

Co je to psychóza?

- **Schizofrenie – prototyp psychotického onemocnění**

MKN 10: Psychické poruch F00-F99

- **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

- Schizofrenie je duševní onemocnění charakterizované poruchami téměř *všech psychických funkcí*. Zásadní je porucha myšlení a vnímání, oploštělá nebo neadekvátní emotivita a narušené chování a jednání

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. a 25 rokem, u žen později (mezi 25. a 35 rokem), ženy mírnější forma, lépe reagují na léčbu, lépe sociálně fungují (vliv estrogenů)

Schizofrenie - etiopatogeneza

Současný pohled:

- **zevní faktory se připojují ke genetickým a vzájemná interakci může vést k rozvoji klinicky manifestní psychotické poruchy**
- **nejčastěji manifestace v období puberty (rizikové období charakterizované bouřlivými změnami organismu).**

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% nemocných se schizofrenní poruchou spáchá suicidium**

Schizofrenie - projevy

Kognitivní dysfunkce (narušení poznávacích schopností):

- **přítomná před začátkem psychózy**
- **hlavní příčina proč se nemocní nejsou schopni zapojit do normálního života**
- **spojena s negativními příznaky a abnormitami centrálního nervového systému (CNS)**
- **skládá se z měřitelných komponent (paměť, exekutivní funkce -schopnost plánovat a řešit úkoly, pozornost a další)**

Schizofrenie – klinické formy

Paranoidní schizofrenie

- **Nejběžnější, relativně snadno diagnostikovatelná**
V klinickém obraze dominují bludy (relativně stálé, nejčastěji paranoidní), obvykle provázené halucinacemi (nejčastěji sluchovými – hlasy, které pacientovi hrozí nebo dávají příkazy).

Hebefrenní schizofrenie

- začíná nejčastěji v dospívání, karikuje pubertální
- projevy, charakteristické nepřiléhavé chování (manýrování) a emoce, inkoherentní verbální projev (americká klasifikace nazývá tuto formu dezorganizovanou)

Schizofrenie – klinické formy

Katatonní schizofrenie

- **v popředí jsou poruchy motoriky- zvýšené až bezcílné motorické aktivity, grimasování, manýrování (produktivní forma)**
- **nebo naopak ve smyslu stuporu (neproduktivní forma).**
- **časté stereotypie ve verbálním projevu a chování, může být přítomna vosková ohebnost, nástavy**

Schizofrenie – klinické formy

Nediferencovaná schizofrenie

- **Neodpovídá žádnému z výše uvedených typů, což vystihuje již název. Zahrnují symptomatologii více forem a nelze rozhodnout, která je v popředí.**

Reziduální schizofrenie

- **Chronický stav přetrvávající po odeznění akutních příznaků. Projevuje se podivínstvím, zanedbáváním sebe i okolí.**

Simplexní forma

- **Je charakterizována postupným stažením do sebe, poruchou vůle, oploštěním emotivity**

Schizofrenie - průběh

- **25% psychiatrických hospitalizací a 50% přijetí do psychiatrických zařízení za rok**
- **často chronický průběh**
- **často vede k trvalé invaliditě - 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)**
- **rozhodování napomáhá přítomnost kognitivního deficitu**

Schizofrenie - průběh

- **nejčastěji opakované psychotické epizody (=relapsy, tj exacerbací 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 diagnostika

Diagnostika

- na základě rozhovoru, pozorování, konfrontace s údaji objektivní anamnézy
- tyto diagnostické možnosti platí pro celou oblast psychiatrie

Schizofrenie - diagnostika

- **lékaři prvního kontaktu hrají důležitou roli při časně diagnóze**
- **důležitým ukazatelem změna chování a fungování.**
- **lékař, pokud tyto příznaky pozná, informovat rodinu získat ji ke spolupráci a poslat nemocného k odborníkovi**
- **se setkává se schizofrenním nemocným v případě akutní exacerbace , kdy může být přivolán, aby zorganizoval převoz nemocného do psychiatrického zařízení**

Léčba farmakologická

Základ léčby – antipsychotika (AP)

Dělení AP:

- **AP klasická, I. generace**
- **nová AP (AP II. generace, atypická AP)**
- **globální efekt je 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

Akutní fáze:

- **Cíl odstranění pozitivních příznaků**

Farmakoterapie: maximální tolerované dávky

Trvání: 4-8 týdnů

Fáze stabilizace:

