



# SCHIZOFRENIE

MUDr. Michaela Mayerová  
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

V prezentaci je použito mnoho z prezentace prof. Příkryla  
“Schizofrenie”.



# 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.

# Psychotické poruchy

- Schizofrenie
- Schizotypní porucha
- Trvalé duševní poruchy s bludy
- Akutní a přechodné psychotické poruchy
- Indukovaná porucha s bludy
- Schizoafektivní poruchy
  
- *„Toxická psychóza“*
- *„Alkoholová psychóza“*
- *„Laktační psychóza“*

# SCHIZOFRENIE

## Schizofrenie – základní charakteristika

- Typicky devastující duševní choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti
- Schizofrenie vede k těžkému postižení, Emil Kraepelin původně onemocnění označoval jako „*dementia praecox*“
  - Od senilní demence se lišila nástupem v mladším věku
  - Od BAP ji odlišoval průběh
    - DP: chronický průběh
    - BAP: intermitentní průběh s remisemi
- Název „schizofrenie“ pochází od Eugena Bleulera a znamená „fragmentovanou mysl“

# Schizofrenie - symptomatologie

- Je charakterizována směsicí příznaků, z nich žádný není patognomický
  - X Deprese (smutná nálada)
  - X Panická porucha (panické záchvaty)
- 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 (podobná multisystémovým onemocněním jako sclerosis multiplex nebo syfilis)

# Schizofrenie:

## pozitivní a negativní příznaky (Nancy Andreasen)

- Pro složitost symptomatologie schizofrenie dělí klinici příznaky do dvou skupin:
    - Pozitivní příznaky: pokřivené nebo zesílené normální funkce
    - Negativní příznaky: zeslabené normální funkce
- 
- Afektivní příznaky
  - Kognitivní příznaky



# Pozitivní příznaky

- **Bludy**: porucha myšlení, nepravdivé a nevyvratné přesvědčení, chybná interpretace informací znamená pro pacienta pocit ohrožení

## **Charakteristiky bludu:**

- Nepravdivost
  - Nevývratnost
  - Vliv na jednání
  - Chorobný vznik
- 
- **Halucinace**: poruchy vnímání, např. pacient slyší hlasy i když na něj nikdo nemluví (všechny smysly, nejčastější jsou sluchové)
  - **Dezorganizovaná řeč**: porucha komunikace, odráží dezorganizaci myšlení
  - **Dezorganizované a bizarní chování**: porucha motorického nebo behaviorálního monitorování a kontroly



# Typu bludů

## 1.) Makromanické (bývají i u mánií)

- **Megalomanické** – přesvědčení o zvláštním významu vlastní osobnosti
- **Extrapotenční** – přesvědčení o nadpřirozených schopnostech či nadání
- **Originární** – přesvědčení o vznešeném původu
- **Inventorní** – přesvědčení, že je vynálezcem významného objevu
- **Reformátorské** – přesvědčení o tom, že provede významné změny ve společnosti
- **Mesiášské (religiózní)** – přesvědčení, že je spasitelem
- **Erotomanické** – přesvědčení o neodolatelnosti pro druhé pohlaví
- **Eternity** – přesvědčení, že dotyčný je nesmrtelný, že nezemře

## 2.) Mikromanické (bývají i u depresí)

- **Insuficientní** – přesvědčení o vlastní neschopnosti
- **Autoakuzační** – sebeobviňování za různá neštěstí atp.
- **Obavné** – přesvědčení, že se přihodí katastrofa
- **Ruinační** – přesvědčení o totálním zchudnutí
- **Negační** – popírá existenci (buď vlastní či někoho jiného – např. z rodiny atp.)
- **Enormity** – přesvědčení, že svojí existencí či činností přivodí katastrofu
- **Eternity** – přesvědčení, že musí žít navždy, aby trpěl za své hříchy
- **Hypochondrické** – přesvědčení daného jedince, že trpí nějakou chorobou – většinou nevyléčitelnou
- **Dysmorfofobické** – Přesvědčení, že část těla je znetvořená nebo zohyžděná

## 3.) Paranoidní

- **Paranoidní** – připisuje věcem a situacím kolem sebe význam ve vztahu k vlastní osobě
- **Perzekuční** – přesvědčení o pronásledování a ohrožení vlastní osoby
- **Kverulační** – pod vlivem přesvědčení o perzekuci si stěžuje na policii, různé instituce, podává žaloby a odvolává se až k nejvyšším místům
- **Emulační (žárlivecké)** – přesvědčení o nevěře partnera
- **Transformační** – chorobný pocit změny osobnosti
- **Metamorfózy** – pocit změny v jinou bytost – např. zvíře
- **Kosmické** – obsahem jsou např. mimozemské civilizace (ovlivňování, pozorování ...)

