

SCHIZOFRENIE

Michaela Mayerová

Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Některé informace použity z přednášky prof. Přikryla

Psychóza

- Psychóza je charakterizována bludy, halucinacemi, dezorganizovaným slovním projevem a chováním, v širším pojetí také poruchou vnímání reality.

Používá se v podstatě ve dvou významech – psychóza jako syndrom; a psychózy jako obecné označení psychotických diagnóz. Samotné slovo „psychóza“ ale diagnóza není. Lze říct, že schizofrenie je jedna z psychóz.

Psychóza – představy laiků

- nemocný je přesvědčen o bizarnostech, slyší nebo vidí něco, co ostatní ne, jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné. *Tato představa je správná.*
- NEjde o „rozdvojení osobnosti“ ve smyslu, že v jednom člověku se střídají dvě osobnosti. Představa „rozdvojené osobnosti“ je mýtus. (Pacient s psychózou může být ambivalentní, může trpět antagonistickými sluchovými halucinacemi a může mít postpsychotické změny osobnosti – vše viz dále), nejde ale o „rozdvojení osobnosti“.

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 – základní charakteristika

- Typicky **devastující** duševní choroba (ne vždy)
- Začátek: **raná dospělost/puberta**
- Původně Emilem Kraepelinem označována jako **„dementia precox“**
- Název „schizofrenie“ pochází od Eugena Bleulera a znamená „fragmentovanou mysl“

Schizofrenie – základní char.

- **Žádný příznak není patognomický**
 - X Deprese (smutná nálada)
 - X Panická porucha (panické záchvaty)
- „rakovina psychiatrie“ - časný nástup, chronický průběh, ovlivnění života
- Postihuje řadu psychických domén: ,myšlení, vnímání, emoce, osobnost, kognitivní funkce, ...
- Schizofrenie je velmi **heterogenní** onemocnění. Jak stran příznaků, tak průběhu, možná i stran etiologie.

Příznaky

- Symptomatologie je složitá, dělení do skupin je zjednodušující.
 - Pozitivní příznaky: pokřivené nebo zesílené normální funkce
 - Negativní příznaky: zeslabené normální funkce

(Nancy Andreasen)

-
- Kognitivní příznaky
 - (Afektivní příznaky)

Pozitivní příznaky



- Bludy: porucha obsahu **myšlení**. Nepravdivé a nevývratné přesvědčení, chybná interpretace informací.

Charakteristiky bludu:

- Nepravdivost
- Nevývratnost
- Vliv na jednání
- Chorobný vznik



- Halucinace: poruchy **vnímání**. Vjemy bez podnětu, považovány za realitu.
- Dezorganizace myšlení a řeči: = inkoherence, neuspořádanost, nedává smysl
- 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 nevléčitelnou
- **Dysmorfofobické** – Přesvědčení, že část těla je znetvořená nebo zohyzděná

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 ...)

Pro schizofrenii jsou typické bludy ze skupiny **paranoidní**, nejtypičtější jsou **paranoidně-persekuční bludy**.

Ale mohou se vyskytovat i bludy ze skupiny makro- a mikromanické.

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 **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)
 - **teleologické** - **radící**
 - **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** – 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.)

Pro schizofrenii jsou typické komplexní **sluchové a intrapsychické** halucinace, ale mohou být i jiné.

Zrakové typické nejsou.

(Zrakové – u delirií, případně u toxických psychóz, intoxikací.)

Bludy a halucinace jsou pacientům většinou nepříjemné.



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 (okolím někdy nazývána jako „lenost“)

Negativní příznaky jsou relativně nespecifické. V diff. dg. – příznaky deprese.

Negativní (i kognitivní) příznaky hůře reagují na léčbu antipsychotiky než pozitivní.

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



Abstrakce myšlení se zkouší například výkladem přísloví, úsloví.

Příklad:

„Kdo jinému jámu kopá, sám do ní padá.“ Pacient s narušenou abstrakcí není schopen abstrahovat, čili vyložit přísloví v obecné rovině. Vyloží v rovině konkrétní, například takto: „To je jakože když vykopu jámu, spadnu do ní.“

Narušena může být i **generalizace** pojmů. Od 12 let věku by měl být pacient schopen generalizovat lehké i těžší pojmy.

Příklady:

Lehčí pojmy – co má společného jablko a banán – odpověď je ovoce, pacient s narušenou generalizací odpoví např. „slupku“.

