

SCHIZOTYPNÍ PORUCHA

MUDr. Zdeněk Faldyna

Psychiatrická klinika FN Olomouc

Schizotypní porucha představuje onemocnění, které nestojí v popředí pozornosti psychiatrů. Obvykle bývá chápána jako stav stojící na hranici schizofrenie. Se schizofrenií ji spojují zejména kognitivní poruchy, sociální stažení a zúžená afektivita. Souvislost je ale zřejmá i na genetické úrovni. Z psychodynamického pohledu převládá názor, že schizotypní porucha se řadí mezi hraniční poruchy v širším smyslu. Diagnóza schizotypní poruchy má svou historii i jasnou konturu. Komplexní terapie zahrnuje jak psychotherapeutické postupy, tak psychofarmakoterapii. Cílem je zlepšení adaptační schopnosti pacienta.

Klíčová slova: schizotypní porucha, genetika schizofrenie, poruchy osobnosti.

SCHIZOTYPAL DISORDERS

Schizotypal personality disorder represents disease, which does not attract many psychiatrists. This condition is believed to be on the edge of schizophrenia. There is a connection with schizophrenia in cognitive disturbances, social withdrawal and limited emotional expression. There is a obvious genetic link to schizophrenia. From psychodynamic point of view it is believed, that schizotypal disorder belongs to borderline disorders in broader meaning. Diagnosis of schizotypal disorder has its own history and typical features. Complex therapy includes both psychotherapeutic approach and drug therapy. The goal is to improve adaptive abilities of a patient.

Key words: schizotypal disorder, genetics of schizophrenia, personality disorders.

Historický vývoj diagnostické jednotky

V roce 1911 Eugen Bleuler publikoval ve své „Učebnici psychiatrie“ příznaky schizofrenie. V praxi se setkáváme s pacienty, kteří tato kritéria splňují v „oslabené formě“. Jejich afektivní prožívání je chudší, projevuje se u nich nadměrná ambivalence, narušené sociální vztahy, magické myšlení atd. Bleuler je řadil do kategorie „latentních schizofrenií“, jiní autoři vytvářeli konstrukty „hraničních, ambulantních, pseudoneurotických nebo plíživých“ schizofrenií. V evropské i americké klasifikaci duševních nemocí se objevuje pojem schizotypní porucha resp. schizotypní porucha osobnosti, který zahrnuje stavy dříve obtížně klasifikovatelné. Označení „schizotyp“ použil prvně S. Rado v roce 1956 v knize „Psychoanalysis of behavior“. Mělo zkráceně označovat fenotypickou expresi schizofrenního genotypu. Už z názvu je zřejmý předpoklad genetické souvislosti se schizofrenií. Mnohokrát byl doložen zvýšený výskyt schizotypní poruchy u příbuzných schizofreniků. Předpoklad genetické souvislosti se schizofrenií ovlivnil i tvorbu operacionálních kritérií pro diagnostiku schizotypní poruchy a vyvolal diskuzi, zda tuto diagnostickou jednotku zařadit v klasifikaci mezi poruchy osobnosti či onemocnění schizofrenního okruhu (2). Jak je známo, v ICD 10 je schizotypní porucha řazena mezi poruchy příbuzné schizofrenii zatímco v DSM IV je řazena mezi poruchy osobnosti. Evropská klasifikace ke kritériím schizotypní poruchy některé položky přidává (obsedantní ruminace bez schopnosti vnitřního odporu a občasné přechodné kvázipsychotické epizody). Současné výzkumy podporují spíše evropské pojetí (1).

