

1. Klinický obraz

Lucie Motlová

Schizofrenie se vyznačuje pestrostí příznaků. Při klinickém vyšetření se zjišťují poruchy vnímání, myšlení, jazyka, emocí, motoriky a kognitivních funkcí. Diagnóza se určuje podle přítomnosti níže uvedených příznaků a podle dysfunkce v sociálních a pracovních rolích. Následující kazuistiky demonstrují rozmanitost příznaků, průběhových variant i prognostickou nejistotu.

1.1. Kazuistiky

Pro osmadvacetiletého vysokoškoláka Petra přijela záchranná služba do práce. Choval se nápadně, dělal kotouly, občas ve velké tenzi na kolegy zakřičel. Nejedl a nespál. Svoje chování později vysvětlil tím, že kotouly jej nutily dělat hlasy, které mu říkaly: »Oni jsou posedlí ďáblem a ty je musíš ochránit, jen ty to můžeš udělat, nesmíš přestat.« V prvních dnech hospitalizace na psychiatrii si o něm hlasy povídaly: »Všechno je to na něj nahané, léčebna není nemocnice, ale divadlo, to jsou jen převlečení herci, léky jsou jedy.« S užíváním léků Petr souhlasil velmi neochotně, i když připustil, že injekce, po níž se mu zlepšil spánek, by mu mohla pomoci. Hospitalizace trvala deset týdnů. Během ní ustaly hlasy, Petr začal normálně jíst i spát. Za další tři měsíce se vrátil do práce, za šest let se oženil. Nikdy nebyl znovu hospitalizován, léky však užívá nepřetržitě.

Osmnáctiletou Paulínu přivezli na psychiatrii rodiče. Sdělili, že je již několik dní jako vyměněná, nemluví, jen ustrašeně zírá před sebe, nemohou se s ní domluvit, nejí a nepije. Přestala se i mýt. Asi tři měsíce předtím vycházela z domu jen tehdy, když musela do práce. Mají pocit, že se něčeho bojí, nejsou si jisti, jestli jí třeba někdo neublížil. Paulína během

psychiatrického vyšetření stísněným hlasem připustila, že ji sledují kamery. Jsou nainstalované u nich doma, všude, ano, tady v areálu, jsou na věži kostela. Všechno o ní všichni vědí, můžou jí číst její myšlenky z hlavy. Její hlava je jako otevřená kniha, lidé si tam o ní vše přečtou. Má pocit, že úplně ztratila soukromí. Má strach, lidé ji pozorují a povídají si o ní. Tady se cítí bezpečněji, protože je oddělení zamčené. Během osmítýdenní hospitalizace odezněl strach a pocit sledování kamerami. Zůstala jí nejistota, jak se bude cítit mezi lidmi a jak ji přijmou spolupracovnice, když byla na psychiatrii. Po několikaměsíční pracovní neschopnosti se do práce bez větších problémů vrátila. Po uplynutí roku zkusila po dohodě s lékařem vysadit léky. Příznaky se vrátily, nicméně díky připravenosti rodiny na tuto eventualitu přišla Pavlína k hospitalizaci včas. Po třech týdnech byla propuštěna. Vdala se a pracuje na plný úvazek. Přála si rodinu, ale léky se nepodařilo vysadit. Příznaky se totiž krátce po vysazení vrátily, proto je opět užívá.

Čtyřicetiletý Radek byl pro schizofrenii hospitalizován již šestkrát. Deset let je v plném invalidním důchodu. Žije s rodiči. Rodiče jej doprovodili k pravidelné kontrole na psychiatrii. Přišel rozevlátý, neupravený. Rodiče sdělili, že je hlučný, celé noci vykřikuje. Radek svoji hlučnost vysvětlil tím, že okřikuje hlasy, které jej rozčilují. Obvykle slýchává ženské hlasy, jsou mu většinou příjemné. Ale teď mu jiné hlasy nadávají. Také dostává znamení od aut, která na něj blikají. Domnívá se, že jeho krev byla kdysi otrávena – udělal mu to Novák, mistr na učilišti. Od té doby se cítí slabý. Proč to Novák dělal, Radek nevysvětlil. Ukazuje svoje normální žíly na ruce – to je podle něj důsledek toho jedu. Vadí mu, že se kvůli hlasům nemůže soustředit na poslech hudby, kterou má rád. Nemocný se necítí, vše je důsledek té otravy. Při rozhovoru se občas zarazí, větu nedopoví, působí roztržitým dojmem. Rodiče se obávají, zda se Radek o sebe postará, až zemřou. Úprava dávky léků pomohla zmírnit »hlasy«. Ostatní příznaky však přetrvávají.

1.2. Symptomy

»Symptomy je snadnější pocítit než popsat.«
Eugen Bleuler, 1911^[P1]

U schizofrenie se nejčastěji vyskytují bludy, halucinace, dezorganizace myšlení, řeči a chování, poruchy emotivity, mohou být přítomny katatonní příznaky.

1.2.1. Bludy

Bludy jsou mylná přesvědčení, při jejichž vzniku hraje významnou roli chybná interpretace vjemů či prožitků. Jsou časté, během vývoje schizofrenie se vyskytují někdy u více než 90 % nemocných⁽¹⁾.

