



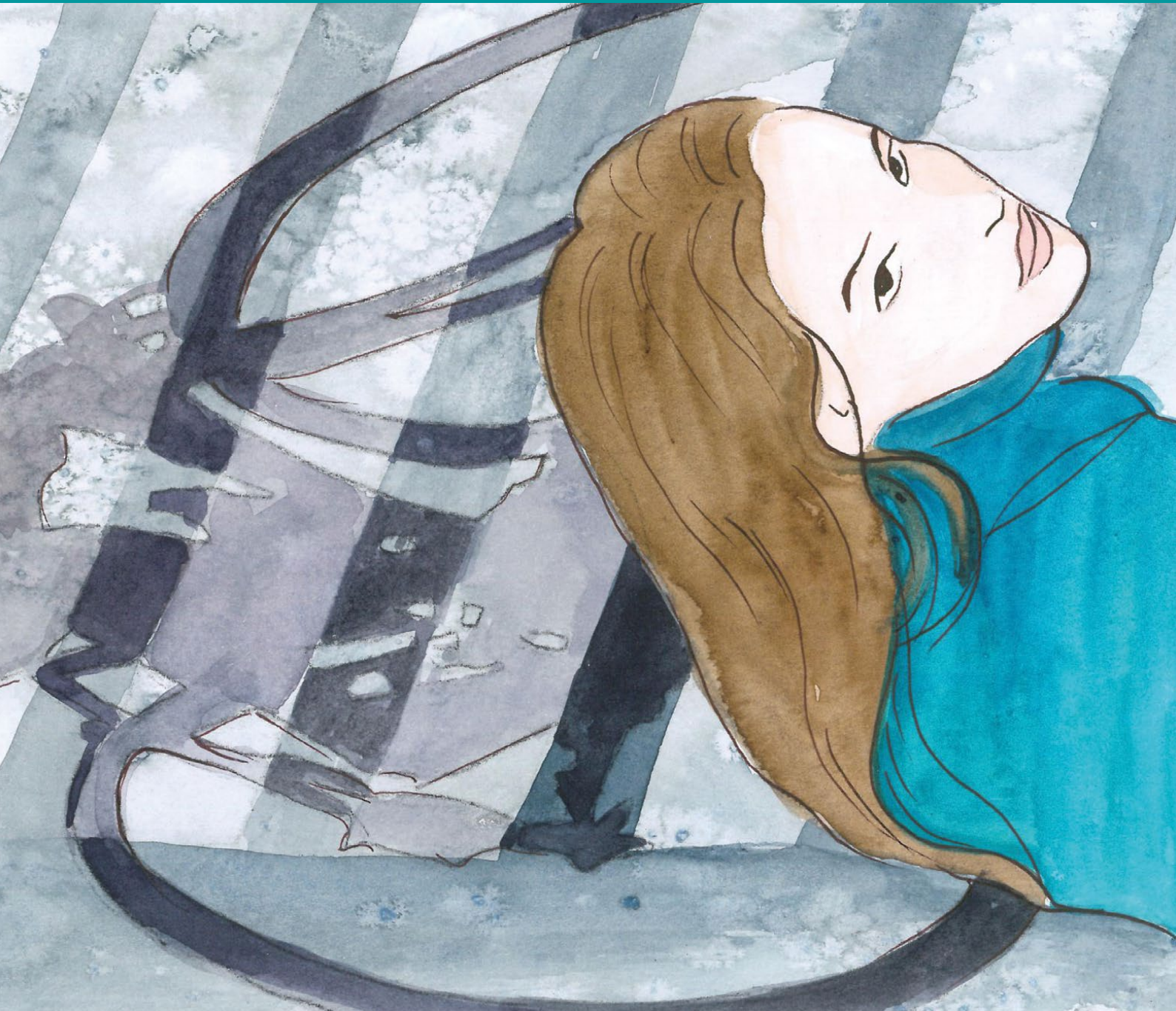
Peter Falkai
János Kálmánf
Zoltán Sárkány
Fides Sophia Heimkes

OTEVŘENÁ KNIHA

PRO RODINY, VE KTERÝCH
ŽIJÍ LIDÉ SE SCHIZOFRENIÍ

Editor
PETER FALKAI

1. Pohled na schizofrenii



Co je schizofrenie?

