují dezorganizaci řeči a chování do jednoho celku, zároveň ale mluví o samostatném celku motorických poruch a katatonie (Arango & Carpenter, 2011, str. 13). Ptejme se tedy, co mají projevy dezorganizace řeči a projevy dezorganizace chování vzájemně společné a v čem se liší?

Jednoduchou odpovědí na předchozí otázku by bylo, že jde o rozdíl mezi řečovými a tělesnými projevy. Takto jistě lze oba symptomy rozlišovat. Nevyjadřuje to ovšem aspekt, který činí oba symptomy abnormálními projevy. Jinými slovy nejde o to, zda se daná porucha projevuje na úrovni řeči nebo tělesných pohybů. V předchozí kapitole jsem argumentoval, že abnormálnost projevů dezorganizace řeči spočívá na úrovni metakomunikačních znaků, kdy přikládáme význam promluvě na základě určitého komunikačního pravidla. Obdobně je to u abnormálního chování. Vezměme jako příklad stereotypní pohyb ruky nahoru a dolů. Pokud bychom na daný pohyb pohlíželi bez kontextu, jedná se o ten-

týž nebo obdobný pohyb, jaký používá třeba basketbalista při driblování nebo rapper při zpěvu. Jako abnormální tento pohyb interpretujeme až vzhledem k určitému komunikačnímu pravidlu<sup>51</sup>, resp. vzhledem k neschopnosti přiřadit daný pohyb k takovému pravidlu. Pacient provádí nepřirozené pohyby či úkony soustavně a nedokáže je vztáhnout k cíli nebo pravidlu<sup>52</sup>.

Další příklad můžeme najít v kazuistice popisované Kučerovou, v níž se pacient projevuje mimo jiné „záhadnými úsměvy“ (Kučerová, 2010, str. 68). Autorka bohužel nepodává další informace, ovšem ze samotného označení je zřejmé, že v kontextu dané situace (nebo spíše více situací) nebylo patrné, jaký význam úsměv má, a proto ho Kučerová popisuje jako „záhadný“. Předpokládejme, že nešlo o výjimečnou situaci a že pacient se těmito záhadnými úsměvy projevuje často. Pacient nedokáže formovat svá gesta a tělesné projevy podle pravidla komunikace, které by v tomto případě charakterizovalo úsměv ve formální situaci jako nevhodný. Zároveň ale tato neschopnost vztáhnout se k pravidlu komunikace není nějakým obecným deficitem. Spíše se zdá, že sám úsměv je habitem, který v pacientových nonverbálních projevech převládá.

Dalším argumentem pro chápání dezorganizovaného chování a abnormální motoriky jakožto důsledku převládání určitého pravidla komunikace by mohla být zdánlivá protichůdnost těchto projevů. Proč se tento symptom u jednoho pacienta projevuje ochuzením motoriky, kdežto u jiného zase nepřiměřeným zvýšením motoriky? Arango a Carpenter například píše: „Poruchy pohybu jsou příznačné pro katatonii, kdy může být pacient znehybněn v otupění či ztuhlosti, nebo naopak pro hyperaktivitu v excitované či deliriózní části spektra katatonie.“ (Arango & Carpenter, 2011, str. 13). Schizofrenik tedy může trpět ochuzením motorických projevů nebo nadměrným zvýšením motorických projevů, stejně jako může na jedné straně projevovat ochuzenou řeč a na druhé straně nadměrně obsáhlou řeč. To, co je všem těmto projevům společné, je určitá pravidelnost či habitus.

Kromě motorických projevů spadá pod tento symptom také celá řada poruch chování. Oproti páté verzi *Diagnostického manuálu* (DSM-5) je v tomto směru jeho čtvrtá verze (DSM-4) (American Psychiatric Association, 1994) podrobnější a důsledněji rozlišuje

---

<sup>51</sup> Výraz „komunikační“ se zde samozřejmě nevztahuje jen k řečové komunikaci, ale i k nonverbální komunikaci.

<sup>52</sup> Zde se ovšem nabízí otázka, zda pacienti trpící zároveň dezorganizací chování a bludy nemají tendenci interpretovat své chování skrze bludný systém? Tuto otázku ponechávám pro budoucí výzkum.

mezi katatonickými motorickými projevy a dezorganizovaným chováním. DSM-4 udává následující příklady dezorganizovaného chování: „Osoba [pacient– pozn. ŠP] může vypadat nápadně neupraveně, může se oblékat neobvyklým způsobem (např. nosit několik svršků, šál a rukavice v horkém počasí) nebo může vykazovat zjevně nevhodné sexuální chování (např. veřejnou masturbaci) nebo nepředvídatelnou a neodůvodněnou agitaci (např. křik nebo klení).“ (American Psychiatric Association, 1994, str. 276). Výčet příkladů popisuje poměrně různorodé způsoby chování. Jak ovšem upozorňují autoři, tyto příklady chování nelze jednoduše interpretovat z hlediska skrytého nebo zjevného záměru. Například veřejná masturbace nejspíš u schizofrenika není pouze specifickým prostředkem uspokojení, o němž by věděl, že je společensky nepřipustné, ale nedokázal by se bránit nutkání. Obdobně klení na veřejnosti nemusí být nutně interpretováno jako důsledek nenávisli k lidem. Společným rysem těchto způsobů chování je podle mého názoru opět to, že jde o habitus. Pokud je tato hypotéza správná, můžeme takto interpretovat rozdíl například mezi kompulzivním jednáním a dezorganizací jednání u schizofreniků<sup>53</sup>.

Chris Frith interpretuje poruchy chování a motorické abnormality jako poruchy volního jednání, kdy je pacient schopen rutinních úkonů, ale má problémy s úkony, které vyžadují vědomé úsilí (Frith, 1992, stránky 113-114). Porucha volního jednání je přitom pro Fritha jedním ze specifických projevů obecnější poruchy metarepresentace, tedy schopnosti tvořit reprezentace reprezentací. Ať už se ale zaměříme na poruchu volního jednání či na poruchu metarepresentace, tato teorie obtížně vysvětluje pravidelnosti v abnormálním chování u jednotlivých pacientů, které zde popisují jako převládání pravidla. Poruchou volního jednání můžeme vysvětlit ochuzení motorických projevů nebo ztuhlost, ovšem hůře už například tendenci k výstřednímu oblékání. Pokud by Frithova teorie platila, neměl by se pacient trpící dezorganizací chování jednou oblékat do výstředních barevných šatů a podruhé nosit vojenskou uniformu? Interpretace skrze poruchu metarepresentace taktéž není zcela dostatečná. Jak jsem zmiňoval v předchozí kapitole, sám Frith cituje studii, podle níž jsou pacienti (alespoň někteří) schopni nahlédnout chybnost ve svém řečovém projevu, což je experimentálně doloženo tím, že se pokoušejí opravit sama sebe (Frith, 1992, stránky 105-106). Pokud je tedy u schizofreniků narušena schopnost

---

<sup>53</sup> K této otázce se vrátím v následující kapitole.

metareprezentace, pak je ovšem nutno dodat, že není narušena plošně, ale spíše selektivně.

## 5.5 Negativní symptomy

Poslední zde rozebíranou oblastí projevů schizofrenie jsou tzv. negativní symptomy. Ačkoli v *Diagnostickém manuálu (DSM-5)* jsou uvedeny jako jedna kategorie symptomů vedle halucinací, bludů a dalších (American Psychiatric Association, 2013, str. 88), v psychiatrickém přístupu ke schizofrenii zaujímají poněkud odlišnou roli. Celé spektrum symptomů se totiž často rozděluje na oblast *pozitivních a negativních symptomů*, přičemž do první kategorie spadají především bludy, halucinace a dezorganizace řeči a chování, kdežto druhá kategorie zahrnuje projevy „deficitní“, například oploštění emocí, abulii (ochuzení vůle), ochuzení řeči a další (Arango & Carpenter, 2011, str. 12). Na základě těchto kategorií někteří autoři rozdělují schizofrenii na *floridní* (Typ I) a *defektní* (Typ II), ačkoli byl již tento koncept podroben kritice (Andreasen N. C., 1990, stránky 380-383). Také v *Mezinárodní klasifikaci nemocí* jsou negativní symptomy charakteristické pro hebefrenní schizofrenii, resp. schizofrenii simplex<sup>54</sup>, kdežto pozitivní (psychotické) symptomy jsou charakteristické zvláště pro paranoidní schizofrenii, případně schizofrenii katatonní. Negativní symptomy také zpravidla indikují horší prognózu než ty pozitivní (Heiden & Häfner, 2011, str. 109).

DSM-5 uvádí dva hlavní projevy negativních symptomů: *oslabený emoční projev a nedostatek vůle* (American Psychiatric Association, 2013, str. 88). V prvním případě pacient neprojevuje emoce na úrovni verbální a nonverbální komunikace, tzn. má strnulou tvář, plochou intonaci či neužívá gestikulaci. V druhém případě zpravidla sám nezačíná žádné jednání, pouze reaguje na okolí a jinak je zcela pasivní. Mezi negativní symptomy se dále řadí *alogie* (ochuzení řečového projevu či obsahu řeči), *anhedonie* (neschopnost prožívat slast), *apatie* (ochuzení zájmu o okolní svět) či *asocialita* (ochuzení zájmu o navazování a udržování mezilidských vztahů) (Arango & Carpenter, 2011, str. 12). Rozlišuje se také mezi *primárními* a *sekundárními* negativními symptomy (Kirkpatrick, Fenton,

---

<sup>54</sup> MKN uvádí, že hebefrenní schizofrenie by měla být diagnostikována pouze u dospívajících a mladých lidí. Obdobnou symptomatologickou charakteristiku jako hebefrenní typ má schizofrenie simplex, která je diagnostikována u starších pacientů.

