

Psychotické poruchy („psychózy“)

Schizofrenie patří do skupiny psychotických poruch.

Psychotické poruchy („psychózy“) jsou závažná duševní onemocnění, která vedou ke značnému utrpení v životě nemocných i jejich rodin. Dochází při nich k **poruše kontaktu s realitou**. Znamená to, že v **psychóze člověk jinak vnímá, myslí a prožívá**.

Důležité (přesto nepříliš známé) skutečnosti o psychotických poruchách:

- ⇒ psychózu si nezavinil ani sám nemocný, ani nejsou vinni jeho příbuzní
- ⇒ psychotické poruchy jsou medicínsky dobře rozpoznatelné
- ⇒ lidé s psychózou většinou nejsou nebezpeční
- ⇒ moderní léčba psychóz je velmi účinná
- ⇒ nezbytnou součástí léčby je podávání léků (antipsychotika)
- ⇒ psychoterapie může významně pomoci při řešení problémů v životě nemocného
- ⇒ účinnost léčby se zvyšuje při dobré spolupráci celé rodiny
- ⇒ nemocní s psychózou netrpí rozštěpem osobnosti
- ⇒ spolupráce i účinnost léčby vzrůstají při dostatku informací

Psychóza není jen jeden nebo jedna nemoc, ale jde o celou řadu prožitků, které jsou tak rozdílné, jako jsou různé životní prožitky každého z nás. Psychotický pohled na svět je dost odlišný od pohledu běžného. Proto psychózu lze přiblížit, ale nikoliv beze zbytku pochopit.

Změna kontaktu se skutečností v oblasti **myšlení** může začínat jako neurčitý pocit, že něco není v pořádku, nebo je to prostě „nějak jinak“. Potom se může objevit porozumění tomu, jak všechny ty podivnosti spolu souvisejí. Může se objevit dojem, že se jedná o spiknutí, komplot nějaké mafie, špionů nebo zločinské organizace, která člověka ohrožuje a chce zabít. Důvodem ohrožení může být pocit výjimečnosti a důležitosti. Naopak, když člověk odolá a vyhraje, bude tím, kdo zachrání svět zkázy. Není důležité, že člověk s psychózou nedovede v té době vysvětlit, proč a čím je tak výjimečný. Jakoby to nemusí být důležité. Tento příběh není o reálné skutečnosti, ale klient ho ve své psychóze za nezvratnou pravdu považuje. Odborně se tento příznak jmenuje *blud*.

Psychóza vytváří změněný obraz světa v nás. Za pomoci vnímání, myšlení a emocí vytváříme ve své mysli obraz světa. Tento *obraz světa je u většiny lidí podobný*. Je tím dána možnost navzájem si povídat a porozumět. V psychóze je však kontakt s realitou porušen. Člověk si ve svém nitru vytváří svět, který je odlišný od světa, který vnímají ostatní.

Stavy, při kterých dochází k poruše kontaktu s realitou, se nevyskytují jen o psychóz. Můžeme se s nimi setkat u otrav intoxikací různými drogami, dochází k nim při úrazech, nádorech a infekcích nervového systému i při stavech, které někdy doprovázejí tělesné nemoci např. vysoké horečky, u některých typů epilepsie apod. V neposlední řadě je také možné tyto stavy prožívat na základě velmi silných prožitků, např. při silném stresu, náboženském vytržení, apod. Čím se ale psychózy od těchto stavů odlišují? Psychotická onemocnění mají vedle určitých příznaků i typický průběh.

Naše psychika se celý život dynamicky proměňuje a rozvíjí. Proto se někdy může stát, že přesnou hranici mezi normou a psychózou je těžké najít. V běžném dospívání dochází někdy k silným otřesům všeho, čemu doposud mladý člověk věřil. Mohou se objevovat různé dosud neznámé pocity, úvahy, silné pocity a touhy. Okolí tím může dávat najevo své neporozumění, odmítnutí apod. Mladý člověk se může dostat až do jakési izolace a vytvářet si svůj vlastní svět. Také další životní situace mohou být spojeny s otevřením se neznámých „sfér“. O zvláštních, až nesrozumitelných stavech mohou hovořit lidé v těžkých osobních krizích, pod vlivem drogy nebo ti, kdo se zabývají jógou, mystikou, holotropním dýcháním.

