

Jaroslava Skopová

SCHIZOFRENIE – VÁŽNÉ, ALE DOBŘE LÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ

INFORMACE PRO PACIENTY
A JEJICH BLÍZKÉ



Jaroslava Skopová

SCHIZOFRENIE – VÁŽNÉ, ALE DOBŘE LÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ

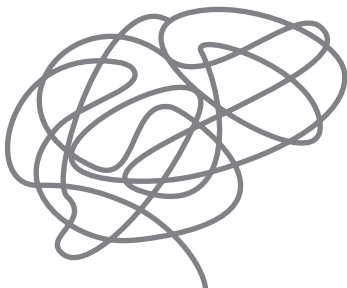
INFORMACE PRO PACIENTY
A JEJICH BLÍZKÉ



Jaroslava Skopová

SCHIZOFRENIE – VÁŽNÉ, ALE DOBŘE LÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ

INFORMACE PRO PACIENTY
A JEJICH BLÍZKÉ



Autorka

MUDr. Jaroslava Skopová

Nemocnice Na Homolce, Praha 5

Jaroslava Skopová

SCHIZOFRENIE – VÁŽNÉ, ALE DOBŘE LÉČITELNÉ ONEMOCNĚNÍ

Informace pro pacienty a jejich blízké

První vydání

Vydalo nakladatelství Galén, Na Popelce 3144/10a, 150 00 Praha 5

jako účelovou publikaci pro Lundbeck Česká republika s. r. o.

Editor PhDr. Lubomír Houdek

Šéfredaktorka PhDr. Soňa Dernerová

Redakční spolupráce Alena Regalová

Titulní ilustrace Magdaléna Kalistová (Designuj!)

Sazba Václav Zuka, Galén

Grafický návrh DTP Galén

Tisk Glos, Špidlenova 436, 513 01 Semily

G351056

Všechna práva vyhrazena.

Autoři i nakladatel vynaložili značné úsilí, aby informace o léčivech odpovídaly stavu znalostí v době zpracování díla. Nakladatel za ně nenese odpovědnost a doporučuje řídit se údaji o doporučeném dávkování a kontraindikacích uvedenými výrobcí v příbalovém letáku příslušného léčivého přípravku. Týká se to především přípravků vzácněji používaných nebo nově uváděných na trh.

© Galén, 2016

ISBN 978-80-7492-232-9

OBSAH

Úvod	7
Co je schizofrenie	8
Jaké jsou příčiny schizofrenie	9
Mýty o schizofrenii	10
Jak se schizofrenie projevuje a jaký je její průběh.	13
Jak se schizofrenie léčí	16
<i>Léky v léčbě schizofrenie</i>	17
<i>Etapy léčby</i>	18
<i>Nejzávažnější problémy a komplikace léčby</i>	19
<i>Nefarmakologické přístupy, psychosociální podpora</i>	20
Závěr	22



ÚVOD

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, jehož přesné příčiny navzdory stále přibývajícím novým medicínským poznatkům nejsou zatím známy. Pokrok v medicíně však dnes výrazně zlepšil jeho prognózu, tedy výhled do budoucna. Toto onemocnění je opředeno mnoha mýty a obavami a laickou veřejností je jen obtížně přijímáno. V médiích je schizofrenii věnována bohužel jen negativní pozornost. Setkáme se v nich spíše s některými tragickými událostmi a dramatizací problematiky než s šířením osvěty. Veřejnost se tak většinou dostává ke zkresleným a zavádějícím informacím. Tato brožura je určena pro ty, kteří se chtějí dozvědět základní fakta o schizofrenii, o typických příznacích, průběhu onemocnění, jeho prognóze a také o moderních možnostech léčby. Může tak pomoci jak nemocným, trpícím touto poruchou, tak jejich blízkým.



