

Schizofrenie a podobné poruchy (Žukov, I.)

Není pochyby o tom, že schizofrenie patří mezi nejzávažnější duševní poruchy vůbec. Je charakteristické především tím, že je to chronické onemocnění s masivním dopadem do kvality života. Nemocní schizofrenií jsou často invalidizováni. Jedná se o onemocnění, které má dopad nejen do života nemocných, ale postihuje v důsledku závažnosti blízké pacienta. Nezanedbatelný je taktéž společenský dopad onemocnění.

Nemocní nejsou schopni adekvátně reagovat na podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se v rámci uznávaných společenských konvencí.

Schizofrenie je onemocnění tzv. psychotické. Psychózy jsou onemocnění sice léčitelná, ale výsledky léčby jsou limitovány. K naprosté úzdavě i při léčbě „lege artis“ dochází u schizofrenie naprosto výjimečně.

Pro schizofrenii je typické, že její projevy jsou značně různorodé. Psychopatologie je mnohotvárná. Stejně tak pestrý je i průběh onemocnění, včetně různých odpovědí na léčbu.

Onemocnění je celoživotní.

Výsledky epidemiologických studií udávají prevalenci onemocnění 1-1,5 %. Onemocnění není vázáno na pohlaví. Rozdíly mezi pohlavími jsou udávány v tom ohledu, že u mužů onemocnění nastupuje dříve. U mužů bývá schizofrenie diagnostikována nejčastěji mezi 16 a 25 lety, zatímco u žen mezi 22 a 34 lety. Schizofrenii můžeme diagnostikovat poměrně vzácně i v dětském věku. Vzácný je také nástup onemocnění po 40. roku věku. U pacientů se schizofrenií je vyšší mortalita a významné riziko sebevraždy.

Etiopatogeneze onemocnění není známa. Předpokládá se multifaktoriální etiologie s mnohými patogenetickými vlivy. Víme o hypotézách etiologických infekčních, genetických, biochemických, imunitních. Existují i hypotézy vysvětlující schizofrenii jakožto důsledek naprostého zhroucení psychologických obranných mechanismů. V současné době je nejvíce akceptována teorie o patogenezi schizofrenie teorie zátěže a dispozice. Předpokládá se, že každý nemocný schizofrenií disponuje určitou zranitelností – vulnerabilitou, která je pak v životě konfrontována se zátěží – stresem. Pokud je u pacienta vloha pro toto onemocnění (genetická dispozice) a dojde k selhání adaptačních mechanismů, schizofrenie se manifestuje v celé škále psychotických příznaků.

Z historického hlediska víme, že schizofrenie je dohledatelná, jakožto nemoc, v medicínských textech již minimálně od dob antiky. Prvním používaným názvem pro toto onemocnění byl pojem tzv. dementia praecox zavedený v roce 1898 Kraepelinem. Název schizofrenie použil poprvé v roce 1911 psychiatr **Bleuler**. Ten u schizofrenie jako první začal používat pojmy – „primární symptomy“, čímž myslel poruchy asociací, poruchy efektivity, autismus a ambivalence.

Diagnostika je stále ještě založena především na pečlivě provedeném klinickém vyšetření psychického stavu a důkladném odběru anamnestických dat. Přes rozvoj psychologických testových metod, neuropsychologických testů a v neposlední řadě také metod zobrazovacích, neexistuje prozatím žádná testová, laboratorní metoda, na jejímž podkladě bychom mohli stanovit diagnózu schizofrenie, než analýza projevů pacienta (důkladná diferenciálně diagnostická rozvaha). Metody laboratorní, neurofyziologické stále ještě jsou pouze metodami doplňkovými.

Základní diagnostická vodítka ke stanovení diagnózy schizofrenie jsou tato:

Všeobecná kritéria pro paranoidní, hebefrenií, katatonii a nediferencovanou schizofrenii dle MKN-10 (diagnostická kritéria pro výzkum)

Buď by měl být přítomen alespoň jeden ze syndromů nebo symptomů a znaků uvedených níže pod (1), nebo alespoň dva znaky pod (2), a to po většinu času během epizody psychotického onemocnění, trvající alespoň 1 měsíc (anebo během delší doby po většinu dní).

(1) Musí být přítomen alespoň jeden z těchto znaků:

- a) slyšení vlastních myšlenek, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek,
- b) bludy kontrolovanosti, ovlivňování nebo prožitky pasivity, které se jasně vztahují k pohybům těla nebo končetin, nebo specifickým myšlenkám, jednání nebo cítění, bludné vnímání,
- c) halucinatorní hlasy, průběžně komentující chování pacienta nebo o něm mezi sebou rozmlouvající, nebo jiné typy halucinatorních hlasů, přicházejících z určitých částí těla,
- d) trvalé bludy jiného druhu, které jsou v dané kultuře nepatřičné a zcela nemožné (například schopnost ovlivňovat počasí, schopnost se spojit s cizinci z jiného světa).