Schizofrenie je chronické duševní onemocnění, které ovlivňuje způsob, jakým člověk

UVAŽUJE, JAK VNÍMÁ A JAK SE CHOVÁ.

Osoby se schizofrenií mají narušené vnímání světa a jak se projevují. Často se zdá, že ztratili kontakt s realitou, což způsobuje značné potíže jim, jejich rodinným příslušníkům a přátelům.

Lidé se schizofrenií mohou mít potíže s rozlišením reality od fantazie. Mohou se obávat, že jim ostatní čtou myšlenky a tajně jim chtějí ublížit. Mohou také slyšet, vidět cítit dotyky nebo věci, které neexistují. Jindy mohou mít potíže s prožíváním pocitů, čtením a vyjadřováním emocí. Jelikož je postižen jejich proces myšlení, mohou mít problémy se soustředěním nebo rozhodováním. Také činnosti, které je dříve bavily, již nemusí přinášet potěšení.

Tyto příznaky mají závažný dopad na každodenní aktivity a vztahy.

Schizofrenie je méně častá než jiné duševní poruchy a postihuje přibližně

24 MILIONŮ

lidí na celém světě nebo

0,32%

světové populace. Schizofrenie se vyskytuje v podobné míře u všech pohlaví a ras.



Kdy se příznaky objevují?

První příznaky schizofrenie se obvykle objevují v období pozdního dospívání a mladší dospělosti. Muži i ženy mají stejnou pravděpodobnost, že se u nich porucha rozvine. U mužů se příznaky objevují spíše dříve, od pozdního dospívání až do počínající dospělosti. U žen je vyšší riziko výskytu příznaků v období od konce **dvacátých** do začátku **třicátých** let věku. Tato porucha se může také objevit ve věku **45-50 let**.

Vzhledem k její široké škále projevů,

JE SCHIZOFRENIE JEDNOU



Z NEJSLOŽITĚJŠÍCH DUŠEVNÍCH PORUCH.

Ačkoli je schizofrenie chronické onemocnění, lze ji léčit pomocí léků. Z dlouhodobého hlediska lze život lidí s tímto onemocněním podstatně zlepšit psychoterapií a psychosociální léčbou.

Jaké jsou rizikové faktory schizofrenie?

V posledních několika desetiletích jsme získali o schizofrenii mnoho poznatků.

PŘESNOU PŘÍČINU TÉTO PORUCHY VŠAK NEZNÁME. Vědci se domnívají,

že může být způsobena interakcí mezi

GENY A FAKTORY PROSTŘEDÍ.

Geny Geny hrají u schizofrenie velmi důležitou roli. Studie ukazují, že se na ní může podílet mnoho různých genů. Nicméně příčinou poruchy není jediný konkrétní gen.

Je také jasné, že geny nejsou přímou příčinou schizofrenie. Spíše zvyšují náchylnost dotyčného k rozvoji onemocnění.

Existují také důkazy o genetické predispozici. Sdílení stejné DNA s osobou, která má schizofrenii, zvyšuje pravděpodobnost jejího vzniku. Pokud je tento příbuzný blízkým příbuzným, je riziko **PATNÁCTKRÁT VYŠŠÍ**. Pokud se však jedná o jednovaječné dvojče, riziko se zvyšuje přibližně na **50 %**.



Mezi vývojové a environmentální faktory patří chudoba, stres, viry, toxiny, problémy s výživou před narozením a také komplikace v těhotenství a při porodu. Život v oblasti s vysokou hustotou obyvatel nebo rodinné poměry definované zneužíváním



a traumaty, závažným deficitem intelektu a stresující zkušenosti se šikanou patří také mezi rizikové faktory.

Dospívání je považováno za přelomový bod v rozvoji schizofrenie. V tomto období tělesného vývoje prochází mozek během svého dozrávání řadou změn. U zranitelného jedince mohou tyto změny být spouštěčem psychotické epizody.



Zneužívání drog je rovněž považováno za rizikový faktor vzniku schizofrenie, zejména v období dospívání. Například kanabis (konopí) se v kombinaci s dalšími výše uvedenými rizikovými faktory zřejmě přímo podílí na vzniku onemocnění.