# Typy halucinací

- Podle složitosti:
  - **elementární** - jednotlivé podněty jako tóny, záblesky,
  - **komplexní** - celé postavy, předměty, srozumitelné věty,
  - **kombinované** - halucinace „vnímané“ více smysly současně, např. mluvící postava.
- Podle domnělé lokalizace smyslovým orgánem:
  - **zrakové** - nejsou typické pro schizofrenii, často jsou komplexní (lidé, zvířata, celé scény):
    - makropsie - objekty se zdají být větší,
    - mikropsie - objekty se zdají být menší,
    - flashbacky - u lidí, co v minulosti požili halucinogenní drogu, návrat zrakových halucinací . Ovšem jen na pár sekund, jako vzpomínka na stav prožitý pod vlivem drogy. Většinou je vyvolán nějakým podnětem připomínající onu zkušenost.
  - **sluchové** – jsou typické pro schizofrenii, nejčastěji ve formě hlasů jedné či více osob. Mohou náležet známým i neznámým lidem.
    - imperativní - hlas či hlasy nemocnému něco přikazují,
    - Kometující – komentují pacientovo chování
    - (antagonistické - protichůdné, např. jeden hlas nemocného chválí, jiný ho kritizuje)
  - **čichové a chuťové**
  - **tělové:**
    - hmatové - pocity kontaktu na povrchu svého těla, např. svědění, štípnutí vosy, mohou mít také sexuální obsah,
    - pohybové - pocity neexistujícího pohybu, nemocný je přesvědčen, že létá, vznáší se, padá, atd.,
    - verbálně motorické - nemocný je přesvědčený, že někdo mluví jeho ústy,
    - grafomotorické - nemocný je přesvědčený, že někdo jiný píše jeho rukou,
    - orgánové - vnímání vlastních útrob, často se zcela konkrétní představou o jejich změně vlastností či velikosti (zkamenění, odumření),
    - negativní - nemocný popírá určitou část svého těla, nebo ji umísťuje mimo tělo, tzn. že si ukládá játra pod polštář, atd.
  - **Intrapsychické** – typické pro schizofrenii – pocity manipulace s myšlenkami, odnímání a vkládání myšlenek, zveřejňování myšlenek, ozvučování
  - **inadekvátní** - nemocný má pocit, že vnímá okolní svět jinými orgány, než je běžné (vidí zuby, slyší kolenem apod.)

# Negativní příznaky

- **Alogie**: ochuzelá řeč nebo řeč postrádající obsah
- **Emoční oploštělost**: snížená schopnost vyjadřovat emoce
- **Anhedonie**: ztráta prožívání radosti
- **Abulie**: neschopnost zahájit a setrvat u nějaké činnosti

# Kognitivní příznaky

## **Paměť** dlouhodobá:

- porucha deklarativní paměti → sémantická (fakta, Pythagorova věta)  
→ epizodická (události – čas, prostor, cit)
- naopak procedurální bývá nenarušena (jízda na kole)
- Paměť krátkodobá: porucha verbální pracovní paměti

## **Pozornost** - komplexní narušení:

- Tenacita (vytrvalost po delší dobu),
- koncentrace (koncentrace na jeden objekt nebo činnost s potlačením okolních rušivých jevů)
- rozsah (kapacita zahrnout více jevů)
- distribuce (sledování dvou a více jevů současně)
- přepojování (přemísťování různými směry)

## **Exekutivní funkce** (rozhodování, plánování)

## **Sociální kognice**

## **Narušená abstrakce myšlení**

# Schizofrenie - symptomatologie

- Pozitivní příznaky jsou barvité, přitahují na sebe pozornost, zatímco negativní brání zvládat každodenní aktivity.
- Jiné příznaky:
  - poruchy spánku
  - katatonní příznaky
  - nedostatek náhledu
  - ambivalence
  - paralogie
  - postprocesuální změny osobnosti: nadměrná závislost na ostatních, přesvědčením o tom, že je chorobou změněn nebo stigmatizován, neschopnost tvořit a držet důvěrné vztahy, sociální izolace, pasivita, redukce zájmů, stížnosti na nemocnost, dysforická nálada, hypochondrické stesky, zhoršení sociální a pracovní fungování

# Historické koncepty schizofrenie

- Emil Kraepelin
  - Dementia praecox: průběh a výsledný stav
- Eugen Bleuler
  - Schizofrenie: jádrové příznaky a skupina schizofrenií
- Kurt Schneider
  - Důraz na psychózu

# Emil Kraepelin

- Dementia praecox (1899)
- Kládí důraz na tíži a chronicitu příznaků
- Zdůrazňoval rozmanitost příznaků, které jsou projevem jednoho chorobného procesu
- 12.5% pacientů se uzdraví



# Eugen Bleuler



- Schizofrenie (1911)
- Snažil se identifikovat klíčové příznaky
- Nejdůležitější příznak je fragmentace v řeči a vyjadřování myšlenek, tento symptom označil jako „rozvolněné asociace“
- Skupina schizofrenií: heterogenní onemocnění vyvolané různými faktory



# Eugen Bleuler: korové příznaky

- 4A:
  - Asociace (rozklad myšlení)
  - Ambivalence
  - Autismus
  - Afektivní oploštělost
  - + abulie a porucha myšlení
- Jsou specifické pro schizofrenii, přetrvávají, nekolísají, představují tedy jádrový, základní proces.