CO JE SCHIZOFRENIE

Schizofrenie představuje závažné duševní onemocnění, které postihuje asi 1 % celosvětové populace. Patří mezi tzv. psychotické poruchy, tedy poruchy provázené podstatnou deformací myšlení a vnímání. Název tohoto onemocnění zavedl švýcarský psychiatr Eugen Bleuler v roce 1911, samo onemocnění však bylo prokazatelně popisováno již v dávné minulosti. Postupem času se pohled na ně měnil, dnes již víme, že jde o onemocnění mozku, které může vést k nevratnému poškození šedé hmoty mozkové. Jde o poruchu, která závažně zasahuje do všech oblastí života. Zpravidla se jedná o vleklé onemocnění, se sklonem k opakování epizod. Neléčené znemožňuje normální fungování člověka, vážně narušuje nejen jeho pracovní schopnost, ale i jeho osobní život. Zásadním způsobem ovlivňuje prožívání, náladu, chování, vztahy s ostatními lidmi, ale i schopnost nemocného postarat se sám o sebe.



JAKÉ JSOU PŘÍČINY SCHIZOFRENIE

Přesné příčiny vzniku tohoto onemocnění nejsou doposud známy. Předpokládá se multifaktoriální etiologie, to znamená, že se na vzniku může podílet více příčin. Může to být kombinace faktorů biologických (např. dědičnost) a psychosociálních (např. vliv prostředí a životních událostí). Ty pak společně vytvářejí dispozici k onemocnění, vedou k vyšší citlivosti a zranitelnosti. Podle nových poznatků jde o onemocnění mozku, jehož podklad vzniká již v období nitroděložního vývoje, ale které se projeví zpravidla později, nejčastěji kolem 20. roku věku. Na rozdíl od minulosti se dnes předpokládá, že příčinou je narušená komunikace mezi různými oddíly mozku a že tedy porucha nevzniká jen v jeho jedné určité části.

Základním biologickým faktorem je dědičnost. Studie dědičnosti prokázaly, že při onemocnění jednoho rodiče schizofrenií je asi 10% pravděpodobnost, že může onemocnět i jeho dítě. Jsou-li onemocněním postiženi oba rodiče, pak se zvyšuje riziko pro dítě až na 30–40%.



MÝTY O SCHIZOFRENIÍ

Veřejnost je bohužel i v dnešní době zatížena celou řadou předsudků ve vztahu k psychiatrii a ke schizofrenii zejména. Zde jsou nejčastější z nich:

- *Nemocní schizofrenií mají nevypočitatelné, nepředvídatelné a nebezpečné chování, které přichází bez varování*

Tento mýtus výrazně posilují a přiživují prakticky všechna média. Pro své okolí nebezpeční mohou být ale pouze ti pacienti, u nichž je v akutní atace nemoci těžce narušen kontakt s realitou. Mají některé poruchy vnímání a myšlení, kdy se cítí být ohroženi, brání se domnělým nepřátelům, nebo slyší hlasy nabádající je k agresivnímu jednání. Takové projevy nejsou ale typické pro všechny nemocné. Nevznikají náhle samy o sobě, ale po jiných, prodromálních příznacích (prvních časných signálech, že něco není v pořádku). Statistiky a výsledky výzkumu však dokazují, že agresivita pacientů je nižší při srovnání s tzv. zdravou populací. Naopak nemocní se schizofrenií jsou častěji obětmi násilného jednání ze strany lidí bez diagnózy závažné duševní poruchy.

- *Schizofrenie je špatně léčitelné onemocnění*

Schizofrenie je dobře léčitelné onemocnění, zahájí-li se léčba včas, nemocný užívá léky dle doporučení lékaře, nevynechává dávky a je zapojen do komplexní léčby. Díky vý-



voji a dostupnosti nových moderních léků, které jsou prosty výrazných vedlejších účinků, je v současnosti prognóza onemocnění velmi dobrá. Tomu napomáhají i psychoterapeutické a rehabilitační programy.

- *Nemocní schizofrenií jsou líní, vyhýbají se práci*

Tato domněnka má původ v poklesu energetického potenciálu a emotivity nemocných. To však patří mezi příznaky samotného onemocnění, zejména v těch případech, kdy léčba nezačala včas anebo kde v důsledku nedodržování předepsané medikace došlo k rozvoji opakovaných atak a k chronicitě. Zde je třeba zdůraznit, že mnozí pacienti se necítí být nemocní a nechtějí užívat předepsané léky. Právě vynechávání ordinovaných léků může vést ke zhoršení nemoci. Pokud o tom navíc není informován lékař, nemůže při potížích pomoci včas.