Jak schizofrenie ovlivňuje mozek?

Schizofrenie má širokou škálu příznaků. Abychom tyto příznaky pochopili, musíme se nejprve podívat na to, co se děje v mozku člověka s touto poruchou. Výzkumy ukazují, že u lidí se schizofrenií mozkové buňky pracují a komunikují mezi sebou odlišně.

Role neurotransmiterů

Neurotransmitery jsou chemické látky, poslové kteří přenášejí informace mezi mozkovými buňkami. Příliš mnoho nebo příliš málo těchto přenašečů ovlivňuje fungování mozku.

Jedním z nejvíce studovaných neurotransmiterů u schizofrenie je **DOPAMIN**. **DOPAMIN** nazývaný také „neurotransmitter dobré pohody“, hraje důležitou roli v myšlení, vnímání a motivaci. U schizofrenie může příliš mnoho **DOPAMINU** v některých částech mozku vést k halucinacím nebo bludům.

Na druhou stranu, příliš málo **DOPAMINU** v jiných částech mozku může vysvětlit ztrátu motivace a energie, což je pro schizofrenii typické. Ostatní neurotransmitery, jako je GABA 🖐, glutamát 🖐 a serotonin 🖐 (označovaný také jako „látko štěstí“), mohou rovněž hrát důležitou roli.

Tyto změny mohou vysvětlovat příznaky, jako je zpoždění paměti, problémy se střídáním úkolů nebo pocit nesoustředěnosti. Mohou být také příčinou špatného úsudku nebo neschopnosti předvídat následky.



Výchozí režim sítě

Některé oblasti v mozku se aktivují, jestliže necháme myšlenkám volný průběh. To nám umožňuje snít a zpracovávat myšlenky a vzpomínky. Vědci tomu říkají „defaultní (výchozí) režim“ a oblastem mozku, které se na tom podílejí, „defaultní síť“.

U lidí se schizofrenií jsou

TYTO OBLASTI TÉMĚŘ TRVALE VE STAVU PŘETÍŽENÍ.

To jim ztěžuje udržování pozornosti nebo zapamatování si informací.



Pozitivní příznaky



Jaké jsou příznaky schizofrenie?

Existuje několik hlavních kategorií příznaků: pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní.

1. Pozitivní příznaky

Pozitivní příznaky (často nazývané „psychotické příznaky“) jsou myšlenky a projevy, které se u zdravých lidí nevyskytují. Několik pozitivních příznaků může být přítomno současně. Patří mezi ně:

• HALUCINACE:

slyšení, vidění nebo cítění věcí, které ve skutečnosti nejsou reálné a ostatní je nemohou vnímat. Mohou to být zvuky, hudba, šepot nebo hlasy, vidění předmětů, záblesků nebo osob, vnímání struktury nebo předmětů, chutí nebo pachů. Mezi nejčastější halucinace patří slyšení komentujících hlasů, obvykle ve formě dialogu, které jsou často kritické nebo výhružné. Tyto hlasy mohou také pacientovi říkat, aby dělal věci, které by jinak nedělal.

• BLUDY:

nevyvratitelná nepravdivá přesvědčení, která ostatní nesdílejí a která se mohou jevit jako

bizarní. Jedinci se schizofrenií se často domnívají, že jsou pronásledováni nebo špehováni. Jindy se domnívají, že ostatní mohou číst jejich myšlenky nebo že mají zvláštní moc či schopnosti. Může se objevit několik typů bludů najednou.

• DEZORIENTOVANÉ MYŠLENÍ A ŘEČ:

zahrnuje zmatenou a neuspořádanou řeč a myšlení. Pacienti se často zastaví uprostřed věty. Mohou také spojovat slova bez jakéhokoli logického významu, mluvit o věcech, které s tématem nesouvisejí, nebo přeskakovat z jedné myšlenky na druhou. Jejich řeč se tak může stát obtížně srozumitelnou.

• BIZARNÍ CHOVÁNÍ:

se může projevovat v několika podobách, od dětské pošetilosti až po nečekanou agitovanost. Jindy může pacient zaujímat bizarní postoje nebo provádět nadbytečné bezcílné pohyby. Může také vzdorovat pokynům nebo vykazovat naprostou absenci reakcí.