Podivné světy a situace, do kterých se v psychóze můžeme dostat, však nejsou něčím, coby vytvářela jenom nemoc samotná. Nacházejí se v duši každého člověka. Potvrzení senám dostává každou noc v našich snech. Odehrávají se prapodivné situace a příběhy, které by v bdělém stavu nikoho ani nenapadly. Ve snových příbězích jsme stejně jako v psychóze obvykle ve středu dění, jsme jako aktéři a současně také děj sledujeme. Také v psychóze prožíváme podivné tajemné události a jevy a jsme v centru tohoto dění. Od normálního prožívání světa se však psychotické prožívání velmi liší. Zásadní odlišnost spočívá v tom, že v případě snu člověk spí a v případě psychózy je v bdělém stavu. Ve snu pracuje naše psychika pouze se vzpomínkami a uvolněnou fantazií, v psychóze se tyto postupy promítají do reality všude kolem nás. To je zásadní rozdíl. Na psychózu se můžeme dívat i tak, že jde o otevřené brány mezi hlubšími, vědomě neovládanými vrstvami psychiky a mezi fakty vnější reality včetně naší dosavadní zkušenosti. Jakmile je brána doširoka otevřená, je pro člověka obtížné ji uzavřít a je obtížné poznat, na které straně této brány stojím. Z tohoto pohledu je rovněž pochopitelný mechanismus účinku antipsychotických léků. Léky nejsou samy o sobě dokonalé, aby mohly ovlivnit nekonečnou komplikovanost naší mysli a nevědomí, ale mohou nám pomoci kontrolovat onen kanál, který má původ v nemoci a který mi neumožní rozlišit mezi tím, co je mé nitro a co je skutečnost okolo.

Jako **psychózu** označujeme takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit našeho duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je skutečné a co není.

Psychické poruchy jsou velmi různorodé a mají rozdílnou míru závažnosti. Zjednodušeně si můžeme představit určité kontinuum, kdy na jednom pólu máme zdravého člověka, pak lidi s různými neurotickými obtížemi a na opačném pólu lidi nemocné psychózou.

Psychotické poruchy můžeme rozdělit do několika skupin:

1. Schizofrenie
2. Schizotypální poruchy
3. Duševní poruchy s bludy
4. Akutní a přechodné psychotické poruchy
5. Schizoafektivní poruchy (poruchy nálad)
6. Maniodepresivní porucha
7. Organické a symptomatické psychózy
8. Jiné poruchy

Schizofrenie jde o skupinu onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování. Lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně.

Schizoafektivní poruchy se vyskytují příznaky schizofrenií a maniodepresivní souběžně. Tato porucha často začíná prudce, stavem zmatenosti a snového prožívání. Většinou se dobře léčí, ale má tendenci se opakovat.

Duševní poruchy s bludy. Převažují bludy skloubené do celého systému. Halucinace se neobjevují. Většinou jde o bludy pronásledování. Tito nemocní jsou mimo svůj bludný systém schopni celkem slušně fungovat. Bludný systém však bývá velmi odolný k jakékoliv léčbě.

Organické psychózy vznikají na základě onemocnění mozku (jako nádor mozku, infekce, degenerativní změny ve stáří).

Symptomatické psychózy se někdy objevují jako důsledek tělesných onemocnění nebo jsou způsobeny otravou některými jedy či nadužíváním alkoholu nebo drog. Pak mluvíme o toxických psychózách. Psychóza je zde projevem jiné nemoci.

Maniodepresivní poruchy. Hlavními příznaky jsou výrazné a dlouhodobé změny nálady, nesouvisějící se zevními příčinami. Vyskytují se oba póly nálad, ale častější jsou depresivní poruchy, kdy dochází k výraznému poklesu nálady, celkovému zpomalení, nechutenství, hubnutí a nespavosti. Stav přináší nemocnému velké utrpení. Manická nálada je naopak pro pacienta často velmi příjemná, ale pro jeho okolí neúnosná. Nemocný je veselý, nadměrně sebevědomý, povrchně činorodý, bez potřeby spánku. Je často přesvědčen o svých výjimečných schopnostech, utrácí nadměru peníze za věci které nepotřebuje, někdy tropí výtržnosti. Ke svému stavu je zpravidla nekritický. Někdy se stavy mánie a deprese střídají.