Vlak, autobus – dopravní prostředek, s narušenou generalizací: „kola“

Těžší pojmy: Báseň, obraz; slunce, měsíc.

Samotná porucha abstrakce a generalizace k dg. určitě nestačí.

Jiné příznaky

- poruchy spánku (nespec. příznak)
- katatonní příznaky – viz dále
- nedostatek náhledu (anosognose, částečná nosognose) – pacient si není vědom, že je nemocný, tuto skutečnost odmítá, případně nemoci přisuzuje jiné příznaky (například únavu, poruchy spánku) než ty zásadní
- postprocesuální změny osobnosti (dříve „defekt“ osobnosti, dnes už tento pojem nepoužíváme): 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
- paralogie (pseudologie) - porucha struktury myšlení, je narušena logická vazba, myšlenky na sebe navazují podle povrchové nebo náhodných asociací. Učebnicový příklad: „Ti, co vystupují z lodi, jsou zloději.“
- ambivalence – v myšlení, v emocích, i v chování – obojaký (protichůdný) přístup/pocity k jedné situaci/osobě. Pacienti pak mohou působit nerozhodně, jakoby nevěděli, jestli jít dopředu nebo dozadu (například), jestli s hospitalizací souhlasí nebo ne, jestli někoho mají rádi nebo nenávidí apod. Vše ve stejném okamžiku.

Diagnostická kritéria pro schizofrenii

- MKN-10 (Evropa; schválena už MKN-11, v ČR zatím nepoužívána, chybí oficiální překlad)
- DSM-V (Amerika)

Trvání choroby: MKN-10 (i MKN-11) měsíc, DSM 6 měsíců

Přítomnost sociální a pracovní dysfunkce: jen DSM

Specifičtější popis příznaků: MKN-10

Formy schizofrenie (paranoidní, hebefrenní, ..) – jen MKN-10 (nikoli v MKN-11 či DSM-V)

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 *(pozn.: intrapsychické halucinace)*
 - 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 *(pozn.: sluchové halucinace)*
 - 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)

- (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 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

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

FORMY SCHIZOFRENIE

Paranoidní

Hebefrenní

Katatonní

Nediferencovaná

Postschizofrenní deprese

Reziduální

Simplexní



Pozn.: Dělení schizofrenie na její formy je trochu umělé, jednotlivé formy se mohou prolínat, klinický obraz se může měnit. V americké klasifikaci se od dělení na formy odstoupilo. U nás ho dodržujeme, v nové verzi MKN je od něho ale již také upuštěno.



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 inkoharentní řeč mohou být v klinickém obraze v mírném stupni přítomny, ale nesmějí dominovat

Jde o nejčastější a nejlépe léčitelnou formu.

Hebefrenní schizofrenie (F20.1)

- 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

Je hůře léčitelná.

Katatonie

- řadí se do kvalitativních poruch jednání. Jde zároveň o poruchu psychomotoriky.
- její jednotlivé projevy (viz předchozí a další slide) se mohou u jednoho pacienta měnit, střídat a trvat různě dlouho.
- katatonie sama o sobě je relativně nespecifická. Výskyt: SCH, ale i afektivní, organické poruchy (limbické encefalitidy), u hysterie, případně intoxikace.
- terapie: BZD, **ECT**, naopak antipsychotika stav spíše zhoršují (jde o hypodopaminergní stav).

Katatonní příznaky



Produktivní

Vzrušení – hyperaktivita, agitovanost, neklid, útočnost

Echo fenomény - pacient mechanicky (a spíše nepřesně) opakuje vaši řeč (echolálie), mimiku (echomimie) nebo pohyby (echopraxie); jsou vzácné

Stereotypie, manýrování – opakované nesmyslné pohyby

Neproduktivní

Stupor - výrazné omezení nebo chybění motorické aktivity, setrvávání v jedné pozici

Mutismus - omezení až naprostá nepřítomnost řeči

Negativismus - neústupné až instinktivní odmítání vykonat příkaz, kdy pasivní varianta odmítne příkaz vykonat a aktivní varianta vykoná příkaz naprosto opačný. Aktivní varianta patří spíše do produktivní varianty.

Vosková ohebnost (flexibilitas cerea) – s pacientem lze hýbat jako s voskovým panákem, podvoluje se, setrvává v nastavených pozicích

Povelový automatismus - pacient automaticky vykoná to, co se od něj žádá, bez otázek, zaváhání nebo ohledu na důsledky.