Carpenter, & Marder, 2006, str. 215). Primární jsou takové, které jsou projevy samotné nemoci, kdežto sekundární jsou důsledkem dalších faktorů. Například asocialita může být sama primárním negativním symptomem, ovšem pokud je důsledkem pacientových paranoidních bludů, kdy pacient považuje všechny ve svém okolí za tajné agenty, kteří se mu snaží ublížit, pak je chápána jako sekundární negativní symptom. Carpenter a jeho kolegové navrhli v tomto smyslu zavedení terminologického rozlišení na *negativní symptomy*, které zahrnují všechny projevy (tedy primární i sekundární), a *deficitní symptomy*, které zahrnují pouze přímé (primární) projevy schizofrenie a nejsou důsledkem paranoie, deprese nebo medikace (Carpenter, Heinrichs, & Wagman, 1988, str. 580). V následující analýze se zaměřím na primární či deficitní symptomy, neboť vymezeným cílem práce je především charakteristika projevů schizofrenie jako takové.

Z hlediska sémiotické redukce se může zdát přístup k negativním symptomům jako znakům problematický. Jejich projevy totiž bývají v psychiatrickém diskurzu popisovány na úrovni psychických funkcí, resp. jejich deficitů. Například anhedonii či nedostatek vůle nelze interpretovat na základě jednotlivého projevu, ale teprve ze souboru projevů v různých situacích. Z diagnostické perspektivy samozřejmě lékař není přítomen celému souboru takových projevů, ale obvykle pracuje s informacemi od pacienta či někoho z jeho okolí, které vypovídají o jeho dlouhodobých projevech („Náš syn najednou úplně přestal chodit ven, jen sedí doma a kouká před sebe.“) V rámci sémiotické redukce je ovšem vždy taková informace založena na souboru znaků-projevů, jejichž společný charakter pacient, jeho okolí či diagnostikující lékař interpretují právě jako negativní symptom.

Vymezení znaků je v tomto případě obtížnější než například u halucinací. Hranice jednotlivých projevů není v psychiatrickém diskurzu tematizována. Nikde není stanoveno, kolik hodin denně musí pacient sedět a nic nedělat, aby tento projev šlo chápat jako nedostatek vůle, či kolik slov maximálně musí za den říci, aby se jednalo o alogii. Tato problematika sice podle vymezení v kapitole 2.2 Přístupy k sémiotice duševních poruch spadá spíše do diskurzivního přístupu, ovšem zde, nejspíš více než u ostatních symptomů, prostupuje i do symptomatologického přístupu. Jedním z příkladů je výše zmiňované rozlišování mezi primárními a sekundárními negativními symptomy. Toto rozlišení již předpokládá interpretaci příčiny daného projevu vzhledem k ostatním projevům, např. vzhledem

k bludům či dezorganizaci řeči. Vymezení znaků projevů negativních symptomů z hlediska sémiotické redukce tak musí zahrnovat i znaky, které se k daným projevům vztahují. Vezměme například asocialitu. Pacient se dostává do péče lékaře na naléhání svých rodičů, neboť již několik let nemá žádné přátele, nechodil ve volném čase mimo domov a přestal chodit i do práce. Ať už se toto tvrzení dozvídá lékař od rodičů, nebo přímo od pacienta, jedná se o shrnutí souboru znaků jednotlivých situací, které nastaly během oněch několika let. K rozlišení, zda se jedná o primární či sekundární asocialitu, ovšem lékař potřebuje další znaky. Může se dozvědět o pacientových paranoidních bludech. Přitom pacient sám může interpretovat své stažení ze společnosti jako důsledek svých bludů („Pořád mě někdo sledoval, proto už radši nevycházím z domu.“), nebo tuto interpretaci může provést lékař na základě výpovědi pacienta o povaze bludů („Pořád mě někdo sleduje, nikomu už nevěřím.“) Pokud se lékař nedozví o znacích, na jejichž základě by bylo možné interpretovat asocialitu jako sekundární symptom, přikloní se k tomu, že jde o primární symptom. Zde je tenká hranice mezi rovinou diagnostiky a rovinou znakových procesů samotného pacienta. Zjednodušeně bychom mohli předpokládat, že sekundární symptomy jsou vědomou reakcí pacienta na projevy jiných symptomů. Pokud pacient trpí těžkou dezorganizací řeči, činí mu to potíže v mezilidské komunikaci, což jsou pro něj značně nepříjemné prožitky, kvůli kterým se postupně stahuje ze společenského života. Pokud trpí paranoidními bludy, kvůli kterým nemá důvěru v ostatní, reaguje na situaci obdobným způsobem. Zdá se tedy, že sekundární negativní symptomy jsou výsledkem vědomé inference, což ovšem samozřejmě neznamena, že tuto inferenci pacient dokáže nebo chce verbalizovat.

Zaměřme se nyní na primární negativní symptomy. Psychiatrický diskurs označuje tyto symptomy jako deficit či ochuzení. Východiskem pro takovou interpretaci je rozlišení mezi normálním a abnormálním na úrovni psychických funkcí jako je vůle, socializace, emoční expresivita nebo prožívání slasti a projevů těchto funkcí<sup>55</sup>. Ačkoli se interpretace projevů negativních symptomů jako deficitů nabízí, zůstává podle mého názoru otázkou, zda tato interpretace dokáže postihnout všechny jejich aspekty. Oslabený emoční projev můžeme popsat na situaci, kdy je pacientovi sděleno, že má výpověď z práce, ovšem jeho výraz ani jeho chování neobsahují žádné známky emocí. Jedná se o sérii znaků začínající znakem-propozicí (oznámení výpovědi), který má jednak logický interpretant (uvědomění

---

<sup>55</sup> Opět je nutné připomenout, že otázky konstrukce dichotomie normální-abnormální ve společnosti spadají do diskurzivního přístupu a v této práci je záměrně nechávám stranou.

si významu toho, že má člověk výpověď) a jednak emoční interpretant. Logický interpretant se zdá nenarušený, neboť pacient je schopen popsat důsledky daného oznámení a ví, o co se jedná. Předpokládali bychom, že oproti normálním osobám bude u pacienta narušen emoční interpretant. Může to tak být, je ale nutné si uvědomit, že emoční interpretant není nutně totéž jako znaky, které pacient projevuje. Jinými slovy, emoční interpretant jako prožívanou emoci si pacient uvědomuje intrapsychicky, kdežto projevy jako změna výrazu v obličeji, pláč nebo klení jsou dalšími znaky-interpretanty původního emočního interpretantu<sup>56</sup>. Je tedy oslabený emoční projev důsledkem neschopnosti emočně interpretovat znaky, nebo se emočně projevovat? Podle některých výzkumů by mohlo jít o druhý případ. Cohen a Minor (2010) provedli srovnávací studii výzkumů týkajících se emočního prožívání a projevů u schizofreniků. Pacienti udávali podle autorů v podstatě stejnou míru subjektivního prožitku emocí v reakci na emoční stimuly (Cohen & Minor, 2010, str. 147). Podle autorů by anhedonie mohla být důsledkem prožívání ambivalentních emocí, kdy pacient reaguje na stimul zároveň pozitivním i negativním prožitkem (Cohen & Minor, 2010, str. 148). Studie na toto téma ovšem nejsou zcela jednoznačné. Neschopnost projevovat přiměřené emoce by tak mohla být jak důsledkem toho, že emoční znaky-stimuly u pacienta nevyvolávají emoční interpretanty, tak toho, že pacient není schopen interpretovat emoční prožitky jako znaky-projevy. Další výzkum v tomto směru by tak měl mimo jiné osvětlit, zda jsou pacienti schopni emoční prožitky emočně interpretovat, zda si uvědomují, že jde o emoční stimuly, a zda si uvědomují, že jejich reakce nejsou přiměřené.

Otázkou zůstává, zda lze negativní symptomy charakterizovat jako deficit určitých psychických funkcí, či by byla vhodnější jiná interpretace? Ačkoli je tato problematika dosud spíše neprobádaná<sup>57</sup> a chybí proto data z výzkumů, pokusím se formulovat několik podpůrných argumentů pro tvrzení, že *negativní symptomy by mohly být interpretovány jako proměna habitu*. Pokud vycházíme z psychologického modelu psychických funkcí či sil, jeví se nám například symptom nedostatku vůle právě jako deficit. Předpokládáme určitou „normální“ intenzitu vůle, která se projevuje zájmem o práci, zábavu, sociální vztahy a další. Pacient v jednotlivých případech projevuje nedostatek zájmu o tyto oblasti

---

<sup>56</sup> Připomínám, že podle Peirce je interpretant znakem (CP 2.228).

<sup>57</sup> Což je do značné míry důsledkem její komplexity, neboť fenomény jako vůle nebo vědomí jsou stále pro vědu obtížně uchopitelné.



(nemá zájem chodit do práce, udržovat přátelství atd.), což na základě výchozího modelu interpretujeme jako oslabení intenzity této psychické funkce (vůle).

