



MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ

SCHIZOFRENIE

SCHIZOFRENIE

Závažné psychotické onemocnění charakterizované poruchami téměř všech psychických funkcí – myšlení, vnímání, oploštělá, neadekvátní emotivita, narušené chování a jednání.

Epidemiologie

1%, stejné pro obě pohlaví, výskyt zůstává neměnný v průběhu času a je stejný po celém světě, u mužů onemocnění propuká dříve (obvykle mezi 15 a 25 rokem), u žen mezi 25 a 35.

Ženy – mírnější forma onemocnění, benignější průběh, lépe reagují na léčbu, méně časté hospitalizace..., vliv estrogenů na dopaminergní systém.

Sklon k chronizaci, celosvětově patří do prvních 10 příčin úplné invalidity.

Vyšší mortalita

Výrazné riziko suicidia, v iniciálním stadiu onemocnění nejvyšší, celoživotně 10%.



HISTORICKÝ KONTEXT

- 19. století – pojem jednotná psychóza (důraz na afektivní projevy)
- Kraepelin – 1896 dementia praecox (předčasná demence)
- Eugen Bleuler – 1911 použil název schizofrenie, koncept šesti A: porucha asociací, ambivalence, autismus, afektivní oploštění, abulie, poruchy pozornosti (attention) – rozšíření konceptu schizofrenie.
- Crow – 1980 rozdělení na dva typy
 - Typ I – charakterizován pozitivními příznaky, nepřítomnost atrofie mozku, lepší odpověď na podání neuroleptik
 - Typ II – převaha negativních příznaků, mozkové atrofie, horší efekt neuroleptické léčby
 - autor vývojové hypotézy vzniku schizofrenie



ETIOPATOGENEZE SCHIZOFRENIE

Specifická biologická náchylnost (zranitelnost) – ta je dědičná, případně získaná v raných fázích vývoje (matka v těhotenství prodělala závažné virové onemocnění). Zranitelnost vyústí vlivem zátěže v manifestaci schizofrenních příznaků obvykle v období adolescence či rané dospělosti.

Jeden rodič 12% riziko, oba rodiče 40%, jednovaječné dvojče schizofrenika 50%.

Nespecifické morfologické změny v mozku některých pacientů, rozšíření postranních mozkových komor, rozšíření mozkových rýh, korová atrofie – souvisí s převahou negativní symptomatologie a horší prognózou.

Dopaminová hypotéza – dopamin reguluje reakci neuronů na podněty z okolí (model poměru mezi signálem a šumem) – zvýšený dopaminergní přenos tento poměr zvyšuje. Neuroleptika blokují dopamin, poslední výzkumy znejistěly, u živých neléčených nemocných se zvýšené množství D2 nepotvrdilo. Dále serotonin, glutamát...

Nepotvrdilo se: virové postižení CNS, endogenní toxiny, teorie abnormálních rodinných vztahů.



SCHIZOFRENIE

Narušení neurotransmiterového systému – dopamin.

Pozitivní psychotické příznaky – regionálně zvýšená dopaminergní aktivita, halucinace, bludy, dezorganizace ústící v neadekvátní jednání, nejčastější příčina hospitalizace.

Negativní psychotické příznaky – regionálně snížená dopaminergní aktivita, ochuzení psychiky v emotivitě a volní oblasti – apatie, ztráta motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení.

Kognitivní dysfunkce – obvykle přítomna před manifestací psychózy, je převážně trvalá (v remisi se vrací na premorbidní úroveň jen u 15% pacientů)



SCHIZOFRENIE

Paranoidní schizofrenie – nejčastější typ, snadno diagnostikovatelná, výrazné bludy a halucinace.

Hebefrenní schizofrenie – přehání pubertální projevy chování, dovádí je ad absurdum, nepřiléhavé chování, propuká v brzkém věku (dospívání), případné bludy pouze doprovodné, útržkovité, nesystematické.