Významným milníkem v historii tvorby koncepce bludu je dílo **Karla Jaspersa**^[P2]. Upoutala jej pozorování, že někteří duševně nemocní trvají na svých přesvědčeních s neobvyklou jistotou, přičemž nepřipouštějí protiargumenty, ani je nepřesvědčí životní zkušenost. Obsah těchto přesvědčení je často bizarní a nemožný. **Emil Kraepelin**^[P3] identifikoval 6 subtypů bludů a definoval je podle obsahu, **Kurt Schneider**^[P4], podobně jako Jaspers, považoval za důležitější spíše formu než obsah symptomu⁽⁷⁾. Blud by podle něj neměl být diagnostikován na základě obsahu, ale podle způsobu, jímž se toto přesvědčení udržuje. DSM-IV definuje blud jako mylné osobní přesvědčení vyvozené z nesprávného závěru o zevní realitě, které je pevně zastáváno bez ohledu na to, čemu věří prakticky každý jiný člověk, a bez ohledu na existenci nevyvratitelného a zřejmého důkazu o opaku. Nejedná se však o přesvědčení, která jsou obvykle akceptovaná ostatními členy kultury nebo subkultury, k níž jedinec přísluší (například náboženskou víru)⁽²⁾.

Pro blud je typická **chorobnost** (vzniká v důsledku nemoci) a **nevývratnost** (ostatní lidé s pacientem jeho přesvědčení nesdílejí, ale vyvraceli by mu je marně). Obsah bludů je různý (perzekuční, paranoidní, somatický, religiózní, grandiózní). U schizofrenie jsou nejčastější **bludy vztahovačnosti** (pacient si různé situace vztahuje ke své osobě, například lidé v metru o něm všechno vědí a povídají si o něm, televizní hlasatelka hovoří právě k němu), **paranoidně-perzekuční bludy** (dotyčný se cítí pronásledován rozvědkou, sousedem, mimozemšťany) a **bludy ovlivňování a kontrolování** (při

nichž má pacient pocit, že na něho někdo působí na dálku, například laserem nebo kosmickými paprsky, a tím mu ruší myšlení). Libiger uvádí, že myšlenky každého z těchto bludných okruhů mohou být součástí adaptivně důležitého postoje řídicího chování. Vztahovačnost aktivuje chování a vede ke zvýšené detekci nebezpečí. Expanzivní (makromanická) ideace poskytuje sebedůvěru a sladuje duševní prožívání tak, aby člověk bez pochybnosti zvládl náročné situace. Depresivní ideace chrání naopak člověka před aktivitou, která může vést ke ztrátám postavení a hodnot⁽²⁵⁾.

Mezi psychologické mechanismy, které se při vzniku paranoidně-perzekučních bludů uplatňují, patří prvotní zkušenost, abnormality vnímání, motivační faktory a porucha zpracovávání informací. Některé z těchto abnormalit lze vyšetřovat funkčními zobrazovacími metodami (viz dále). Prvotní negativní zážitky mohou hrát roli ve vývoji kognitivní zranitelnosti k paranoidnímu myšlení⁽⁷⁾. Garety a Freeman⁽¹⁵⁾ navrhuji kognitivní model, podle něhož jsou bludy výsledkem pokusů vysvětlit primární anomální zážitek či zkušenost.

Freeman et al.⁽¹³⁾ studovali, zda a jak jedinci s perzekučními bludy praktikují chování, které má zajistit jejich bezpečnost. Předpokládali, že praktikováním těchto »bezpečnostních opatření« se znemožňuje vyvrácení bludu, a tudíž zajišťuje jejich perzistence. Zjistili, že všech 25 účastníků studie provedlo během posledního měsíce alespoň jedno »bezpečnostní opatření«, typicky šlo o vyhýbavé chování. Vyšší míra úzkosti byla spjata s intenzivnějším »zajišťováním bezpečnosti«. Podobné studie mohou přispět k pochopení perzistence bludů, konání pod jejich vlivem i negativních symptomů schizofrenie a naznačují možnosti kognitivních intervencí u psychóz.

Religiózní bludy jsou klinicky významné, protože jsou spjata se sebepoškozováním a horším terapeutickým výsledkem. Existuje řada kazuistik o činech s fatálními důsledky, které byly vykonány pod vlivem religiózních bludů. Siddle et al.⁽³⁵⁾ zjistili, že ze 193 studovaných pacientů mělo 24 % religiózní bludy. Tito pacienti dosahovali vyšších skóreů psychopatologie ve Škále pro hodnocení pozitivních a negativních symptomů (PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale), horších výsledků ve funkčních skórech (GAF – Global Assessment of Functioning), a bylo jim předepisováno větší množství psychofarmak než pacientům se schizofrenií, kteří měli jiné typy bludů. Autoři uzavírají, že religiózní bludy zasluhují další výzkum, protože jsou u schizofrenie časté a jejich nositelé jsou oproti ostatním pacientům se schizofrenií závažněji nemocní.

Odlišit blud od pevného přesvědčení o určité skutečnosti je někdy obtížné. Pro schizofrenii jsou charakteristické především **bizarní bludy**, i když je zřejmé, že i bizarnost má svá kulturní specifika. Bizarní blud je zřetelně nepravděpodobný, nepochopitelný a neodvoditelný z běžné životní zkušenosti (například pacient si je jist, že mu někdo na dálku přemístil orgány z dutiny břišní do hrudníku a obráceně, aniž by to zanechalo jizvy). Za bizarní se proto považují ty bludy, které se týkají ztráty vlastní kontroly nad myslí nebo tělem. Do této kategorie patří i **intrapsychické halucinace** – přesvědčení o odnímání či vkládání myšlenek nějakou zevní silou, například mimozemšťany. Nebizarní blud je například přesvědčení o pronásledování policií.