Sémiotická redukce založená na Peircově taxonomii znaků nám může nabídnout alternativní výchozí model. Předpokládejme, že případy jednání, z nichž usuzujeme na „normální“ či ochuzenou vůli, jsou ovlivňovány habitem, tedy pravidlem. Podle Peirce je habitus obecným pravidlem ustaveným na základě indukce z jednotlivých instancí našeho jednání (CP 2.643). Habitus je tedy nutně znakem, je výsledkem indukce, ale jako znak samozřejmě může být součástí dalších inferencí. Důležité je, že habitus je základem jednání. Jak píše Peirce: „[...]charakter habitu závisí na tom, jak nás může dovést k jednání[...] Čím je habitus záležití na tom, **kdy** a **jak** nás vede k jednání. Co se týče **kdy**, každý stimul jednání pochází z percepce; pokud jde o **jak**, účelem každého jednání je vytvořit smysluplný výsledek.“ (CP 5.400). Z tohoto pohledu se každý projev volního jednání jeví jako interpretant habitu (či souboru habitů) na základě percepce dané situace. Například pokud se „ocitnu“<sup>58</sup> v situaci, kdy jsem dojedl večeři, interpretuji soubor aktuálních znaků (pohled na prázdný talíř a na můj byt, paměťovou stopu jezení večeře atd.) jako typ situace „dojedení večeře“. Tento typ situace je součástí pravidla-habitu „jít umýt nádobí“ a inferencí z rozeznání toho, že se nacházím v dané situaci, a daného habitu je aktuální jednání, totiž že jdu umýt nádobí. Předložená analýza se může zdát složitá, i když ve skutečnosti je velmi zjednodušená. Mým cílem je však upozornit na to, že volní jednání nemusíme popisovat jen v modelu psychické síly či intenzity, ale právě i jako habitus.

Jak se tedy bude jevit ochuzení vůle z hlediska modelu vůle jako habitu? V takovém případě nebudeme mluvit o „ochuzení“, ale spíše o proměně habitu. Ve výše předloženém schématu znakového procesu může dojít k poruše v několika fázích, totiž v případě rozpoznání sensorických stimulů jako znaků, interpretaci těchto znaků jako typu situace, vztahení typu situace k habitu, který se této situace týká, a inference v podobě jednání. Poruchu v první fázi nepředpokládáme, neboť pacient trpící tímto symptomem vnímá stejné sensorické stimuly, stejné znaky. Ani v rozlišení typu situace nebo procesu inference nejspíš nedochází k poruše, neboť můžeme očekávat, že by pacient byl schopen situaci

---

<sup>58</sup> Samozřejmě podle Peirce nejsem v každé dané situaci *tabula rasa*, kdy bych se orientoval jen podle smyslových vjemů. Naopak neustále probíhá sémióza, takže zpravidla v každé dané chvíli vnímám znaky vycházející z předchozího proudu myšlení. Ovšem pro předložený argument platí obojí, tedy není zde nutné dále rozlišovat smyslové vjemy od paměti či dalších intrapsychických procesů.

popsat („Teď bych měl jít umýt nádobí.“), resp. je schopen vyvozovat inference například na verbální úrovni. Co se zdá být odlišné od normálního procesu volního jednání je sám habitus či spíše vazba daného typu situace na habitus-pravidlo. Obdobně jako v případě dezorganizace řeči či chování zde můžeme popsat charakter symptomu jako poruchu indexikality.

Dalo by se namítnout, že porucha indexikality je v případě negativních symptomů, zvláště pak v případě ochuzené vůle, odlišná od případů dezorganizace řeči nebo chování. Dezorganizační symptomy lze snáze vysvětlit tím, že se pacient začne v konkrétních situacích řídit jiným pravidlem. Jakým pravidlem ale lze nahradit vůle? Pokud je předložená koncepce správná, vyplývají z ní tři možné odpovědi na položenou otázku. Jednak chápeme-li vůli jako habitus, pak projevy, které označujeme jako projevy ochuzení vůle, mohou být jen jednou možností, jak je habitus proměněn. Důsledkem stejné poruchy by mohl být například právě motorický neklid či dezorganizované chování, které je inferencí v podobě jednání na základě jiného pravidla, než jaké je normální. Za druhé, habitus vůle nemusí být nutně nahrazen pozorovatelným jednáním, ale interpretací v podobě intrapsychických znaků. Například místo jednání reaguje pacient na stimuly z okolí úvahami o smyslu života, které ale nemusí nutně verbalizovat. Za třetí, ochuzené reakce na stimuly nemusí být důsledkem absence pravidla, ale mohou být naopak součástí pravidla. V sémiotice mohou nést význam nejen „aktuální“ znaky, ale v rámci kontextu také tzv. nulové znaky, například mezera mezi slovy či pomlka v řeči. To, že pacient nijak nereaguje, může být samo znakem a součástí určitého habitu. Pokud bych zažíval zklamání z mezilidských vztahů a postupně takové vztahy omezoval, bylo by to nejspíš na základě habitu, který bych si postupně budoval. Stejný proces, i když opačný, by ale probíhal v případě, kdybych byl samotář a postupně získával k lidem důvěru a potřebu se s nimi vídat. Podobné procesy zřejmě probíhají i u schizofreniků trpících negativními symptomy, nejde ovšem o postupný proces učení, ale často o náhlé a zkušeností nepodmíněné změny.

Předchozí rozbor se týkal pouze projevů ochuzení vůle. Měl ilustrovat, jak lze přistupovat k projevům negativních symptomů, totiž jako k proměně habitu na základě poruchy indexikality. Obdobně můžeme interpretovat alogii, apatii, asocialitu či anhedonii. Pokud předložený model platí, mohlo by to znamenat, že i v rámci těchto projevů můžeme rozlišovat další podskupiny, totiž tak, že identifikujeme charakter habitu, který je

v daném případě narušený. Například apatie může být na jedné straně důsledkem převládání habitu, který se týká emoční interpretace okolí, ale na druhé straně může důsledkem převládání habitu, který se týká tělesné aktivity (přičemž emoční interpretace je normální). Tyto problémy ponechávám pro další výzkum.

## 6. Schizofrenie jako porucha indexikality

V této závěrečné kapitole mám tři cíle. Prvním je shrnout závěry z analýzy jednotlivých symptomů schizofrenie a popsat jejich společný charakter, čímž se pokusím zodpovědět výzkumné otázky položené v úvodu této práce. Druhý cíl spočívá v zasazení předložených závěrů do kontextu dalších sjednocujících teorií schizofrenie a jejich vzájemné porovnání. Zvláště se zaměřím na tzv. dopaminovou teorii. Za třetí bude mým cílem kriticky zhodnotit předloženou teorii vzhledem k jejím možným přínosům a omezením.

### 6.1 Charakter symptomů schizofrenie

Co tedy mají symptomy schizofrenie společné z hlediska předložené analýzy? Klíčové jsou tři aspekty: *objekt*, *indexikalita* a *soubor znaků jáství*. Tvrdím, že symptomy schizofrenie lze charakterizovat jako objekt s narušenou indexikalitou, která ho vztahuje vůči tomu, co zde budu označovat jako „soubor znaků jáství“. Porucha jako taková je tak specifická právě v aspektu indexikality, ovšem indexikality jako vztahu znaků jáství vůči objektu. Všechny tři aspekty postupně proberu vzhledem k jednotlivým symptomům.

*Objekt* je zde chápán ve smyslu objektu znaku. Ovšem jako takový je sám znakem či souborem znaků. Jako „objekt“ ho označuji jednak proto, že jde o určitý znak nebo znakový soubor, k němuž se vztahují jednotlivé znaky-projevy symptomů schizofrenie, a jednak proto, že indexikalita je jedním druhem vztahu mezi znakem-reprezentamenem a objektem. Objekt určuje povahu daného symptomu, tedy o jaký typ symptomu se jedná. Objektem halucinací je to, co jsem popisoval jako „obsah“. Každý pacient má specifický obsah halucinací, který je znakem nebo souborem znaků. U jednoho pacienta může jít o hlas Ježíše, který mu sděluje, že je vyvolený, jiný pacient vidí tváře na zdi, další zase pociťuje pohyby v břiše. Takové obsahy jsou v normálním případě objekty znaků smyslové percepce, paměti či imaginace. Bludy mají charakter dicisigna či propozice. V rámci bludného systému, který sestává z celé hierarchie propozic, jsem rozlišil mezi centrální bludnou propozicí a periferními bludnými propozicemi, které jsou odvozené z centrální. Objektem bludu je tedy v první řadě centrální bludná propozice, kterou bychom, pokud by nebyla bludnou (neměla narušenou indexikalitu), označili jako názor či domněnku. V případě dezorganizace řeči, myšlení, chování a negativních symptomů je objektem pravidlo či ha-

bitus. Metakomunikační znaky, s jejichž produkcí a rozuměním mají pacienti trpící tímto symptomem problém, se vztahují k určitému komunikačnímu pravidlu, které je jejich objektem. Obdobně chování a motorické projevy lze chápat z hlediska pravidel či habitů. V jednotlivých motorických projevech se vztahujeme k habitu, který je vzhledem k nim objektem. Ovšem i v normální situaci se naše chování vztahuje k určitému habitu jako svému objektu. Z této perspektivy můžeme nahlížet také na oblast projevů vůle či emoční expresivity.

