



# SCHIZOFRENIE

MUDr. Michaela Mayerová  
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

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



Co je to psychóza?  
Co je to schizofrenie?  
Je v tom rozdíľ?



# 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





# Hughlings Jackson:

- *... o chorobě se říká, že „způsobuje příznaky šílenství“. Já se domnívám, že choroba pouze produkuje negativní duševní příznaky. Všechny propracované pozitivní duševní symptomy (iluze, halucinace, bludy a extravagantní chování) jsou výsledkem aktivity nervových elementů nedotčených žádným patologickým procesem. Domnívám se, že vznikají z aktivity evolučně nižších úrovní...*

# POZITIVNÍ PŘÍZNAKY

- Co je to blud? Jaké bludy znáte?
- Co je to halucinace? Jaké halucinace znáte?  
Jaké halucinace jsou typické pro schizofrenii?
- Co jsou to intrapsychické halucinace?

# Pozitivní příznaky

- Bludy: porucha myšlení, nepravdivé a nevývratné 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

# Bludy – podrobněji – 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 ...)

# Halucinace – podrobněji – 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,
    - Komentující – 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

# Schizofrenie - symptomatologie

- Pozitivní příznaky jsou barvité, přitahují na sebe pozornost, zatímco negativní brání zvládat každodenní aktivity.
- Jiné příznaky: poruchy pozornosti a spánku, katatonní příznaky, nedostatek náhledu

# Schizofrenie: čtyřrozměrný model

- Pozitivní příznaky
- Negativní příznaky
- Afektivní příznaky
- Kognitivní příznaky



# 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-IV (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 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



## **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

Jaké znáte formy schizofrenie?

# 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
  
- Pozn.: schizofrenie s pozdním začátkem „parafrenie“
  - ve 4. a 5. deceniu, méně vyjádřená bezradnost a tenze, symptomatologie souvisí se situací

# Video paranoidní schizofrenie

# 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 zploštělost 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

# Hebefrenní schizofrenie - kazuistika

- *Pacientka do 20 let zdravá, bez obtíží, povahově plachá a stydlivá, výborný prospěch, po střední škole na podnikovém kurzu došlo k náhlé, hluboké proměně chování. Během kurzu se hihňala, vykřikovala, tloukla do lavice, mluvila nahlas, lehala si na lavici, pohybovala se tanečně, mluvila vulgárně, napodobovala hlasatele, gesta (echopraxie), grimasy (echomimie). Na psychiatrii se chovala hravě – cákala vodu na toaletě, rozmontovávala kohoutek. Popisuje tlak v hlavě spojený s nucením k hrubé mluvě.*

*(Převzato z Wikiskripta)*

# 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 automatismus
- C) byly vyloučeny katatonní příznaky vyvolané mozkovým onemocněním, metabolickými poruchami nebo alkoholem a drogami





# Katatonní schizofrenie- kazuistika

- *Pacient, v dětství plachý a bojácný, po základní škole trpěl nespavostí, hodně cvičil, chodil do lesa, chodil na lesnické učiliště, kde byl patrně šikanován. Byl smutný, málo jedl, hubl, myšlenky na sebevraždu, pak přijat na lesnickou střední školu, od té doby se změnil – užíval vulgární výrazy, špatně se učil, zapomínal, měnil návyky, nesoustředil se.*
- *Šroubovaná mluva, nesrozumitelná, nápadně našlapuje na levou nohu, náhle popoběhne, pak se prudce zastaví. Na otázku, zda se cítí zdráv nebo nemocen odpoví: „ten den, co je v kalendáři, aby za to stál.“, opakujeme žádost, zda by mohl na otázku odpovědět – „sebe vidím jako ty druhé, já je nevidím nemocné, jen je nepochopilo okolí“. Provádí drobná prostá cvičení – upažuje, rozpažuje, dělá dřepy, kliky apod.*
- *Po čase projevy pasivního i aktivního negativismu – jednal jako by neslyšel žádosti či pokyny okolí, běhal nahý po oddělení, drhnul umyvadla a záchody, při požádání o posazení vyskočil na stůl. Tyto stavy byly střídány stavy celkové svalové ztuhlosti, zůstal v nastavené pozici, příznak polštáře - když si lehl, tak držel hlavu automaticky nad podložkou bez podpory.*