- *Schizofrenií onemocní jen lidé s nižší inteligencí nebo v důsledku onemocnění zhloupnou*

I toto je mýtus. Schizofrenií může onemocnět kdokoliv, postihuje lidi jak se základním, tak vysokoškolským vzděláním. Z historie je známo mnoho talentovaných a slavných osobností, které tato nemoc postihla, např. držitel Nobelovy ceny matematik John Nash, americký šachista Bobby Fischer, Ivan Blatný, český básník, který žil a zemřel v Anglii.

- *Lidé se schizofrenií nejsou schopni normálního života*

Po překonání akutní epizody onemocnění se pacienti vracejí do svého původního života, pokračují ve studiu nebo v zaměstnání, ovšem za předpokladu, že dodržují doporučený režim a léčbu. Ke ztrátě pracovní schopnosti dochází spíše u nemocných, kteří přicházejí k léčbě pozdě, často až po několika letech od začátku onemocnění, nebo kteří ne-



dodržují léčebný režim a předčasně léčbu ukončí, což bohužel vede k dalším relapsům onemocnění (znovuobjevení příznaků nemoci) a k jeho progresi (postupnému zhoršování).

- *Léky mění nemocné*

Není tomu tak. Je to samo onemocnění, které přináší jisté osobnostní změny v případě chronického průběhu s opakovanými, nedostatečně léčenými atakami. Moderní antipsychotika, na rozdíl od těch starších, tzv. typických antipsychotik, jsou velmi dobře snášena. Vedlejší účinky se buď vůbec neobjevují, anebo jsou jen velmi mírné a samy o sobě nemocného nemění.



JAK SE SCHIZOFRENIE PROJEVUJE A JAKÝ JE JEJÍ PRŮBĚH

Schizofrenii dnes chápeme jako celou skupinu onemocnění s různými příznaky, průběhem i mírou postižení. Rozlišujeme tři hlavní skupiny příznaků, a to pozitivní, negativní a kognitivní. První příznaky onemocnění se nejčastěji objevují v rané dospělosti, ale mohou se projevit i později.

Skupina pozitivních příznaků zahrnuje zejména různé typy poruch vnímání, falešných smyslových vjemů, které označujeme jako halucinace. Nejčastější jsou sluchové halucinace, kdy nemocný slyší různé zvuky, ale i hlasy, které mohou komentovat jeho činnost, dávat mu pokyny nebo příkazy. Ty mohou být nebezpečné, protože nemocný, jehož kontakt s realitou je vážně narušen, může pod jejich vlivem jednat. Dále sem patří různé zrakové halucinace, kdy nemocný vidí barvy, ale mohou to být i komplexní vjemy jako předměty, postavy. Při čichových a chuťových halucinacích, které se vyskytují společně s bludy, je např. přesvědčen, že mu je do potravy přidáván jed apod. Tělesné halucinace jsou provázeny pocity pálení, svědění, pocity doteků na kůži, ale i bolestivými vjemy, které jsou mylně pokládány za projev onemocnění některých orgánů.

Zvláštním druhem halucinací, typickým pro toto onemocnění, jsou tzv. intrapsychické halucinace, kdy je nemocný přesvědčen, že mu někdo odnímá nebo naopak do hlavy vkládá



myšlenky, může být přesvědčen o jejich zveřejňování nebo ozvučování.

Bludy jsou výrazem poruchy myšlení, kdy je jedinec nevyvratně přesvědčen o pravdivosti a skutečnosti svých představ. Na počátku bývá pouhá vztahovačnost, později je nemocný přesvědčen, že je např. pozorován, sledován (perzekuční bludy). Nemoc může být dále provázena bludy religiózními (s náboženskými souvislostmi), reformátorskými (jedinec je přesvědčen, že je schopen zásadním způsobem napravit společnost), inventorními (je vynálezcem), extrapotenčními (má mimořádné schopnosti, nadání), případně dalšími.

Negativní příznaky v mnohém připomínají depresivní příznaky. Projevují se např. oslabením vůle, poklesem nálady, ztrátou zájmů a celkovým snížením a ochuzením emocí, snížením pohybové aktivity. Nemocný se uzavírá do sebe, dochází k celkovému sociálnímu stažení. Odlišení deprese od negativních příznaků je velmi důležité, protože deprese, která provází schizofrenii, je významný rizikový faktor sebevražedného jednání.