*Indexikalita* představuje typ vztahu mezi znakem a objektem. Vedle ikonického vztahu, který se zakládá na kvalitativní podobnosti, a symbolického vztahu, který je určen pravidlem či konvencí, se indexikální vztah zakládá na přímém vztahu či ovlivnění. Obecně vyjádřeno, indexikální znak orientuje pozornost ke svému objektu. V případě halucinací se jedná o vztah mezi znakem-počítkem a zdrojem, k němuž odkazuje. Za normálních okolností by znak odkazoval k paměti či imaginaci jako svému zdroji, ovšem v případě halucinace odkazuje ke smyslovému prožitku. Abnormálnost bludů spočívá v tom, že je centrální bludná propozice začleněna do struktury propozic jáství. Propozice (domněnka) která by v normálním případě byla kriticky posuzována právě vzhledem k jiným propozicím, skrze něž daná osoba interpretuje události, se sama stává takovou propozicí. Domněnka a blud se tak liší indexikálním vztahem vůči tomu, co zde popisují jako soubor znaků jáství. Projevy dezorganizace řeči a chování jsou charakteristické svou narušenou indexikalitou vůči pravidlu komunikace či chování. Na úrovni rozumění metakomunikačním znakům druhých osob se pacient vztahuje k jinému pravidlu, než by v dané situaci znakům odpovídalo, což vede k jejich neporozumění. Zároveň není sám schopen tvořit metakomunikační znaky (např. dodržovat správnou délku či informační obsažnost promluv), neboť má tendenci se vztahovat k chybnému pravidlu, které u něj převažuje. Podobně je tomu u projevů negativních symptomů, které představují narušené pravidlo či habitus. Vztah mezi projevem-jednáním a habitem je indexikální.

*Soubor znaků jáství* je obtížně definovatelný koncept, který není založen na některé teorii jáství, pouze je takto pracovním pojmenován vzhledem ke zjevným souvislostem s tím, co běžně označujeme jako „já“. Budu tedy postupovat nikoli od teoretického vymezení k aplikaci v rámci předložených analýz, ale naopak se pokusím naznačit ty charakteristiky tohoto souboru znaků, které vyplývají z analýz jednotlivých symptomů. Pro soubor znaků

jáství je charakteristické především to, že skrze ně interpretujeme ostatní znaky-prožitky. Podrobněji jsem se tomuto tématu věnoval v kapitole 5.2 Bludy, kde jsem se pokusil ukázat, že určité propozice nám slouží jako premisy v inferencích. Součástí mého souboru znaků jáství je například propozice „Jsem studentem sémiotiky.“ Pokud se někde dozvím, že „Studenti sémiotiky dostanou odměnu,“ z obou propozic budu inferovat, že dostanu odměnu (což mi nejspíš udělá radost). Nejde ale o to, že by všechny propozice, které mají jako subjekt „já“, tvořily soubor znaků jáství. Mohu si například pomyslet větu „Já jsem král Francie,“ ovšem to, že jsem si ji pomyslel, neznamená, že bych z ní inferoval další závěry (například že bych se podivil, proč se mi osoby kolem mne neklaní). Neznamená to ani, že bych měl informace o sobě samém vědomě formulované v podobě propozic. Lépe to vyjadřuje Peircův pojem *dicisignum*, tedy zjednodušeně řečeno znak, který nese informaci a nemusí být nutně v podobě věty. Soubor znaků jáství nesestává jen z propozic. Obsahuje i pravidla komunikace či habitusy, skrze něž inferujeme závěry ve formě chování či emočních prožitků. Tendence odpovídat v krátkých větách, rozhazování rukama při konverzaci či určitá míry emoční odezvy na různé podněty jsou habitusy, tedy z hlediska Peircovy sémiotiky znaky. Habitusy máme schopnost měnit na základě zpětné vazby z okolí („Nekousej si ty nehty!“), ovšem můžeme předpokládat, že čím spíš jsou součástí souboru znaků jáství, tím obtížněji se mění. Některé habitusy by pak nejspíš spadaly pod to, co chápeme pod pojmem „rysy osobnosti“, které se mění jen velmi obtížně. Porucha v případě projevů jako inkoherece řeči, dětinské chování nebo emoční oploštěnost se vyznačuje tím, že dané habitusy jsou rozhodující pro mluvu či chování pacienta. Oproti habitům, které jsou specifické pro určité typy sociálních situací či kontextu, například když bych ve formálním rozhovoru odpovídal krátce a výstižně, kdežto v přátelské konverzaci je přípustné přeska- kovat mezi tématy, ovlivňují habitusy souboru znaků jáství základní orientaci ve světě. A můžeme skrze ně interpretovat i některé projevy toho, co označujeme jako „vůle“. Například když jsem se právě „přichytil“ u myšlenek na jídlo, okamžitě mi v mysli vytanula věta „Měl bych psát.“ To by bylo možné chápat jako projev vůle, ovšem můžeme to do jisté míry chápat i jako habitus, kdy určitá konstelace znaků (smyslové počítky mého pracovního stolu, paměťové stopy odkazující k mým současným úkolům atd.) vyvolává určitý obsah vědomí (např. právě myšlenku „Měl bych psát.“). Obdobně otázka „Kde to jsem?“, která mi zpravidla vytane na mysli při probuzení, může být habituální reakcí na daný stav, a stejně tak dobře by mi mohla na mysli vytanout věta „Kdo jsem?“ nebo „Jaký je čas?“ K

souboru těchto pravidel či habitů se tedy indexikálně vztahuje objekt, který je v případě negativních symptomů také pravidlem či habitem. Pokud jde o halucinace, můžeme předpokládat, že „já“ jakožto zdroj vnitřních prožitků je znakem v rámci souboru znaků jáství. Díky tomu jsme schopni rozlišování mezi vnitřními (případně přímo mnou způsobenými) a vnějšími obsahy mysli. Porucha indexikality, tedy vztahu mezi znakem „já“ jako zdrojem obsahů mysli a určitým objektem, vede k poruše rozlišování zdroje obsahu mysli.

## 6.2 Porovnání se sjednocujícími teoriemi schizofrenie

Předložená koncepce schizofrenie jako poruchy indexikálního vztahu mezi objektem a souborem znaků jáství vychází z otázky po společné charakteristice symptomů schizofrenie. O některých teoriích, které hledají na tuto otázku odpověď, jsem podrobněji pojednával v podkapitole 3.3 Snahy o sjednocující teorie. V následujících odstavcích tyto teorie porovnám se sémiotickou koncepcí schizofrenie. Zaměřím se také na tzv. dopaminovou teorii, která je jednou nejuznávanějších neurobiologických hypotéz příčin schizofrenie.

V této práci jsem často vycházel z kognitivně-neuropsychologického přístupu Chrise Fritha, který nabízí řadu cenných postřehů a hypotéz o fungování jednotlivých symptomů schizofrenie. Frithovým záměrem je nabídnout ucelenou teorii schizofrenie jakožto poruchy metareprezentace (Frith, 1992, stránky 113-116). Ačkoli tuto teorii považuji za velmi přínosnou a ve většině aspektů se podle mého názoru shoduje se závěry z předložené sémiotické koncepce schizofrenie, vyjádřím se nyní k těm jejím aspektům, které považuji za problematické. Jde především o samotný koncept metareprezentace, resp. chápání poruchy metareprezentace jako společné charakteristiky symptomů schizofrenie. Pro Fritha je schopnost vytvářet si metareprezentace konstitutivním prvkem sebeuvědomění. Pokud vidím stromy, jedná se o reprezentaci, ale teprve když si uvědomím, že já vidím stromy, jedná se o metareprezentaci. V tomto případě vztahuji prožitek k „já“ a metareprezentace je tedy projevem sebeuvědomění (Frith, 1992, str. 116). U schizofrenních pacientů pak lze přisoudit projevy symptomů selhání metareprezentace, přičemž schopnost reprezentace je zachována. Frith dává následující příklad: „Takto si já (Chris) mohu vyvozovat o své kamarádce Evě následující propozici: „Eva se domnívá, že ‚Chris moc pije‘.“ Kdyby selhala má schopnost metareprezentace, tak by se mi, kdybych přemýšlel o Evě, ve

vědomí objevil samotný výraz „Chris moc pije.“ Kdybych tento prožitek popsal, jednalo by se o halucinaci třetí osoby.“ (Frith, 1992, str. 126). Výraz „Chris moc pije.“ chápe Frith jako reprezentaci, spojení „Eva se domnívá, že...“ a „Chris moc pije.“ pak jako metareprezentaci. Podle Fritha nastává porucha právě v tom momentu, kdy má být výraz „Chris moc pije.“ metareprezentován. Samotný výraz v mysli zůstává jako reprezentace, ale už není metareprezentován jako něco, co se domnívá Eva.