*(Převzato z Wikiskripta)*

# Video katatonní příznaky

# 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

# Simplexní schizofrenie - kazuistika

- Mladý hoch, ve škole v pohodě, posměch od spolužáků, stranil se, na gymnáziu začaly poruchy soustředění, prudký pokles prospěchu, úplně se přestal připravovat, přestal číst, budí dojem, že zlenivěl, nedbá o sebe, čmárá si nesmysly. Je zcela pasivní, zvláštní chování – plive na koberec, roztěkaný, nic si nepamatuje, netrpí úzkostí ani strachem, jediným steskem je, že na všechno kašle a neumí to změnit, občas se ptá lidí kolem, zda třeba slyší ptáky za oknem, projíždějící auta. V popředí je zchudnutí prožívání, chudé myšlení, nápadný rozpor mezi vnitřním životem a plochou emotivitou. Pacient ví, že něco není v pořádku, čas tráví pasivně, bez zájmu o okolí, čím jednodušší je jeho okolí, tím je spokojenější.*

*(Převzato z Wikiskripta)*

# Schizofrenie v dětském věku

- Výše uvedené popisy platí i pro schizofrenii u dětí a dospívajících
- V dětství jsou pak výrazné především:
  - porucha vzorců chování
  - abnormální pohyby a postoje
  - desorganizace řeči
  - poruchy vnímání a myšlení (vzácnější)
  - porucha kognitivních funkcí
  - porucha afektů a vysoká anxieta
  - porucha sociálního fungování
- **Prognóza:** závisí do značné míry na věku, kdy se schizofrenie objeví, také na jejím průběhu i typu.
- **Časně dětství:** velmi špatná prognóza (tyto děti často končí v ústavech pro ment. retardované)
- **Pozdější dětství a preadolescence:** nejistá prognóza
- **Adolescence:** lepší prognóza, možnost i jediné ataky (zde již „klasické“ průběhy jako u dospělých)



# 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: borelie (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

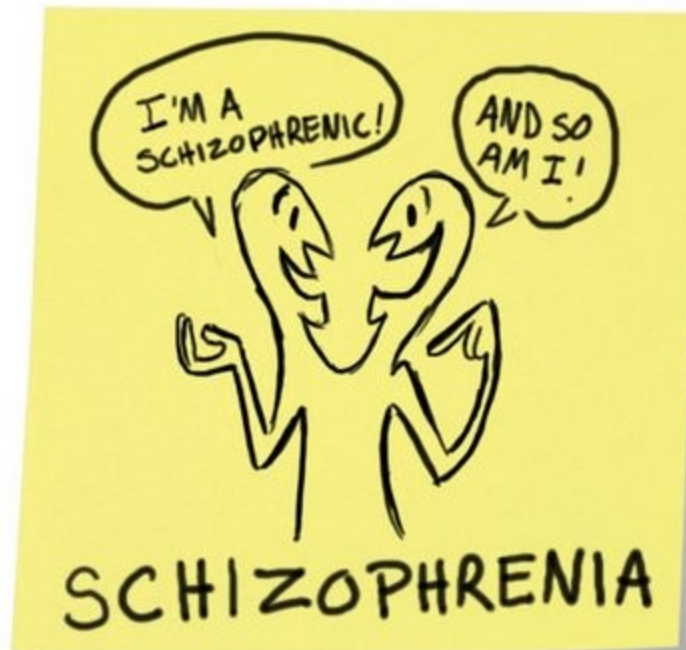
# Diferenciální diagnostika

- **3) ohraničení SCH oproti ostatním psychózám**
  - akutní polymorfní psychotická porucha: kratší než 1 měsíc, jasný spouštěč, dramatický průběh, emoční náboj, pacientu rozumíme
  - 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,  
hypotéza: u pacientů s vlohou ke schizofrenii, kteří jsou chráněni neznámými protektivními faktory

# Diferenciální diagnostika

- **4) Poruchy osobnosti** – zejména emočně nestabilní osobnost, s „psychotickými“ propady

# Jaký je průběh schizofrenie?



# 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

# 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

- Kdo má lepší prognózu, muži nebo ženy?

# 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 faktory

- Riziko morbidity u normální populace? (%)
- Riziko morbidity u sourozenců nemocného?
- Riziko morbidity u dítěte jednoho nemocného rodiče?
- Riziko morbidity u obou nemocných rodičů?



# 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

# 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 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, glutamatergního a některých peptidergních systémů.