(2) nebo alespoň dva z následujících:

- a) přetrvávající halucinace v kterékoliv formě, když se vyskytují denně po dobu alespoň jednoho měsíce, jsou-li doprovázeny bludy bez jasně afektivního obsahu nebo jsou-li doprovázeny přetrvávajícími megalomanickými představami,
- b) neologismy, zárazy nebo vkládání myšlenek do toku a z nich vyplývající inkoherece nebo irelevantní řeč,
- c) katatonii jednání, jako například vzrušenost, nástavy nebo flexibilita cerea (vosková ztuhlost končetin), negativismus, mutismus, stupor,
- d) „negativní“ symptomy, jako například výrazná apatie, ochuzení řeči a oploštění nebo nepřiměřenost emočních reakcí.

KOMENTÁŘ :

PŘI HODNOCENÍ PŘÍTOMNOSTI TĚCHTO NE - NORMÁLNÍCH SUBJEKTIVNÍCH ZÁŽITKŮ A CHOVÁNÍ BY SE VŽDY MĚLO DBÁT NA TO, ABY NEDOŠLO K FALEŠNĚ POZITIVNÍMU HODNOCENÍ, ZVLÁŠTĚ KDYŽ SE JEDNÁ O ZPŮSOBY VYJADŘOVÁNÍ A CHOVÁNÍ, KTERÉ JSOU OVLIVNĚNY KULTUROU, PŘÍPADNĚ NIŽŠÍM STUPNĚM INTELIGENCE (MKN-10.REVIZE, 1993).

Diagnostika všech duševních poruch (včetně schizofrenie) je tedy i nadále tzv. deskriptivní (popisná) a nikoliv etiologická.

Pozitivní příznaky schizofrenie

Typickými příznaky jsou u onemocnění schizofrenie halucinace a bludy. Halucinace jsou projevem zkresleného vnímání reality. Vznikají bez jasně zevního podnětu. Nemocní schizofrenií pak především vidí a slyší, někdy cítí věci, které ostatní nevnímají. Halucinace se mohou vyskytnout u všech lidských smyslů. Nemocný může slyšet jednoduché zvuky, ale i hlasy. Nejnebezpečnější variantou se značným rizikem pro pacienta (ale i značným společenským rizikem) jsou hlasy, které dávají příkazy. Jedná se o tzv. imperativní halucinace (halucinace, které nařizují). Pod jejich vlivem může dojít k chování, jehož výsledkem může být autoagrese (sebevražda), ale i heteroagrese (vražda).

Halucinace mohou být i intenzivnější než vnímaná realita a to vede k tomu, že nemocní s nimi často i komunikují.

Specifickou poruchou vnímání jsou tzv. intrapsychické halucinace. Při nich pacient má dojem, že často přesvědčen, že mu někdo myšlenky odnímá (amputuje), případně vkládá do hlavy (imputuje).

Zrakové halucinace mohou být rozličné. Od možnosti vidět změněné barvy až po nereálné obrazy s vlastním dějem.

Čichové a chuťové halucinace bývají spojeny, jsou začleněny do bludů. Jsou většinou nepříjemné a pacient je například přesvědčen, že mu byl podán jed, za účelem jeho odstranění, který on cítí a rozpozná i chutí.

Bludy jsou nevývratná přesvědčení, která nemocný vnímá jako skutečnost. Jedná se o naprosto zásadní poruchu myšlení. Jsou nevývratné a psychoterapie bludů je nejen neúčinná, ale i nebezpečná, protože terapeut může být začleněn a vnímán nemocným jakožto součást bludného systému, který jej kupříkladu i ohrožuje.

Bludy se obvykle vyvíjí v určitém časovém úseku. Rozvíjí se, systematizují. Od myšlenky, nápadu, který ještě nemusí být nutně bludným se postupně rozvíjí bludné, nevývratné přesvědčení, které již realitě naprosto neodpovídá. Hovoříme o tzv. bludné systematizaci.

Obsahem bludů bývá velmi často pocit vztahovačnosti (paranoidita) a pronásledování (perzekuce). Další typ bludů mohou být například bludy tzv. originární o vznešeném původu, megalomaničké o často až nadpřirozených schopnostech.

Nemocný, u něhož jsou přítomny paranoidně perzekuční bludy, může být nebezpečný nejen sobě (sebevražda), ale i okolí, kdy v extrémním případě pod hrozbou nereálného nebezpečí se může „bránit“ (vražda).

Myšlení může být narušeno i ve své formě, kdy hovoříme o poruše formy myšlení. Myšlení je pak především nesouvislé, bez logických souvislostí. Extrémně narušená forma myšlení je pak tzv. slovní salát.

