

Schizofrenie

(Speciální psychiatrie pro studující psychologie)

Česková E., Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

- **Schizofrenie, zařazení dle klasifikace**
- **Schizofrenie – psychotické onemocnění**
- **Epidemiologie, etiopatogenéza**
- **Projevy, klinické formy**
- **Příznaky**
- **Klinické formy**
- **léčba**

F20 – 29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

- **F 20 schizofrenie**
- F 21 schizotypní porucha
- F 22 trvalé duševní poruchy s bludy
- F 23 akutní a přechodné psychotické poruchy
- F 24 indukovaná porucha s bludy
- F 25 schizoafektivní poruchy
- F 28 jiné neorganické psychotické poruchy
- F 29 nespecifická neorganická psychóza

Schizofrenie – psychotické onemocnění

Co je to psychóza?

V odborné terminologii psychóza charakterizována:

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

Tomuto odpovídá představa laiků:

- postižený je přesvědčen o bizarnostech
- slyší nebo vidí něco, co ostatní ne
- jeho řeč a chování jsou divné a nepochopitelné.

Schizofrenie – psychotické onemocnění

- **Schizofrenie – prototyp psychotického
onemocnění**

Schizofrenie - epidemiologie

- celoživotní prevalence 1%
- incidence stejná u obou pohlaví, 2-4 případy na 10 000 ročně
- malá variabilita prevalence a incidence v různých geografických a kulturních podmínkách
- muži – začátek mezi 15 – 25. rokem
- ženy později (25 - 35 r.), mírnější forma, lepší reakce na léčbu (vliv estrogenů)

Schizofrenie - etiopatogenéza

Současný pohled:

- **náchylnost pro schizofrenii vrozená nebo získaná v časném vývojovém období jedince vlivem zátěže vyústí v manifestaci schizofrenních příznaků**
- **nejčastěji manifestace v období puberty (rizikové období charakterizované bouřlivými změnami organismu)**
- **zátěž (stres) může být různého rázu od biologického až po psychosociální.**

Schizofrenie - etiopatogenéza

U schizofrenie nacházíme více či méně konzistentně:

- **strukturální a funkční abnormity**
- **narušení různých neurotransmitterových systémů**

Dopamin - nejvíce zkoumaný neurotransmitter (přenašeč nervového vzruchu) z hlediska etiopatogenézy a mechanismů účinku léčby antipsychotiky

Schizofrenie - projevy

Pozitivní příznaky (=psychotické) příznaky

- halucinace (poruchy vnímání)
- bludy a dezorganizace (myšlení, řeči a chování)

Negativní příznaky

- ochuzení psychiky
- apatie, ztrátu motivace a prožitku radosti, sociální stažení, ochuzení řeči a myšlení
- souvisí s funkční neschopností a kvalitou života

Další příznaky - afektivní příznaky

- deprese (v iniciální fázi, postpsychotická deprese)
- až 10% spáchá sebevraždu

Schizofrenie - projevy

Kognitivní dysfunkce (narušení poznávacích schopností):

- **jádrový příznak, přítomný před manifestací psychózy**
- **hlavní příčina sociální maladaptace po odeznění pozitivních příznaků**
- **spojena s negativními příznaky a abnormitami centrálního nervového systému (CNS)**
- **skládá se z měřitelných komponent (paměť, exekutivní funkce -schopnost iniciovat, plánovat a řešit úkoly, pozornost)**

Schizofrenie – klinické formy

- **F 20. 0 paranoidní schizofrenie**
- **F 20.1 hebefrenní schizofrenie**
- **F 20.2 katatonní schizofrenie**
- **F 20.3 nediferencovaná schizofrenie**
- **F 20.5 reziduální schizofrenie**
- **F 20. 6 simplexní schizofrenie**
- **F 20.4 je vyčleněna pro postpsychotickou depresi**

Schizofrenie – klinické formy

Paranoidní schizofrenie

- **nejběžnější, relativně snadná diagnóza**
- **v popředí bludy (často paranoidní) provázené halucinacemi (nejčastěji sluchovými – hlasy, které pacientovi hrozí nebo dávají příkazy)**

Hebefrenní schizofrenie

- **začíná v dospívání, karikuje pubertální projevy**
- **nepřiléhavé chování (manýrování) a emoce, inkoherentní (nesouvislý) verbální projev (americká klasifikace nazývá tuto formu dezorganizovanou)**
- **bludy a halucinace měnlivé, fragmentární, nejsou v popředí**

Schizofrenie – klinické formy

Katatonní schizofrenie

- v popředí poruchy motoriky
- zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování, manýrování (produktivní forma)
- nebo naopak stupor (neproduktivní forma)
- časté stereotypie ve verbálním projevu a chování
- vosková ohebnost, nástavy