# Neurovývojová hypotéza

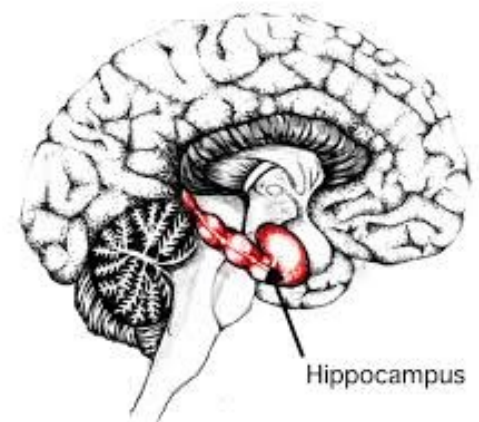
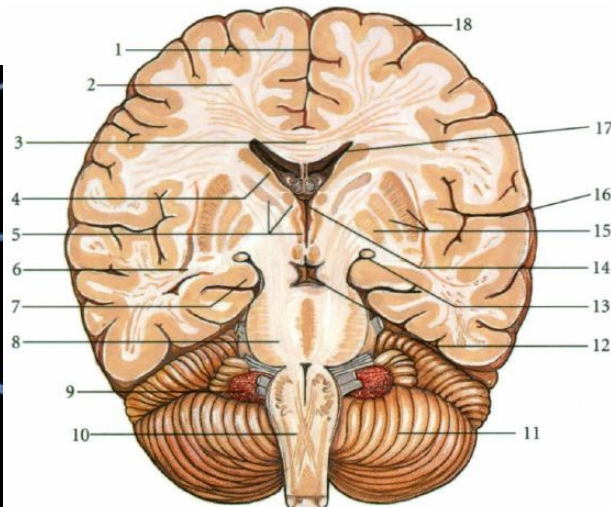
- předpokládá se vznik malé „mlčící léze“ v časném vývoji mozku (příčina genetická či vnější), která se začne projevovat až v dospívání, kdy jsou zvýšené nároky na integraci
- **neurovývojová hypotéza**: významná část osob s diagnózou schizofrenie získanou v dospělém věku prodělala poruchu vývoje mozku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

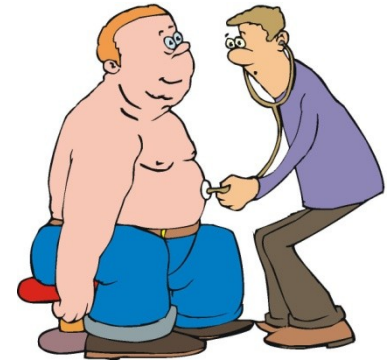
Urychluje nástup SCH, vede k častějším relapsům a hospitalizacím. Zhoršuje spolupráci a vede k horší odpovědi na antipsychotika. Zvyšuje sebevražednost.

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

Která antipsychotika zvyšují chuť k jídlu a dělají metabolické nežádoucí účinky?



Dožívají se pacienti se schizofrenií  
stejného věku jako průměrná  
populace?

A co sebevraždnost? Které faktory  
ovlivňují sebevraždnost?

# 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** (dle času a zájmu studentů jsou v samostatné prezentaci)
- Podpůrná psychoterapie
- Aktivizace pacienta
- Kognitivní trénink
- Edukace pacienta i rodiny

# 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
- 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?

# 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?

Muži nebo ženy?

Který podtyp schizofrenie?

Převaha pozitivních nebo negativních příznaků?

Akutní nebo pozvolný začátek onemocnění?

# 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 sociekonomické zázemí
- Paranoidní typ schizofrenie
- Převaha pozitivních příznaků nad negativními