Negativní příznaky

2. Příznaky

Negativní příznaky zahrnují myšlenky a chování, které schizofrenie omezuje nebo znemožňuje, například motivaci nebo schopnost vyjadřovat emoce. Ve srovnání s pozitivními příznaky jsou také obtížněji léčitelné.

Mezi negativní příznaky patří:

- **SNÍŽENÉ VYJADŘOVÁNÍ EMOCÍ** (také se označuje jako **“EMOČNÍ OPLOŠTĚLOST”** nebo **“PLOCHÝ AFEKT”** 🖐): to ovlivňuje řeč, výrazy obličeje a dokonce i pohyby. Řeč se stává plochou, s netečným, monotónním hlasem. Ve tváři se neprojeví žádné emoce a může se dokonce vyhýbat očnímu kontaktu.
- **SNÍŽENÁ SCHOPNOST MLUVIT** (také se označuje jako **“ALOGIE”**): řeč je omezená a stává se velmi prochudlou. Odpovědi mohou být opožděné, použít krátké nebo jednoslovné věty. To vytváří dojem vnitřní prázdnoty.

• SNÍŽENÁ SCHOPNOST PROŽÍVAT RADOST

(neboli **“ANHEDONIE”**):

malý nebo žádný zájem o činnosti, které dříve přinášely radost. Mezi tyto činnosti patří poslech hudby, práce na zahradě nebo dokonce jídlo. Postiženy mohou být i city k blízkým.

• ZTRÁTA MOTIVACE

(neboli **“ABULIE”**):

výrazně snížený pocit motivace a cílevědomosti. Projevuje se také jako nedostatečná schopnost dotahovat plány do konce. Je důležité si uvědomit, že tyto projevy jsou způsobeny nemocí, a nikoli nedostatkem vůle.

• SOCIÁLNÍ STAŽENÍ

(nebo **“ASOCIALITA”**):

snížený zájem o navazování blízkých vztahů s ostatními. To vede k výraznému omezení sociálních interakcí.

Kognitivní příznaky



3. Kognitivní příznaky

Kognitivní příznaky ovlivňují myšlení a náladu a vedou ke zhoršení výkonu ve škole a v práci. Zpravidla se objevují dříve než pozitivní příznaky a často jsou přítomny i poté, co pozitivní příznaky zesláblý.

Mezi kognitivní příznaky patří problémy

s POZORNOSTÍ, KONCENTRACÍ A PAMĚTÍ.

Lidé se schizofrenií mají potíže učit se novým věcem nebo zpracovat informace potřebné pro rozhodování. Mívají rovněž problémy se soustředěním a pozorností, často kvůli halucinacím. Protože nejsou schopni správně reagovat na druhé, často komunikují co nejméně.

Kognitivní příznaky ztěžují vykonávání každodenních činností. V důsledku toho jsou jedním z nejvíce zneschopňujících aspektů schizofrenie.

Lidé se schizofrenií si často neuvědomují, že trpí touto poruchou.. Tento nedostatek náhledu, nazývaný také „anosognozie“, může značně ztížit jejich léčbu a péči o ně.

4. Afektivní příznaky

Vedle výše uvedených typů příznaků se u lidí se schizofrenií často objevují afektivní příznaky, jako je deprese a úzkost. Deprese se může vyskytovat až u **80 %** lidí se schizofrenií a má celou řadu negativních důsledků: zvyšuje riziko relapsu, vede k horšímu sociálnímu fungování a zhoršuje kvalitu života. Deprese také zvyšuje riziko sebevraždy: téměř dvě třetiny lidí se schizofrenií, kteří si sáhnou na život, tak učiní v době, kdy mají depresivní příznaky.

Přibližně polovina lidí se schizofrenií má sebevražedné myšlenky a problémy s náladou, a to buď jako příznak nemoci, nebo v důsledku stresu a sociálních problémů způsobených schizofrenií. Kromě toho má přibližně **30 %** osob obsedantně-kompulzivní příznaky, které se projevují opakovanými, vtíravými a nežádoucími myšlenkami, jež způsobují značné utrpení a deprese.