Kognitivní příznaky jsou spojeny většinou s negativními. Jde o narušení pozornosti, paměti, slovní plynulosti, schopnosti plánovat.

Příznaky se vyskytují v různých kombinacích. Pro jednotlivé typy onemocnění jsou dána kritéria, podle nichž je možné onemocnění diagnostikovat. Těžiště diagnostiky spočívá zatím stále ještě v pečlivém vyšetření, pozorování a popisu jednotlivých psychopatologických příznaků. Testy, laboratorní a různá další vyšetření představují pouze pomocná, doplňková řešení a v běžné klinické praxi je jejich význam oproti výzkumu až druhotný.



Projevy nemoci mohou být zejména u dospívajících nebo mladých dospělých snadno zaměněny za extrémní pubertální chování. Rodiče by se ani při dramatickém průběhu puberty neměli zcela vzdát kontaktu s dítětem. Respektování soukromí dospívajícího je jistě namístě, ale měli bychom se snažit trpělivě projevovat alespoň minimální zájem a nedopustit úplné přerušování komunikace. Například podivná ospalost, nevycházení z pokoje či naopak časté popíjení a řádění při hlasité hudbě nemusí nutně znamenat jen revoltu proti konvencím. Může jít o první projevy onemocnění. Zvýšená pozornost je vhodná hlavně v rodinách, kde se nějaké duševní poruchy v příbuzenstvu vyskytly. Včasný záchyt onemocnění a vhodná léčba mohou zabránit jeho dalšímu rozvoji, a to je pro další život nemocného velmi důležité. Každá nedostatečně léčená ataka schizofrenie komplikuje další průběh a znesnadňuje léčbu. Šance na návrat k normálnímu životu se při každém novém vzplanutí nemoci snižuje.



JAK SE SCHIZOFRENIE LÉČÍ

Léčba vychází ze zjištění, že jednotlivé chorobné příznaky jsou důsledkem narušené rovnováhy mezi tzv. neurotransmitery (neboli mediátory) v mozku. Jde o látky chemické povahy, které zprostředkovávají přenos informace mezi nervovými buňkami (neurony). Jde o velmi komplexní a složité procesy na spojích mezi neurony v různých oblastech mozku, jejich podstatou je však právě narušená rovnováha mediátorů, a z nich zejména dopaminu a serotoninu. Antipsychotika (léky, kterými se schizofrenie léčí) pomáhají ztracenou rovnováhu opět vyrovnat a tím obnovit normální fungování mozku.

Dříve než začneme hovořit o vlastní léčbě, je třeba zdůraznit, že pro další průběh a celkovou prognózu nemocného je nejdůležitější především její včasné zahájení. Při jakýchkoli pochybnostech je vždy lepší radu lékaře vyhledat, než ji z obavy nebo nejistoty odkládat. Optimální je totiž začít léčbu již ve stadiu prodromálních, počátečních příznaků, kdy ještě nejsou plně rozvinuty typické schizofrenní symptomy. Ve skutečnosti je v běžné praxi časté, že psychiatr začíná léčit až v době, kdy již má nemocný za sebou několik atak a několik let průběhu onemocnění. Včasná léčba je důležitá nejen pro dosažení brzké remise (pocitu úzdravy, vymizení příznaků onemocnění) a zabránění dalším relapsům (opakovaným



vzplanutím) onemocnění, ale zejména pro předcházení změnám, k nimž dochází po každém relapsu.