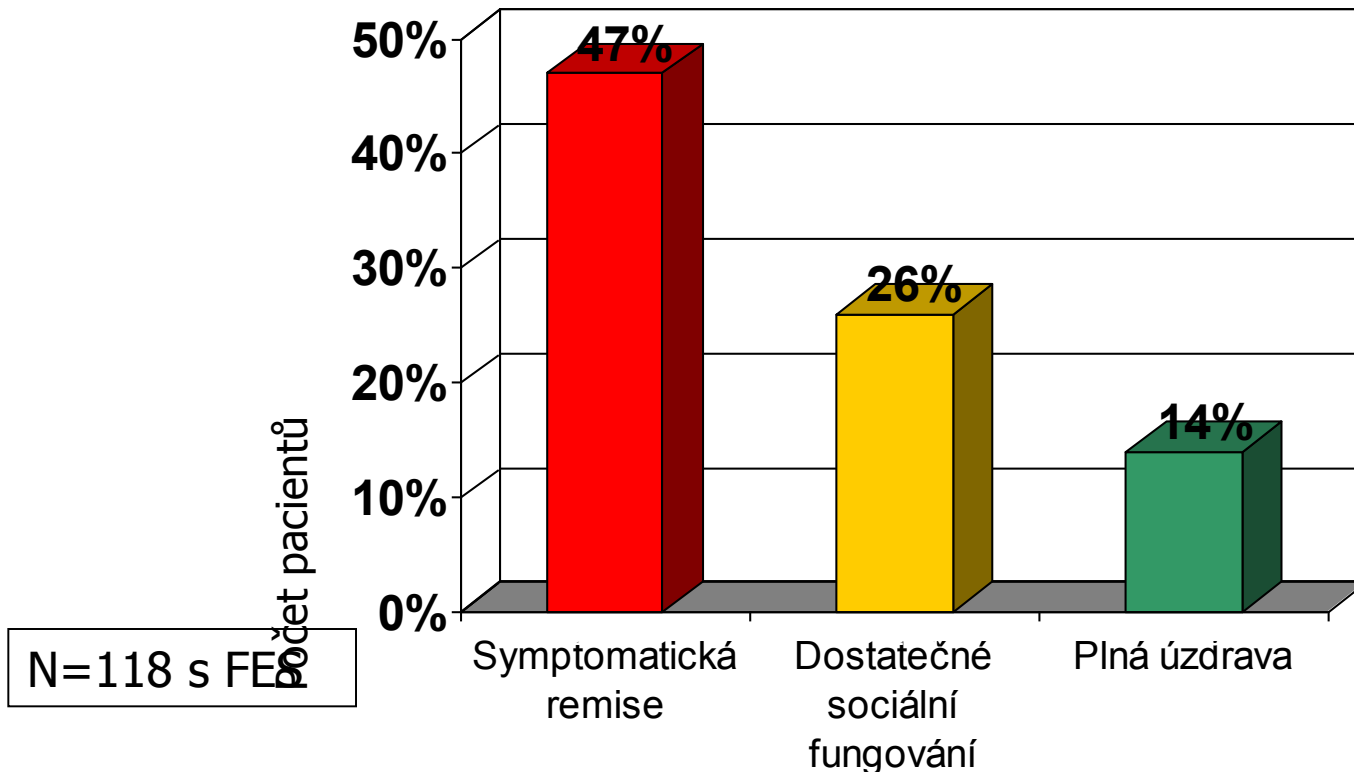
## Nepříznivé progn. faktory

- 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
- Abúzus drog
- Život v nekunkční rodině



