



SCHIZOFRENIE pro mediky – zkrácená verze přednášky, základní informace

Michaela Mayerová

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno



Psychóza

- Psychóza je charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality.
- Představa laiků – nemocný je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné.
- Nejde o „rozdvojenou osobnost“.

SCHIZOFRENIE je jedna z psychóz, existují i jiné psychózy (akutní psychotické poruchy, toxické psychózy, schizoafektivní porucha apod.)

- **Typicky devastující duševní choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti**
- **Schizofrenie vede k těžkému postižení, Emil Kraepelin původně onemocnění označoval jako „dementia praecox“**



Schizofrenie - symptomatologie

- Je charakterizována směsicí příznaků, z nich žádný není patognomický
- Kromě charakteristických příznaků je doprovázená výrazným snížením výkonnosti
- Díky kombinaci výrazné neschopnosti, časného nástupu a chronického průběhu je nazývána „rakovinou psychiatrie“
- Porucha postihující řadu domén, od emocí, přes osobnost až po kognitivní funkce

Zjednodušeně lze příznaky rozdělit na tři základní skupiny:

- Pozitivní příznaky: pokřivené nebo zesílené normální funkce (bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč a chování, dezorganizované myšlení)
- Negativní příznaky: zeslabené normální funkce (alogie, emoční oploštělost, anhedonie, abulie, hypoprosexie, apatie, sociální stažení)
- Kognitivní příznaky (narušeny zejména exekutivní funkce, paměť, pozornost)



MKN-10: obecná kritéria pro schizofrenii (F20) dle MKN 10

- **G1: je přítomen alespoň 1 ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže po (1) nebo alespoň 2 ze symptomů a znaků uvedených po (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň 1 měsíc**
- (1):
 - a) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek
 - b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání
 - c) halucinatorní hlasy, které neustále komentují chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvají, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určité části těla
 - d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné nebo nepřijatelné, jako např. schopnost ovlivňovat počasí

MKN-10: obecná kritéria pro schizofrenii (F20)

- **G1: je přítomen alespoň 1 ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže po (1) nebo alespoň 2 ze symptomů a znaků uvedených po (2), a to po většinu období epizody psychotického onemocnění, které trvá alespoň 1 měsíc**
- (2):
 - a) přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, vyskytující se každý den po dobu alespoň 1 měsíce, a jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením
 - b) neologizmy, zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč
 - c) katatonní jednání jako např. vzrušivost, nástavy nebo flexibilitas cerea, negativismus, mutismus a stupor
 - d) negativní příznaky, musí být jasné, že se nejedná o příznaky vyplývající z deprese nebo z medikace antipsychotiky

FORMY SCHIZOFRENIE

Paranoidní – převládají bludy a halucinace

Hebefrenní – poruchy emotivity, chování, mluvy

Katatonní- poruchy psychomotoriky

Nediferencovaná

Postschizofrenní deprese

Reziduální – nejsou již přítomny pozit. příznaky,
ale jsou zejména negativní /zjednodušeno/

Simplexní – negativní příznaky, bezcílnost,
pokles výkonnosti



Průběh schizofrenie

- Rozmanitý – vlastní nemoc, povaha nemocného, schopnost adaptivního chování, sociální prostředí, intenzita stimulace
- Dlouhodobý průběh je určován průběhem a léčbou v prvních 5 letech onemocnění, velmi důležitá je zejména 1. ataka, průběh, léčba, doba prodromů
- Typický začátek: adolescence a časná dospělost, vrcholy: u nás 20 –24, celosvětově: 26-27
- Pohlaví: první známky duševního onemocnění (M24, Ž27), první psychotické známky (M26, Ž31), první příjem na psychiatrii (M28, Ž32) – M: časnější nároky dospělosti, není ochranný vliv estrogenů, ovšem riziko pro obě pohlaví je stejné, ženy mají druhý vrchol incidence v 35 letech, u mužů není

Průběhové varianty schizofrenie (dle MKN)

- Kontinuální, chronická
- Epizodická (v atakách) s postupným defektem
- Epizodická (v atakách) se stabilním defektem
- Epizodická (v atakách) s remisemi
- Neúplná remise
- Úplná remise nebo téměř úplná remise
- Jiná
- Období pozorování kratší než jeden rok
 - Pozn.: sledování musí trvat alespoň jeden rok

Etiologie 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.