# Kurt Schneider

## příznaky prvního řádu

- Vkládání anebo vysílání myšlenek, bludy ovládání nebo komentující hlasy
- Základem diagnostických kritérií
  - Charakter vše anebo nic
  - Jasně patologické fenomény, netvoří kontinuum s normalitou jako např. 4A

# Diagnostická kritéria pro schizofrenii

- MKN-10 (Evropa)
- DSM-V (Amerika)
- Základní rozdíly:
  - Trvání choroby:
    - MKN měsíc, DSM 6 měsíců
  - Přítomnost sociální a pracovní dysfunkce:
    - jen DSM
  - Specifičtější popis příznaků:
    - MKN

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

- G1: je přítomen alespoň 1 ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň 2 ze symptomů a znaků uvedených pod (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 pod (1) nebo alespoň 2 ze symptomů a znaků uvedených pod (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) neologismy, zárazy nebo vkládání do toku myšlenek a z nich vyplývající inkoherence 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

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

- G2: nejčastěji vylučovací podmínky
  - (1): jestliže pacient splňuje kritéria pro manickou nebo depresivní epizodu, musí být splněna kritéria pro SCH ještě před tím, než dojde k narušení nálady
  - (2): porucha není důsledkem organické mozkové poruchy nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou, závislostí nebo odnětím návykové látky

# FORMY SCHIZOFRENIE

- Paranoidní
- Hebefrenní
- Katatonní
- Nediferencovaná
- Postschizofrenní deprese
- Reziduální
- Simplexní

# Paranoidní schizofrenie (F 20.0)

- A) Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii
- B) musí převládat bludy nebo halucinace
- C) oploštělá nebo nepřiměřená emotivita, katatonní příznaky nebo inkoherentní řeč mohou být v klinickém obraze v mírném stupni přítomny, ale nesmějí dominovat



# Hebefrenní schizofrenie (F 20.1)

- A) Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii
- B) musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
  - Výrazná a trvalá mělkost nebo oploštělost emotivity
  - Výrazná a trvalá nepřiměřenost a nevhodnost emotivity
- C) musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
  - Chování je bezcílné a rozporuplné spíše než cílevědomé
  - Trvalá porucha myšlení, která se projevuje rozporuplnou, roztěkanou nebo inkoherentní mluvou
- D) v klinickém obraze nesmí dominovat halucinace nebo bludy, ačkoliv obojí mohou být v mírné formě přítomny
- Pozn.: nejvíce odpovídá představě blázna, karikatura puberty

# Katatonní schizofrenie (F 20.2)

- A) Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii, i když zpočátku nemusí být možné tato kritéria identifikovat, nelze-li s pacientem navázat kontakt
- B) po dobu nejméně 2 týdnů musí převládat jeden nebo více z následujících katatonních projevů:
  - Stupor nebo mutismus
  - Nástavy
  - Negativismus
  - Rigidita
  - Excitace
  - Flexibilitas cerea
  - Povelový automatizmus
- C) byly vyloučeny katatonní příznaky vyvolané mozkovým onemocněním, metabolickými poruchami nebo alkoholem či drogami

# Nediferencovaná schizofrenie (F 20.3)

- A) Musí být splněna obecná kritéria pro schizofrenii
- B) nejsou dostatečné příznaky nebo je jich více, aby bylo možné diagnostikovat jiný typ schizofrenie

# Postschizofrenní deprese (F 20.4)

- A) během posledních 12 měsíců musí splňovat kritéria pro schizofrenii, ale v současné době je nesplňuje
- B) stále ještě musí být přítomen alespoň jeden příznak z G1 nebo G2
- C) depresivní příznaky přetrvávají a musí splňovat kritéria alespoň pro mírnou depresivní epizodu

# Reziduální schizofrenie (F 20.5)

- A) někdy v minulosti musela být splněna kritéria pro schizofrenii, ale nejsou přítomna v současné době
- B) v průběhu posledních 12 měsíců se vyskytly alespoň 4 z následujících negativních příznaků:
  - Zpomalené PM tempo nebo snížená reaktivita
  - Trvalé snížení emotivity
  - Pasivita a nedostatek iniciativy
  - Alogie
  - Nevýrazná nonverbální komunikace
  - Snížená sociální výkonnost a péče o sebe

