



# Schizophrenie

# 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:

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

Nejde o „rozdvojenou osobnost“.

# Schizofrenie – psychotické onemocnění

**SCHIZOFRENIE** je jedna z psychóz, existují i jiné psychózy (akutní psychotické poruchy, toxické psychózy, schizoafektivní porucha apod.)

- Typicky devastující duševní choroba se začátkem v pubertě nebo rané dospělosti
- Schizofrenie vede k těžkému postižení, Emil Kraepelin původně onemocnění označoval jako „dementia praecox“
- Schizofrenie – prototyp psychotického onemocnění



# Schizofrenie - symptomatologie

- Je charakterizována směsicí příznaků, z nich žádný není patognomický
- Kromě charakteristických příznaků je doprovázená výrazným snížením výkonnosti
- Díky kombinaci výrazné neschopnosti, časného nástupu a chronického průběhu je nazývána „rakovinou psychiatrie“
- Porucha postihující řadu domén, od emocí, přes osobnost až po kognitivní funkce

# Zjednodušeně lze příznaky rozdělit na tři základní skupiny:

- **Pozitivní příznaky:** pokřivené nebo zesílené normální funkce (bludy, halucinace, dezorganizovaná řeč a chování, dezorganizované myšlení)
- **Negativní příznaky:** zeslabené normální funkce (alogie, emoční oploštělost, anhedonie, abulie, hypoprosexie, apatie, sociální stažení)
- **Kognitivní příznaky** (narušeny zejména exekutivní funkce, paměť, pozornost)



# MKN-10: obecná kritéria pro schizofrenii (F20) dle MKN 10

- 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
  - 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
  - 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)

- 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
- (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 inkoherece 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



# Formy schizofrenie

- **Paranoidní** – převládají bludy a halucinace
- **Hebefrenní** – poruchy emotivity, chování, mluvy
- **Katatonní** - poruchy psychomotoriky
- **Nediferencovaná**
- **Postschizofrenní deprese**
- **Reziduální** – nejsou již přítomny pozitivní příznaky, ale jsou zejména negativní /zjednodušeno/
- **Simplexní** – negativní příznaky, bezcílnost, pokles výkonnosti



# 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 PM tempo až bezcílná motorická aktivita, 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

# 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, 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

# 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

# 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 (nеспavost, 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



# Etiologie schizofrenie

- etiologie schizofrenie není známa; předpokládá se multifaktoriální etiologie a mnohočetné patogenetické vlivy
- obecný rámec tvoří **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)

# Genetické modely

- dědičné genetické faktory jsou významné v etiologii schizofrenie, i když přesný způsob dědičnosti nemoci zůstává nejasný
- 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
- hledání genu významného pro schizofrenii zatím nevedlo k uspokojivým výsledkům

(převzato z přednášky prof. Rabocha)

# Dopaminová hypotéza

- předpoklad, že schizofrenie má **neurochemický základ**, vychází z pozorování účinků různých psychofarmak, která jsou schopna vyvolat, zlepšit či zhoršit symptomy onemocnění
- **východiska klasické dopaminové hypotézy schizofrenie:**
  - psychózu lze aktivovat psychostimulancii, která jsou agonisty dopaminu, jako je amfetamin, meskalin, LSD; jedná se zřejmě o látky vhodné pro vyvolání modelového psychotického stavu.
  - společným znakem látek účinných při terapii schizofrenie je jejich působení na dopaminergní systém; tyto léky ovlivňují pozitivní příznaky, pravděpodobně tím, že blokují účinky dopaminu v určitých oblastech mozku.
  - byly zkoumány i hypotetické vztahy dalších neuromediátorových systémů ke schizofrenii - noradrenergního, serotoninergního, glutamatergního a některých peptidergních systémů.

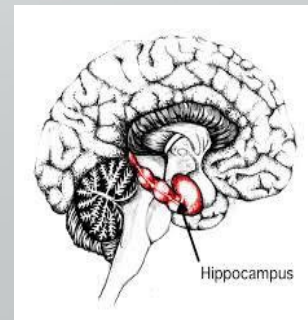
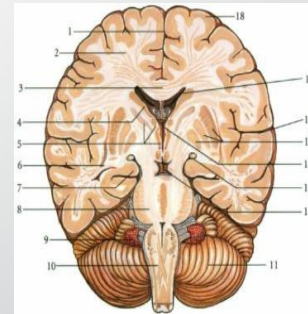
# Neurovývojová hypotéza

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

(převzato z přednášky prof. Rabocha)

# Strukturální abnormality v mozku

- Nespecifické, původ nejasný
- Snížení objemu mozku
- Snížení objemu některých mozkových struktur (frontální kortex, hipocampus)
- Zvětšení likvorových prostor
- Zjistitelné zobrazovacími metodami
- Frontotemporální dyskonekce, BG, prefront. kortex, thalamus, mozeček



# Léčba schizofrenie

- **Antipsychotika** (typická a atypická, tablety, akutní injekce, depotní injekce, (kapky, aerosol) ). Více používaná a lépe snášené jsou atypická antipsychotika. Nežádoucí účinky: Různé dle působení na různé receptory – extrapyramidové, sedace – dystonie, svalová rigidita; hypotenze, tachykardie, zácpa, zvyšování chuti k jídlu, hyperprolaktinémie, slinění nebo naopak sucho v ústech, vzácně neuroleptický maligní syndrom)
  - Podpůrná psychoterapie
  - Aktivizace pacienta
  - Kognitivní trénink
- Edukace pacienta i rodiny, práce na náhledu pacienta

# 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 léčba farmaky být doplňována psychosociální intervencí.



# Cíle léčby schizofrenie

- Ideální je dosáhnout **remise nebo údravy**
- U většiny pacientů je ale údrava 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** – hospitalizace 4-6 týdnů, antipsychotika, (BZD)
- **Stabilizace stavu** – do 6 měsíců, zahájení psychoterapie, antipsychotika, depotní injekce
- **Udržovací terapie** - léčba antipsychotiky 1-2 roky po první epizodě, 5 let po druhé, i celoživotně po třetí epizodě nebo při chronickém průběhu
- Prevence neexistuje, existuje pouze prevence relapsů.

# 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 souladu s radou lékaře

# Fáze léčby: fáze stabilní, udržovací

## Cíl:

- prevence relapsu (exacerbace 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:

- negativní 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 zaměření na specifický či globální deficit.
- Nevyřešené: efekt rehabilitace izolované kognitivní domény, uplatnění nabyté dovednosti v denních aktivitách, trvání efektu bez opakování

# 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, s anomáliemi v myšlení a emotivitě, 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 (perzekuční, 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 (Fo)

- encefalitida, trauma a nádor mozku (frontální a temporální lokalizace), epilepsie (temporální)
  - důležité laboratorní vyšetření, 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 projevů - (ustoupí během několika dní abstinence)

# 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 vyšetření

# 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 (**MATRICES** „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