1.2.2. Halucinace

U schizofrenie se vyskytují halucinace, pseudohalucinace, iluze a různé neobvyklé prožitky. Halucinace jsou vjemy bez zevně existujícího objektu. U schizofrenie se nejčastěji vyskytují **sluchové halucinace**, a to asi u 50 % pacientů, **zrakové halucinace** má 15 % nemocných a **taktilní** 5 %⁽¹²⁾ (tab. 1.1.). Sluchové halucinace popisují pacienti jako »hlasy«. Obsah je většinou nepříjemný. Pacienti slyší jeden nebo více hlasů, mužské či ženské, někdy hovořící o pacientovi ve třetí osobě, přičemž je odlišují od vlastních myšlenek. Pro schizofrenii jsou charakteristické hlasy nepřetržitě komentující pacientovy myšlenky či chování. Hlasy se hádají, pacientovi radí – **teleologické halucinace** nebo přikazují – **imperativní halucinace**, například pacient slyší, že »když se napije pomerančového džusu, musí rozbít balkónové okno a pořezat se o něj...«

Občasné zaslechnutí vlastního jména či jiného zvuku (například zvonění mobilního telefonu zapomenutého sto kilometrů daleko) se za psychotický symptom nepovažuje. Halucinace mohou být v některých kulturách rovněž součástí religiózních zkušeností. Dále platí, že halucinace se musejí vyskytovat při neporušeném senzoriu, avšak halucinace hypnagogické (při usínání) a hypnopompní (při probouzení) mezi psychotické prožitky nepatří.

Neobvyklé zážitky spočívají v distorzi vnímání skutečného objektu: výsledný prožitek neodpovídá normální kvalitě vjemu. Velikost může být menší (micropsie), větší (makropsie), objekt se může jevit více či méně známý a reálný (dèja-vu, derealizace) atd.

Iluze – poruchy vnímání reálně existujícího objektu (například pacient upozorňuje na výskyt hada v pracovně, přičemž se jedná o elektrickou šňůru) a **pseudohalucinace** – vjemy bez existujícího objektu, avšak při zachovalém náhledu nejsou u schizofrenie časté (dotyčný vidí slona na silnici, přičemž ví, že tam žádný není).

Tab. 1.1. Halucinace, které se mohou vyskytovat u schizofrenie (podle Cutting, 2003)

| |
|---|
| <p>Podle vjemu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● zrakové ● sluchové ● čichové ● chuťové ● taktilní ● somatické ● kinestetické |
| <p>Podle předcházejícího sensorického stimulu, jenž je vyprovokuje:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● synestetické – modalita vjemu je od halucinace odlišná (hlas po spatřeném světelném záblesku) ● reflexní – modalita vjemu a halucinace jsou stejné (hlas po zaslechnuté siréně) |
| <p>Podle obsahu:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● hlasy, které komentují jednání nemocného, hádají se či diskutují mezi sebou navzájem ● hudební ● autoskopické ● liliputánské |

1.2.3. Dezorganizované myšlení a řeč

Na stav myšlení se při psychiatrickém vyšetření usuzuje podle dezorganizace řeči. Pro tento příznak se v klinické praxi zažil pojem **formální porucha myšlení**. Stanovit objektivní definici »poruchy myšlení« je dost obtížné. Na otázku, zda dezorganizace řeči u schizofrenie »patří« mezi poruchy řeči nebo myšlení se pokoušeli odpovědět Harrow et al.⁽¹⁹⁾. Sledovali průběžně po dobu 4 let 184 psychotických pacientů, z nichž 55 mělo schizofrenii. Pomocí standardizovaných instrumentů zjistili, že u pacientů s dezorganizací řeči se současně vyskytovaly abnormality v nonverbálním chování a nerealistická přesvědčení. Tato data podpořila teoretickou koncepci, že na dezorganizovanou řeč u schizofrenie a dalších psychóz se má pohlížet jako na součást širší poruchy, spo-

čívající v distorzi skutečnosti, chování a poruchách myšlení. Řeč pacientů se schizofrenií může být dezorganizovaná v mnoha ohledech. Zjišťuje se ztráta asociací a tangencialita, které se projeví jako neschopnost udržet téma konverzace za současného zaobírání se idiosynkratickými aspekty slov nebo frází, a paralogie (například pacient na dotaz, kdo je jeho terapeut, odpoví: »Můj terapeut se jmenuje doktor Šípek. Šípek je keř šípkový růžový.« a ukazuje na keř před pavilonem). Slovní projev pacienta s inkoherentním myšlením nemá »hlavu ani patu«, jelikož sdělované postrádá gramatické vazby. Extrémní podobou je slovní salát. Neologismy jsou pojmy vymyšlené pacientem, jimž nikdo jiný nerozumí (pacient se domnívá, že je král, který vládne vesmíru, v němž žijí kombilidi a kombilidóni). Nedostatečné nabídky myšlenek odpovídá chudost řeči. Sdělované je »slovní vatou«, bez obsahu, mohou se vyskytovat zárazy: myšlení se náhle »zastaví«, jelikož se nemocnému nedostává myšlenky. Zárazům se rovněž říká bloky a je třeba je odlišovat od mutismu.

1.2.4. Dezorganizované chování

Důsledkem ztráty »soudržnosti« afektu, řeči, myšlení a pohybů je více či méně nápadné chování. Manifestuje se rozličně, od věku neadekvátní dovádivosti a nezbednosti až po nepředvídatelný neklid. Neschopnost koordinovat chování se samozřejmě projevuje v každodenním životě – pacient není schopen udržovat osobní hygienu ap. Celkový obraz doprovázejí nápadnosti v oblečení (například vrstvené spodní prádlo a kulich na hlavě v parném létě), neadekvátní sexuální chování (masturbace na veřejnosti), případně nemotivované nepředvídatelné »pokřikování«.