# Kritéria **REMISE** u schizofrenie

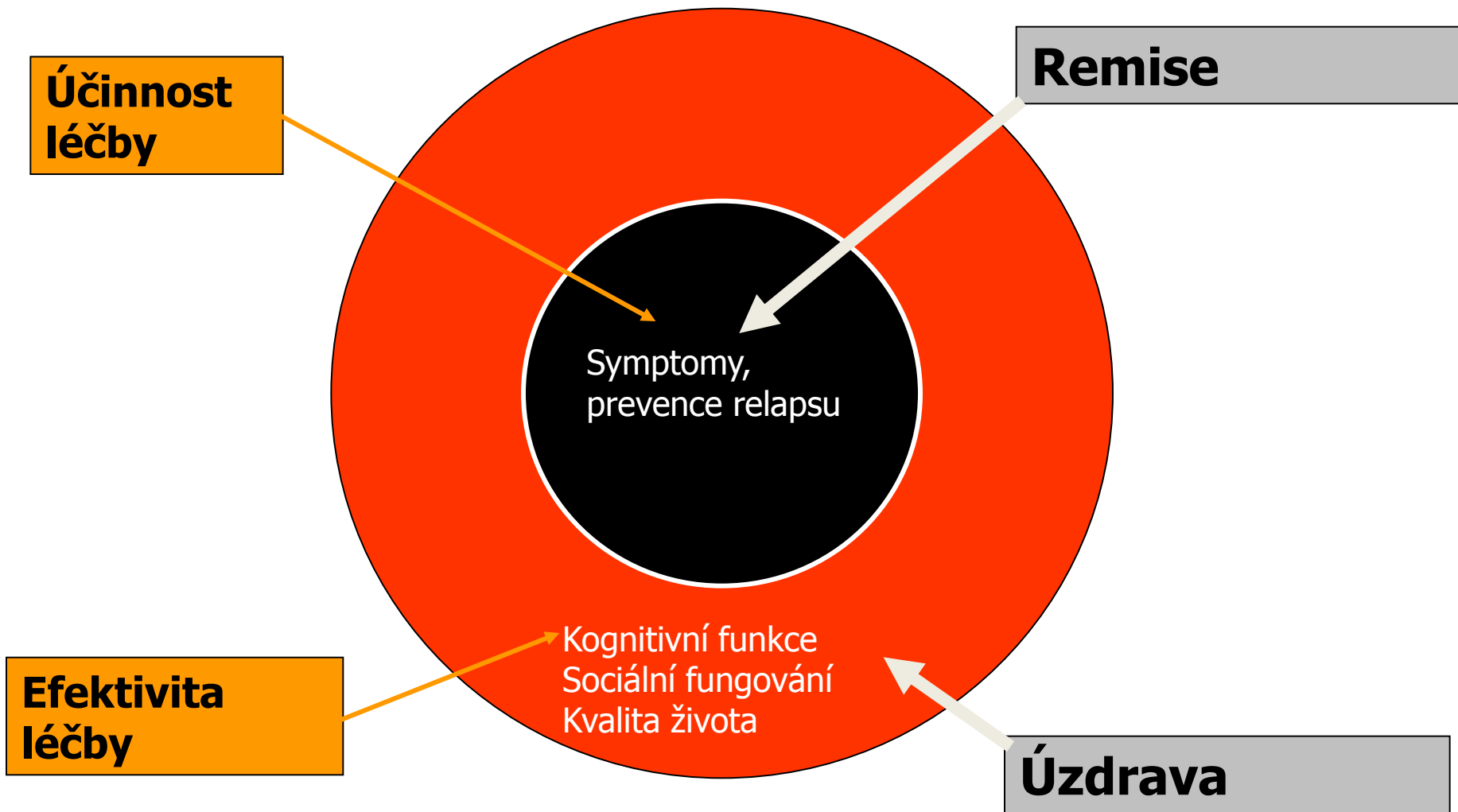
# Dosažení remise automaticky nezaručuje dobré fungování pacientů se schizofrenií



**Symptomatická remise:** ne více než „mírný“ (3) na SADS –C pro psychotické položky a současně ne více než „střední“ (3) na SANS

**Dostatečné sociální fungování:** 3 komponenty na Social Adjustment Scale: celkové fungování (práce, škola); běžné povinnosti (osobní hygiena, péče o domácnost) a sociální vztahy (přátelství, partnerství)

