

Schizofrenní poruchy

MUDr. Helena Reguli

Psychóza

- **Psychóza** je závažný duševní stav, který lze definovat jako neschopnost chovat se a jednat v souladu s okolnostmi. Je to vlastně disociace mezi vnímáním, chováním a prožíváním. Mění se stav nemocného k realitě.
- Rozdíl mezi psychózou a neurózou spočívá v tom, že v psychóze postiženému chybí nadhled (svým bludům bezmezně věří), zatímco neurotický pacient si je změn ve vnímání vědom (a tyto vjemy je schopen alespoň částečně zpochybnit).

Základní údaje o schizofrenii (SCH)

- Závažné psychotické onemocnění
- Významně snižuje kvalitu života a společenské uplatnění
- Zvyšuje mortalitu
- Pravděpodobně mnohočetná etiologie
- Silný sklon k chronicitě
- Na 9. místě v příčinách neschopnosti nemocného být produktivně činným
- Riziko sebevraždy v prvních 10 letech je 20-40%, celoživotně 2-4%

Historie

- Schizofrenie je název starý 100 let
- Poprvé ho použil švýcarský psychiatr Eugen Bleuler.
- Popsaná Emilem Kraepelinem jako
- „dementia praecox“
- Schizofrenie – rozštěpení osobnosti ve smyslu rozštěpení myšlení, emocí a vůle na jednotlivé fragmenty původního celku.
- Současné projevy rozdílných postojů, motivací, emocí a myšlenek – jakoby patřící dvou osobnostem
- Dif. dg: alterující osobnost – dissociativní psychopatologický jev (Jackyl a Hyde)

Historie

- Kurt Schneider: definice symptomů prvního a druhého řádu
 - symptomy prvního řádu:
 - Ozvučování myšlenek
 - Slyšení rozmlouvavých hlasů
 - Slyšení komentující vlastní jednání
 - Tělesné prožitky ovlivňování
 - Odnímání myšlenek a jiné ovlivňování myšlenek
 - Rozšiřování a vysílání myšlenek
 - Bludné vnímání
 - vše ovlivňované a způsobované zvnějšku – projevy pasivity (v oblasti citové, pudové a volní)
- V 60. letech rozdílnost diagnostiky schizofrenie v USA a Evropě
- IPSS – International Pilot Study of Schizophrenia
- 70. léta – prosazování diagnostických kritérií do diagnostiky k zajištění diagnostické homogenity
- T. Crow: I. A II: typ SCH

Diagnostika

- Vychází z charakteristické psychopatologie a funkčního narušení osobnosti nemocného
- Pozorování nemocného a z analýzy jim sdělených prožitků
- Neexistuje specifický test na SCH
- U části nemocných existují premorbidně známky vyšší „zranitelnosti“
- Prodromální příznaky:
 - Pouze vystupňování schizoidních a schizotypálních rysů osobnosti
 - Zvýšený zájem o tělesné fungování a úzkostné sledování tělesných funkcí
 - Rozlada, sklíčenost, nepřiměřená existenciální úzkost – možné
 - Častá je náhlá životní změna situace pacienta
 - Plachost, přecitlivělost s podrážděností, nespolečenskost
 - Zájem o okultní otázky, nadměrná hloubavost nad smyslem života
 - Bolesti hlavy a nespavost
 - Změněný výklad skutečnosti se sklonem k magickému a symbolickému myšlení
 - Pochybnosti o své identitě, derealizace, depersonalizace
 - Ztráta dosavadních zájmů

Diagnostika

- Příznaky vlastní nemoci:
 - Ambivalence
 - Nepřiléhavost emocí i myšlenek
 - Rozvolnění myšlenkového toku
 - Intenzivní prožitky derealizace a depersonalizace – pocity „inscenovanosti“, dění kolem a neschopnosti do něj zasahovat
 - Paranoidní forma: bludy a halucinace
 - Katatonní forma: motorické příznaky a porucha volního jednání
 - Hebefrenní forma: nadměrná, nepřiléhavě hravá, nesladěná, jakoby náhodně generovaná aktivita a myšlení
 - Simplexní forma: stažení do sebe a otupění prožívání