Katatonní schizofrenie – výrazné poruchy motoriky, bezcílná zvýšená motorická aktivita, manýrování, grimasování, nebo naopak motorický stupor.

Simplexní schizofrenie – postupné stažení se ze sociálních situací, redukce volní složky, oploštěná emotivita.

Nediferencovaná schizofrenie



TERAPIE SCHIZOFRENIE

Farmakoterapie – antipsychotika II. generace.

Akutní fáze léčby – odstranění pozitivních příznaků, trvání dny až týdny.

Fáze stabilizace – snaha udržet získané zlepšení, přetrvávají výrazně negativní příznaky a kognitivní deficit, ustupují velmi pomalu až rok, u většiny v mírné formě přetrvávají, náchylnost k relapsu vysoká, ukončení hospitalizace, důležitá psychosociální podpora, edukace, případně psychoterapie pro klienta i blízké. Podpůrná, méně strukturovaná, zčásti direktivní. Kompliance (soulad chování nemocného a rad lékaře) při léčbě antipsychotiky – vliv vztah, důvěra k lékaři, vedlejší účinky léků, dostupné informace...

Fáze stability – dosažení a udržení remise, udržovací farmakoterapie minimálními účinnými dávkami, psychosociální intervence cílená na rodinu a trénink kognitivních funkcí. Trvání v letech.

Relaps – 20% při dodržování léčby, 60-70% při vysazení. Relapsy zvyšují rezistenci na léky, s každým se zvyšuje pravděpodobnost následujícího. Příčiny: přirozený průběh nemoci, nespolupráce při léčbě, psychosociální faktory, nedostatky zdravotního systému (50% se nedostaví k 1. ambulantní kontrole).

ELEKTROKONVULZIVNÍ TERAPIE

Vhodné u nemocných se silnějšími afektivními symptomy, agitovaností a sebevražednými tendencemi.

Metodou první volby bývá u katatonní schizofrenie – efekt nastupuje průměrně po čtyřech konvulzích.

Používané u zhoršování příznaků navzdory farmakoterapii, u rezistentních pacientů.

Dále u poporodních psychóz se schizofrenním obrazem a u gravidních pacientek.

Udržovací léčba – konvulze jedenkrát měsíčně.



PSYCHOTERAPIE

Psychoedukace

poskytnout nemocným a příbuzným důkladné informace o povaze onemocnění a možnostech léčby.

Nácvik sociálních dovedností

vnímání sociální situace, aktivní naslouchání, empatie

pozitivní ocenění – pochvala, kompliment

zahájení, udržování a ukončení krátkých rozhovorů

projevení negativních emocí přiměřeným způsobem

snaha najít kompromisní řešení

nácvik řešení problémů

Prokázán pouze malý vliv na vlastní léčbu, na prevenci relapsu, ale ovlivňuje kvalitu pacientova života a příbuzných.



PSYCHOTERAPIE

Podpůrná psychoterapie

Cílem je navázání terapeutického vztahu, vytvoření rovnováhy duševního života, posílení psychologických obran, zasunutí psychotické zkušenosti.

Akutní fáze – okolní realita, úprava kontaktů pacienta s rodinou.

Další fáze (dlouhodobější proces) – obnovit přirozený proces kontroly nad vlastním vnímáním, myšlenkami a představami. Jádrem je podpora zdravých částí osobnosti.



PROGNÓZA SCHIZOFRENIE

Postpsychotická deprese – po odeznění akutní psychotické ataky dostává do popředí u některých pacientů afektivní porucha – 10% nemocných se schizofrenní porucho spáchá suicidium.

Obecně nepříznivé prognostické faktory:

- mužské pohlaví
- nízký věk začátku onemocnění
- nenápadný, plíživý začátek
- nepřítomnost spouštěcích faktorů
- premorbidní život bez partnera
- špatné sociální fungování
- schizofrenie v rodinné anamnéze
- převaha negativních faktorů
- škodlivé užívání návykových látek