F 20 – Schizofrenie

F 20.0 – Paranoidní schizofrenie

Nejčastější typ schizofrenní psychózy, charakterizovaný paranoidními bludy a sluchovými, zrakovými, čichovými, chuťovými a tělesnými. Efektivita bývá pod vlivem psychotických prožitků podrážděná, v chování se může objevit agresivita zaměřená proti domnělým nepřítelům. Časté jsou intrapsychické halucinace v podobě přesvědčení o vlastních telepatických schopnostech, příp. o tom, že jsou subjektu jeho myšlenky odmítány a zveřejňovány, nebo naopak mu jsou cizí myšlenky vkládány. V případě hojných tělových halucinací lze diagnostikovat parafrenní formu paranoidní schizofrenie.

F 20.1 – Hebefrenní schizofrenie

Je poměrně vzácná, typické jsou pro ni poruchy chování, které je nezodpovědné, nepředvídatelné, vystupňovaně klackovité. Nálada je nepřiměřená situaci (chichotání, přihloupulé úsměvy, grimasování, manýrování, nezbednost, opakované fráze). Myšlení je dezorganizované, řeč nesouvislá. Začíná ve věku 15 – 25 let, mívá špatnou prognózu. Nemocný ztrácí průbojnost a rozhodnost, opouští své cíle, chová se bezúčelně, povrchně a manýrovaně se zabývá náboženskými, filosofickými a jinými abstraktními tématy, což činí potíže při sledování jeho myšlenkového toku. Premorbidní osobnost hebefreniků bývá spíš plachá a samotářská.

F 20.2 – Katatonní schizofrenie

Je poměrně vzácná, v popředí je rozštěp psycho-motorický: poruchy motoriky se projevují od hyperkinéze až ke stupou, od automatické poslušnosti k negativismu. Nemocný může setrávat dlouhou dobu v nepřírozených polohách, do kterých byl uveden. Při tom může dojít k epizodám prudkého vzrušení. Diagnostikuje se tam, kde jsou splněna všeobecná kritéria pro schizofrenii a kde se navíc vyskytuje stupor nebo mutismus, excitace, zaujímání a udržování nevhodných či nezvyklých poloh, negativismus, rigidita. Flexibilita cerea nebo povelový automatismus a perseverace. Diferenciálně diagnosticky je třeba odlišit organické onemocnění mozku, metabolické poruchy, alkohol a drogy.

F 20.3 – Nediferencovaná schizofrenie

Splňuje všeobecná kritéria pro schizofrenii, ale neodpovídá žádnému předchozímu podtypu. Patří sem **atypická schizofrenie**.

F 20.4 – Postschizofrenní deprese

Depresivní syndrom, který přichází po odeznění schizofrenní psychózy. Někdy lze těžko odlišit od vlivu neuroleptik a od emočního oploštění způsobeného schizofrenním procesem. Při této poruše je vyšší riziko sebevraždy! Postschizofrenní deprese se diagnostikuje, jestliže dotyčný měl schizofrenní psychózu během posledních 12 měsíců, některé schizofrenní příznaky ještě přetrvávají, depresivní příznaky jsou výrazné a doprovázené pocitem tísně a trvají alespoň 2 týdny.

F 20.5 – Reziduální schizofrenie

Jde o chronické stadium schizofrenie, u kterého je jasný předchozí vývoj zahrnující několik atak s psychotickými příznaky a předcházející později v ireverzibilní negativní příznaky (zpomalené psychomotorické tempo, otupělost, pasivita, ztráta iniciativy, chudost řeči co do obsahu i frekvence, chudá nonverbální komunikace – výraz obličeje, kontakt očí, modulace hlasu a postoje, zanedbání zevnějšku a chudé sociální vztahy), jasná psychotická ataka v minulosti, převaha negativních rysů alespoň po dobu jednoho roku, nepřítomnost demence či jiné organické mozkové poruchy, nepřítomnost demence či jiné organické mozkové poruchy, nepřítomnost deprese.