Léky v léčbě schizofrenie

Základem léčby je farmakoterapie. Léky, které se v léčbě schizofrenie používají, se nazývají antipsychotika, je jich dnes celá řada. Jsou dostupné ve formě tablet nebo injekcí, některé z nich ve formě injekcí s prodlouženým uvolňováním. Výhodou injekcí s prodlouženým uvolňováním (zjednodušeně nazývaných „depotní injekce“) je aplikace v delších intervalech (2–4 týdny, měsíc). To znamená, že není třeba denně myslet na užití tablety, stačí pravidelně docházet k lékaři na injekci. Spolu s medikací je od počátku terapie nejdůležitější rovněž podrobné poučení pacienta a jeho rodiny a podpůrná psychoterapie. Informovanost veřejnosti o psychických poruchách je obecně stále ještě velmi nízká a o schizofrenii to platí o to víc. To vede mimo jiné k obavám, různým zkresleným domněnkám a mýtům, následně pak až ke stigmatizaci nemoci. Je velmi důležité, aby nemocný získal důvěru ve svého psychiatra, a stejně tak, aby měli potřebné informace jeho rodinní příslušníci. V případě nemocného je to zejména v počátku onemocnění poněkud složitější. Je to způsobeno samotným chorobným procesem, který vážně narušuje kontakt s realitou. Bohužel se však nezřídka stává, že i vzdělaný, inteligentní laik z pacientova okolí nespolupracuje tak, jak by bylo potřebné. V nejhorším případě dokonce nemocného hned po ústupu akutních příznaků z další léčby vrazuje. Každý psychiatr takové zkušenosti má, je to příliš častý a nebezpečný jev. Svévolné ukončení či přerušování léčby ohrožuje



pacienta a zhoršuje i jeho výhledy do budoucna. Někdy mohou být důvodem předčasného přerušení léčby doprovodné nežádoucí účinky léku (např. ospalost, chvění rukou, přibývání na váze nebo jiné neobvyklé tělesné projevy). Ty mohou způsobovat pochopitelnou nejistotu až nedůvěru k léčbě. Právě v takové situaci je důležité probrat své pochybnosti otevřeně s lékařem. Vždyť někdy stačí změna léku a potíže zmizí.

Etapy léčby

Na začátku hovoříme o tzv. akutní léčbě, na niž navazuje pokračovací a udržovací dlouhodobá léčba. Cílem dlouhodobé léčby je udržení remise (pocitu úzdravy) a současně předcházení dalším relapsům (tedy návratu akutních psychotických příznaků, které již byly léčbou odstraněny). Opakované relapsy onemocnění zhoršují prognózu nemocného. O délce léčby by měl vždy rozhodovat lékař, který zná dobře nejen svého pacienta, průběh jeho onemocnění, ale i jeho celkové zázemí. Obecně se – na základě rozsáhlých zkušeností a sledování – doporučuje dlouhodobá léčba s pravidelnými kontrolami. Často bývá celoživotní. Čím déle trvá onemocnění, tím pravděpodobnější je relaps po vysazení léčby.

K antipsychotické léčbě mohou být v některých případech ještě přikombinovány jiné léky, např. tzv. stabilizátory nálady, antidepresiva. Pro dobrý výsledek léčby je velmi významná životospráva, správný stravovací režim, přiměřená pohybová aktivita. Lékař by měl mít na paměti občasná laboratorní vyšetření a kontrolu váhy.



Nejzávažnější problémy a komplikace léčby

Nejčastějším problémem je předčasné vysazení léku samotným pacientem, což několikanásobně zvyšuje riziko návratu chorobných příznaků. Někdy tak pacient učiní záměrně, protože se prostě domnívá, že léky nepotřebuje, chybí mu správný náhled na onemocnění a je přesvědčen, že dosavadní léčba byla již dostatečně dlouhá. Dříve byly častým důvodem přerušení léčby vedlejší účinky antipsychotika – zejména sedace (pocit unavenosti až ospalosti), přibývání na váze, některé neurologické příznaky provázející léčbu staršími, tzv. typickými antipsychotiky (např. neklid, třes). U moderních léčivých přípravků je snášenlivost velmi dobrá. I nejnovější antipsychotika však mohou být individuálně různě tolerována, jak je tomu ostatně u všech léků obecně. Je úkolem lékaře, aby u každého jednotlivého pacienta zohlednil jeho celkový zdravotní stav a podle toho zvolil optimální lék. Častou komplikací v případě léčby tabletami antipsychotika je (a to i při dobré snášenlivosti) prosté zapomínání, zejména tehdy, cítí-li se nemocný dobře a začal normálně fungovat, tj. vrátil se do zaměstnání a není nijak omezen ani v jiných oblastech svého života. Proto je velmi vítanou možností léčba antipsychotiky s prodlouženým uvolňováním v injekční formě, podávaná v několikátýdenních intervalech. Zejména moderní přípravky se velmi dobře snášejí a jsou bez vedlejších účinků, typických pro starší léky. Lékař, pacient i jeho blízcí mají jistotu, že léčba probíhá bez přerušení podle léčebného plánu, a velmi výrazně se zmenšuje riziko relapsu onemocnění. Na případné varovné příznaky lze snadno zareagovat zvýšením dávky, úpravou medikace, třeba i přechodnou, a předejít tak hospitalizaci a vytržení nemocného z jeho obvyklého prostředí.