Diagnóza dle MKN 10

Přítomnost alespoň jednoho z následujících příznaků v trvání delším než 1 měsíc:

1. slyšení vlastních myšlenek a intrapsychické halucinace
2. bludy kontrolovatelnosti a ovlivňování, případně prožitky pasivity a přesvědčení o tom, že je subjekt ovládán psychotickými prožitky
3. halucinované hlasy, které komentují chování pacienta, případně o něm rozmlouvají
4. bludná přesvědčení, která se vymykají dané kultuře

Pokud není přítomen některý z předchozích příznaků, je třeba, aby byly přítomny alespoň dva z příznaků následujících:

5. přetrvávající halucinace
6. formální poruchy myšlení (inkohERENCE, zárazy, neologismy)
7. katatonní projevy
8. negativní příznaky v podobě apatie, alogie (ochuzení řeči, autismus, emoční oploštění až vyhaslost)
9. nápadné změny v chování (ztráta citových vztahů, zájmů, sociální stažení, nečinnost, bezcílnost ...)

Formy onemocnění

- Paranoidní schizofrenie (F20.0)
 - Častá
 - Především bludy – perzekuční i velikášská s častým vlivem na chování nemocného a symbolickému nebo magickému myšlení
 - Halucinace nejčastěji sluchové
 - Průměrný věk začátku vyšší
 - Lepší premorbidní adaptace
- Hebefrenní schizofrenie (F20.1)
 - Dezorganizovaný typ SCH
 - Vznik v adolescenci (15-25 let)
 - Špatná prognóza vzhledem k rychlém vývoji negativních příznaků
 - Necílená, bizardní aktivita
 - Bludy a halucinace prchavého charakteru
 - Nepřiměřené a nevypočitatelné projevy
 - Manýrované chování
 - Oploštělé a nepřiměřené emoce
 - Nápadnosti v oblečení
 - Přehnané projevy nedospělosti
 - Premorbidní osobnost bývá plachá a samotářská

Formy onemocnění

- Simplexní schizofrenie (20.6):
 - Prognosticky závažná forma
 - Málo častá
 - Časný a plíživý vznik
 - Chronický průběh
 - V popředí úpadek vůle, zlostejněním, zpovrchněním, ztrátou zájmů, zploštěním emocí
- Katatonní schizofrenie (F20.2)
 - Zejména poruchy motoriky
 - Forma produktivní:
 - Katatonické vzrušení
 - Nadměrná, někdy až extrémní a násilná aktivita
 - Před elektrokonvulzivní léčbou často fatální
 - Forma stuporózní:
 - Motorická retardace až stupor
 - Mutismus
 - Negativismus
 - Vosková ohebnost (flexibilitas cerea)
 - Povelový automatismus
 - Možné střídání obou stavů
 - [Katatonie](#)
 - <http://www.youtube.com/watch?v=CRQMDsw02Dw>

Další formy schizofrenie

- Nediferencovaná SCH
 - Které nelze zařadit
 - Příznaky všech kategorií
- Postschizofrenní deprese
 - Depresivní ataka po odeznění schizofrenní psychózy
 - Přetrvávají psychotické příznaky, ale nepřevládají
 - Zvýšené riziko suicidia
- Reziduální schizofrenie
 - Chronické stadium
 - Následuje po odeznění několika psychotických atak
 - Dlouhodobě negativní příznaky

Nová typologie schizofrenie

Příznaky schizofrenního onemocnění lze rozdělit na **negativní** a **pozitivní**, případně i kognitivní a afektivní. Od počátku 80. let se obvykle používá rozdělení schizofrenií podle pozitivních a negativních symptomů (dle T. Crowa)

<i>negativní</i>	<i>pozitivní</i>
nedostatky v řeči	halucinace
afektivní oploštěnost	bludy
apatie	bizarní chování
anhedonie - asocialita	porucha platného společenského myšlení
narušená pozornost	