1.2.5. Katatonie

Karl Ludwig Kahlbaum^[P5] považoval katatonii za samostatnou chorobnou jednotku. Ačkoli se u jeho pacientů manifestovala většina příznaků »velkých« psychiatrických poruch, domníval se, že pro definici a diagnózu katatonie jsou rozhodující příznaky motorické a afektivní. Pojmem »šílenství z tenze« chtěl vyjádřit abnormální svalové a psychické napětí nemocných. Onemocnění probíhalo v charakteristických cyklech, v nichž se střídavě vyskytovala melancholie, mánie, stu-

por, zmatenost, bludy i halucinace, případně demence. Pacienti mohli být stuporózní, mutističtí, s rigidní mimikou, nástavami, přičemž svalové napětí vykazovalo voskovou ohebnost. Často byla přítomna silná rezistence vůči pasivním pohybům. Na druhou stranu pozoroval podivnou gestikulaci a pohyby paží, až hyperkinetickou excitovanost s pobíháním, poskakováním nebo křikem. Emil Kraepelin přidal katatonii k hebefrenii a dementia paranoides do společné kategorie dementia praecox, neboť se domníval, že je nelze oddělovat. Bleuler interpretoval katatonické příznaky u schizofrenie jako psychogenní reakci, sekundární k primárním symptomům (čtyři A, viz dále). MKN-10 i DSM-IV navazují na Kraepelinovu a Bleulerovu diagnostickou praxi a vyžadují, aby byla nejprve splněna obecná kritéria pro schizofrenii, až poté se diagnostikuje její klinický subtyp⁽³⁴⁾.

V rámci koncepce komplexního katatonického syndromu, tak, jak jej popsal Kahlbaum, definovala **Wernickeho-Kleistova-Leonhardova psychiatrická škola** dvě v podstatě nezávislé formy katatonních psychóz, a to na základě precizní diferenciacie psychomotorických poruch. Jedná se o **systematickou a periodickou katatonii**, které se od sebe liší symptomatologií, prognózou a léčbou. Zatímco u příbuzných pacientů se systematickými katatonii je riziko onemocnění nízké a ve velkém počtu případů se zjišťují nežádoucí prenatalní události, především mateřská infekce, zvýšený výskyt katatonních psychóz v rodinách se týká pouze periodické katatonie⁽³⁸⁾.

Katatonní syndrom charakterizují mimovolní pohyby, postoje a úkony, z nichž některé mohou být závislé na vnějších podnětech (negativismus, povelový automatismus, echopraxie). Motorická aktivita může být extrémně zvýšená (pacient je bezcílně neklidný), protipólem je stupor, při němž se pacient nepohybuje vůbec.

Katatonní příznaky nejsou specifické pro schizofrenii, vyskytují se u afektivních i organických poruch. Nejčastěji se vyskytující katatonní příznaky u schizofrenie jsou popsány v tab. 1.2.

Na **pokles výskytu katatonní schizofrenie** v posledních padesáti letech upozorňuje řada studií. Stompe et al.⁽³⁹⁾ přeshetřovali, zda jde o jev skutečný nebo zdánlivý, jenž je důsledkem změny diagnostických kritérií a užíváním neuroleptik. S tímto záměrem proto vyšetřovali 174 následně hospitalizovaných schizofrenních nemocných ve třech institucích. K diagnóze byla užitá kritéria DSM-IV a kritéria Leonhardova. Uži-

tí prvních kritérií určilo frekvenci katatonní schizofrenie 10,4 % souboru, užití kritérií druhých 25,3 % souboru. Porovnání frekvence katatonní schizofrenie ve dvou kohortách Leonhardových (1938–1968, 1969–1986) s kohortou těchto autorů (1994–1999) dokládá pokles výskytu katatonní schizofrenie z 35 % na 25 %, který je sice významný, nicméně méně vyjádřený než ve studiích užívajících k diagnóze katatonní schizofrenie užší definici.

Tab. 1.2. Katatonní příznaky nejčastěji se vyskytující u schizofrenie

| | |
|-----------------------|--|
| Manýrování | Běžné jednání je doplněno o nepřiměřené bizarní projevy. Výsledkem je nepřírozenost nebo situaci neadekvátní obřadnost, např. při stolování, oblékání nebo psaní. |
| Sterotypie | Opakující se pohyby určitých částí těla, bez souvislosti s celkovou pohybovou aktivitou. |
| Povelový automatismus | Automatické a okamžité reakce na povel, jakkoli nesmyslný, přičemž jinak pacient nespolupracuje. |
| Katalepsie | Stav, kdy jedinec setrvává v té pozici, do níž je uveden, byť jde často o pozici nezvyklou (nástavy). Stojícímu nemocnému je například ohnuta noha v kolenní, tudíž setrvává v postoji na jedné noze. Ležícímu nemocnému je odebrán podhlavník. Místo toho, aby hlavu volně položil na lůžko, leží s hlavou zvednutou – příznak »podušky«. |
| Flexibilitas cerea | Vosková ztuhlost, při manipulaci s částí těla imponují končetiny jako by byly z vosku, kladou plastický odpor. Například při pokusu postavit pacienta z předchozího příkladu na obě nohy. |
| Grimasování | Nezvyklé, nevhodné a více či méně nápadné výrazy v obličeji. |
| Negativismus | Aktivní: chování přesně opačné, než je požadováno (na výzvu »pojďte dopředu« jde dozadu). Pasivní: na výzvu nereaguje. |
| Echomatismy | Automatické opakování projevů druhého člověka (»opičení se«). |
| Stupor | Vymizení pohybové aktivity a řeči při plně zachovalém vědomí. |
| Excitace, raptus | Výrazný psychomotorický neklid s bezcílným jednáním. Např. pacient s nezúčastněným výrazem vytrhává radiátory ústředního topení ze zdi. |

V dlouhodobém průběhu je katatonní syndrom u schizofrenie málo stabilní. Výskyt katatonního syndromu v populaci chorvatských pacientů se schizofrenií sledovali Mimica et al.⁽³²⁾. V registru 402 pacientů se zjistilo, že alespoň jednou během období sledování byla diagnostikována katatonní schizofrenie ve 14,7 % případů. Jednalo se o pacienty s vyšší rodinnou zátěží, jejichž schizofrenie začala oproti ostatním schizofrenním subtypům ve významně nižším věku. Tato diagnóza se ukázala jako extrémně nestabilní s častou změnou v diagnózy jiné.