Pokud ovšem jde o obecné selhání schopnosti metareprezentace, proč mají halucinace u jednotlivých pacientů specifický obsah? Kdybychom výše citovaný Frithův příklad rozvedli dál, mohli bychom předpokládat, že by jednou slyšel halucinaci „Chris moc pije.“, podruhé „Měl bych jít nakoupit.“ a potřetí „Anička by se měla zlepšit v matematice.“. Obsahem halucinace by bylo v podstatě cokoli, co by mělo za normálních okolností povahu metareprezentace. A i kdybychom pro tento problém našli vysvětlení, Frithův model bude jen velmi obtížně aplikovatelný například na vizuální halucinace, které sice nejsou tak časté jako sluchové, ale přesto se u schizofreniků vyskytují. Dalším problémem je rozsah konceptu metareprezentace. Frith explicitně definuje metareprezentace jako „reprezentace reprezentací“ (Frith, 1992, str. 116), ovšem z dalších popisů a příkladů vyplývá, že metareprezentace jsou pro něj konkrétněji reprezentace obsahů mysli či intencí určité osoby (např. „Myslím, že bych měl jít do práce.“, „Marie by chtěla, aby Jan přijel.“ atd.) (Frith, 1992, str. 127). Není přitom zřejmé, nakolik lze schopnost tvořit metareprezentace považovat za jednotnou kognitivní funkci, která se uplatňuje v různých doménách (např. když přisuzuji obsahy mysli sám sobě, když je přisuzuji druhým atd.). Není ani zřejmé, jak by skrze tuto teorii Frith interpretoval vrstvení metareprezentací typu „Jsem přesvědčen, že Martin by chtěl, aby ho Eliška milovala.“

Otázka specifických obsahů halucinací, ale i specifických obsahů bludů nebo způsobů dezorganizace řeči a chování, je problematická nejen ve vztahu k Frithově teorii poruchy metareprezentace, ale ve vztahu k většině teorií usilujících o sjednocující výklad symptomů schizofrenie. Louis Sass a Josef Parnas (2003) interpretují schizofrenii jako poruchu jáství či konkrétněji ipseity, tedy prožitku světa z hlediska první osoby, ve vztahu k sobě samému. Například verbální halucinace jsou podle nich důsledkem hyperreflexivity a oslabení sebevztahu (což jsou formy poruchy ipseity), kdy pacient příliš zaměřuje pozornost na svou vnitřní řeč, což ale vede k objektivaci a odcizení tohoto prožitku a tedy k pocitu,



že hlas přichází zvenčí (Sass & Parnas, 2003, str. 432). Opět však není zcela zřejmé, proč halucinace a bludy obvykle mívají svá „témata“, pokud se jedná o obecnou poruchu hyperreflexivity.

Sassův a Parnasův fenomenologický přístup skýtá řadu interpretačních možností. Podle mého názoru se ovšem projevuje jistá diskrepance v terminologii, skrze kterou popisují projevy symptomů schizofrenie. Na jedné straně jsou pojmy jako „hyperreflexivita“ či „oslabení sebevtahu“ popisovány fenomenologicky, tedy z hlediska subjektivního prožitku (jímž může být i samotný prožitek subjektivity). Na druhé straně přistupují k těmto pojmům ve smyslu jakýchsi psychických funkcí či procesů (Sass & Parnas, 2003, str. 430). Vycházíme tedy při interpretaci symptomů schizofrenie z pacientova prožitku (např. z toho, jak prožívá halucinaci), nebo předpokládáme nějakou psychickou funkci, která se může projevovat i bez toho, aby ji pacient daným způsobem prožíval? Tato otázka se týká obecně možnosti využití fenomenologie v přístupu k duševním poruchám a nechci se jí zde podrobněji zabývat. Chci pouze upozornit na to, že kvůli této diskrepanci by mohla být pro fenomenologický přístup problematická interpretace některých jevů, například habituálního charakteru projevů negativních symptomů.

Chris Frith se v poslední době věnuje také využití bayesovského modelu pro interpretaci některých symptomů schizofrenie. Bayesovský model zjednodušeně říká, že porozumění okolnímu světu se zakládá na spojení dvou procesů, kdy tzv. procesy shora-dolů formují očekávání percepčních vstupů a tzv. procesy zdola-nahoru představují smyslové vjemy, přičemž neustále probíhá jejich vzájemné porovnávání a na základě smyslových vjemů se upravuje následné očekávání (Corlett, Frith, & Fletcher, 2009, str. 516). Jedná se o neurokognitivní model, který umožňuje popsat tyto procesy na úrovni stavby mozku. Andy Clark shrnuje výzkumy, podle nichž může bayesovský model, konkrétně porucha přiřkládání váhy a zpracování rozporů mezi procesy shora-dolů a zdola-nahoru, být společným principem vzniku halucinací a bludů (Clark, 2016, str. 81). Ačkoli se tato teorie věnuje jen halucinacím a bludům<sup>59</sup>, můžeme nalézt jisté styčné body s předloženou teorií. Procesy, které jsou v bayesovském modelu označovány jako „top“, nesou řadu charakteristik toho, co v této práci označuji jako soubor znaků jáství. Clark popisuje proces vzniku halu-

---

<sup>59</sup> Symptomy jako dezorganizace chování či negativní symptomy by podle mého názoru byly jen obtížně interpretovatelné z hlediska této teorie.

cinací a bludů jako přisuzování příliš velké váhy očekávané chybě sensorických vstupů, která má za následek vnímání obsahů (které jsou očekávány) jako sensorických vstupů (Clark, 2016, str. 80). Mozek si tak „přizpůsobí“ interpretaci smyslových vjemů tomu, co očekává. Takový model by do určité míry odpovídal tomu, co zde popisuji jako „převládání“ bludných propozic, z něhož plyne jejich nevyvratitelnost. V jiných aspektech se ovšem oba modely rozcházejí.

Kromě teorií schizofrenie vycházejících ze symptomatologie (ať už nahlížené z hlediska kognitivních procesů, nebo fenomenologie) je zde nutné zmínit i tzv. dopaminovou teorii. Ta není založena na hledání společných charakteristik projevů symptomů, nýbrž na určení poruchy na úrovni neurobiologických procesů v mozku. Nebudu zde rozebírat celou dopaminovou teorii, která se ostatně v průběhu času poměrně podstatně proměňovala (Howes & Kapur, 2009, str. 549). Východisko je však společné a spočívá (zjednodušeně řečeno) v předpokladu, že projevy schizofrenie jsou důsledkem poruchy fungování dopaminu v mozku (Abi-Dargham & Grace, 2011). Dopamin je jeden z neurotransmiterů, tedy přenašečů vzruchů mezi neurony. Uplatňuje se v tzv. dopaminergních drahách v určitých částech mozku. Poruchou v případě schizofrenie je nadměrná tvorba, resp. nadměrné uplatnění dopaminu<sup>60</sup>. Pro tuto teorii svědčí, kromě dalších specifických výzkumů, také poznatky o fungování tzv. antipsychotických drog a amfetaminu. Antipsychotika byla původně vyvinuta za jiným účelem, ale postupně se začala užívat k utlumování psychotických projevů, především halucinací a bludů (Frith, 1992, stránky 16-17). Principem antipsychotik je blokování receptorů na synapsích, jinými slovy oslabení funkce dopaminu. Opačný efekt mají látky jako amfetamin nebo ketamin, které naopak podporují aktivaci dopaminu. Projevují se právě halucinačními či bludnými prožitky. Problematickou stránkou této teorie je její propojení s psychickými projevy schizofrenie, zvláště symptomy dezorganizace a negativními symptomy (Howes & Kapur, 2009, str. 555).

Důsledné propojení dopaminové teorie s konceptualizací společných charakteristik symptomů schizofrenie by vyžadovalo přesnější popis vztahu mozku a mysli, který v současném stavu poznání nemáme k dispozici. Nabídnou zde pouze několik hypotéz, kte-

---

<sup>60</sup> Porucha nemusí nutně spočívat v tom, že by v mozku bylo nadměrné množství dopaminu, ale důvodem může být i nadměrná rychlost jeho opětovného využívání na synapsích.

ré vyplývají z porovnání dopaminové teorie s předloženou sémiotickou koncepcí projevů schizofrenie. Předně je potřeba se ptát, v jakých oblastech mozku dopamin působí a s jakými psychickými funkcemi tyto oblasti souvisí. Dopamin je spojován s mechanismem psychické „odměny“, čemuž odpovídá mimo jiné účinek amfetaminu a závislost, která na jeho užívání vzniká. Předpokládejme, že odměna doprovází ty psychické obsahy, které máme následně za cíl vyhledávat. Pak tedy, s trochou interpretační volnosti, můžeme chápat systém odměny tak, že integruje tyto obsahy do souboru znaků jáství. Například to, čemu říkáme „propadat drogám“, by znamenalo, že svou interpretaci okolního světa a sám sebe stále častěji vztahuji k habitům, které vedou k danému prožitku drogového opojení. Porucha nadměrné funkce dopaminu by tak z hlediska sémiotické teorie schizofrenie odpovídala poruše indexikality jakožto vztahu určitých psychických obsahů-znaků a souboru znaků jáství. Abnormalita projevů schizofrenie by plynula z toho, že do souboru znaků jáství jsou začleněny znaky, které by za normálních okolností nebyly spojeny s „odměnou“.