Průběh

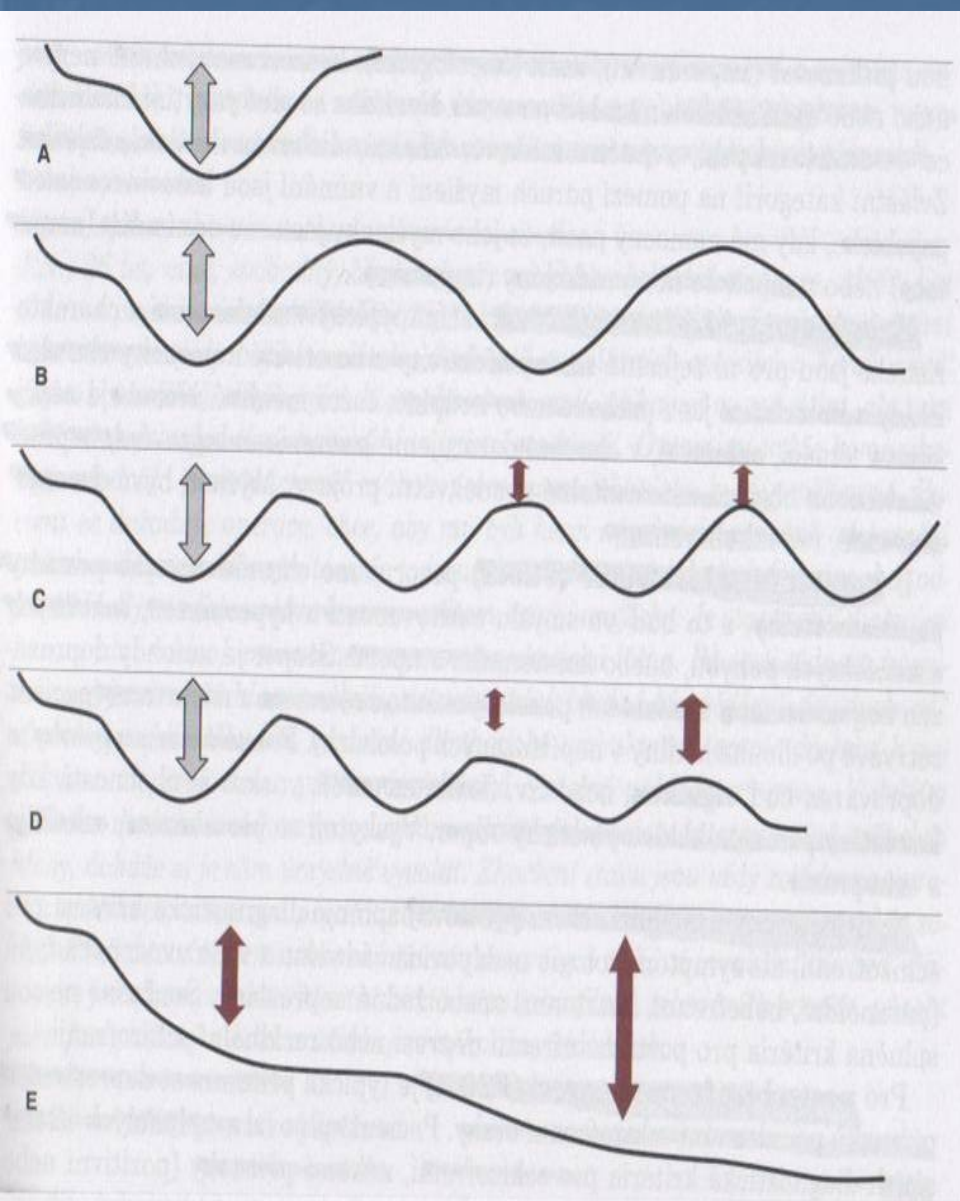
- Proměnlivý
- Vliv mnoha faktorů
 - Vlastní chorobný proces
 - Osobnost nemocného (jeho adaptivita)
 - Sociální prostředí
 - Intenzita stimulace
- Nejvíce proměnlivé období na začátku onem.
- Důležité období léčby a průběhu onem. V prvních 5 letech