(převzato z přednášky prof. Rabocha)

Genetické modely

- 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
- hledání genu významného pro schizofrenii zatím nevedlo k uspokojivým výsledkům

Dopaminová hypotéza

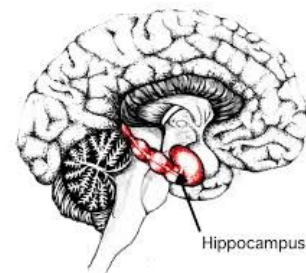
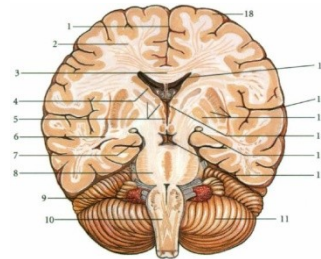
- předpoklad, že schizofrenie má **neurochemický základ**, vychází z pozorování účinků různých psychofarmak, která jsou schopna vyvolat, zlepšit či zhoršit symptomy onemocnění
- **východiska klasické dopaminové hypotézy schizofrenie:**
 - psychózu lze aktivovat psychostimulancii, která jsou agonisty dopaminu, jako je amfetamin, meskalin, LSD; jedná se zřejmě o látky vhodné pro vyvolání modelového psychotického stavu.
 - společným znakem látek účinných při terapii schizofrenie je jejich působení na dopaminergní systém; tyto léky ovlivňují pozitivní příznaky, pravděpodobně tím, že blokují účinky dopaminu v určitých oblastech mozku.
 - byly zkoumány i hypotetické vztahy dalších neuromediátorových systémů ke schizofrenii - noradrenergního, serotoninergního, glutamátergního a některých peptidergních systémů.

Neurovývojová hypotéza

- předpokládá se vznik malé „mlčící léze“ v časném vývoji mozku (příčina genetická či vnější), která se začne projevovat až v dospívání, 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.

Strukturální abnormality v mozku

- Nespecifické, původ nejasný
- Snížení objemu mozku
- Snížení objemu některých mozkových struktur (frontální kortex, hipocampus)
- Zvětšení likvorových prostor
- Zjistitelné zobrazovacími metodami
- Frontotemporální dyskonekce, BG, prefront. kortex, talamus, mozeček



Léčba schizofrenie

- **Antipsychotika** (typická a atypická, tablety, akutní injekce, depotní injekce, (kapky, aerosol)). Více používaná a lépe snášené jsou atypická antipsychotika. Nežádoucí účinky: Různé dle působení na různé receptory – extrapyramidové, sedace – dystonie, svalová rigidita; hypotenze, tachykardie, zácpa, zvyšování chuti k jídlu, hyperprolaktinémie, slinění nebo naopak sucho v ústech, vzácně neuroleptický maligní syndrom)
- Podpůrná psychoterapie
- Aktivizace pacienta
- Kognitivní trénink
- Edukace pacienta i rodiny, práce na náhledu pacienta

Cíle léčby schizofrenie

- Ideální je dosáhnout remise nebo úzdravy
- U většiny pacientů je ale úzdava nereálný cíl, snažíme se tedy o zmírnění příznaků, zejména těch, které pacienta subj. nejvíce obtěžují
- Často nedosažitelným cílem je dobré fungování pacienta ve společnosti, v práci, případně v osobním životě
- Důležitá je léčba přidružených příznaků (depresivita, sebevražednost)

Léčba schizofrenie

- **Akutní fáze** – hospitalizace 4-6 týdnů, antipsychotika, (BZD)
- **Stabilizace stavu** – do 6 měsíců, zahájení psychoterapie, antipsychotika, depotní injekce
- **Udržovací terapie** - léčba antipsychotiky 1-2 roky po první epizodě, 5 let po druhé, i celoživotně po třetí epizodě nebo při chronickém průběhu
- Prevence neexistuje, existuje pouze prevence relapsů.