# Simplexní schizofrenie (F 20.6)

- A) v období jednoho roku se zvolna, ale neustále rozvíjejí příznaky všech tří následujících charakteristik:
  - 1) výrazná a stálá změna kvality některých aspektů chování, které se projevují ztrátou elánu zájmů, bezcílností, zahálčivostí, ponořením se do sebe a sociálním stažením
  - 2) progredující rozvoj negativních příznaků
  - 3) zřetelný pokles sociální, školní nebo pracovní výkonnosti
- B) nikdy se nevyskytují příznaky pro schizofrenii dle G1, chybí halucinace a bludy jakéhokoliv druhu
- C) není prokázána demence ani žádná jiná organická porucha

# Diagnostika schizofrenie

- Klinický obraz: diagnostický manuál – psychiatrické vyšetření, objektivní anamnéza
- Čeho si všímat: Vzhled a chování, řeč, vědomí a orientace, emotivita, myšlení, vnímání, (intelekt, paměť)
- Základní laboratorní screening
- Toxikologické vyšetření
- Sérologické vyšetření: borrelie (syfilis, AIDS)
- EEG: nespecifické nálezy, pomocné pro terapii
- Psychologie: projektivní (např. Rohrschach, kresba stromu) a výkonové testy
- Zobrazovací metody (CT, MRI)
- Neurologie

# Diferenciální diagnostika

- **1) akutní psychotický stav**
  - toxické psychózy: moč na toxikologii, kvalitativní porucha vědomí, zrakové halucinace
  - mánie: pseudoinkoherence x inkoherence, není bezradnost, bezcílné jednání
  - deprese: anxieta, emočně nestabilní porucha osobnosti – častá komorbidita: pečlivá anamnéza, psychologie



# Diferenciální diagnostika

- **2) somatická onemocnění**
  - hepatolentikulární degenerace (Wilsonova choroba)
  - Huntingtonova chorea
  - Otrava těžkými kovy, CO
  - Pellagra, karence vit B12
  - Herpetická encefalitida
  - Porfyrie, metachromatická leukodystrofie
  - Neurosyfilis, neuroborelióza
  - Spirochety, AIDS (negativní příznaky)
  - Nádory mozku (adenom hypofýzy, F, F-T meningeomy)
  - Epilepsie

# Diferenciální diagnostika

- **3) ohraničení SCH oproti ostatním psychózám**
  - akutní polymorfní psychotická porucha: kratší než 1 měsíc, jasný spouštěč, dramatický průběh, emoční náboj
  - porucha s bludy: v popředí je blud, myšlení a vůle jsou zachovány
  - schizotypní porucha: má příznaky, které se podobají prodromálním příznakům schizofrenie, často předchází schizofrenii, pomalá progresse, bludy a halucinace jen přechodné – bez většího vlivu na chování jedince, symbolické a magické myšlení,

# 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 (M-24, Ž-27), první psychotické známky (M-26, Ž-31), první příjem na psychiatrii (M-28, Ž-32) – 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

# Průběh schizofrenie

- 1) premorbidní období
  - prvních 5 let života, drobné odchylky v motorickém a sociálním vývoji, mají tendenci se prohlubovat, projevují se poruchou pozornosti, sociálním stažením, výkonem v neuropsychologických testech
  - nespecifické období
- 2) prodromální období
  - kolísavá úzkost, depresivní ladění, hloubavost, vztahovačnost, typické jsou zejména negativní příznaky – sociální stažení
  - nenalezeny žádné vazby mezi specifickými prodromy a rysem schizofrenie
  - riziko stigmatizace a psychiatrizace

# Průběh schizofrenie

- 3) první psychotická epizoda
  - výrazné narušení pracovních i sociálních schopností
  - porucha myšlení, vnímání, emotivity, vůle, chování a jednání, panuje vzájemný nesoulad (nepřiléhavá emotivita)
  - nemocní selhávají ve věcech, které dokázali snadno, naopak si ale mohou udržovat schopnosti, které od nich nikdo neočekává (práce na počítači, komunikace v cizím jazyce)
  - první ataka má dobrou prognozu – 75% je v plné remisi, 12% remise s residuem, trvání ataky je asi 12 týdnů
  - sklon k recidivám: 15-22% pacientů prodělá jen jednu ataku
  - „emoční expresivita“ – postoje okolí k pacientovi (emočně nabitě, kritické, nekritické) – ovlivňuje průběh onemocnění