Schizofrenie – klinické formy

Nediferencovaná schizofrenie

- příznaky více forem, nelze rozhodnout, která v popředí

Reziduální schizofrenie

- chronický stav po odeznění a dezaktualizaci akutních příznaků
- podivínství, zanedbávání sebe i okolí

Simplexní forma

- postupné stažení, snížení volní složky, oploštění emotivity

Schizofrenie - průběh

- tvoří 25% psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok
- často chronický průběh
- často vede k trvalé invaliditě (méně než 10% pracuje na celý úvazek a žije samostatně)
- - celosvětově patří mezi 10 nejvýznamnějších příčin úplné invalidity
- první manifestaci psychózy předchází prodromální příznaky (zvláštní chování, pocity, myšlenky, ochuzení, vztahovačnost, pocity cizosti), nespecifické příznaky (nespavost, úzkost, podrážděnost)

Schizofrenie - průběh

- nejčastěji opakované psychotické epizody (=relapsy, exacerbace psychotických příznaků)
- přibližně třetina se po několika málo atakách vrátí k normálnímu životu
- u další třetiny se střídají epizody schizofrenie s remisemi, nejsou schopni se vrátit k svému předchozímu zaměstnání
- poslední třetina se nezbaví příznaků psychózy, nejsou schopni samostatného života, odkázáni na pomoc rodiny, popř. zdravotnického zařízení

Schizofrenie - prognóza

Nepříznivé prognostické faktory:

- mužské pohlaví
- nízký věk při začátku onemocnění
- nenápadný začátek, nepřítomnost spouštěcích faktorů
- premorbidní život bez partnera, špatné sociální fungování
- pozitivní rodinná anamnéza
- převaha negativních příznaků, abúzus drog
- dysfunkční rodina s vysokým stupněm emoční atmosféry

Další poruchy schizofrenního okruhu – klinické projevy

F 21 schizotypní porucha

- **excentrické chování, anomáliemi myšlení a emotivity, připomínají schizofrenii**
- **vývoj a průběh jako u poruch osobnosti.**

F 22 trvalé duševní poruchy s bludy

- **rozvoj jediného nebo několika vzájemně propojených trvalých bludů s rozmanitým obsahem (persekuční, erotomanický, velikášský, žárlivecký a hypochondrický)**
- **Typický nenápadný počátek bludných myšlenek, postupně se stanou dominantou**
- **nemocného vedeme k disimulaci**

Další poruchy schizofrenního okruhu – klinické projevy

F 23 akutní a přechodné psychotické poruchy

- **psychotické příznaky krátké, přechodné spojené s akutním stresem**

F 24 indukovaná porucha s bludy

- **bludy sdíleny dvěma nebo více osobami, které jsou vzájemně úzce emočně svázány**
- **pouze jedna trpí psychotickou poruchou, bludy indukované další osobě mizí po oddělení**

F25 schizoafektivní poruchy

- **současná přítomnost afektivních a schizofrenních příznaků (manický, depresivní a smíšený typ)**

Schizofrenie diagnostika

Diagnostika

- na základě rozhovoru, pozorování, konfrontace s údaji objektivní anamnézy
- pomocná vyšetření : psychologické vyšetření, zobrazovací metody

Schizofrenie diferenciální diagnóza

Organické a symptomatické psychické poruchy (F0)

- encefalitida, trauma a nádor mozku (frontální a temporální lokalizace), epilepsie (temporální)

Důležitá laboratoř, anamnéza.

Poruchy vyvolané psychotropními látkami(F1)

- intoxikace (toxická psychóza u stimulancií - amfetaminy, LSD, extáze, fencyklidin)
- abstinenční syndromy
- vulnerabilní jedinci možný přechod do schizofrenie

Podstatné toxikologické vyšetření a dynamika (ustoupí během několika dní abstinence) projevů !

Schizofrenie diferenciální diagnóza

Poruchy schizofrenního spektra (F2)

- léčba antipsychotiky není pochybením a ujasnění může přinést průběh onemocnění

Afektivní poruchy (F3)

- mánie a deprese s psychotickými rysy – v léčbě preferována antipsychotika, proto diagnostická nejistota nevede k odkladu léčby

Schizofrenie diferenciální diagnóza

Neurotické poruchy (F4) - vzácně

- dissociativní stupor - průkaz psychogenního působení
- Obsedantně- kompulzivní porucha – u schizofrenie obsedantně- kompulzivní syndrom hlavně v iniciální fázi, bizarní obsahy, není náhled

Poruchy osobnosti (F6) – nejobtížnější !