**Plná úzdrava:** symptomatická remise + dostatečné sociální fungování

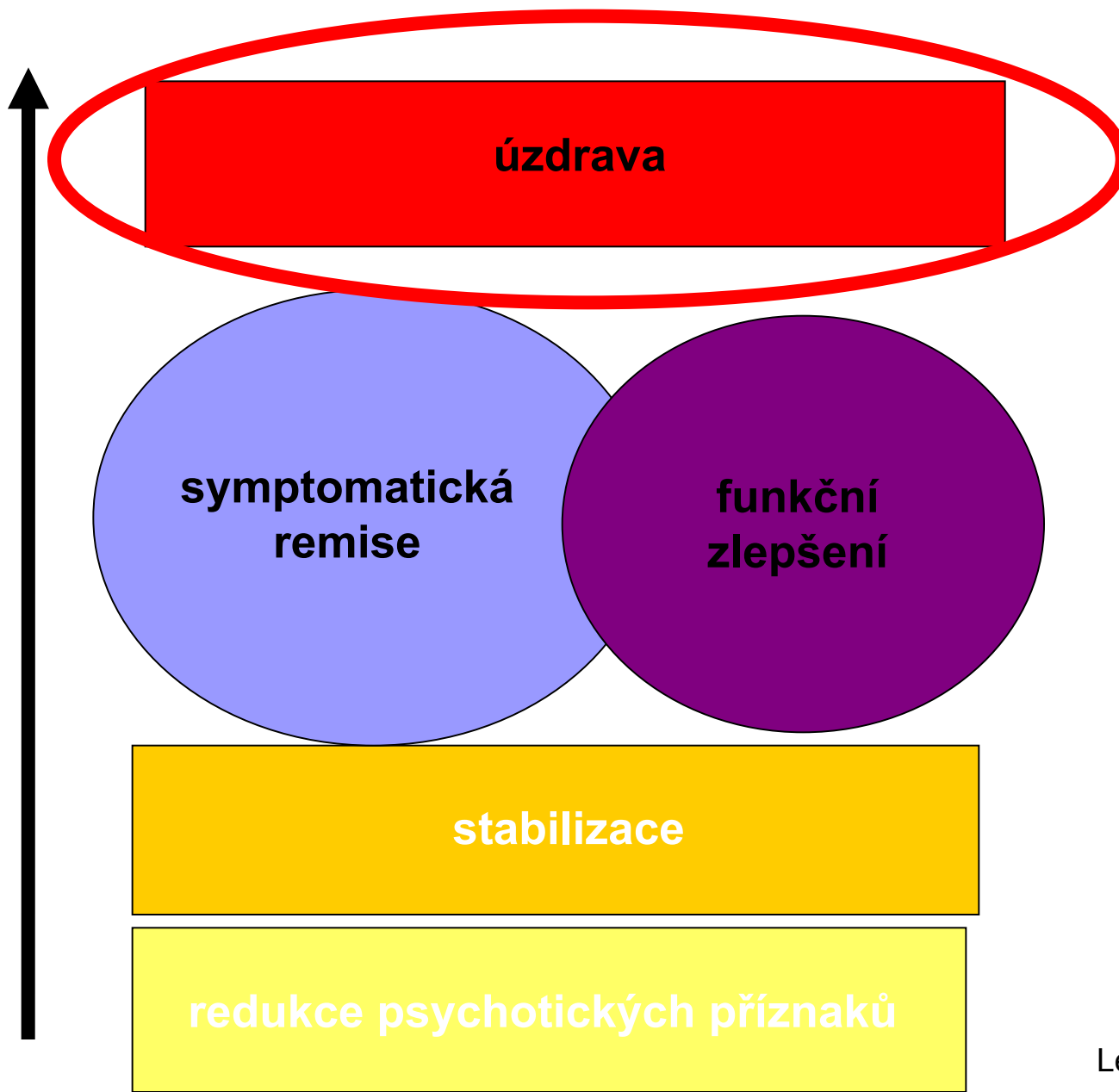


# ÚZDRAVA u schizofrenie

- Přejchod od poruchy ke stavu relativně normálního fungování ve společnosti
- **Klinická kritéria pro úzdravu u schizofrenie - doba trvání kritérií minimálně 2 roky:**
- Remise pozitivních, negativních a souvisejících příznaků do takové míry, aby nenarušovaly každodenní fungování
- Nezávislý život s ohledem na péči o sebe, peníze a léčbu
- Práce či školní docházka
- Kontakty s vrstevníky alespoň jednou týdně
- Rekreační aktivity
- Vřelé rodinné vztahy



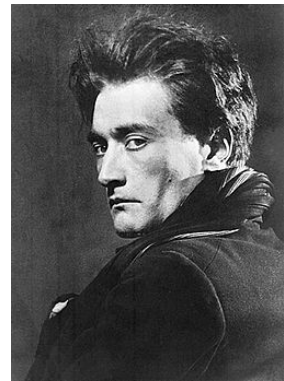
# Cíle léčby schizofrenie



# Známé osobnosti trpící schizofrenií

(neověřené informace)

- [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)



Co dělat, když se k Vám jako k praktickému lékaři dostane pacient, u kterého máte podezření na psychózu?

Kam poslat akutně psychotického pacienta?

Co mu aplikovat/dát za lék?

Když jste lékař v nemocnici a máte hospitalizovaného pacienta se schizofrenií (pro tělesné potíže), je potřeba volat psychiatrické konzilium?

Komunikace se schizofrenním  
pacientem?

Jaké jsou možnosti omezení při  
neklidu?

Jak velká by měla být početní  
převaha?