Schizotypní porucha je charakterizována podivností v myšlení, afektivitě a chování, které se pohybují na hranici kontroly reality, ale nedochází k výskytu jistých příznaků schizofrenie (9). Počátek příznaků spadá obvykle do časně dospělosti. Diagnostická kritéria ICD 10 a DSM IV obsahují následující položky:

Diagnostická kritéria Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) 10 pro F 21 Schizotypní porucha

- U jedince se musí projevovat nejméně čtyři z následujících charakteristik po dobu nejméně dvou let, trvale nebo epizodicky:
 - nepřiměřené nebo omezené emoční reakce (nemocný vyhlíží chladně a povzneseně)
 - chování nebo vzezření je podivné, výstřední nebo zvláštní
 - nespolečenský vztah k jiným lidem, sklon k sociálnímu stažení
 - podezíravost nebo vztahovačné myšlení
 - podezření na paranoidní bludy
 - obsedantní ruminace bez vnitřní schopnosti odporu, často s dysmorfobickým, sexuální nebo agresivním obsahem
 - občasné senzomotorické iluze a deperzonalizační a de-realizační zážitky
 - vágní, obřadné, metaforické, komplikované a často stereotypní myšlení a řeč bez masivní inkoherece
 - občasné přechodné, jakoby psychotické epizody s intenzivními bludy, sluchové nebo jiné halucinace a bludům podobné představy, vznikající obvykle bez vnějšího podnětu
- Jedinec nikdy nesplňoval kritéria pro některou z poruch F 20. (schizofrenie) (6).

Diagnostická kritéria pro schizotypní poruchu osobnosti DSM – IV

- Přetrvávající sociální a interpersonální deficit, vyznačující se omezenou kapacitou pro těsné vztahy, v nichž se necítí dobře, kognitivními a percepčními zkresleními a excentrickým chováním, počínající v časně dospělosti a přetrvávající v různých podmínkách, jak ji vymezuje pět (nebo více) z následujících položek:
 - pocit sledování (kromě bludů sledování)
 - zvláštní přesvědčení nebo magické myšlení, které ovlivňuje chování a neodpovídá subkulturní normě (např. ví-

- ra v jasnovidnost, telepatii, „šestý smysl“, u dětí a adolescentů bizarní fantazie a touhy)
- c) neobvyklé percepční zážitky včetně tělových iluzí
 - d) podivné myšlení a řeč (např. vágní, opisná, metaforická, vyumělkovaná nebo stereotypní)
 - e) podezíravost nebo paranoidní myšlenky
 - f) nepřiměřená nebo zúžená afektivita
 - g) podivné, výstřední nebo zvláštní chování
 - h) málo blízkých přátel kromě příbuzných prvního stupně
 - i) nadměrná sociální úzkost, která se nezmenšuje a má tendenci spíše k paranoidním obavám než k negativním představám o sobě
2. Je vyloučena diagnóza schizofrenie, poruchy nálady s psychotickými příznaky, jiné psychotické onemocnění nebo přetrvávající vývojové poruchy (9).

Biologický podklad

P. E. Meehl vytvořil v roce 1962 koncepci genetické dispozice ke schizofrenii, pro kterou použil termín „schizotaxie“. Zahrnul pod něj diskretní kognitivní poruchy, sociální stažení, snížené sebehodnocení, anhedonii a ambivalenci (5). Jedince, kteří tyto příznaky vykazovali, označoval jako schizotypní. Genetická vazba schizotypní poruchy a schizofrenie byla doložena prací Kendlera, Gruenberga a Strausse, kteří interpretovali výsledky rodinných studií schizofrenie (10). Studie Torgenssena (1985)(2) a Torgensena a Battaglii (1996)(1) nacházejí významnou genetickou vazbu zejména pro afektivní stažení a excentrické chování. Narušené sociální chování schizofrenních a schizotypních pacientů bylo modelováno na myších s mutací genu pro DSH-1 protein (14).