K pozitivním příznakům u nemocných schizofrenií patří i to, že se nemocní podle svých bludů a halucinací i chovají, což opět nese riziko pro ně samotné, ale je to nezřídka spojeno i s nebezpečím pro společnost (majetková, ale spíše násilná trestná činnost).

Negativní příznaky schizofrenie

U schizofrenie negativními příznaky myslíme především to, že nemocní jsou citově ochuzeni v prožitku. Vypadají pak takoví pacienti, že je okolí vlastně nezajímá, komunikují s okolím minimálně. To se někdy promítá i do limitované mimiky, která je chudá a neodpovídá situaci. Negativní příznaky jsou dále charakterizovány tím, že nemocní se nesoustředí, nejsou schopni se rozhodnout, nejsou schopni domýšlet důsledky svého činění, špatně plánují. Jejich vůle slábne, ztrácejí zájem i o aktivity, které je dříve naplňovaly. Extrémním negativním příznakem je, že se nemocní přestávají hýbat a dokonce i jíst.

Poruchy nálady jsou taktéž spojeny s negativními příznaky.

Zhoršená nálada ovšem může být součástí toho, že nemocní si uvědomí svou insuficienci, propadnou beznaději, což může taktéž vést až k sebevražedné aktivitě.

Kognitivní příznaky u schizofrenie

Jsou nyní velmi diskutovaným tématem především v rámci debat o vhodnosti - volbě léčby novými „atypickými antipsychotiky“ u kterých je prokázán pozitivní vliv na kognitivní funkce.

Kognitivní příznaky jsou zmiňovány jako tzv. jádrové příznaky schizofrenie. Pro schizofrenii platí, že její projevy navenek zřejmé, snadněji diagnostikovatelné, jsou provázány často plíživým zhoršením kognice. U pacientů je především po delším

průběhu onemocnění zřejmé, že se obtížněji soustředí, hůře si pamatují, jsou stále hůře a hůře schopni cokoli plánovat a řešit.

Klinické formy schizofrenie

Paranoidní schizofrenie je nejčastější forma schizofrenie. Je charakterizována především bludy a halucinacemi. Bludy jsou často paranoidně - perzekuční. Bludy určují často nejen myšlení, ale i chování nemocných. Halucinace jsou nejčastěji přítomny ve formě sluchové.

Hebefrení schizofrenie, taktéž nazývaná jako dezorganizovaná je typická nevypočitatelným, často v iniciální fázi onemocnění „klackovitým“ a pseudopubertálním chováním. Nemocní touto formou schizofrenie se projevují manýrováním, strojenou mluvou, pseudofilosofováním a nezřídka jsou i bizarně a nepřiléhavě oblečeni.

Katatonní schizofrenie je typická poruchou psychomotoriky. Buď se nemocní chovají značně neklidně, a je to provázeno nadměrným vzrušením, excitací, případně naopak jsou utlumeni, přestávají se hýbat, obtížněji pohybují končetinami, až nakonec můžou skončit „obrazem“ tzv. katatonního stuporu. Tehdy tělo zůstane často ve velmi bizarní poloze (např. psychická – fiktivní poduška-krk je ve flexi, jakoby hlava byla podložena polštářem) a brachiální náprava této polohy je „zvenčí“ prakticky neuskutečnitelná. Přechodnou fází ke katatonnímu stuporu je různě dlouhá doba tzv. voskové ztuhlosti (flexibilitas cerea), kdy například končetiny jsou nejprve charakteristické zvýšeným svalovým tonusem a posléze i možností nastavení poloh (končetin například), ve kterých nemocný touto formou schizofrenie setrvává.

Simplexní schizofrenie je méně častou formou schizofrenie. Nicméně co se týče prognózy, patří k těm závažnějším. Nemocní simplexní formou schizofrenie se mění, často plíživě, v čase. Mění se jejich chování, upadá vůle, začínají být lhostejní k dění kolem nich. Ztrácí zájmy, jejich emoce se stávají plochými, neadekvátními. Proces je pozvolný, ale často končí terapeuticky minimálně ovlivnitelnou změnou osobnosti pacienta.

Léčba schizofrenie je především farmakologická (antipsychotiky) a psychoterapeutické postupy mají spíše podpůrný charakter, což nikterak neumenšuje jejich potřebu.

Pacienti nemocní schizofrenií, jsou přes pokroky v možnostech léčby i ve společenské osvětě, nadále vnímáni okolím jako primárně neschopní, nebezpeční, nevypočitatelní. To i přes to, že se často nacházejí ve slušných remisích onemocnění, vede k jejich značné stigmatizaci. Následně jsou izolováni, nikdo je nechce zaměstnat, jsou i dnes společností vytlačováni „na okraj“, do léčebenských chronických pavilónů.