# 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

# Epidemiologie schizofrenie

- Jednoroční prevalence je 0,5%
- Celoživotní prevalence je 1%
  - prevalence je počet osob, u kterých byla daná porucha diagnostikována, děleno celkovým počtem vyšetřených
- Jednoletá incidence je 0,1 – 0,7%
  - incidence je počet nově zjištěných případů na 100 000 obyvatel v daném časovém období

# Epidemiologie schizofrenie: pohlavní rozdíly

- u mužů nastupují příznaky dříve, bývá horší premorbidní anamnéza, více negativních příznaků, horší prognóza a více abnormit mozku detekovaných zobrazovacími metodami
- u žen bývají výraznější afektivní příznaky a lepší prognóza



# Rizikové faktory

- Migrační status
- Starší otcové
- Hladovění v těhotenství
- Dlouhodobé užívání marihuany
- Porodní komplikace
- Život ve městě
- Narození v zimě nebo na jaře

# 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

(převzato z přednášky prof. Rabocha)

# Velké hypotézy vzniku schizofrenie

- Dopaminová hypotéza
- Neurovývojová hypotéza
- Glutamátová hypotéza

# 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 psychostimulancií, 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, glutamatergního a některých peptidergních systémů.

# Neurovývojová hypotéza

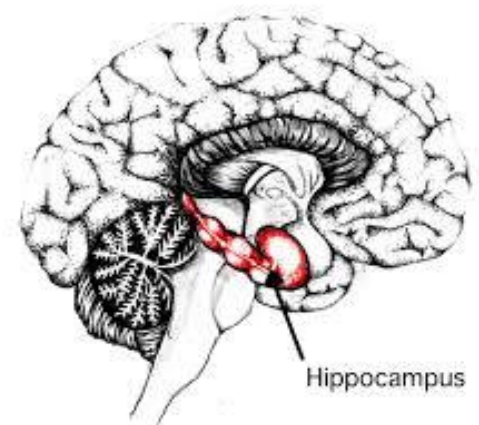
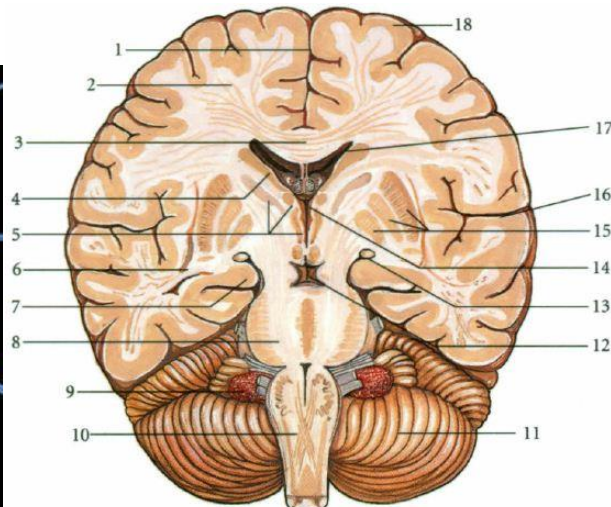
- předpokládá se vznik malé „mlčící léze“ v časném vývoji mozku (příčina genetická či vnější), která se začne projevovat až v dospívání, kdy jsou zvýšené nároky na integraci
- **neurovývojová hypotéza**: významná část osob s diagnózou schizofrenie získanou v dospělém věku prodělala poruchu vývoje mozku desítky let před symptomatickou fází onemocnění.

# Sociální a psychologické hypotézy schizofrenie

- 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 (převzato z přednášky prof. Rabocha)

# Strukturální abnormality v mozku

- Nespecifické, původ nejasný
- Snížení objemu mozku
- Snížení objemu některých mozkových struktur (frontální kortex, hipocampus)
- Zvětšení likvorových prostor
- Zjistitelné zobrazovacími metodami





# Psychiatrické komorbidity



- Abusus návykových látek (až 50%, až 75% závislost na nikotinu)

Může urychlit nástup SCH, vede k častějším relapsům a hospitalizacím. Zhoršuje spolupráci a vede k horší odpovědi na antipsychotika. Zvyšuje sebevražednost.

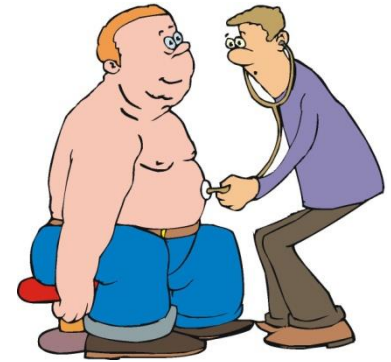
Marihuana, pervitin – pozitivní příznaky SCH, toxické psychózy.