- kromě dekompenzací (zhoršení dominujících charakteristik) - trvalá porucha
- nejdůležitější anamnéza a dynamika projevu, psychologické testy

Úloha psychologického vyšetření

1. diferenciální diagnostika - osobnost vs psychóza:

- použití projektivních osobnostních testů (Rorschach – při interpretacích prezentovaných tabulí hledáme psychotické interpretace; kresba postavy - FDT)
- dotazníky (MMPI – Minnesotský osobnostní dotazník zjišťující také přítomnost patologie)
- pro psychotický proces důležitá změna chování a sociability

2. vyšetření hloubky kognitivního deficitu

- zhodnocení jednotlivých komponent - standardizované neuropsychologické testy (výběr metod a způsob použití závisí na psychologovi)

Trendy v hodnocení kognitivního deficitu

- tvorba unifikované formy psychologického vyšetření pro výzkum a praxi (MATRICS „Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia“- iniciativa vědců zabývajících se kognicí)
- identifikace kognitivních oblastí (pozornost, rychlost zpracování informací, pracovní paměť, verbální a zrakové učení a paměť, logické myšlení a řešení problému, sociální kognice)
- tvorba jednotné, časově přiměřené (60-120 min.) baterie testů
- počítačové verze vs tužka-papír ?
- počítačové testy - zpracování dat, časová úspora x zatěžující, chybí přímý kontakt

Léčba farmakologická

Základ léčby – antipsychotika (AP)

Dělení AP:

- AP klasická, I. generace
- nová AP (AP II. generace, atypická AP)
- globální efekt obou generací srovnatelný
- Atypická AP příznivěji ovlivňují negativní a afektivní příznaky, lépe snášena (zlepšují kvalitu života, zvyšují spokojenost pacienta a snižují spotřebu zdravotní péče) .
- atypická AP (klozapin, risperidon, olanzapin, quetiapin, ziprasidon, amisulprid, zotepin) se liší farmakologickým profilem, v praxi vedlejšími příznaky

Léčba schizofrenní poruchy

- **komplexní přístup - kromě farmakoterapie psychosociální intervence a pomoc v takových oblastech jako je ubytování, finance a osobní vztahy**
- **Schizofrenní porucha je proces, který prochází různými fázemi, které vyžadují poněkud odlišnou strategii a taktiku. Ve všech fázích léčby je zdůrazňováno, že i když základem je farmakoterapie, měla by být doplňována psychosociální intervencí.**

Fáze léčby: akutní fáze

Cíl:

- **odstranění (zmírnění) pozitivních příznaků**

Farmakoterapie:

- **maximální tolerované dávky**

Psychosociální intervence:

- **minimalizace stresů**
- **jasná komunikace, strukturované prostředí**
- **tolerance, podpora**
- **informace o léčbě, povzbuzení ke spolupráci**
- **navázání vztahů s rodinou, edukace**

Trvání: 4-8 týdnů

Fáze léčby: fáze stabilizace

Cíl:

- zlepšení negativních příznaků a kognitivního deficitu (6-12 měsíců, u řady v mírné intenzitě přetrvávají)

Farmakoterapie:

- nadále nezbytnou podmínkou

Psychosociální intervence:

- podpůrná, méně strukturovaná a direktivní
- neklademe nadměrné nároky na zapojování do života a rehabilitaci (náchylnost k relapsu, propouštění z hospitalizace)
- edukace ohledně průběhu, prognózy, compliance

Kompliance - rozsah, v jakém je chování jedince (užívání medikace) v soulase s radou lékaře

Fáze léčby: fáze stabilní

Cíl:

- prevence relapsu (excacerbace psychotické symptomatologie), dosažení remise a její udržení

Farmakoterapie:

- dlouhodobá léčba antipsychotiky (minimálními účinnými dávkami) snižuje výskyt relapsů
- bez antipsychotik relaps 3x častější (20% vs 60-70%), přesto řada nemocných léčbu vysadí
- část relabuje i při medikaci (ročně 20% - 30%)

Psychosociální intervence:

- snaha o pracovní zapojení (chráněné zaměstnání, nácvik dovedností)
- kognitivně behaviorální psychoterapie
- kognitivní rehabilitace

Léčba schizofrenní poruchy

Relapsy:

- zhoubný vliv na průběh choroby
- snižují lékovou odpověď
- vedou k rezistenci na léčbu
- každá psychotická epizoda predisponuje k další epizodě

Příčiny relapsu:

- přirozený průběh nemoci, který se nám nepodaří léčebně ovlivnit
- nespolupráce
- psychosociální faktory (nedostatek podpory stresové prostředí, nedostatky zdravotní systému)

Nefarmakologická léčba

- zahrnuje psychoedukaci, nácvik sociálních dovedností a kognitivní trénink
- nejrozpracovanější a nejefektivnější integrovaný psychoterapeutický program (H.D.Brenner)
- počítačové programy - výhodou zpětná vazba, flexibilita v reakci na výkony a chyby, možnost zpracovávat data, st zaměřeni na specifický či globální deficit.
- Nevyřešené: efekt rehabilitace izolované kognitivní domény, uplatnění nabyté dovednosti v denních aktivitách, trvání efektu bez opakování