Katatonní schizofrenie (F20.2)

- 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 a drogami



Nediferencovaná schizofrenie (F20.3)

- 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 (F20.4)



- 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

Pozn.: Depresivita u schizofrenie je důležité téma. Ohrožení depresivitou a suicidalitou jsou zejména pacienti po první epizodě.

Reziduální schizofrenie (F20.5)

- 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 (F20.6)

- **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

Pozn.: V praxi není lehké poznat, rodiny mají někdy zato, že jde o pubertu nebo depresi. Tato forma je špatně léčitelná.

Diagnostika schizofrenie



- Klinický obraz: psychiatrické vyšetření, objektivní anamnéza
- Čeho si všímat: Vzhled a chování, řeč, vědomí a orientace, emotivita, myšlení, vnímání, (intelekt, paměť)
- Základní laboratorní screening – nijak nepotvrdí/nevyvrátí dg. SCH
- Toxikologické vyšetření – většinou z moči, důležité vyšetření, mělo by být provedeno vždy
- EEG: nespecifické nálezy, není třeba provádět paušálně, jen cíleně u pacientů s podezřením např. na temporální epilepsii
- Psychologie: projektivní (např. Rohrschach, kresba stromu) a výkonové testy
- Zobrazovací metody (CT, MRI – nepotvrzuje dg. SCH, spíše vylučuje organickou poruchu)
- (Neurologie, sérologie – borrelie, neuroviry, syfilis, HIV)

Diferenciální diagnostika

Toxické psychózy: moč na toxikologii, (případně kvalitativní porucha vědomí, zrakové halucinace – ale není nutné), obraz může být velmi podobný. Nebývají přítomny negativní a kognitivní příznaky způsobené psychózou, při abstinenci by se nemělo opakovat. V praxi někdy těžké odlišit.

Akutní polymorfní psychotická porucha: kratší než 1 měsíc, dramatický a měnlivý průběh, mnohotvárnost a nestálost psychotické sympt., emoční náboj

Porucha s bludy: v popředí je blud, myšlení a vůle jsou zachovány, výskyt většinou ve starším středním věku nebo i v seniorském.

Schizotypní porucha: má příznaky, které se podobají prodromálním příznakům schizofrenie, často předchází schizofrenii, pomalá progrese, 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

Mánie: pseudoinkoherece (rychlá nabídka myšlenek, působí dojmem inkoherece) x inkoherece; není bezradnost, bezcílné jednání

Deprese s psychotickými příznaky – většinou primárně narušena nálada, depres. (či jiné) bludy o něco později, léčí se antipsychotiky v kombinaci s antidepresivy nebo ECT

Emočně nestabilní porucha osobnosti - pečlivá anamnéza, psychologie, bývají spíše pseudohalucinace při zátěži

Histrionská porucha osobnosti – při zátěži, v dekompenzaci může imitovat skoro jakoukoliv jinou psych. dg. (i psychózu), důležitý je vývoj v čase, anamnéza, zjištění celoživotního osobnostního nastavení, psychologické vyšetření

Paranoidní porucha osobnosti – dlouhodobé (celoživotní) paranoidní nastavení v rámci charakteru

Pozn.: I pacient s poruchou osobnosti může onemocnět psychózou.

Diferenciální diagnostika

Somatická onemocnění (velmi vzácně)

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

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 (a nejvíce v prvním roce), 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 nastavení, hloubavost, vztahovačnost, typické jsou zejména negativní příznaky – sociální stažení
 - nenalezeny žádné vazby mezi specifickými prodromy a rysem schizofrenie

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 prognózu** – 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

Menšina pac. – asi 15-20 % - jen jedna epizoda.

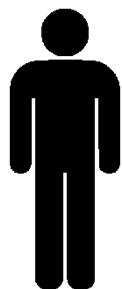
Většina pac. – epizodický průběh.

Asi 30 % pac. – chronický průběh.

Epidemiologie schizofrenie

- Celoživotní prevalence je 1%
- Celosvětově stejná
- Vzdělání a sociální status nehraje roli

Epidemiologie SCH: pohlavní rozdíly



- Dřívější nástup
- Horší premorbidní anamnéza
- Více negativních příznaků
- Horší prognóza
- Více abnormit mozku detekovaných zobrazovacími metodami



- Výraznější afektivní příznaky
- Lepší prognóza

Rizikové faktory

- Migrační status
- **Starší otcové**
- Hladovění v těhotenství
- **Dlouhodobé užívání marihuany** – čím víc a častěji, tím hůř
- Porodní komplikace
- Život ve městě
- Narození v zimě nebo na jaře



Etiologie schizofrenie

- je **multifaktoriální**, víme čím dál, ale určitě pořád nevíme všechno.
- obecný rámec: **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)

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
- významná část osob s diagnózou schizofrenie získanou v dospělém věku prodělala poruchu vývoje mozku desítky let před symptomatickou fází onemocnění.