Pokud pacient uvažuje o přerušení či ukončení léčby, měl by mít na paměti vše, co se o onemocnění a rizicích přerušení léčby dozvěděl, a vše pečlivě zvážit. Vždy by o tom měl příjmenším svého psychiatra informovat. Mnohem bezpečnější je však předem tyto úvahy s lékařem probrat a poradit se s ním o vhodném postupu.

Nefarmakologické přístupy, psychosociální podpora

Jak již bylo řečeno, důkladné poučení nemocného a jeho blízkých je vždy nezbytnou součástí již samotného zahájení léčby. Hovoříme o psychoedukaci. Cílem je nejen poskytnout všechny potřebné informace, ale i ukázat nemocnému, že nám jde o dobrý partnerský vztah, který je tolik významný pro dosažení vzájemné důvěry a úspěšnost dlouhodobé léčby.

Velmi vhodnou formou je skupinová psychoedukace. Nemocný je konfrontován s osudy dalších pacientů, s jejich zkušenostmi a zkušenostmi jejich rodin. Komunikace s jinými pacienty je vítanou možností, a to jak v době pracovní neschopnosti, tak případné invalidity, jak udržovat sociální kontakty a zbavit se tíživého pocitu osamocení v nemoci. Ve skupinové psychoedukaci posiluje nemocný své komunikační dovednosti, učí se včas rozpoznávat varovné příznaky relapsu, získává užitečné rady týkající se životosprávy. Není tak odkázán pouze na samotného psychiatra, který vede léčbu, doslova »není v tom sám«.

Pro některé nemocné, zejména s delším průběhem onemocnění, je nesmírně významná **kognitivní** (týkající se paměti, myšlení či praktických návyků) a **sociální** (související se zapojením do společnosti, s komunikací s lidmi v okolí)



rehabilitace. Ve větších městech jsou denní sanatoria, specializované denní stacionáře. Pro pacienty, kteří se nemohou v brzké době vrátit do svého původního zaměstnání, je dále vhodná **pracovní rehabilitace.**

Spoluúčast rodinných příslušníků a nejbližšího okolí pacienta při léčbě a podpora nemocného jsou nesmírně významné. Je třeba stále mít na paměti, že nejlepší prognózu, šanci na uzdravení a návrat k plnohodnotnému životu mají ti, kteří se začnou léčit v časných stádiích onemocnění, a ti, kteří neukončují léčbu proti doporučením lékaře. Spolupráce lékaře s nemocným v akutním stadiu je komplikovaná. Je to způsobeno jednak absencí pacientova náhledu na onemocnění, jeho disimulací (snahou o bagatelizaci či popírání příznaků nemoci) např. z obavy před hospitalizací, stigmatizací a diskriminací současnou společností. V případě relapsu, návratu onemocnění, mohou být právě záchyty prvních varovných příznaků (změny v chování, náladě, poruchy spánku) velmi cenné, protože okamžitou intervencí lékaře, někdy jen minimální úpravou léčby, může dojít k rychlé normalizaci stavu bez potřeby hospitalizace.



ZÁVĚR

Schizofrenie je závažné onemocnění, zpravidla s chronickým průběhem, ale zejména díky pokrokům v medicíně je léčitelné. Na současné úrovni poznání není tato nemoc zcela vyléčitelná, stejně jako je tomu u jiných tělesných onemocnění, např. cukrovky, hypertenze a celé řady dalších. Ale komplexní a důslednou léčbou mohou být příznaky velmi dobře zvládnuty a kompenzovány tak, že je nemocný schopen hodnotně fungovat a žít spokojený život.

Více informací o schizofrenii, jiných duševních poruchách či obecně o psychiatrické péči v ČR najdete také na internetu, např. na stránkách www.blazinec.com, www.stopstigma.cz, www.dotyk.cz nebo www.fokuslabe.cz

www.lundbeck.cz
www.galen.cz

ISBN 978-80-7492-232-9



9 788074 922329