Schizofrenie má tři fáze

Průběh schizofrenie závisí na několika faktorech: kdy příznaky začínají, jak jsou závažné a jak dlouho trvají. Časně příznaky se často objevují postupně a postupem času se stávají závažnějšími a zřetelnějšími.

Jedinci mohou zažívat období zhoršení a zlepšení příznaků. Období zhoršení příznaků se označuje jako vzplanutí nebo relaps. Pomocí léčby může většina těchto příznaků ustoupit nebo vymizet (zejména ty pozitivní). Remise se týká období bez příznaků nebo pouze s mírnými příznaky.

Ačkoli se průběh nemoci u jednotlivých osob liší, lze ji rozdělit do tří odlišných fází:

**PRODROMÁLNÍ,
AKTIVNÍ
A REZIDUÁLNÍ.**

1. Prodromální fáze

Prodromální znamená „před onemocněním“.

V této fázi, která může trvat **2–5 let**, dochází u jedinců ke změnám, které jsou zjevné pro rodinu a blízké přátele. Patří mezi ně problémy s pamětí a soustředěním nebo neobvyklé chování a nápady. Mohou také komunikovat dezorganizovaně a vykazují



omezený zájem o každodenní činnosti. U dospívajících jsou tyto změny často přehlíženy, jelikož jsou v tomto období považovány za normální. Při zpětném pohledu je snadné tyto příznaky interpretovat jako varovné signály, nicméně v předemtné době je nesmírně obtížné odlišit je od běžných příznaků puberty.

2. Aktivní fáze

Tato fáze je charakterizována výskytem psychotických příznaků, jako jsou halucinace, bludy a/nebo dezorganizované myšlení a řeč, ale také depresí nebo afektivním oploštěním. Přítomnost těchto příznaků se nazývá „psychóza“ a období kdy se projevují, „psychotická epizoda“.



Příznaky se mohou objevovat postupně nebo náhle. Ve většině případů zůstává příčina neznámá. Vědci se domnívají, že první výskyt psychotických příznaků (nazývaný také „první ataka“) může být způsoben stresem. Pacienti a jejich rodinní příslušníci v této fázi obvykle vyhledají odbornou pomoc.

3. Reziduální fáze

Zahrnuje období **6–18 měsíců**

následující po aktivní fázi. V této fázi se mnohé charakteristické psychotické příznaky zmírňují. Některé reziduální příznaky, jako jsou halucinace nebo funkční poruchy, však mohou přetrvávat. Pozitivní příznaky mohou



být také nahrazeny negativními příznaky, například nedostatkem energie a stažením se ze společenského života. V mnoha případech si pacienti v tomto období začínají uvědomovat své příznaky a učit se jak je zvládat.



Jak se schizofrenie vyvíjí?

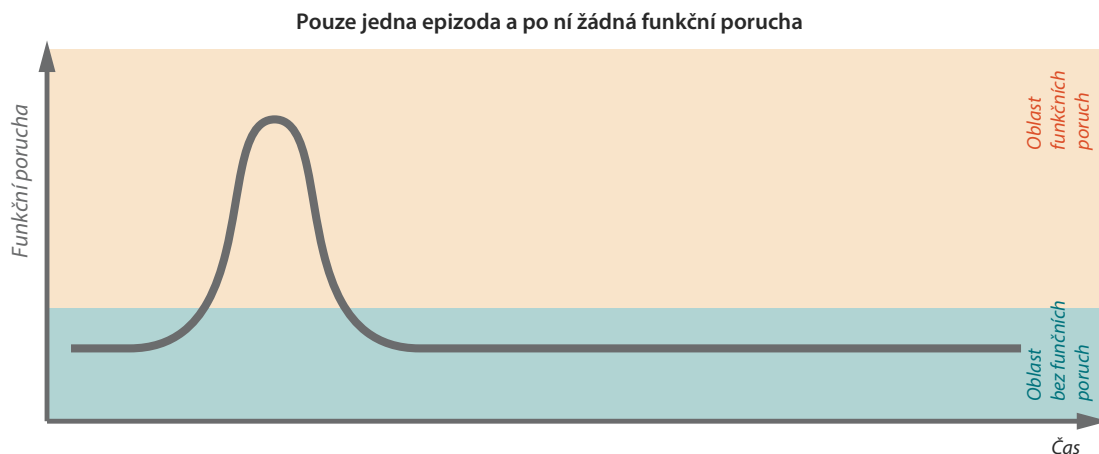
Ačkoli onemocnění postihuje každého pacienta jinak, podle výzkumů v této oblasti má průběh nemoci

obvykle jednu z typických forem, které jsou znázorněny v následujících čtyřech schématických vizualizacích možného průběhu schizofrenie a jejího dopadu na běžné fungování pacientů.