Průběh

- Začátek v adolescenci a časně dospělosti
- Vrchol výskytu v ČR mezi 26-27 lety
- Věkové rozdíly v začátku onemocnění
- Průměrný věk prvních psychotických známek je 26 let pro muže a 31 let pro ženy
- Druhý vrchol incidence u žen v 35. letech
- Celoživotně je poměr pohlaví 1:1, v dětském věku se schizofrenie vyskytuje o něco častěji u chlapců.
- Spouštěcí faktory - emoční krize, ztráta blízké osoby, izolace, nemoc, trauma, užívání drog

Průběh

- Premorbidní stadium
 - Většinou nenápadné
 - Drobné odchylky v pozornosti, neuropsycholog. testech, sociálním stažením
- Prodromální období
 - Kolísavá úzkost
 - Depresivní ladění
 - hloubavost
 - Zvláštní vnímání
- První psychotická epizoda
 - Náhlá změna ve vztahu ke skutečnosti
 - Častá hospitalizace pacienta
 - Dobrá prognóza:
 - Plná remise 75%
 - Remise s rezidui 12%
 - Medián trvání ataky 12 týdnů
 - 15-22% - pouze jedna ataka
- Období relapsů a remisí
- Období stabilizace s různou měrou reziduálních příznaků



A – jediná epizoda s úplnou remisí

B – v atakách s úplnými remisemi

C – v atakách se stabilním defektem

D – v atakách s postupným defektem

E – chronický, s postupnou deteriorací

Průběh

- Účinná léčba délku epizody zkracuje, navozuje remisi a brání vzniku nových epizod
- umění muže schizofrenií

Příčina schizofrenie

- etiologie schizofrenie není známa; předpokládá se multifaktoriální etiologie a mnohočetné patogenetické vlivy
- obecný rámec tvoří **teorie zátěže a dispozice**: Dědičná nebo získaná vloha disponuje k selhání adaptivních funkcí duševního života, což vede k nepřizpůsobivému prožívání a chování při zátěži; to prohlubuje snížení odolnosti jedince a nakonec vyústí do klinické manifestace onemocnění.

Etiologie

- Genetické faktory:
 - dědičné genetické faktory jsou významné v etiologii schizofrenie, i když přesný způsob dědičnosti nemoci zůstává nejasný
- riziko morbidity schizofrenie u příbuzných je oproti běžné populaci výrazně zvýšeno:
 - cca 1% - normální populace
 - cca 13% - děti pacienta se schizofrenií
 - cca 10% - sourozenci
 - cca 48% - děti dvou schizofrenních rodičů
 - 35-58% - monozygotní dvojčata
 - 9-27% - dvouvaječná dvojčata
 - 9-16% riziko u dětí, kterých jeden rodič je nemocný SCH, bez ohledu na to, zda je biologický nebo adoptivní

Etiologie

- předpoklad, že schizofrenie má **neurochemický základ**, vychází z pozorování účinků různých psychofarmak, která jsou schopna vyvolat, zlepšit či zhoršit symptomy onemocnění
- tzv. dopamínová hypotéza:
- **Psychotické symptomy u schizofrenie jsou vztaženy k dopaminergní hyperaktivitě v mozku. Hyperaktivita dopaminergních systémů spojená se schizofrenií je důsledkem zvýšení citlivosti a počtu dopamínových D2 receptorů. Tato zvýšená aktivita se může týkat jen určité oblasti mozku.**

Etiologie

- Infekční hypotéza: zvýšený titr virových infekcí, který se nalézá u nemocných.
 - Nebyla prokázána
- Teorie schizofrenní rodiny
- Schizofrenní matka
- Dvojná vazba

Celoživotní léčba

- U pacientů s anamnézou mnohočetných relapsů.
- Při dvou epizodách schizofrenie během pěti let.
- Při přetrvávání reziduálních příznaků.