1.2.6. Emoce a jejich poruchy

Didaktické a klinicky užitečné je popisovat emoce jako skupinu zahrnující pocit, afekt, náladu a motivaci. Nejčastější poruchy emocí, které se zjišťují u schizofrenie, jsou uvedeny v tab. 1.3.

Tab. 1.3. Klinicky významné poruchy emocí u schizofrenie

| Emoce | Psychopatologie |
|------------|--|
| Pocit | anhedonie zintenzivnění pocitů |
| Afektivita | nepřiléhavá afektivita plochá, otupená afektivita |
| Nálada | deprese elace úzkost |
| Motivace | apatie abulie |

Zatímco oploštění afektivity, apatie a anhedonie patří k negativním schizofrenním symptomům, neadekvátní afekt (například nemotivované chichotání) se řadí spíše mezi pozitivní schizofrenní symptomy.

Významnou **anhedonii** zjistili Harrow et al.⁽¹⁸⁾ pouze u pacientů s chronickou, nikoli akutní schizofrenií. **Plochý afekt** se oproti tomu zjišťuje až u 50 % akutních nebo chronických stavů⁽²⁸⁾. Pozorovatel určí plochý afekt nejčastěji podle malého počtu expresivních gest, nedostatečně modulovaného hlasu, snížení spontánních pohybů, chabého očního kontaktu, afektivní nezúčastněnosti, zpomalené řeči a dlouhé latence odpovědi⁽⁵⁾.

Apatii – nedostatečnou motivaci – popisují pacienti jako neschopnost »odstartovat« jakoukoli činnost. Jelikož imponuje jako ztráta vůle, příbuzní mnohdy z neinformovanosti vyžadují, aby se pacient »vzchopil« a »vůli vše překonal«.

Vztah mezi **depresí** a **schizofrenií** je složitý, což dokumentují velmi rozdílné výsledky více než 30 studií. Výskyt deprese se v jednotlivých studiích podstatně lišil: jen 7 % hospitalizovaných pacientů s chronickou schizofrenií trpělo depresí ve studii, kterou publikovali Hirsch et al.⁽²¹⁾, nejvyšší frekvenci – 75 % – zjistila studie, v níž byli pacienti po první epizodě schizofrenie prospektivně sledováni po dobu 5 let⁽²³⁾. Tyto výrazné rozdíly lze vysvětlit tím, že v první zmíněné studii se jednalo o bodovou prevalenci, zatímco druhá uváděla kumulativní prevalenci v období sledování 5 let. Siris et al.⁽³⁶⁾ provedli rozsáhlý průzkum mezi terénními psychiatry a zjistili, že deprese se vyskytovala u 33 % poprvé přijatých pacientů, 38 % pacientů v akutním relapsu a u 29 % pacientů se stabilní chronickou schizofrenií.

Suicidium

Přibližně každý desátý nemocný se schizofrenií ukončí život vlastní rukou. Studie uvádějí, že o sebevraždu se pokusí 25–50 % pacientů, 4–13 % ji dokoná⁽²⁹⁾. Riziko suicidia je vysoké především u mladých pacientů, během prvního roku po stanovení diagnózy⁽³³⁾. Pacienti se schizofrenií méně často suicidium plánovali, na rozdíl od sebevrahů bez diagnózy schizofrenie⁽²⁴⁾.

Mezi **rizikové faktory** patří předchozí sebevražedný pokus, deprese, beznaděj, abúzus drog a mužské pohlaví. Náhled na onemocnění a intaktní kognitivní funkce jsou rovněž spjata se zvýšeným rizikem suicidia, obzvláště, poji-li se s beznadějí⁽²²⁾. Hert et al.⁽²⁰⁾ zjistili další rizikové faktory: chronický průběh s častými relapsy, časté krátké hospitalizace, negativní postoj vůči léčbě, impulsivní chování, nedobrovolná hospitalizace, parasuicidium v anamnéze, vysoké premorbidní IQ, přítomnost psychózy a deprese. Schizofrenie s defektem v časném věku a denní aktivita naopak pacienty před suicidiem chránily.

Přítomnost imperativních sluchových halucinací obecně nepredikuje přímo suicidální pokusy. Avšak u pacientů s anamnézou suicidálního pokusu (či dalšími rizikovými faktory

pro suicidium) byly imperativní sluchové halucinace spouštěčem častěji⁽¹⁷⁾.

V **redukcí rizika** suicidia u pacientů se schizofrenií se uplatňují farmakoterapeutické a psychosociální intervence. Antipsychotika první generace riziko suicida neredukují. Akatizie, jeden z jejich nežádoucích účinků, riziko suicidia spíše zvyšuje. Clozapin frekvenci sebevražedných pokusů u schizofrenie a schizoafektivní poruchy redukuje. Clozapin předcházet suicidálnímu chování významně více než olanzapin ve studii 980 pacientů s prokazatelně vyšším rizikem suicidia⁽³⁰⁾. Farmakoterapie depresivních symptomů je popsána v kap. 6.2. Adjuvantní a experimentální terapie.

Riziku suicidia se dostatečně věnují i psychoedukační programy. Protože náhled je rizikovým faktorem pro suicidium a psychoedukační programy se o vybudování náhledu snaží, je důležité pečlivě se věnovat tématům, která jsou častým zdrojem nedorozumění (například prognóza). Terapeut, který program vede, nesmí podcenit případné depresivní příznaky a beznaděj, pokud se během programu byt v náznacích u pacientů objeví.