F 20.6 – Simplexní schizofrenie

Je to psychóza probíhající plíživě, při níž se postupně rozvíjí bizarní chování, neschopnost adaptace na sociální prostředí a celkový pokles výkonnosti. Bludy a halucinace nejsou přítomny a stav není tak jasně psychotický jako u jiných forem schizofrenie. Typické negativní rysy, jak je vidíme u reziduální schizofrenie, se sice rozvinou, ale nejsou předcházeny zjevnou psychotickou symptomatickou. Nemocný se stává ponořený do sebe, bez zájmu, bez cíle, lenošivý, toulavý.

Etiologie schizofrenie

Přesto, že etiologie schizofrenie není beze zbytku objasněna, je známa celá řada faktorů, které k jejímu rozvoji přispívají.

U schizofreniků nejsou specifické morfologické změny. Může být snížený počet neuronů, glióza, narušená neuronální architektura. Zdá se, že se vyskytují degenerativní změny v limbickém systému, v bazálních gangliích, zejména v substantia nigra a v dorsolaterálním prefrontálním kortexu.

Biochemické faktory:

Schizofrenní příznaky jsou přinejmenším částečně způsobeny dopaminergní hyperaktivitou ať již na podkladě zvýšeného výdeje dopaminu anebo hypersenzitivity dopaminových D₂ receptorů. Neuroleptika jsou vesměs D₂ antagonisté a působí příznivě na pozitivní příznaky schizofrenie. Zdá se, že mezokortikální a mezolimbický dopaminergní systém hrají v rozvoji schizofrenie důležitou roli. Látky, které posilují dopaminergní aktivitu, mohou také zhoršovat nebo spouštět psychózu (amfetamin, kokain).

- nordrenalinová hypotéza

Zvýšená noradrenergní aktivita u schizofrenie vede ke zvýšené citlivosti na sensorické vstupy.

- serotoninová hypotéza

U některých schizofrenních nemocných se zjišťuje porucha serotoninového metabolismu spojená jak s vyšším, tak s nižším obratem serotoninu. Řada halucinogenů má indolaminovou strukturu.

- fenyletylamin

Fenyletylamin je endogenní amin podobný amfetaminu. Jeho zvýšené množství může být na pozadí vyšší vulnerability k psychóze.

- gama-aminomáselná kyselina (GABA)

Snížená gabaergní aktivita má za následek zvýšenou aktivitu dopaminergní, popř. dezinhibici a ztrátu filtrační schopnosti talamických struktur při zpracování zevních vjemů

- halucinogeny

Podle této hypotézy by některé endogenní aminy mohly na základě patologické metylace dávat vznik endogenním halucinogenům. Tato hypotéza však není podpořena dostatečnými daty.

- enzymy,

S tíží psychopatologie celkově koreluje nižší hladina monoaminoxidáz v krevních destičkách. Inhibitory dopamin beta-hydroxylázy některých nemocných zhoršují psychózu a u některých nemocných schizofrenií se nachází vyšší hladiny kreatinin fosfokinázy.

- glutenová hypotéza

Někteří schizofrenici nesnášejí tuto obilnou složku potravy, což vedlo k řadě hypotéz o úloze glutenu v etiopatogenezi onemocnění.

Psychosociální faktory

- **rodinné**

Rizikovější jsou rodiny s vysoce vyjadřovanou emotivitou. Vysoce vyjadřovanou emotivitou se míní přílišné angažování, přílišná dotěrnost ať již hostinní, či kritická nebo ovládající, kontrolující a zahánějící do infantilnosti. Méně relapsů se pozoruje u nemocných v těch rodinách, kde nejsou tolik přítomné (vlezlé) emoce. Řada odborníků se však shoduje na tom, že psychosociální faktory nepatří mezi příčiny.

- **psychodynamické okolnosti**

Chceme-li porozumět symbolickému významu příznaků, musíme především porozumět pacientovi, jeho konfliktům, přáním a dynamice osobnosti. Nemocný je vystaven zmateným a ohlušujícím vjemům a rozvíjí si obranné mechanismy, mezi které patří především psychotická projekce. Projekce je např. mohutným obranným mechanismem u paranoi. Další obrannou reakcí je obrácení impulsu či myšlenky do jeho opaku. Třetím obranným mechanismem je popření (patří sem i proměna matoucích vjemů v bludy a halucinace).