McIntyre et al., APA Practice Guidelines, 2004

Cíle léčby

1. **Akutní** – cíl: redukce psychotických příznaků a stabilizace s obnovením normálního fungování
 - začít co nejdříve léčbu NL v monoterapii dostatečnou dobu (4-6 týdnů) v dostatečné dávce
2. **Dlouhodobá** – cíl: dosažení remise, její udržení a prevence relapsu
 - kontinuální, monoterapeutická, co nejnížší efektivní dávka

Léčba schizofrenie

- léčba schizofrenie je založena především na farmakoterapii antipsychotiky (dříve se označovala jako neuroleptika)
- chlorpromazin = první neuroleptikum ???rok???
- nežádoucí účinky klasických neuroleptik:
 1. akutní extrapyramidové příznaky (parkinsonská hypokineze, rigidita, tremor, dystonie, akatizie)
 2. pozdní (tardivní) extrapyramidové motorické poruchy (dyskineze, dystonie)
- atypická antipsychotika (antipsychotika 2. generace) – od počátku 90. let – nepůsobí farmakogenní ztuhlost
- elektrokonvulzivní terapie – při léčbě katatonní schizofrenie, při výrazné depresivní symptomatice a maligním neuroleptickým syndromu

Strategie psychosociální léčby

- Včasné zjištění a zásah
- Podpora farmakoterapie
- Techniky léčby hospitalizovaných pacientů
- Zvládání stresu orientované na další kariéru
- Trénink životních dovedností
- Zajištění sociálních potřeb
- Rodinná terapie: edukace a nácvik komunikace s úzkou emotivností
- Psychoterapie je nedílnou součástí léčby, zejména po odeznění akutní symptomatiky:
 - Psychoedukace – spolupráce a důvěra pacienta
 - nácvik sociálních dovedností
 - Kognitivně - behaviorální terapie: zvládání reziduálních příznaků
- Pracovní terapie: udržení jistoty o dovednostech a hledání skrytých dovedností

Rozdělení antipsychotik

- Rozdělení konvenčních antipsychotik (neuroleptik) na bazální (sedativní) a incizivní ztrácí na významu. Důležité jsou nežádoucí účinky, vliv na kognitivní funkce a na negativní příznaky schizofrenie.

1. konvenční antipsychotika

- bazální (sedativní) antipsychotika: chlorpromazin, chlorprotixen, clopenthixol, levopromazin, periciazin, thioridazin
- incizivní antipsychotika: droperidol, flupentixol, fluphenazin, fluspirilen, haloperidol, melperon, oxyprothepin, penfluridol, perphenazin, pimozid, prochlorperazin, trifluoperazin

2. atypická antipsychotika

- amisulprid, sulpirid, klozapin, olanzapin, quetiapin, risperidon, sertindol, ziprasidon)

Nežádoucí účinky atypických neuroleptik

- Neurologické – ris
- Metabolický syndrom – klo, ola
- Přírůstek hmotnosti – ola, klo
- Diabetes, hyperlipidémie – klo, ola
- Hyperprolaktinémie, sexuální dysfunkce – ris, ami
- Hypotenze a ortostatismus – klo
- Kardiální - zip

Diferenciální diagnózy

- jiné psychotické poruchy
- poruchy nálady
- nepsychotické poruchy osobnosti
- psychotické poruchy navozené abuzem drog (amfetaminy, marihuana, halucinogeny, kokain)
- psychotické poruchy organické (temporální epilepsie, tumory, ictus, úraz, infekce, autoimunitní choroby, roztroušená skleróza)

Další psychotické poruchy

■ Schizotypní porucha

- Příznaky, které se mohou vyskytovat i u SCH, ale jejich intenzita a rozvratný vliv na psychiku je menší
- Vágní, plané a stereotypní myšlení
- Sklon k obřadnostem
- Nepřiléhavá a neúčelná obřadnost
- Nevýpravné, těkavé nebo ruminující myšlení
- Bez přítomnosti bludů
- Depresonalizace a derealizace
- Sociální stažení
- Působí chladně a povzneseně
- Nejistota a podezřívavost
- Možné krátké epizody psychózy
- Podobné prodromům nebo reziduím SCH
- Trvání aspoň 2 roky
- Dif dg\ . Dekomp. Smíšená porucha osobnost, simplexní SCH