1.3. Syndromy a modely schizofrenie

Mezi klinickými lékaři tak populární dělení příznaků na **pozitivní** a **negativní** pochází z 19. století. John Russel Reynolds^[P6] se zabýval deskripcí a teorií pozitivních a negativních symptomů v souvislosti s epilepsií, John Hughlins Jackson^[P7] navrhl, že je třeba tyto symptomy chápat v rámci inhibičních procesů: **floridní pozitivní symptomy** (například halucinace a bludy) se manifestují jako projev patologické desinhibice korových funkcí - normální psychika je neobsahuje, jsou tedy »navíc«, zatímco **negativní symptomy** (například plochý afekt, apatie, chudost řeči) reprezentují generalizovanou ztrátu funkcí - normální psychika je o ně »ochuzena«^[P8]. Zájem o negativní symptomy, jejichž význam pro pochopení schizofrenie docenil již Bleuler a Kraepelin, se v sedmdesátých letech dvacátého století vrátil v podobě různých modelů.

Kategorické modely vznikaly ve snaze lépe porozumět patofyziologii schizofrenie. Crow et al.⁽¹⁰⁾ navrhli dělení podle klinické prezentace, patofyziologie a odpovědi na léčbu. Pro **schizofrenii I. typu** je podle Crowa charakteristická kombinace pozitivních symptomů a lepší odezvy na antipsy-

chotickou medikaci v důsledku předpokládaného patofyziologického mechanismu – nadměrného množství dopaminových receptorů D2. Dále je přítomna lepší prognóza, intaktní kognitivní funkce a normální poměr komoro-mozkový. **Schizofrenii II. typu** charakterizují převážně negativní příznaky v důsledku strukturálních abnormalit – zvětšených komor a korové atrofie – zodpovědných za horší terapeutickou odpověď na antipsychotika, horší prognózu i úbytek kognitivních schopností.

Zatímco Crowovy kategorie vycházejí z modelu nemoci, jiný přístup vychází ze studia normální psychologie a nevěnuje tolik pozornosti etiopatogenezi příznaků: výsledkem je vznik **dimenzionálních modelů**. Liddle⁽²⁶⁾ dospěl faktorovou analýzou ke třem symptomovým dimenzím: dezorganizaci, psychomotorickému ochuzení a distorzi skutečnosti. Platnost navrženého dimenzionálního dělení později doložil se svými kolegy v zobrazovací studii. Vyšetřením 30 pacientů pozitronovou emisní tomografií zjistili, že psychomotorické ochuzení a dezorganizace byly spjaty se změnami perfúze v různých oblastech prefrontálního kortexu, zatímco distorzi skutečnosti doprovázely změny perfúze v mediálním temporálním laloku⁽²⁷⁾.

Unitární model navazuje na Bleulerovu tradici. Bleuler identifikoval ztrátu asociací jako příznak, který lze diagnostikovat u všech pacientů, přičemž se vyskytuje převážně u schizofrenie, a je tudíž pro nemoc charakteristický. Základním problémem schizofrenie je podle této koncepce porucha kognitivních procesů. Kognitivní dysmetrie je porucha koordinace mentální aktivity⁽⁶⁾, která vzniká v důsledku abnormálního vývoje mozku od početí do časně dospělosti a odchýlné konektivity neuronálních systémů. Výsledná kognitivní dysmetrie se manifestuje jako plochý afekt, apatie, halucinace, bludy nebo dezorganizované myšlení. Jiné teorie vysvětlují schizofrenii v důsledku poruchy jiných kognitivních systémů: »sebeuvědomování«⁽¹⁴⁾, pracovní paměti⁽¹⁶⁾ a zpracování informací a pozornosti⁽⁹⁾.

1.4. Klasifikace

Současné klasifikace navazují na díla psychiatrických klasiků, Emila Kraepelina, Eugena Bleulera a Kurta Schneidera.

Kraepelin popsal tato příznaková kritéria pro »dementia praecox«: poruchy pozornosti a chápání, halucinace, zvláště

sluchové (hlasy), ozvučené myšlenky, prožitky ovlivňování myšlení, narušenou plynulost myšlení, zejména ztrátu asociací, zhoršení kognitivních funkcí a úsudku, oploštění emotivity a projevy chorobného chování, jako je redukce aktivity, automatická poslušnost, echolálie, echopraxie, předvádění se (sehrávání rolí), katatonní zuřivost, stereotypie, negativismus, autismus, poruchy vyjadřování.

Bleuler pojmenoval poruchy, při nichž se vyskytují níže uvedené symptomy, názvem schizofrenie. Domníval se, že se jedná o skupinu různých poruch s podobnými psychopatologickými projevy. Seřadil je podle důležitosti a rozdělil je na **základní příznaky**: formální poruchy myšlení, poruchy afektivity, poruchy subjektivního vnímání sebe sama, poruchy vůle a chování, ambivalence a autismus (odtud Bleulerova »čtyři A«: poruchy asociací a afektu, ambivalence, autismus) a **akcesorní příznaky**: poruchy vnímání (halucinace), bludy, určité poruchy paměti, proměna osobnosti, změny mluveného a psaného projevu, tělesné příznaky, katatonní příznaky, akutní syndrom (například melancholický, manický, katatonní a další stavy).

Schneider příznaky rovněž rozdělil podle důležitosti. **Příznaky prvního řádu** nejsou pro diagnostiku schizofrenie sice nezbytné, ale pokud se vyskytují, je diagnóza jistá. Patří k nim: ozvučování myšlenek, slyšení hlasů ve formě konverzace nebo diskuse, slyšení hlasů, které doprovázejí vlastní počínání poznámkami, tělesné prožitky ovlivňování, odnímání myšlenek a další ovlivňování myšlenek – vysílání myšlenek, bludné vnímání, všechny další prožitky, že někým jiným jsou ovlivňované vůle, emoce, impulsy. **Příznaky druhého řádu** tvoří: ostatní smyslové klamy, bludné nápady, bezradnost, popletenost, depresivní a euforické rozlady, prožitky citového ochuzení a jiné⁽³⁷⁾.