Jak ukazuje níže obrázek 1, po akutní první epizodě s psychotickými příznaky může **22 %**

nemocných zažít remisi bez další recidivy nebo funkčního postižení v budoucnu.

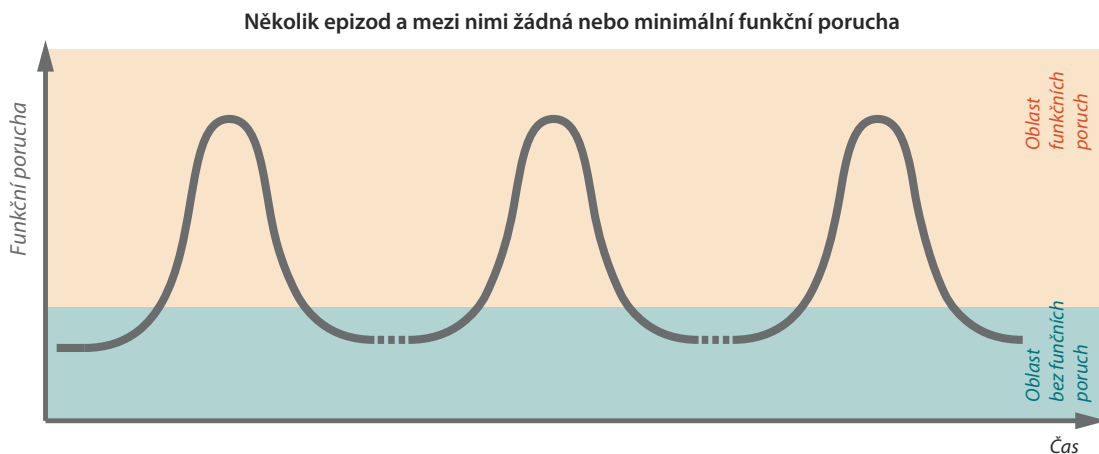
Obrázok 1.



Výzkumy ukázaly, že ve **35 %** případů se nemoc probíhá epizodicky s několika psychotickými epizodami v průběhu onemocnění v následujících letech, jak je znázorněno na obrázku 2 níže.

Tyto epizody často spouští zvýšená hladina stresu. V některých případech dochází mezi jednotlivými epizodami k úplné remisi a obnovení funkčnosti.

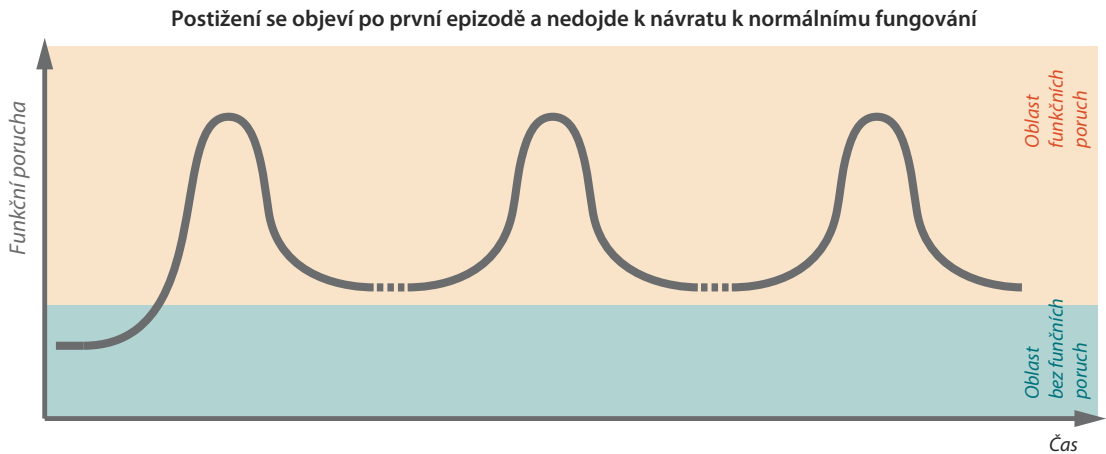
Obrázok 2.