Dále by propojení obou teorií mohlo potenciálně zodpovědět otázku, proč se v případech schizofrenie vyskytují určité symptomy, a ne jiné? Jednoduchým způsobem ověření (příčemž tak jednoduché to z mnoha důvodů samozřejmě není) by bylo srovnat funkce oblastí mozku, v nichž se dopamin uplatňuje, a typy projevů schizofrenie. Jisté náznaky v tomto smyslu máme. Například dopaminový systém má vliv nejen na zpětnou vazbu odměny a s tím související funkce učení, ale také na emoční regulaci, motorické funkce či formování habitů (Abi-Dargham & Grace, 2011, str. 419), což nápadně odpovídá popsaným typům projevů. Pokud je interpretace negativních symptomů jako specifických habitů představená v této práci správná, mohli bychom na základě srovnání obou teorií formulovat hypotézu, že negativní symptomy jako ochuzení vůle jsou důsledkem poruchy fungování dopaminu a tedy chybného napojení v té oblasti mozku, která je spojovaná s touto funkcí<sup>61</sup>. Naopak možné vyvrácení této hypotézy by spočívalo v tom, že bychom našli takové oblasti mozku, jejichž funkce odpovídá projevům schizofrenie, ale tato oblast není přímo součástí dopaminových drah.

---

<sup>61</sup> Striatum a bazální ganglia, viz (Yin, Ostlund, & Balleine, 2008).

### 6.3 Přínosy sémiotického přístupu ke schizofrenii

V této podkapitole mám za cíl poukázat na ty aspekty sémiotického přístupu ke studiu symptomů schizofrenie, které považuji za potenciálně přínosné pro budoucí výzkum. Nemám zde v úmyslu hodnotit, zda je předložená teorie pravdivá<sup>62</sup>. Je nutné podotknout, že záměrem této práce je nabídnout interpretační rámec pro výklad společných charakteristik symptomů schizofrenie. Ať už budoucí výzkum ukáže, jestli je teorie v souladu nebo v nesouladu s klinickými projevy, můžeme zhodnotit její interpretační potenciál, tedy schopnost generovat testovatelné hypotézy.

Vraťme se tedy k otázkám kladeným v úvodu práce, které souvisejí se zkoumaným problémem. Proč vlastně hledáme společný charakter symptomů schizofrenie? Jedním z důvodů je předpoklad, že by se tento společný charakter mohl projevovat i jinak, než jak jsou definovány samotné symptomy, a že bychom takové projevy mohli rozeznat. To by mělo značné využití například při rozlišení tzv. prodromální fáze schizofrenie, tedy období, kdy se ještě naplno neprojevují symptomy schizofrenie, které je však o to podstatnější pro možnost účinné léčby (Addington & Lewis, 2011, str. 91). Do této problematiky již přímo zasahuje oblast diskurzivního přístupu v rámci sémiotiky duševních poruch (viz kapitola 2.2 Přístupy k sémiotice duševních poruch). Mohlo by se totiž jednat o projevy, které označujeme jako abnormální, ale nespádají pod žádný ze symptomů, nebo i o projevy, které jako abnormální neoznačujeme. K podrobnější analýze takových jevů by bylo potřeba v první řadě dále rozpracovat koncepci souboru znaků jáství, která je v této práci pouze naznačena. Jáství je zkoumáno z mnoha vědeckých perspektiv od fenomenologie, přes vývojovou psychologii až po kulturní studia. Různorodé teoretické koncepce by nás mohly upozornit na ty aspekty jáství, které by se, v případě narušené indexikality, určitým způsobem projevovaly v jednání či myšlení, přičemž je z hlediska současného psychiatrického diskurzu nepovažujeme za abnormální.

Vycházíme-li z charakteristik toho, co zde označuji jako soubor znaků jáství, lze na jejich základě formulovat několik hypotéz. Pokud je například jednou z vlastností souboru znaků jáství to, že skrze ně interpretujeme další prožitky, pak by se v případě nástupu poruchy indexikality tento princip začal vztahovat i na znaky, které v tomto souboru u dané

---

<sup>62</sup> Místo toho se v následující podkapitole pokusím přednést možnosti, jak by daná teorie mohla být falzifikovatelná.

ho pacienta dříve nebyly. Například bludy jsem v této práci charakterizoval jako propozice začleněné do struktury propozic jáství na základě poruchy indexikality. Taková propozice se následně projevuje jako bizarní, nevyvratitelné přesvědčení. Co když ale obsah bludné propozice není bizarní? Ačkoli by tato propozice nebyla co do obsahu bizarní a nejspíše by se pacient ani tolik nedostával do střetu se svým okolím ohledně její pravdivosti (a tedy by se tolik neprojevovala její nevyvratitelnost), přesto by nesla některé charakteristiky bludných propozic. Mohla by se projevovat náhlou změnou názoru pacienta na určité téma, přičemž tato změna by nebyla odůvodněna vnějšími okolnostmi. Nejspíš by také začala převládat v tom, jak pacient interpretuje okolní události. V případě dezorganizace řeči je objektem, na nějž je chybně odkazováno, pravidlo komunikace. Obdobně jako u bludů by porucha indexikality vůči určitému pravidlu komunikace mohla mít projevy, které v daném kontextu nehodnotíme jako abnormální. Pak by signifikantní byla samotná proměna. Například pokud obvykle neužívám ironii a náhle bych s tím začal, mohlo by to signalizovat proměnu komunikačního pravidla. Stejně tak habitus ukazující se v rámci symptomu dezorganizace jako bizarní chování by se také mohl jevit jako manýrismus či opakování určitého úkonu, například přerovnávaní věcí či agresivnější jízda autem.

Z předložené sémiotické teorie schizofrenie také vyplývají možné implikace pro terapeutické metody. V současnosti se využívá především farmakoterapie (tzv. antipsychotika), ale také například kognitivně-behaviorální terapie (Morrison, 2008, str. 227) a některé další postupy. Léčba se zpravidla orientuje na potlačení symptomů, případně na jejich zvládnutí v každodenních situacích. Sémiotický přístup by mohl nabídnout přesnější zacílení terapie na to, co v této práci nazývám objektem projevů schizofrenie. Ovšem i pokud by se předložený sémiotický model ukázal jako nepřesný, může být analýza projevů symptomů jakožto znaků prospěšná pro kognitivně-behaviorální terapii, například tím, že díky ní můžeme lépe rozlišit mezi primárními a sekundárními (odvozenými) projevy schizofrenie. Potenciálně má sémiotický model schizofrenie v kombinaci s dopaminovou teorií (viz výše) důsledky i pro farmakoterapii. Model předpokládá, že v případě schizofrenie nejde o obecné poškození některé části mozku, ale o specifickou poruchu vazby. Kdyby tomu tak bylo, mohli bychom se pokusit propojit kognitivně-behaviorální terapii zaměřenou na danou vazbu s cílenou farmakoterapií. To je ovšem zatím jen ve stadiu hypotéz.

## 6.4 Možnosti falzifikace

Na závěr chci probrat možnosti falzifikovatelnosti předložené teorie, přičemž za její nevýhody považuji právě ty její aspekty, které jsou obtížně falzifikovatelné. Možností falzifikace mám na mysli to, že z teorie vyplývají testovatelné hypotézy, které můžeme výzkumně potvrdit či vyvrátit. Zároveň musíme mít na paměti, že případné potvrzení hypotézy neznamena, že je teorie verifikována. Taktéž nemožnost falzifikovat teorii neznamena, že by nebyla pravdivá, ovšem není považována za vědeckou teorii a pro vědu nemá přínos (Popper, 1997, stránky 18-20).

V kapitolách věnujících se jednotlivým symptomům i v této závěrečné kapitole jsem již navrhl řadu dílčích hypotéz, které jsou podle mého názoru do určité míry testovatelné a případně vyvrátitelné, mimo jiné hypotézy vyplývající z rozlišení bludných propozic na centrální bludnou propozici a periferní bludné propozice. Nyní bych se rád věnoval možnosti falzifikace jádra sémiotické teorie schizofrenie, totiž schématu „objekt-porucha indexikality-soubor znaků jáství“. Toto schéma v první řadě předpokládá, že projevy symptomů schizofrenie se vztahují k určitému objektu, kterým je znak nebo soubor znaků. Proti tomu bychom mohli postavit tezi, podle níž nelze najít konkrétní znak nebo soubor znaků, které by symptomu u jednotlivého pacienta odpovídaly. To by bylo možné testovat v případě jednotlivých symptomů, například halucinací. Teorie předpokládá, že obsahy halucinací u konkrétního pacienta se výrazně nemění, tj. týkají se jednoho nebo několika znaků<sup>63</sup>. Pokud by výzkum ukázal, že jednotliví pacienti mají mnoho různých obsahů halucinací, u nichž není možné najít společné aspekty, svědčilo by to v neprospěch předložené teorie. Obdobně z analýzy bludů vyplývá hypotéza, že blud lze charakterizovat jako systém propozic, které se vztahují k jedné nebo několika málo propojeným centrálním propozicím. V neprospěch sémiotické teorie by opět svědčily závěry případného výzkumu, které by dokládaly přítomnost mnoha tematicky různorodých bludných propozic u jednotlivých pacientů<sup>64</sup>. Problematičtější je možnost falzifikace v případě negativních symptomů. Teorie mimo jiné předpokládá, že to, co je v psychiatrickém diskursu označováno jako vůle, lze chápat na úrovni jednotlivých jejích projevů jakožto určitý habitus. K případné

---

<sup>63</sup> Na základě analýzy v podkapitole 5.1 Halucinace ovšem dodejme, že znak zde může nabývat nejen podoby věci či osoby, ale například i kvalitativního rysu jako je styl mluvy, barevnost nebo gramatické kategorie.