Genetika

- Dědičnost je polygenní, mnoho genů přispívá ke vzniku onemocnění, ale s malým efektem. Odhaduje se, že s rizikem schizofrenie může souviset 6 000 až 12 000 jednonukleotidových polymorfismů ("single nucleotide polymorphism", SNP) rizikových genů. Roli hrají i epigenetické změny.
- 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

(převzato z přednášky prof. Rabocha a textu prof. Češkové v ČS psychiatrii 2020)

Role neuromediátorů

Zásadní je dopamin – viz další slide.

Zkoumány byly/jsou ale i další systémy:

Noradrenergní

Serotoninergní

Glutamátergní (snížená fce NMDA rec., ale role glutamátu je složitější)

a některé peptidergní systémy

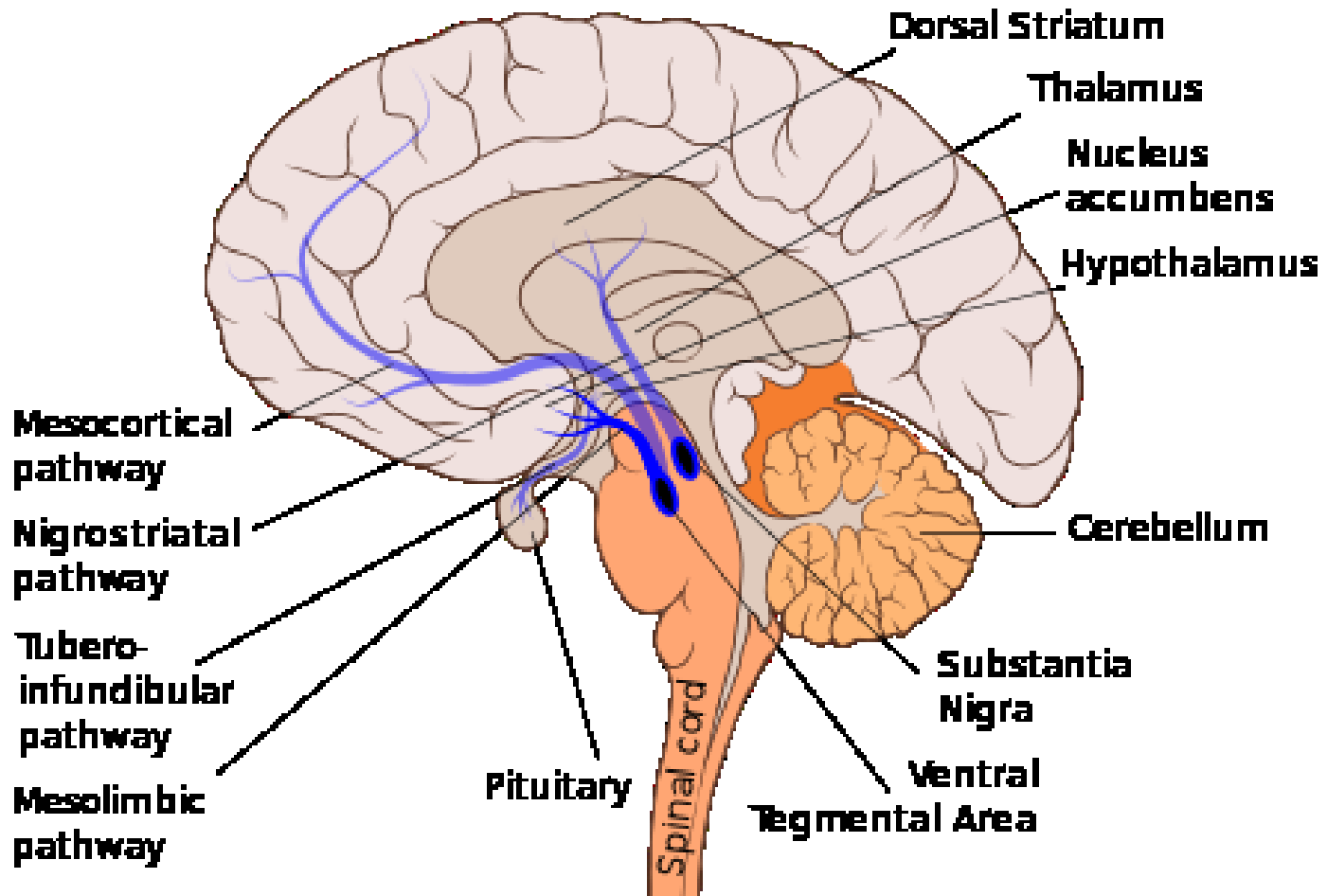
Dopamin

- vychází z pozorování účinků různých psychofarmak, která jsou schopna vyvolat, zlepšit či zhoršit symptomy onemocnění
- východiska klasické dopaminové hypotézy:
 - Psychózu lze aktivovat **psychostimulancii** (amfetamin, meskalin, LSD), která jsou agonisty dopaminu.