Přibližně u **8%** nemocných dochází k částečné remisi s oslabenými, ale přetrvávajícími příznaky, jak ukazuje obrázek 3.

Ty mohou zahrnovat psychotické příznaky, negativní příznaky, kognitivní poruchy a ztrátu normálního fungování.

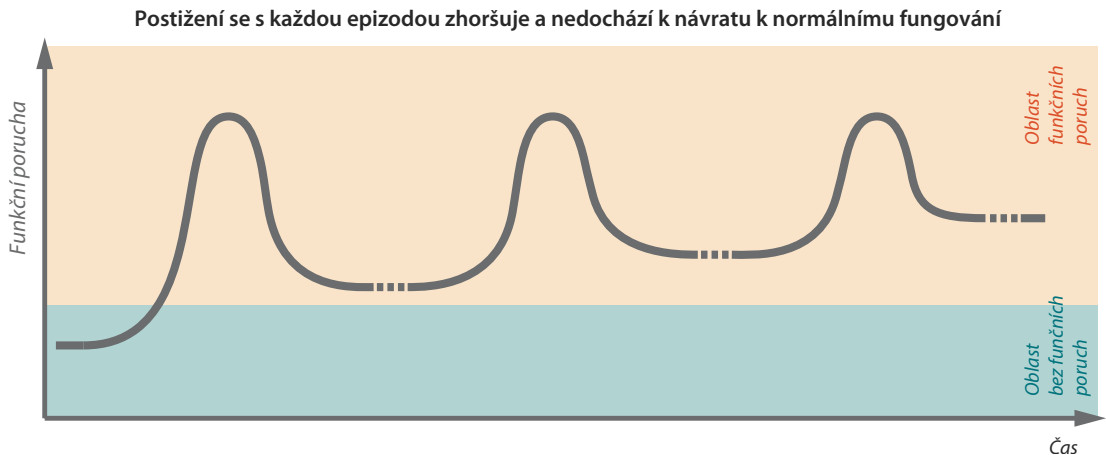
Obrázok 3.



V dalších přibližně **35%** případů se nemoc postupně zhoršuje a epizody

nelze odděleně identifikovat. Průběh znázorňuje obrázek 4 níže.

Obrázok 4.



Důležitá poznámka!

PŘÍZNAKY SCHIZOFRENIE LZE DOBŘE ZVLÁDNOUT

**pomocí léčby a pacienti
mohou vést bohatý a smysluplný život.**

**Vaše péče a podpora
je pro vašeho blízkého zásadní,
aby mohl žít plnohodnotný život.**

Odkazy

1. World Health Organization. (www.who.int) Webpage: Schizophrenia. 2022.
2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
4. Gaebel W, Wölwer W. Themenheft 50 “Schizophrenie.” Robert Koch-Institut; 2010.
5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry. 1999 Jan;60(1):61–7; quiz 68–9.
6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.
7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. [cited 2020 Oct 4]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430
8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. Psychosis. 2016 Jan 2;8(1):48–59.
10. Schizophrenia - Mental Health Disorders [Internet]. Merck Manuals Consumer Version. [cited 2020 Oct 4]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>
11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.
12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. Schizophr Res. 2007 February; 90(1-3): 186–197
13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia [Internet]. Psychiatric Times. [cited 2021 Jun 16]. Available from: <https://www.psychiatrictimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>

14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia an Up-To-Date Review of Literature. Curr Psychiatry Rep. 2019 Jul 1;21(8):64.
15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. Schizophr Bull. 2003;29(4):671–92.
16. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2020.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. Aust N Z J Psychiatry. 2003 Oct;37(5):586–94.
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. Am J Psychiatry. 2005 Mar;162(3):441–9.
19. Bäuml J. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
20. Schizophrenia.com. Schizophrenia Facts and Statistics. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)