<sup>64</sup> Například kdyby měl jeden pacient utkvělou představu, že ho sleduje FBI, že ho unesli mimozemšťani a zároveň že je reinkarnací papeže Urbana II.

falzifikaci by tedy bylo potřeba nejen ověřit, zda nelze najít projevy negativních symptomů, které neodpovídají danému schématu, ale také ověřit, zda nemůžeme najít takové projevy toho, čemu říkáme vůle, které nelze charakterizovat jako habitus. A to jen za předpokladu, že se shodneme na definici vůle, přičemž obecná shoda na takové definici ve vědecké komunitě rozhodně nepanuje.

V podobném duchu je problematické i vymezení jáství. V této práci jsem označení „soubor znaků jáství“ užíval spíše jako pracovní pojem, který byl definován na základě charakteristik plynoucích z jednotlivých analýz. Hrozí tedy riziko definice kruhem, kdy symptomy schizofrenie definujeme jejich vztahem k jáství, ale zároveň jáství definujeme vzhledem k těmto symptomům. K omezení tohoto rizika jsou podle mého názoru možné dvě cesty. Jednak bychom měli dbát na to, že východiskem interpretačního procesu jsou projevy symptomů schizofrenie a do souboru znaků jáství zařazovat jen takové znaky, které vyplývají z analýzy těchto projevů. Druhou možností, kterou jsem zmiňoval výše, je využití některé stávající teorie jáství, která by nabídla komplexní charakteristiky různých aspektů jáství. V každém případě by ovšem bylo nutné nejprve se pokusit experimentálně ověřit rozlišení mezi souborem znaků jáství a znaky, které mají jiný charakter. Vzhledem ke složitosti pojmu „jáství“ by to byl jistě nelehký úkol, ale některé dílčí experimenty by jistě bylo možné navrhnout. Zde může být vodítkem mimo jiné propojení s neurobiologickým výzkumem, díky němuž se lze pokusit korelovat rozdíl mezi myšlením znaků jáství a jiných znaků s procesy v různých oblastech mozku.

## 7. Závěr

Předložená práce nabízí interpretaci společných aspektů symptomů schizofrenie na základě sémiotického přístupu. Schizofrenie se může projevovat halucinacemi, bludy, dezorganizací řeči a chování či třeba ochuzením vůle. Různorodost těchto symptomů představuje jeden z problémů, které nám brání v pochopení této nemoci. Vzniklo již několik teorií usilujících o nalezení sjednocujícího principu, ať už z neurokognitivního, fenomenologického či komunikačního hlediska, ovšem řada souvisejících otázek dosud zůstává nevyřešena. Problém je o to podstatnější, že se netýká jen samotných symptomů, ale má přesahy i do neurobiologických teorií schizofrenie a možností účinné terapie.

Přístup, který jsem zvolil v této práci, je sémiotický. Vycházím z předpokladu, že projevy duševních poruch lze konceptualizovat jako znaky. Sémiotika nabízí aparát, díky němuž můžeme popsat a analyzovat různé aspekty symptomů od toho, jak je prožívá sám pacient, až k tomu, jak jsou vnímány a interpretovány lékaři. Zaměřil jsem se proto na konkrétní situace, v nichž se symptomy schizofrenie projevují, a pokusil se je charakterizovat z hlediska sémiózy, tedy procesu značení. Tuto metodu, či spíše metodologický přístup, jsem nazval sémiotická redukce. Je založena na sémiotické teorii Charlese S. Peirce, který vytvořil obsáhlou taxonomii znaků a jejich charakteristik. Peircova teorie nám mimo jiné umožňuje hledat společné aspekty odlišných jevů, neboť znakem může být jednotlivý počitek, stejně jako soubor promluv.

Analýza symptomů schizofrenie postupovala od vymezení základních znakových jednotek a těch jejich aspektů, které je činní abnormálními. Halucinace mohou být různorodými počitky, ovšem jejich abnormalita se projevuje na té rovině znaku, která odkazuje k objektu-zdroji. Na této rovině je vztah znaku a objektu indexikální a právě indexikalita musí být narušena, aby šlo o halucinaci (a ne smyslový vjem nebo imaginaci). Za znakovou jednotku bludu považuji propozici či přesněji *dicisignum*. To, co se v psychiatrii označuje za bludný systém, je systém propozic, které ze sebe mohou vzájemně vyplývat. Můžeme pak postulovat dílčí hypotézu, podle níž lze bludný systém rozdělit na centrální bludnou propozici a periferní bludné propozice, které jsou z té centrální vyvozeny, přičemž samotný proces vyvozování nemusí být narušen. To, co je narušeno, je centrální bludná propozice, konkrétně její vztah k jáství, kvůli němuž se stává pro pacienta nevyvratitelnou a zároveň pacient skrze ni interpretuje okolní svět. Dezorganizaci řeči a některé projevy dezor-



organizace chování lze interpretovat jako poruchu vztahu znaku k pravidlu komunikace. V případě dezorganizované řeči je znakovou jednotkou promluva, resp. její kvalitativní aspekt (např. její délka), který v normálním případě odkazuje k určitému komunikačnímu pravidlu (např. vhodná délka promluvy v jistých situacích), skrze které je interpretován jako metakomunikační znak. U schizofrenního pacienta tento indexikální vztah kvalitativního aspektu vůči pravidlu komunikace selhává, neboť u něj převládá jiné pravidlo, podle něž také formuje vlastní promluvy. Obdobně jsem charakterizoval projevy dezorganizace chování a negativních symptomů. Pravidlo je v tomto případě převládajícím habitem (v Peircově pojetí je habitus specifickým pravidlem), podle něž řídí své chování a které se projevuje i v případech, které psychiatrický diskurs charakterizuje jako ochuzení vůle nebo emoční oploštěnost.

Společný základ symptomů schizofrenie jsem na základě analýz charakterizoval jako vztah tří prvků: objektu, indexikality a souboru znaků jáství. Teorie předpokládá, že projevy schizofrenie jsou důsledkem narušeného indexikálního vztahu souborů znaků jáství vůči určitému objektu, který je znakem či skupinou znaků. Objektem může být hlas či obraz v případě halucinací, propozice v případě bludů, pravidlo komunikace v případě dezorganizace řeči či chování nebo habitus v případě negativních symptomů. Soubor znaků jáství zahrnuje takové znaky, které se vztahují k já. Charakteristické je pro ně mimo jiné to, že skrze ně interpretujeme ostatní prožitky, jako propozice, které určují moji pozici ve světě („Jsem student.“, „Bydlím v Praze.“ atd.), já jakožto zdroj určitých prožitků („Já jsem si vybavil vzpomínku z dětství.“) či habitus, podle nichž řídím své chování.

Z této teorie plyne řada testovatelných hypotéz. Můžeme předpokládat, že pokud je teorie správná, budou jednotlivé projevy schizofrenie objektivně specifické, tedy bude možné vymezit určité znaky, které je tvoří (oproti tvrzení, že jsou symptomy schizofrenie způsobené poruchou nějaké obecné funkce, např. racionality či metareprezentace). Dále by z této teorie vyplývalo, že by mohly existovat projevy schizofrenie, které nejsou nutně interpretovány jako abnormální, ale odpovídaly by danému schématu, například jisté projevy manýrismu či náhlé inklinace k odlišnému komunikačnímu pravidlu, než jakým se pacient doposud řídil. V neposlední řadě by mohla být předložená teorie užitečná ve spojení s kognitivně-behaviorální terapií, konkrétně tím, že by se zaměřila na ten znak či skupinu znaků, která je pro pacienta specifická.

Co se týče přínosu práce pro sémiotiku, pokusil jsem se ukázat, jak lze využít Peircovu klasifikaci znaků k řešení konkrétního problému z jiné oblasti. Práce bezpochyby spadá do aplikované sémiotiky a její potenciální přínos je tak potřeba vnímat z toho hlediska, nakolik je schopna přinést nové a zároveň relevantní hypotézy k tématu, kterým se zabývá. Metoda sémiotické redukce založená na Peircově sémiotice by měla být použitelná nejen na analýzu dalších duševních poruch, ale i v jiných doménách.

## Bibliografie

- Abi-Dargham, A., & Grace, A. A. (2011). Dopamine and schizophrenia. V D. R. Wienberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (3.. vyd., stránky 413-432). Blackwell Publishing Ltd.
- Addington, J., & Lewis, S. W. (2011). The prodrome of schizophrenia. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (3.. vyd., stránky 91-103). Blackwell Publishing Ltd.
- Aleman, A. (2001). *Cognitive neuropsychiatry of hallucinations in schizophrenia: How the brain misleads itself*. Ridderprint Offsetdrukkerij B.V.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andreasen, N. A. (1986). Scale for the Assessment of Thought, Language and Communication (TLC). *Schizophrenia Bulletin*(12(3)), stránky 473-482.
- Andreasen, N. C. (1990). Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. *Archives of General Psychiatry*(47.7), stránky 615-621.
- Andreasen, N. C. (2011). Concept of schizophrenia: past, present, and future. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (3. vydání. vyd., stránky 3-8). Blackwell Publishing Ltd.
- Arango, C., & Carpenter, W. T. (2011). The schizophrenia construct: symptomatic presentation. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (stránky 9-23). Blackwell Publishing Ltd.
- Barbieri, M. (2009). A Short History of Biosemiotics. *Biosemiotics*(2(2)), stránky 221-245.
- Bartels, A., & Zeki, S. (27. Listopad 2000). The Neural Basis of Romantic Love. *Neuroreport*, stránky 3829-3834.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a Theory of Schizophrenia. *Behavioral Science*(1(4)), stránky 251-254.

- Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Wagman, A. M. (Květen 1988). Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia: The Concept. *The American Journal of Psychiatry*(145(5)), stránky 578-583.
- Chalmers, D. J. (1996). *The Conscious Mind: In Search of a Fundamental Theory*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Charvát, M., & Pudlák, Š. (2016). Language and Visuality of the Mentally Ill. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*. doi:10.1002/aps.1477
- Clark, A. (2016). *Surfing uncertainty: prediction, action, and the embodied mind*. Oxford: Oxford University Press.
- Cohen, A. S., & Minor, K. S. (Červen 2010). Emotional Experience in Patients With Schizophrenia Revisited: Meta-analysis of Laboratory Studies. *Schizophrenia Bulletin*(36(1)), stránky 143-150.
- Colapietro, V. M. (1989). *Peirce's Approach to the Self: A Semiotic Perspective on Human Subjectivity*. Albany: State University of New York Press.
- Coltheart, M., Langdon, R., & McKay, R. (2007). Schizophrenia and monothematic delusions. *Schizophrenia Bulletin*(3), stránky 642-647. doi:10.1093/schbul/sbm017
- Corlett, P. R., Frith, C. D., & Fletcher, P. C. (2009). From drugs to deprivation: a Bayesian framework for understanding models of psychosis. *Psychopharmacology*(206), stránky 515-530.
- Deleuze, G., & Guattari, F. (2011). *Tisíc plošin*. Praha: Herrmann & synové.
- Eco, U. (Prosinec 1976). Peirce's Notion of Interpretant. *MLN*, stránky 1457-1472.
- Eco, U. (2009). *Teorie sémiotiky*. (M. Sedláček, Překl.) Praha: Argo.
- Eco, U. (2011). *Kant a ptakopysk*. (P. Štichauer, Překl.) Praha: Argo.
- Eyler, L. T. (2008). Brain Imaging. V K. T. Mueser, & D. V. Jeste, *Clinical Handbook of Schizophrenia* (stránky 35-43). New York; London: The Guilford Press.
- Farias, P., & Queiroz, J. (2003). On diagrams for Peirce's 10, 28 and 66 classes of signs. *Semiotica*(147), stránky 165-184.

- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. M. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5® Disorders—Clinician Version (SCID-5-CV)* (1.. vyd.). American Psychiatric Publishing.
- Foucault, M. (1971). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Horizont.
- Foucault, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství*. Praha: Nakladatelství Lidových novin.
- Foucault, M. (2010). *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervant.
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Gallagher, S. (Březen 2004). Neurocognitive Models of Schizophrenia: A Neurophenomenological Critique. *Psychopathology*(37), stránky 8-19.
- Gallagher, S. (2007). Sense of Agency and Higher-Order Cognition: Levels of explanation for schizophrenia. *Cognitive Semiotics*(0), stránky 32-48.
- Gazzaniga, M. S. (1967). The split brain in man. *Scientific American*(217.2), stránky 24-29.
- Gilman, S. L. (2008). Constructing schizophrenia as a category of mental illness. V E. R. Wallace, & J. Gach, *History of Psychiatry and Medical Psychology: With an Epilogue on Psychiatry and the Mind-Body Relation* (stránky 461-483). New York: Springer Science + Business Media, LLC.
- Grice, H. P. (1975). Logic and conversation. V P. Cole, & J. L. Morgan, *Syntax and semantics. Speech acts. Vol. 3* (stránky 41-58). New York: Academic Press.
- Heiden, W. a., & Häfner, H. (2011). Course and outcome. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (stránky 104-141). Blackwell Publishing Ltd.
- Howes, O. D., & Kapur, S. (2009). The Dopamine Hypothesis of Schizophrenia: Version III-The Final Common Pathway. *Schizophrenia Bulletin*(35(3)), stránky 549-562. doi:10.1093/schbul/sbp006
- Kahn, J. Y. (1978). A diagnostic semiotic. *Semiotica*(22.1-2), stránky 75-106.

- Khachouf, O. T., Poletti, S., & Pagnoni, G. (Září 2013). The embodied transcendental: a Kantian perspective on neurophenomenology. *Frontiers in Human Neuroscience*, stránky 1-15.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W. S., Carpenter, W. T., & Marder, S. R. (15. Únor 2006). The NIMH-MATRICES Consensus Statement on Negative Symptoms. *Schizophrenia Bulletin*(32(2)), stránky 214-219.
- Kučerová, H. (2010). *Schizofrenie v kazuistikách*. Praha: Grada Publishing, a.s.
- Kuperman, V., & Zislin, J. (2005). Semiotic perspective of psychiatric diagnosis. *Semiotica*(155), stránky 1-13.
- Laing, R. D., & Esterson, A. (1964). *Sanity, madness, and the family*. Basic Books.
- Laroi, F. e. (2012). The Characteristic Features of Auditory Verbal Hallucinations in Clinical and Nonclinical Groups: State-of-the-Art Overview and Future Directions. *Schizophrenia Bulletin*(38(4)), stránky 724-733.
- Lavretsky, H. (2008). History of schizophrenia as a psychiatric disorder. V K. T. Mueser, & D. V. Jeste, *Clinical handbook of schizophrenia* (stránky 3-13). New York; London: The Guilford Press.
- Lawrie, S. M., & Pantelis, C. (2011). Structural brain imaging in schizophrenia and related populations. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (3.. vyd., stránky 334-352). Blackwell Publishing Ltd.
- Morris, C. (1971). *Writing on the General Theory of Signs*. The Hague, Paris: Mouton.
- Morrison, A. (2008). Cognitive-Behavioral Therapy. V K. T. Mueser, & D. V. Jeste, *Clinical handbook of schizophrenia* (stránky 226-239). New York: The Guilford Press.
- Mueser, K. T., & Jeste, D. V. (2008). *Clinical handbook of schizophrenia*. New York: The Guilford Press.
- O'Leary, D. S. (Únor 2000). Cognitive Correlates of the Negative, Disorganized, and Psychotic Symptom Dimensions of Schizophrenia. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*(12:1), stránky 4-15.

- Opler, L. A., Kay, S. R., Lindenmayer, J. P., & Fiszbein, A. (1992). *Structured Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale SCI-PANSS*. North Tonawanda; Toronto: Multi-Health Systems, Inc.
- Ostwald, P. F. (1971). Symptoms, diagnosis, and concepts of disease: Some comments on the semiotics of patient-physician communication. V J. Kristeva, J. Rey-Debove, & D. (. Imiker, *Essays in Semiotics/Essais de sémiotique* (stránky 239-250). Walter de Gruyter.
- Palek, B. (1997). *Sémiotika*. Praha: Univerzita Karlova.
- Peirce, C. S., Hartshorne, C., & Weiss, P. (. (1935). *Collected papers of Charles Sanders Peirce*. Harvard University Press.
- Peralta, V., & Cuesta, M. J. (1993). Psychometric Properties of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) in Schizophrenia. *Psychiatry Research*(53), stránky 31-40.
- Popper, K. R. (1997). *Logika vědeckého bádání*. (J. Fiala, Překl.) Praha: OIKOYMENH.
- Prinzhorn, H. (2011). *Výtvarná tvorba duševně nemocných*. (B. Hudcová, Překl.) Praha: Arbor vitae.
- Riley, B., & Kendler, K. S. (2011). Classical genetic studies in schizophrenia. V D. R. Weinberger, & P. J. Harrison, *Schizophrenia* (3.. vyd., stránky 245-268). Blackwell Publishing Ltd.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*(179.4070), stránky 250-258.
- Ross, C. A., Margolis, R. L., Reading, S. A., Pletnikov, M., & Coyle, J. T. (5. Říjen 2006). Neurobiology of Schizophrenia. *Neuron*(52), stránky 139-153.
- Sass, L. A., & Parnas, J. (2003). Schizophrenia, Consciousness, and the Self. *Schizophrenia Bulletin*(29(3)), stránky 427-444.
- Sebeok, T. A. (2001). *Signs: An Introduction to Semiotics* (Second Edition. vyd.). Toronto, Buffalo, London: University of Toronto Press Incorporated.
- Short, T. L. (2007). *Peirce's Theory of Signs*. New York: Cambridge University Press.

- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1. Srpen 1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 8(49), stránky 624-629.
- Světová zdravotnická organizace. (2014). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)*. Světová zdravotnická organizace (World Health Organization).
- Tallis, R. (2014). *Aping mankind: Neuromania, Darwinitis and the misrepresentation of humanity*. Routledge.
- Vahia, I. V., & Cohen, C. I. (2008). Psychopathology. V K. T. Mueser, & D. V. Jeste, *Clinical handbook of schizophrenia* (stránky 82-90). New York: The Guilford Press.
- Weinberger, D. R., & Harrison, P. J. (2011). *Schizophrenia* (3.. vyd.). Blackwell Publishing Ltd.
- Yin, H. H., Ostlund, S. B., & Balleine, B. W. (2008). Reward-guided learning beyond dopamine in the nucleus accumbens: The integrative functions of cortico-basal ganglia networks. *European Journal of Neuroscience*(28(8)), stránky 1437-1448.
- Zlatev, J. (2012). Cognitive semiotics: An emerging field for the transdisciplinary study of meaning. *Public Journal of Semiotics*(4.1), stránky 2-24.