- Deprese
- Obsedantně-kompulzivní porucha
- Panická porucha
- Poruchy osobnosti



# Somatické komorbidity

- Kardiovaskulární potíže (ICHS) – dvakrát větší mortalita
- Diabetes mellitus
- Obezita – 42% schizofreniků oproti 27% běžné populace
- Chronická obstrukční plicní nemoc



Důvody: Omezený přístup k adekvátní péči, omezená schopnost dodržovat léčebná opatření (negativní symptomy a kogn. deficit), nežádoucí účinky psychofarmak

Podle doporučených postupů by měl psychiatr jednou za tři měsíce monitorovat tělesný stav (hmotnost, viscerální obezitu, krevní tlak, extrapyramidové příznaky a projevy tardivních dyskínéz, sexuální dysfunkci). Nejméně jednou ročně by mělo být provedeno kontrolní laboratorní vyšetření a EKG. Běžná praxe - ?

Program pro dobré zdraví

# Délka života a sebevraždnost

- Schizofrenie zkracuje délku života asi o 20-25% (15 let).
- Sebevraždnost – podle metaanalýzy na 23.000 pacientech – 5,6%, 70% v prvních 5 letech nemoci.

Prediktory sebevraždy: Mužské pohlaví, abuzus drog, sebevraždný pokus v anamnéze, kratší trvání nemoci.

Pozn.: Postschizofrenní deprese, bilancování

# Léčba schizofrenie

- Léčba schizofrenie se vyvíjela po staletí
- Žádný způsob nebyl nijak účinný a nemocní obvykle setrvali v ústavech po celý život
- Zlom nastal po 2. světové válce, kdy byl víceméně náhodně objeven první lék (chlorpromazin), který zlepšoval psychotické příznaky a umožňoval nemocným se schizofrenií návrat do běžného života.
- Od jeho zavedení v roce 1952 se oblast farmakoterapie schizofrenie rychle rozvíjela a dodnes je mnoho desítek látek s antipsychotickým účinkem. Tyto léky dnes nazýváme **antipsychotika** (v minulosti též neuroleptika či „velké trankvilizéry“) a představují základ léčby schizofrenie. Jejich účinnost je bezpečně prokázána.

# Léčba schizofrenie

- Antipsychotika (1. a 2. generace)
- ECT, rTMS
- Podpůrná psychoterapie
- Aktivizace pacienta
- Kognitivní trénink
- Edukace pacienta i rodiny

# Cíle léčby schizofrenie

- Ideální je dosáhnout remise nebo úzdravy
- U řady pacientů je ale úzdrava 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
- Stabilizace stavu
- Udržovací terapie

# Akutní léčba

- Akutní fáze začíná od vyskytnutí se psychotických příznaků až do remise nebo významného zlepšení psychotických ukazatelů.
- Obvykle trvá 4 až 6 týdnů.
- Během tohoto krátkého času jsou lidé trpící schizofrenií velmi často odesíláni k psychiatrické hospitalizaci nebo zařazeni do denní (docházkové) psychiatrické péče a jsou léčeni optimálními dávkami antipsychotické medikace a mohou být částečně tlumeni sedativní léčbou.



# Stabilizace stavu

- Tato fáze trvá od 6 týdnů do 6 měsíců po objevení se akutní epizody a během tohoto času psychotické příznaky ubývají na intenzitě a závažnosti.
- Dávka antipsychotické medikace se ustavuje na dávce, při které má pacient co nejmenší vedlejší účinky a která je současně dostatečná v prevenci znovuobjevení se psychotických příznaků.
- V této fázi je také vhodná doba k zahájení psychoterapie.

# Systematická, udržovací fáze

- Po 6 měsících antipsychotické léčby příznaky mohou být relativně stabilní a psychiatr může začít uvažovat o snižování medikace na individuální úroveň tak, aby prevence návratu onemocnění byla zajištěna.
- Pokračující podpora a psychoterapeutická péče je nejen vhodná, ale i nezbytná; vhodná a důležitá je edukace pacienta a zlepšování vzájemné spolupráce (compliance).

# Jak dlouho má léčba pokračovat?

- Minimálně 1 až 2 roky udržovací léčby je doporučováno pro pacienty, kteří prošli psychotickou epizodou.
- Pacienti, kteří prošli více opakovanými epizodami, by měli být léčeni 5 i více let, aby se předešlo návratu onemocnění.
- Pacienti s historií obsahující sebevražedné pokusy či nebezpečné agresivní jednání by měli být léčeni i déle než 5 let.
- V závažných případech je nezbytná celoživotní léčba.