 - **Antipsychotika**, která léčí pozitivní symptomy schizofrenie blokují účinky dopaminu.

(Základ léčby antipsychotiky je blokace D2 receptorů (například risperidon, haloperidol). Ale nejúčinnější antipsychotikum klozapin působí přes široké spektrum jiných receptorů, přes D2 minoritně.)

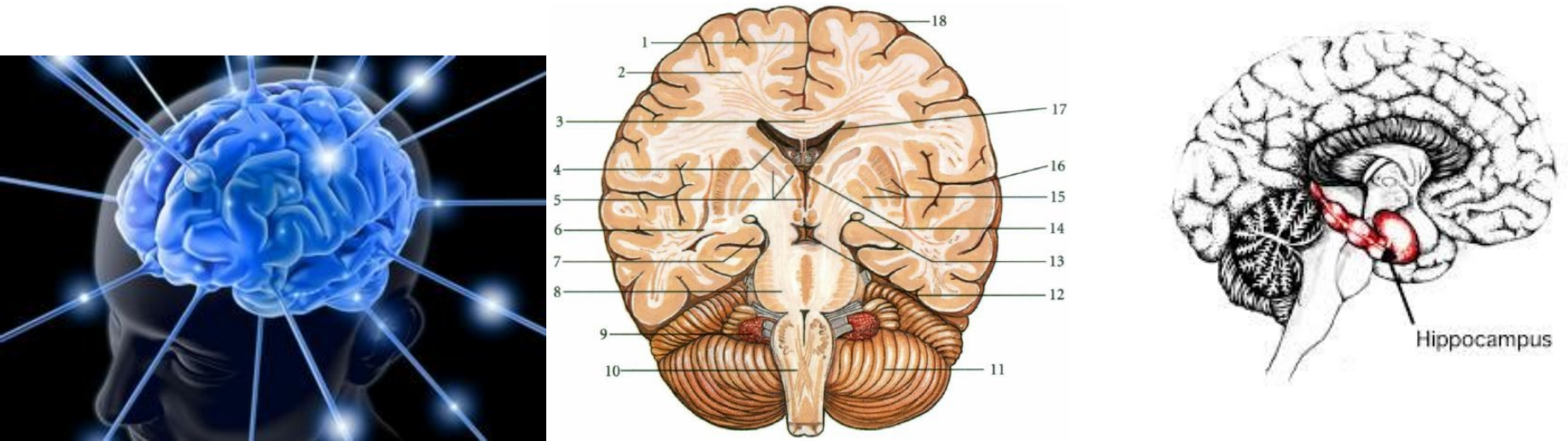
Pozitivní příznaky – hyperdopaminergní stav (zvýšení citlivosti a počtu D₂ receptorů) v mesolimbické oblasti; lépe léčitelné antipsychotiky

Negativní příznaky – hypodopaminergní stav v mesokortikální oblasti; hůře léčitelné antipsychotiky



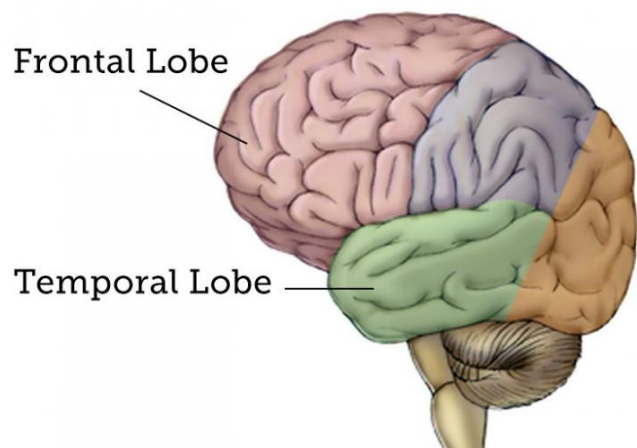
Strukturální abnormality v mozku

- Nespecifické, původ nejasný
- Snížení objemu mozku
- Snížení objemu některých mozkových struktur (frontální kortex, hipocampus)
- Zvětšení likvorových prostor
- Pokles objemu mozkové kůry
- Zjistitelné zobrazovacími metodami (na běžném MR mozku změny nevidíme)