- **Cíl zlepšení negativních příznaků a kognitivního deficitu (ustupují do 6-12 měsíců, u řady nemocných v mírné intenzitě přetrvávají)**

Farmakoterapie: nadále nezbytnou podmínkou

Fáze stabilní

- **Cíl prevence relapsu (exacerbace psychotické symptomatologie), dosažení remise a její udržení**

Farmakoterapie: minimálními účinnými dávkami

Léčba schizofrenie

- Po první epizodě léčba antipsychotiky 1- 2 roky
- po opakovaných relapsech dlouhodobě, celoživotně
- u většiny chronický průběh s častými relapsy (opětný rozvoj psychotické příznaků).
- dlouhodobá léčba snižuje výskyt relapsů
- u nemocných, kteří léčbu vysadí, relaps 3 krát častější (20% vs 60-70%), přesto řada nemocných léčbu vysadí
- část nemocných relabuje i při udržovací medikaci (ročně 20% - 30%)

Agresivní a neklidný nemocný

Základní pojmy:

- **psychomotorický neklid - na výzvu se zklidní**
- **psychomotorická agitovanost - na výzvu se nezklidní, přistupují další příznaky, včetně agresivních projevů.**
- **raptus - náhle vzniklá psychomotorická agitovanost**
- **agrese - přiměřená odpověď na nebezpečí zvenčí**
- **patologická agrese - vyplývá z psychické poruchy, není přiměřenou odpovědí na nebezpečí zvenčí**

Agresivní a neklidný nemocný

- **prodromální stádium: nespavost, podrážděnost, morozita, hostilita**
- **vnitřní neklid – může se vyvinout v psychomotorický neklid a agitovanost, k charakteristikám patří aktivní negativismus a agresivní projevy**
- **Podle intenzity dělíme agresivitu do 4 stupňů:**
- **1. agrese vůči potlačená - projevuje se např. svíráním pěstí, záškuby lícního svalstva**
- **2. agrese verbální**
- **3. agrese fyzická vůči věcem**
- **4. agrese fyzická vůči zvířatům a lidem**

Léčba : trankvilizéry, AP

Nemocný se suicidálními tendencemi

Základní pojmy:

- **Sebevražda a sebevražedný pokus - vědomý úmysl dobrovolně zemřít**
- **Sebezabití - chybí úmysl zemřít a cílevědomá příprava (například v deliriu)**
- **Parasuicidium - vědomá příprava sebevražedného aktu bez touhy zemřít, uniknutí z obtížné situace**
- **Suicidální krize - stav, který předchází suicidálnímu jednání, může vyústit v dokonané suicidium**
-

Nemocný se suicidálními tendencemi

Základní údaje:

- prevalence dokonaných suicidií 10-20/10 000/rok
- suicidálních pokusů 15x více
- většina spojena s psychickou poruchou, nejčastěji s depresivní a psychotickou poruchou nebo abúsem alkoholu a návykových látek
- depresivní porucha - celoživotní riziko dokonaného suicidia circa 5%.
- dokonané sebevraždy > 1/3 léčena psychiatry, více v kontaktu s lékařem primární péče
- adekvátní antidepressivní léčba u malého počtu

Nemocný se suicidálními tendencemi

Vývoj suicidálního jednání:

- **presuicidální syndrom: 1. stažení do sebe se ztrátou zájmů, 2. obrácení agrese vůči sobě s pocity provinění, 3. snění o smrti (suicidální myšlenky nemají konkrétní obsah a jedinec se jim brání)**
- **suicidální tendence- ambivalentní a pasivní postoj**
- **suicidální úvahy – úvahy o konkrétním postupu**
- **rozhodnutí a realizace - paradoxně vyvolá uklidnění**
- **málo často suicidální akt v rámci impulzivního či zkratkového jednání**

Nemocný se suicidálními tendencemi

Léčba

- **zajistit trvalý dohled (hospitalizaci), otevřeně řečeno pacientovi i jeho příbuzným**
- **odlišit, zda důvod psychogenní nebo psychotický**
- **psychogenní příčina - krátká psychoterapeutická intervenci (rozpoznání psychotraumatu, objasnění souvislostí s aktuálním psychickým stavem, hledání východiska, empatie a pomoc ze strany okolí)**
- **psychotický stav a neúčinnost psychoterapie – farmakoterapie (trankvilizéry perorální či parenterální, antipsychotika)**