I když víme, že především léčba antipsychotiky je u schizofrenie nezbytnou nutností, následná pomoc po zvládnutí akutní epizody onemocnění, spočívající v důsledné snaze o resocializaci, nasazení sociálních pracovníků, psychiatrů, terapeutů obecně, mimo zdi léčeben, se do budoucna jeví jako cesta ke zlepšení kvality života nemocných schizofrenií. V tomto ohledu má naše společnost bezpochyby stále značné rezervy.

Schizofrenii příbuzné stavy

Schizotypní porucha

Neznáme etiologii poruchy. Je charakteristická tím, že z hlediska klinického obrazu je poměrně neurčitě vymezena. Nemocní touto poruchou jsou podivínští, vztahovační, uzavření, pseudofilosofii. Mohou trpět derealizací a depersonalizací. Někdy, exponování

zevním stresorům, mohou ztratit kontakt s realitou a stávají se „psychotickými“. Hovoříme pak o psychotické dekompenzaci schizotypní poruchy.

Trvalá porucha s bludy

Je poruchou především chronickou, kdy je přítomen jeden, někdy i více systematizovaných bludů. Porucha vzniká pozvolna, většinou na základě osobnostních anomálií (abnormity v povaze, zvýšená vztahovačnost například) a stává se postupně poruchou psychotického charakteru, kdy je kontakt s realitou narušen. Dominuje vždy systematizovaný blud, nejčastěji obsahu perzekučního. Možné jsou ovšem i bludy jiného charakteru (například žárlivecké). Ojedinele mohou být přítomny i poruchy vnímání – halucinace.

Ze soudně znalecké praxe jsou známi tzv. sudiči, kverulanti, kteří vedou řady soudních sporů s cílem uznání „jejich pravdy“ jako pro ně jediné akceptovatelné. Chování těchto sudičů a kverulantů je pro společnost velmi obtížné a terapeutické ovlivnění je prakticky nemožné, protože u nich chybí pocit onemocnění a musela by u nich být v případě překročení právních norem, což se u nich ovšem děje zřídka, nařízena „ochranná léčba psychiatrická“, v rámci které by byli léčeni antipsychotiky.

Akutní a přechodné psychotické poruchy

Jde o skupinu poruch, kdy je nutné splnění diagnostického kritéria, že musí vypuknout v následnosti na expozici masivnímu stresoru (úmrť blízké osoby, katastrofický zážitek). Do plně rozvinutého klinického–psychotického obrazu uplyne od expozice stresoru maximálně 14 dnů. Symptomy jsou pestré. Od poruch myšlení – bludů až po halucinatorní prožitky.

Porucha obvykle netrvá déle jak měsíc. Může jít ovšem i o iniciační fázi schizofrenie. Teprve s odstupem, když hodnotíme délku trvání symptomů a syndromů, lze se vyjádřit zodpovědněji k prognóze.

Schizoafektivní porucha

Etiologie podobně jako u schizofrenie není známá. V klinickém obraze je současný výskyt typických schizofrenních a afektivních symptomů (změny nálady). Podle přítomnosti typu patické nálady hovoříme o typech - depresivní, manický a smíšený.

Manický typ je charakterizován expanzivní náladou (vedle příznaků schizofrenních), zrychlenou psychomotorikou.

Depresivní typ je charakterizován (vedle příznaků schizofrenních) především přítomností projevů deprese, zpomalením psychomotorického tempa, sebedoceňováním, sebeobviňováním.

Otázky:

Termín Schizofrenie poprvé použil:

Bleuler

Kraepelin

Freud

Jung

Schizofrenie je porucha:

psychotická

neurotická

somatoformní

depresivní

Bludy jsou:

vyvratitelné logickými argumenty zcela

vyvratitelné zčásti

vyvratitelné jenom někdy

nevyvratitelné logickými argumenty

Flexibilitas cerea je:

kovová ztuhlost obličeje

vosková ztuhlost v rámci vývoje katatoní formy schizofrenie

flexibilní chování schizofrenií nemocného

flexibilní přístup terapeuta k nemocnému katatoní schizofrenií

Kverulant:

trpí schizofrenií

trpí často poruchou s bludy

trpí halucinacemi

je dobře ovlivnitelný psychoterapií

Literatura :

Raboch J., Pavlovský P., a kolektiv, Psychiatrie, Universita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2012.

Raboch J., Zvolský P., et al., Psychiatrie, Galén, 2001.

Seifertová D., Praško, J., Horáček, J., Höschl, C., Postupy v léčbě psychických poruch, Academie Medica Pragensis, 2. Revidované vydání, 2008.

Mezinárodní Klasifikace Nemocí-10, Duševní poruchy a poruchy chování, Diagnostická kritéria pro výzkum . Praha, Psychiatrické centrum 1996.