Neuroanatomické změny nejsou statické, progredují s časem. Zdá se, že čím více a déle jsou pozitivní příznaky SCH, čím více je relapsů, tím více je úbytek šedé hmoty ve výše zmíněných oblastech. Čím déle je nemoc neléčená, tím větší změny. Čím větší změny neuroanatomické, tím větší změny funkční, a tím větší klinická deteriorace.

V posledních cca 10 letech se zjišťují i abnormality **v bílé hmotě**. Dvě oddělené, jasně ohraničené oblasti – **v hloubi frontálního a temporálního laloku**. Tyto oblasti obsahují svazky propojující neurony, ve kterých je redukce ŠH.



BH: axony, tvoří dráhy
ŠH: těla neuronů, tvoří jádra

Imunozánětlivé markery

Epidemiologické studie naznačují spojení mezi zvýšeným rizikem rozvoje schizofrenie a infekcí matky v těhotenství nebo autoimunitní chorobou v osobní anamnéze.

Nejvíce zkoumané molekuly neurozánětlivých procesů jsou cytokiny produkované jak periferními imunokompetentními buňkami, tak gliálními buňkami CNS.

Zvýšené hladiny prozánětlivých cytokinů.

Dle současného názoru neurozánětlivé procesy ovlivňují neurotransmitterové systémy. (Nejvíce je zkoumáno spojení s kynureninovou cestou metabolismu tryptofanu, prekurzoru serotoninu.)

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 onemocnění (ICHS)
- Diabetes mellitus
- Obezita
- Chronická obstrukční plicní nemoc

Důvody: Omezená schopnost dodržovat léčebná opatření (negativní symptomy a kogn. deficit), životní styl, nežádoucí účinky psychofarmak. ALE: Pacienti, co užívají psychofarmaka se dožívají vyššího věku než ti, co je neužívají. (Dokázáno v početně velkých metaanalýzách.)

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.

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.

- Nehody

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 antipsychotikum (=neuroleptikum) (chlorpromazin), který zlepšoval psychotické příznaky a umožňoval nemocným se schizofrenií návrat do běžného života.
- 60.-80. léta: „zlatá éra psychofarmakologie“, vyvíjela se další antipsychotika (ale i další psychofarmaka obecně).
- V dnešní době jsou vyvíjena spíše bezpečnější než účinnější (oproti dřívějšku) antipsychotika.

Léčba schizofrenie

- **Antipsychotika** - jsou základ, léčit akutní epizodu SCH bez nich není možné
- 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

- Od vyskytnutí se psychotických příznaků až do remise nebo významného zlepšení psychotických ukazatelů.
- Většinou 4 až 6 týdnů.
- V naprosté většině potřeba hospitalizace.
- Antipsychotika – i.m., p.o., případně k tomu sedativní antipsychotika/anxiolytika.

Stabilizace stavu

- Od 6 týdnů do 6 měsíců po objevení se akutní epizody. Psychotické příznaky ubývají na intenzitě a závažnosti.
- Dávka antipsychotika se nastavuje tak, aby byla dostatečně účinná, ale i dobře tolerovaná.
- Doba vhodná k zahájení psychoterapie.

Systematická, udržovací fáze

- Po cca půl roce. Případné snižování medikace.
- Pokračující podpora a psychoterapeutická péče, práce na komplianci.

Jak dlouho má léčba pokračovat?

- **Minimálně 1 až 2 roky** udržovací léčby je doporučováno pro pacienty, kteří prošli jednou psychotickou epizodou.
- Pacienti, kteří prošli více 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

- 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**.
- Je možno do určité míry předcházet návratům onemocnění (relapsům).
- Ačkoli antipsychotická medikace pomáhá udržovat nemoc v remisi, nejméně 50 % nemocných projde jedním nebo více relapsy během jednoho roku.
- Jedním z největších důvodů relapsu je **vysazení medikace pacientem**. Důvody: nežádoucí účinky, anosognose.