# 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
  - nepřístupovat 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

# Psychózy jiné než schizofrenie

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

# 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, nespolečenská
  - Podezíravost či vztahovačnost
  - Někdy až náznaky bludů
  - Obsedantní projevy
  - Občasné iluze, depersonalizace, derealizace
  - Obřadné, stereotypní, komplikované myšlení
  - Přejícné 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 psychóza?

# 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 a případně antipsychotické léčbě

# Indukovaná psychóza - kazuistika

- Tři ženy, babička, matka a vnučka, byly postupně hospitalizovány na Psychiatrické klinice v Bratislavě pro psychotické příznaky. V rodině se objevila tzv. indukovaná psychóza, tedy stav, kdy jedna osoba trpí psychotickou poruchou a druhá (zpravidla submisivní, závislá, pasivní) začne svét jejích bludných představ sdílet. Induktorem neboli původcem bludů byla vnučka. Dominantní babička působila jako transformátor. Udržovala a rozvíjela bludné představy. Matka, nejsubmisivnější ze tří žen, byla indukovanou osobou. Všechny spolu žily ve společné domácnosti, matka a babička byly rozvedené.
- **Matka**  
Žena ve věku 49 let, pracující jako ambulantní zdravotní sestra, byla na kliniku odeslána praktickým lékařem. Tvrdila mu, že ona i její matka a dcera byly otráveny jedem na potkany, že rychle potřebuje detoxifikaci. Věřila, že její otec a sestra (žijící jinde) ji otrávil, že jsou proti ní spiknutí.
- První den nedobrovolné hospitalizace se dostavila do nemocnice babička. Potvrdila, že všechny tři ženy byly otráveny jako součást spiknutí. Aby lékař doplnil anamnézu, kontaktoval ještě vnučku. Vnučka verzi obou žen potvrdila, navíc tvrdila, že jev kontaktu s Davidem Cooperfieldem, jejím blízkým přítelem. Uváděla, že pracuje jako vyšetřovatelka železničních nehod, přičemž ona sama u přibližně dvaceti nehod byla. Na kliniku se odmítla dostavit s odůvodněním, že je v rizikovém těhotenství a čeká dvojčata.
- Na kliniku přišel otec matky. Dožadoval se hospitalizace všech tří a uváděl, že mají všechny tři shodné příznaky. Fyzikální a laboratorní vyšetření a EEG byly v normě. Z dokumentace bylo zjištěno, že pacientka zde byla již v minulosti opakovaně léčena s diagnózou porucha osobnosti.
- Během separace od rodiny bludy ztrácely afektivní náboj a dále se nerozvíjely. Měly charakter převzatých informací (neslyšela hlasy, jen viděla dceru a věřila jí, že telefonuje s Davidem Cooperfieldem). I když je jí poskytnuta informace, že se ředitel nemocnice nejmenuje „Autobus“ (jak tvrdila dcera), že toto jméno není ani v seznamu zaměstnanců, trvá na svém přesvědčení.
- Pacientka byla léčena depotním antipsychotikem.
- **Vnučka**  
Devatenáctiletá slečna byla poprvé léčena na psychiatrii v 11 letech. Rodina odmítla spolupracovat s klinikou (především babička odmítala psychickou nemoc vnučky) a přerušila hospitalizaci dcery.
- Ta později nedocházela ani ambulantně. Na kliniku byla přijata s floridní psychotickou symptomatikou. Vyskytovaly se u ní bludy perzekuční, megalomaničké, extrapotenční, sluchové halucinace a také blud vícečetné gravidity. Bludy se během hospitalizace nadále rozvíjely. Použila ručník na vytvoření těhotenského břicha. Po odhalení, že jde o ručník, tvrdila, že jej nosila na ochranu plodů. CT ukázalo čtyřkomorový hydrocefalus.
- Byla léčena antipsychotikem a elektrokonvulzivní léčbou. Poté došlo ke zlepšení.
- **Babička**  
Devětasátiiletá žena s organickým postižením mozku byla hostilní, psala stížnosti řediteli nemocnice. Svou nedobrovolnou hospitalizaci chápala jako součást spiknutí. Bludný systém byl ovládatý a vedl k agresivnímu jednání.

Schizoafektivní porucha?

# 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
- Někteří psychiatři tuto poruchu neuznávají – vždy se lze přiklonit k afektivní nebo schizofrenní poruše?

# Toxická psychóza?

## Které drogy ji nejčastěji způsobují?



# „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
- Kdy volat k pacientce psychologa a kdy psychiatra?