# Psychoterapie schizofrenních pacientů

- Historicky:
  - psychoterapeutický pesimismus u „narcistické neurózy“ (Freud)
  - Psychoanalytická léčba (Sullivan)
  - KBT, nácvik sociálních dovedností, rodinná intervence, psychoedukace (70.-80.léta)
- Psychosociální intervence:
  - posílení vnitřních zdrojů, aby mohli co nejlépe odolávat nároky vnějšího prostředí
  - účinnost na poruchy myšlení, negativní příznaky, v chronických fázích více než v akutních, s přetrvávající účinností 12 měsíců po ukončení terapie
  - kombinace více přístupů, neprokázala se větší účinnost jednoho přístupu vůči jiným
- Podpůrná psychoterapie – podpora sociálních kontaktů, podpora adaptace v běžném životě, povzbuzení, modifikace nereálných očekávání, návrhy konkrétních řešení, posílení kladných stránek, spolupráce s rodinou
- Kognitivní rehabilitace – zlepšení kognitivních funkcí, cvičení tužka, papír, počítačové programy

# Prevence

- Schizofrenii nelze předcházet.
- Nicméně je možnost předcházet návratům onemocnění (relapsům).
- Ačkoli antipsychotická medikace pomáhá udržovat nemoc v remisi, nejméně 50% nemocných projde jedním nebo více relapsy během jednoho roku.

# Prevence

- Jedním z největších důvodů relapsu je vysazení medikace pacientem.
- Toto může být způsobeno tím, že se občas vyskytují nežádoucí účinky léků, které jsou nepříjemné, nebo protože pacienti dostatečně neporozuměli nutnosti brát déleodoběji antipsychotickou medikaci.
- Lidé trpící schizofrenií a jejich rodiny by měli mít k dispozici dostatek srozumitelných informací, aby plně porozuměli onemocnění, rozpoznali příznaky onemocnění a pochopili důležitosti a nezbytnosti déleodobější medikace.

# Prognóza

## Příznivé prognostické faktory

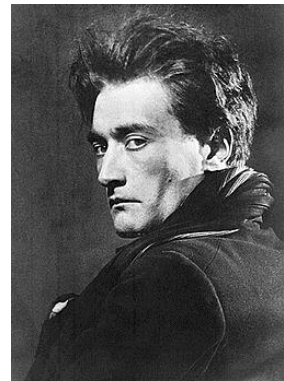
- Ženské pohlaví
- Premorbidní manž. nebo partnerský život
- Dobré premorbidní sociální fungování
- Akutní začátek onemocnění
- Začátek v pozdějším věku než v dětství
- Lepší socioekonomické zázemí
- Paranoidní typ schizofrenie
- Převaha pozitivních příznaků nad negativními

## Nepříznivé progn. faktory

- Mužské pohlaví
- Nízký věk začátku onemocnění
- Nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů
- Premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování
- Schizofrenie v rodinné anamnéze
- Dezorganizovaný nebo nediferencovaný typ SCH
- Autistické chování, oploštělá emotivita
- Převaha negativních příznaků
- Abusus drog
- Život v nefunkční rodině

# Známé osobnosti trpící schizofrenií

- [Vincent van Gogh](#) (malíř)
- [Antonin Artaud](#) (herec, básník, divadelní filozof)
- [Syd Barrett](#) (zakladající člen Pink Floyd)
- [Buddy Bolden](#) (jazzový průkopník)
- [Clara Bow](#) (herečka)
- [Philip K. Dick](#) (spisovatel science fiction)
- [Eduard Einstein](#) (Albertův syn)
- [Zelda Fitzgerald](#) (malířka a žena F. Scott Fitzgeralda)
- [John Forbes Nash](#) (matematik a objekt knihy a filmu *A Beautiful Mind*)
- [Vaslav Nijinsky](#) (baletný tanečník a choreograf)
- [Mark Vonnegut](#) (syn spisovatele Kurta Vonneguta)
- [Brian Wilson](#) (skladatel a člen skupiny the Beach Boys)