Pro potřeby mezinárodní komunikace a každodenní klinické praxe se používají deskriptivní klasifikační systémy ICD-10 (MKN-10) a DSM-IV. Popisují jednotlivé příznaky, jejich intenzitu a trvání.

Schizofrenie se podle současného pojetí mezinárodní klasifikace MKN-10⁽³⁷⁾ (tab. 1.4.) i podle amerického manuálu DSM-IV⁽²⁾ (tab. 1.5.) projevuje charakteristickou směsí pozitivních i negativních příznaků (viz výše), které jsou přítomny dostatečně zřetelně po určitou dobu.

K diagnostickému závěru postačí jeden příznak v případě, že se jedná o sluchové halucinace podle Schneiderových příznaků prvního řádu (konverzující či komentující hlasy), ozvu-

čování, vkládání, odnímání nebo vysílání myšlenek, bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, nebo jiné bizarní bludy vymykající se kulturnímu prostředí. Nejsou-li halucinace nebo bludy tak výrazné, měly by být přítomny dva z dalších definovaných hlavních příznaků (neustálé halucinace jakéhokoli typu, neologismy, zárazy myšlení, inkoherece, katatonní chování, negativní symptomy). Tyto příznaky musí trvat alespoň jeden měsíc. DSM-IV připouští jejich kratší trvání v případě úspěšné léčby. Významným rozdílem oproti MKN-10 je však požadavek přítomnosti některých příznaků poruchy (buď z okruhu negativních příznaků nebo neobvyklé smyslové prožitky či podivná přesvědčení) během předcházejících 6 měsíců a především požadavek zřetelné sociální a pracovní dysfunkce (poruchy v oblasti výkonu běžných funkcí, mezilidských vztahů a péče o sebe) oproti úrovni dosažené před začátkem onemocnění.

Tab. 1.4. Obecná kritéria MKN-10 pro schizofrenii (Smolík, 1996)

- G1. Je přítomen alespoň jeden ze syndromů, symptomů a znaků popsaných níže pod (1) nebo alespoň dva ze symptomů a znaků uvedených pod (2), a to po většinu psychotického období, které trvá alespoň jeden měsíc (nebo někdy po většinu dnů).
1. Musí být přítomna alespoň jedna z následujících charakteristik:
 - a) ozvučování myšlenek, vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek;
 - b) bludy kontrolování, ovlivňování nebo ovládání, zřetelně se projevující pohyby těla nebo končetin, nebo zvláštní myšlenky, činnosti nebo pocity, bludné vnímání;
 - c) halucinace hlasů, které komentují pacientovo chování nebo mezi sebou hovoří, nebo jiné typy hlasů, které přicházejí z některých částí těla;
 - d) neustálé bludy jiných typů, které nemohou být podmíněné příslušnou kulturou a jsou zcela nepatřičné, jako náboženská nebo politická identita, nadlidská moc nebo schopnost (například schopnost kontrolovat počasí nebo být ve spojení s cizinci z jiného světa).
 2. Nebo alespoň dvě z následujících charakteristik:
 - a) neustálé halucinace jakéhokoli typu, pokud se vyskytují denně po dobu nejméně 1 měsíce a jsou spojeny s bludy (buď s občasnými nebo jen částečně formovanými) bez jasného emotivního obsahu nebo jsou doprovázeny trvale zvýšeným sebehodnocením;
 - b) neologismy, přerušování nebo zárazy myšlení, jejichž důsledkem jsou inkoherece nebo zmatený slovní projev;
 - c) katatonní chování, jako jsou vzrušení, nástavy nebo vosková ohebnost, mutismus a stupor;
 - d) »negativní« symptomy, jako jsou zřetelná apatie, ochuzení řeči a ploché nebo nepřiměřené odpovědi (musí být jisté, že se nejedná o následek deprese nebo neuroleptické léčby).

| |
|--|
| G2. Nejčastěji užívané vylučovací podmínky: <ol style="list-style-type: none"> 1. Jestliže pacient splňuje také kritéria pro manickou epizodu (F30.-) nebo depresivní epizodu (F32.-), musí být splněna kritéria G1 a G2 ještě před tím, než dojde k narušení nálady. 2. Porucha není důsledkem organické mozkové poruchy (ve smyslu F00–F09) nebo intoxikace alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou (F1x.0), závislosti (F1x.2) nebo odnětím látky (F1x.3 nebo F1x.4). |
|--|

| |
|---|
| Průběhové varianty Průběh by neměl být kódován, netrvá-li sledování alespoň jeden rok |
| F20.x0. Kontinuální (chronický): žádná remise psychotických příznaků v průběhu období pozorování |
| F20.x1. Epizodický (v atakách) s narůstajícím defektem: postupný rozvoj »negativních« příznaků v období mezi psychotickými epizodami |
| F20.x2. Epizodický (v atakách) se stabilním defektem: trvalé, ale nenarůstající »negativní« příznaky v období mezi psychotickými epizodami |
| F20.x3. Epizodický (v atakách) s remisemi: úplná nebo téměř úplná remise mezi psychotickými epizodami |
| F20.x4. Neúplná remise |
| F20.x5. Úplná remise |
| F20.x8. Jiný |
| F20.x9. Období sledování kratší než jeden rok |

Nejnovější revidovaná verze klasifikace používané v USA, DSM-IV-R⁽³⁾, zásadní změny neuvádí. V úvodu však zdůrazňuje, že psychotické symptomy se nemusejí nezbytně považovat za klíčové symptomy schizofrenie.