Další psychotické poruchy

- Trvalé duševní poruchy s bludy (F22)
 - Jeden nebo více dobře formovaných bludů
 - Bludy perzekuční, inventorní, erotomanické, žádlivecké, hypochondrické, kverulantská – pocit ublíženosti a snaha o zadostučinění, dysmorfofobické, hypochondrické
 - Možná přítomnost syntonních halucinací
 - Integrovaná osobnost bez poruch emotivity
 - Dif. Dg. Disociační poruchy, poruchy osobnosti
- Akutní přechodná psychotická porucha (F 23)
 - Akutní začátek bez prodromů a rozvoj během 2 dnů
 - Na začátku onem. V nanamnéze stres
 - Rychle se střídající polymorfní psychotické příznaky
 - Bez negativních příznaků
 - Léčba:
 - odstranění stresu
 - Antipsychotická v nízkých dávkách po krátkou dobu

Další psychotické poruchy

- Schizoafektivní porucha (F 25)
 - Současné známky poruchy nálady a schizofrenní poruchy
 - Bludy, které se neshodují obsahem s náladou
 - Chorobně zvýšená nebo skleslá nálada
 - Nesouvislé myšlení
 - Neologismy
 - Manýrování
 - Ambivalence
 - Intrapsychické halucinace
 - Zveřejňování myšlenek
 - Možné poruchy vědomí: zmatenost, delirium nebo oneiroidní stav
 - Většinou nejsou mezi atakami reziduální symptomy
 - Depresivní, manický, smíšený typ
 - Dif dg: deprese s psychotickými příznaky, deprese u schizoidní osobnosti, smíšený typ – dekompenzace poruchy osobnosti hraničního typu.
- Indukovaná porucha s bludy

Etiologie

- Neurovývojový model:
- předpokládá se vznik malé „mlčící léze“ v časném vývoji mozku (příčina genetická či vnější), která se začne projevovat až v adolescenci, kdy jsou zvýšené nároky na integraci
- **neurovývojová hypotéza**: významná část osob s diagnózou schizofrenie získanou v dospělém věku prodělala poruchu vývoje mozku desítky let před symptomatickou fází onemocnění. Narušení vývoje mozku může způsobit buď:
 1. takové poškození mozku, které se v dospělosti vlivem interakcí s dosud neznámými faktory projeví vznikem psychotických symptomů, nebo
 2. toto časně poškození CNS vede k ovlivnění dalšího vývoje mozku a vzniku náchylnosti ke schizofrenii v pozdějším věku.
- Sociální a psychologické hypotézy schizofrenie:
- psychosociální hypotézy předpokládají, že vlivem vyvolávajícím onemocnění jsou určité komplexní sociální požadavky - stres je spouštěcí, ale ne rozhodující faktor vzniku onemocnění. Byla formulována 4 kritéria pro stres indukující schizofrenii:
 1. situace vyžadující akci nebo rozhodnutí
 2. složitost, dvojznačnost či nejasnost informací poskytovaných k vyřešení úkolu
 3. situace vyžadující akci nebo rozhodnutí přetrvává, aniž byla vyřešena
 4. osoba nemá možnost „úniku“
- sociální teorie, že schizofrenie se vyskytuje více ve slabších sociálních třídách, nebyla potvrzena

Epidemiologie

- Schizofrenie se vyskytuje na celém světě ve všech kulturách asi u **1% lidí**.
- Incidence schizofrenie u dospělých je 2-4 případy na 10 tisíc osob v jednom roce
- Patří mezi 10 nejzávažnějších příčin pracovní neschopnosti
- Snižuje plodnost
- Zvyšuje mortalitu (dvojnásobná proti běžné populaci)
- Trend k familiárnímu výskytu je u katatonní formy a schizoafektivní psychózy.
- Vysoká komorbidita návykových látek
- Nižší výskyt revmatoidní artritídy
- Řada neurovývojových abnormit
- Depresivní epizoda po první překonané atace u 15-24% nemocných
- Riziko suicidálního jednání – celoživotní riziko dokonaného suicidia je 10%
- Invalidizující onemocnění
- Příznivější výsledek onemocnění je u žen, lidí sezdaných, jedinců s dobrou sociální přizpůsobivostí před vypuknutím onemocnění a kratším trváním psychózy s průběhem v atakách.