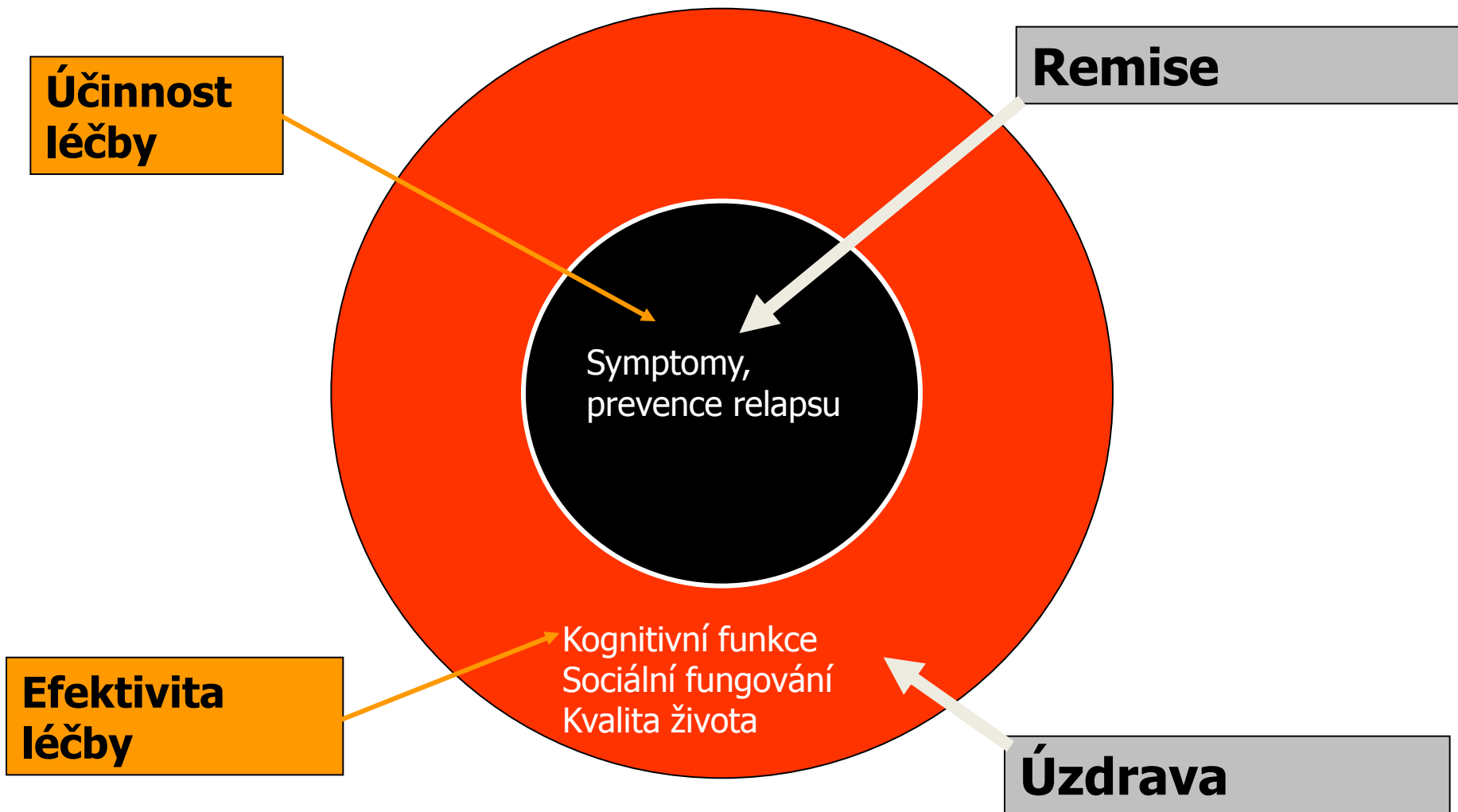
Prognóza

Příznivé prognostické faktory

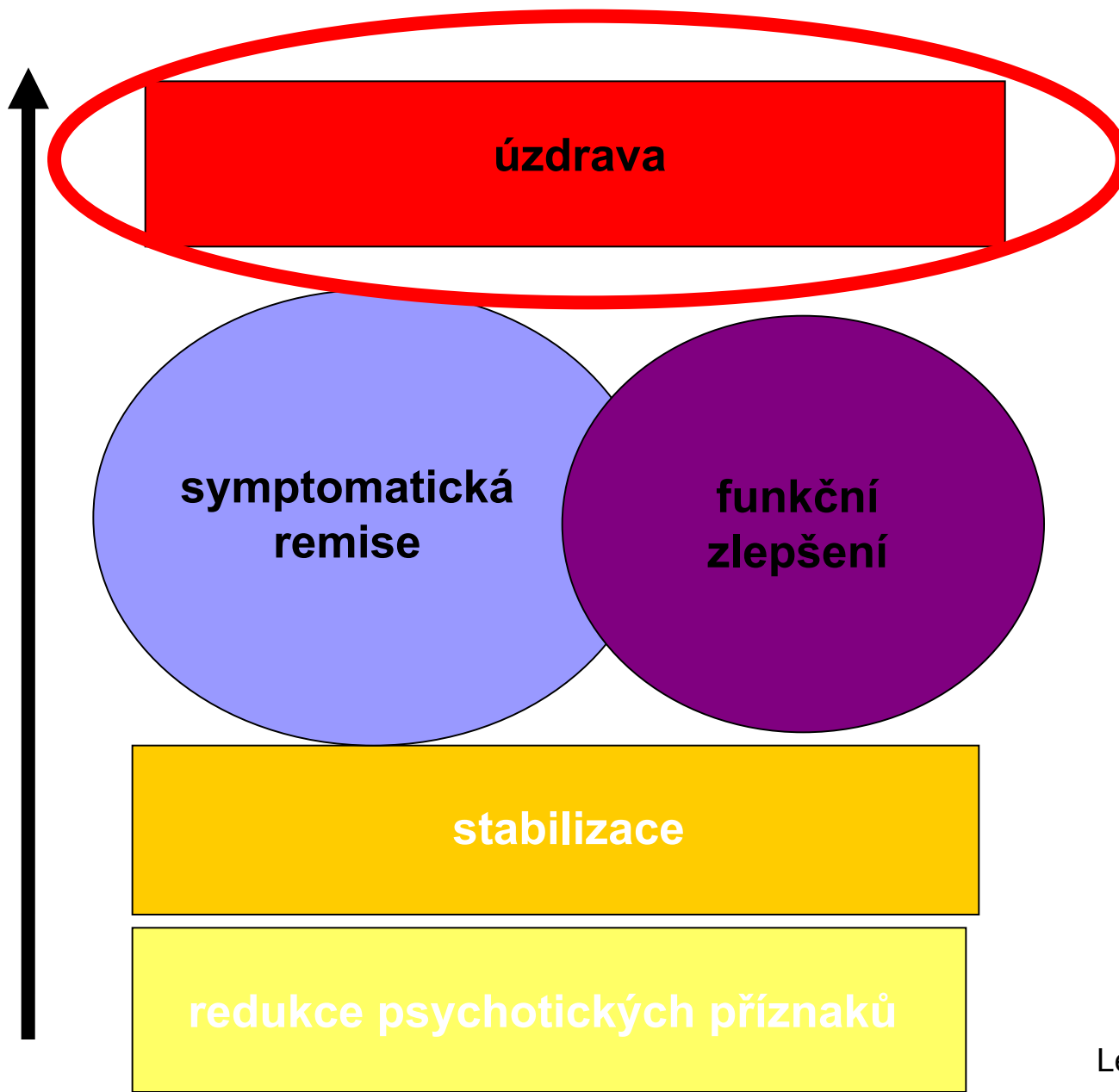
- Ženské pohlaví
- Premorbidní manž. nebo partnerský život
- Dobré premorbidní sociální fungování
- Akutní začátek onemocnění
- Začátek v pozdějším věku než v dětství
- Lepší socioekonomické zázemí
- Paranoidní typ schizofrenie
- Převaha pozitivních příznaků nad negativními

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
- Simplexní, nediferencovaná, hebefrenní forma SCH
- Autistické chování, oploštělá emotivita
- Převaha negativních příznaků
- Abúzus drog
- Život v nefunkční rodině



Cíle léčby schizofrenie



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 (příklad možných kritérií):**
- 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



Kritéria remise jsou určitý počet bodů v určitých položkách v hodnotících škálách (PANSS) pro schizofrenii – není účelem tohoto sdělení.)

Doporučená literatura

Hosák, Hrdlička, Libiger a kol. Psychiatrie a pedopsychiatrie. Karolinum 2015.

Pavlovský, Raboch a kol. Psychiatrie. 2. vydání. Karolinum 2020.