Tab. 1.5. Diagnostická kritéria DSM-IV pro schizofrenii (Smolík, 1996)

| |
|--|
| <p>A. Charakteristické příznaky: dvě (nebo více) z následujících charakteristik, každá přítomna v signifikantní míře v období jednoměsíční periody (nebo kratším, je-li úspěšná léčba):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bludy; 2. halucinace; 3. dezorganizovaná řeč (např. častá ztráta souvislosti nebo inkoherece); 4. hrubě dezorganizované nebo katatonní chování; 5. negativní příznaky, tj. emotivní oploštění, alogie nebo abulie. <p><i>Pozn.: pouze jeden z příznaků kritéria A je zapotřebí v případě, že bludy jsou bizarní nebo halucinace sestávají z hlasů komentujících chování nebo myšlenky, nebo z dvou či více hlasů, které mezi sebou konverzují.</i></p> |
|--|

- B. Sociální/pracovní dysfunkce:** po dostatečně dlouhou dobu od začátku poruchy jsou jedna nebo více oblastí výkonu běžných funkcí, jako práce, interpersonální vztahy nebo péče o sebe, zřetelně pod úrovní dosažené před začátkem (nebo, je-li začátek v dětství nebo adolescenci, chybí dosažení očekávané úrovně interpersonálních studijních nebo pracovních dovedností).
- C. Trvání:** příznaky poruchy trvají nepřetržitě po dobu nejméně 6 měsíců. Toto šestiměsíční období musí zahrnovat alespoň nejméně 1 měsíc příznaků (nebo kratší dobu, je-li úspěšná léčba) podle kritéria A (tj. příznaků aktivní fáze) a může zahrnovat periody prodromálních nebo reziduálních příznaků. V průběhu těchto prodromálních nebo reziduálních period mohou být projevy poruchy vyjádřeny pouze jako negativní příznaky nebo dva či více příznaků z kritéria A, které jsou přítomny ve slabší formě (například podivné přesvědčení, neobvyklé percepční prožitky).
- D. Vyloučení schizoaфекtivní poruchy a poruchy nálady:** schizoaфекtivní porucha a porucha nálady s psychotickými příznaky jsou vyloučeny, jestliže se:
1. současně s příznaky aktivní fáze se nevyskytuje velká depresivní, manická nebo smíšená epizoda, nebo
 2. epizody poruch nálady se vyskytly současně s příznaky aktivní fáze a jejich celkové trvání bylo relativně kratší vůči trvání aktivní a reziduální periody.
- E. Vyloučení somatických nemocí nebo stavů způsobených psychoaktivními látkami:** porucha není přímým fyziologickým důsledkem požití psychoaktivní látky (například užívané drogy, léku) nebo somatického onemocnění.
- F. Vztah k pervazivní vývojové poruše:** jestliže je v anamnéze autistická porucha nebo jiná pervazivní vývojová porucha, stanovuje se přídatná diagnóza schizofrenie jen v případě, že jsou přítomny také zřetelné bludy nebo halucinace po dobu nejméně jednoho měsíce (nebo kratší, je-li léčba úspěšná).

Klasifikace průběhu (může být provedena jen tehdy, jestliže od začátku aktivní příznakové fáze uplynul nejméně 1 rok):

- epizodický s interepizodickými reziduálními příznaky (epizody jsou definovány vzplanutím zřetelných psychotických příznaků), specifikuje se též:
 - s převážně negativními příznaky;
- epizodický bez interepizodických reziduálních příznaků;
- kontinuální (zřetelné psychotické příznaky jsou přítomny po celé období sledování), specifikuje se též:
 - s převážně negativními příznaky;
- jediná epizoda s částečnou remisí, specifikuje se též:
 - s převážně negativními příznaky;
 - jediná epizoda s plnou remisí;
 - jiné nebo nespecifikované formy.

Tradiční klinické dělení specifikuje paranoidní, hebefrenní, katatonní, nediferencovanou a reziduální formu schizofrenie, oproti DSM-IV je v MKN-10 navíc definovaná postschizofrenní deprese a simplexní schizofrenie (tab. 1.6.).

Tab. 1.6. Subtypy schizofrenie podle MKN-10 a DSM-IV a dominující charakteristické příznaky. Vždy musí být splněna obecná diagnostická kritéria pro schizofrenii

| Subtyp | MKN-10 | DSM-IV |
|---|---|--|
| Paranoidní | paranoidní bludy obvykle doprovázené sluchovými halucinacemi | jeden nebo více bludů, nebo časté sluchové halucinace |
| Hebefrenní (dezorganizovaný typ podle DSM-IV) | proměnlivé bludy a halucinace, nevhodné a nepředvídatelné chování, manýrování, nepřiměřená nálada, inkoherece | dezorganizace řeči, chování, oploštělá nebo nepřiměřená emotivita |
| Katatonní | psychomotorické příznaky, hyperkineze, stupor, povelový automatismus, negativismus, nástavy | katalepsie, stupor, nemotivovaná nadměrná motorická aktivita, extrémní negativismus, mutismus, pózování, grimasování |
| Nediferencovaná | obsahuje rysy více subtypů | nesplňuje kritéria pro paranoidní, dezorganizovaný ani katatonní typ |
| Postschizofrenní deprese | depresivní epizoda po odeznění floridních schizofrenních příznaků | porucha určená pro další výzkum |
| Reziduální schizofrenie | dlouhodobé negativní příznaky, zhoršená sociální výkonnost | trvale se projevují negativní příznaky, nebo dva a více oslabených příznaků kritéria A (například podivná přesvědčení) |
| Simplexní | plíživý rozvoj podivinského chování | porucha určená pro další výzkum |