# Komunikace se schizofrenním pacientem

- mít na paměti, že „klidné“ chování pacienta se může velmi rychle, neočekávaně změnit např. v psychomotorický neklid, agresi vůči sobě, jiným, věcem
- vystupovat klidně, uvolněně, snažit se o získání důvěry
  - klidný hlas, ne vystupňované emoce, krátké a jasné fráze
  - kontrolovat vlastní emoce
  - umožnit pacientovi verbalizovat úzkost, strach, hněv
  - nenapomínat, nepoučovat, nehodnotit, nelhat
- pacientovi průběžně vysvětlovat, co se bude dít, a požádat jej o spolupráci
- hovořit srozumitelně a věcně (nešeptat, nehovořit v náznacích)
- nutno počítat s tím, že někdy pacient není schopen komunikovat, nerozumí, co mu sdělujeme, není schopen informace zpracovat – vyjádřit pochopení, pro obnovení vztahů ponecháme prostor a čas
- nevymlouvat, nepotvrzovat, nediskutovat s pacientem, který nám sděluje své bludy nebo halucinace
- v případě halucinací (zpravidla sluchových), se snažit získat informaci, co pacientovi přikazují, co musí např. udělat
- uklidňovat pacienta
- empaticky naslouchat – přikývnutí, parafrázování, rozumím vám, chápu, empatické shrnutí pacientova sdělení
- zajistit bezpečnost
  - odstranit potenc. nebezpečné předměty
  - chovat se klidně
  - nedělat prudké pohyby
  - dodržovat bezpečnou vzdálenost – délka paže
  - odstranit nebezpečné předměty
  - vhodnější přístup ze strany, přístup čelem by mohl vyvolat protiútok
  - nepřistupovat zezadu
  - zachovat si volnou únikovou cestu
- omezení pacienta: 5 lidí (co člověk, to končetina, lékař drží hlavu), síťové lůžko, izolační místnost, kurty, aplikace zklidňující medikace, asistence policie

# Sdružení pomáhající lidem se schizofrenií

- **Práh Brno** – [www.prah-brno.cz](http://www.prah-brno.cz)
  - pomoc a podpora při začleňování do běžného života
  - podpora vzdělávání, chránění dílny, chráněné bydlení, Café Práh (chráněná pracovní místa), odborné a sociální poradenství, podpora psychologem
- **Chránění bydlení Ovečka, Diakonie** – nejen pro SCH

# Schizotypní porucha

- Připomíná schizofrenii v nápadnostech v chování, poruchách myšlení a emocí
- Nesplňuje ale všechna kritéria pro schizofrenii
- Není jasný začátek a průběh se spíše podobá osobnostním anomáliím

# Schizotypní porucha

- Po dobu nejméně 2 let alespoň 4 příznaky z následujících:
  - Nepřiměřené nebo omezené emoční projevy
  - Zvláštnosti v chování a vzezření
  - Sociální stažení, nespolečenskost
  - Podezíravost či vztahovačnost
  - Někdy až náznaky bludů
  - Obsedantní projevy
  - Občasné iluze, depersonalizace, derealizace
  - Obřadné, stereotypní, komplikované myšlení
  - Přechodné epizody bludné a halucinatorní produkce

# Schizotypní porucha

- Porucha se objevuje v časně dospělosti
- Vyskytuje se ale i u dětí a dospívajících
- Předpokládá se, že jde o
  - Prodromální stav schizofrenie
  - Podprahovou schizofrenii u geneticky zatížených osob
- Přejít do plně vyjádřené schizofrenie asi ve 20%

# Trvalé duševní poruchy s bludy

- Dlouhodobý výskyt bludů (min. 3 měsíce)
- Nejsou splněna kritéria pro schizofrenii
- Nejsou trvalé halucinace
  
- Nejčastější začátek ve středním věku kolem 40. roku
- Průběh je chronický

# Akutní a přechodné psychotické poruchy

- Od prvních příznaků nástup jasné psychózy do 14 dnů
- Barvitý, proměnlivý, bouřlivý průběh
- Střídavé halucinace, bludy, poruchy orientace, katatonní příznaky, střídání afektů
- Porucha odezní do 1-3 měsíců.
- 50% pacientů přechází k jiným dg.

# Indukovaná porucha s bludy



- Vzácná porucha
- Též: sdílená psychóza, folie à deux
- Přenos bludné produkce z jedné osoby na druhou při velmi blízkém vztahu
- Může se objevit v dospívání, ale typická je spíše od středního věku
- Léčba spočívá v oddělení osob a případně antipsychotické léčbě



# Schizoafektivní poruchy

- Musí být splněna kritéria pro poruchu nálady
- Zároveň nejméně 2 týdny se musí vyskytovat příznaky schizofrenie
- Manický, depresivní, smíšený typ
- Průběh se popisuje jako příznivější než u schizofrenie

# „Toxická psychóza“

- Psychotická porucha vyvolaná užíváním psychoaktivních látek (marihuana, pervitin, halucinogeny, kokain, konopí)
- Soubor psychotických fenomenů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu.
- Převládají pozitivní příznaky
- Odeznívá po vysazení drogy, ale může přetrvat
- Někdy obtížné odlišit od schizofrenie
- Diff. dg. akutní intoxikace („stíhy“ na pervitinu)



# „Alkoholová psychóza“

- Vzácná
- Halucinace nebo bludy (halucinóza, paranoa, žárlivost, nespecifická psychóza)
- Způsobená dlouhodobým užíváním alkoholu
- Diff. dg. alkoholové delirium (další příznaky)



# „Laktační psychóza“

- Po porodu, v šestinedělí
- Bludy a/nebo halucinace x poporodní blues, poporodní deprese