Převažující mínění je, že schizofrenie a schizotypní porucha mají ekvivalentní biologické markery. Cannon, Mednick, Parnas a kol. popisují obdobné kortikální abnormality u schizofrenie a schizotypní poruchy. Oproti vzorku schizotypních pacientů má schizofrenní skupina výraznější subkortikální abnormality (zvláště zvětšení komor). V diskuzi jejich studie je citován podobně zaměřený výzkum Roter, který tyto výsledky zpochybňuje (3). Studie O'Driscolla, Lenzenwegera a kol. prokazuje poruchy jemných sledovacích a antisakadických očních pohybů u schizotypních osob. Tyto příznaky byly dříve nalezeny u schizofrenních osob a jejich příbuzných prvního stupně a jsou znakem prefrontální dysfunkce (13). Metodologicky přísnější výzkum Keefe, Silvermana, Mohse a kol. přináší závěr, že schizotypní symptomy a narušení očních pohybů jsou na sobě nezávislými způsoby vyjádření fenotypu spojeného se schizofrenním genetickým podkladem (11). Zajímavé je v této souvislosti zjištění, že narušení sledovacích očních pohybů je přítomno ve větší míře u schizotypních poruch, mnohem méně často ovšem u pacientů, kteří mají diagnózu hraniční poruchy osobnosti a nebo diagnózu hraniční a schizotypní poruchy osobnosti zároveň (10). Schizotypní pacienti mají ve srovnání se schizofrenií relativně intaktní vizuální percepci, srovnatelným způsobem ale mají postiženu pracovní paměť, což je opět korelátem narušené funkce frontálních laloků (8). Dalším fenotypickým vyjád-

řením genetické vulnerability vůči schizofrenii je zřejmě deficit setrvalé pozornosti, který je u schizotypní poruchy nacházen (4).

Psychodynamický přístup

Paralelně s genetickými studiemi je na schizotypní poruchu nahlíženo z úhlu dynamického. Pro předpoklad raného narušení osobnostního vývoje je schizotypní porucha řazena vedle narcistické a „borderline“ poruchy mezi hraniční poruchy v širším smyslu. Narušení v časných stádiích osobnostního vývoje vedlo ke slabosti ega a narušení jeho funkcí (čímž je míněna schopnost současně prožívat a pozorovat, schopnost učit se, rozpoznávat souvislosti mezi věcmi, pojmy a myšlenkami, schopnost syntézy, integrace, schopnost bezpečně regredovat, kreativita, testování reality, schopnost udržet konstantní objektní reprezentace atd.). Nezralé obranné mechanismy nedokáží zabránit v případech vyšší zátěže dekompenzacím osobnosti.

Sama schizotypní porucha je chápána jako možná forma dekompenzace hraniční poruchy osobnosti. Množství publikací dokládá, že příznaky hraniční a schizotypní poruchy se překrývají v 7–58 % (10). Určité dimenze psychopatologie, např. afektivní nestabilita, kognitivně percepční narušení, impulzivita, excentricita v chování, narušení výkonu ve škole a zaměstnání apod., přecházejí napříč diagnostickými jednotkami. DSM IV umožňuje v případě splnění kritérií pro schizotypní i hraniční poruchu osobnosti uvádět současně obě diagnózy (2). V roce 1980 rozdělil Spear pacienty s hraniční poruchou osobnosti na infantilně/hysteroidní subtyp a obsedantně/paranoidní subtyp, který je symptomaticky ekvivalentem schizotypní poruchy (12). Jak schizotypní tak hraniční pacienti mívají epizody psychotických prožitků, mezi nimiž lze diferencovat. Schizotypní pacienti mívají perzistentní kvázipsychotické symptomy (vztahovačnost, paranoiditu, magické myšlení) a epizodicky dochází k jejich prohlubování. Hraniční pacienti mívají kognitivně – percepční narušení vázaná spíše na netolerovatelné, intenzivní a rychle se měnící afekty. Dramatická a bizarní psychotická produkce u hraničních poruch může být také formou jejich manipulace s okolím (10).

Srovnávání parametrů Rorschachových protokolů dokládají, že u schizotypních pacientů dochází k většímu narušení myšlení a testování reality a vykazují vyšší pohlcení vlastními vnitřními obsahy. Hraniční pacienti mají zase větší narušení vzhledem ke zvládání afektů. Schizotypní a schizofrenní pacienti měli podobnou organizaci myšlení a afektivity, lišili se výrazně v úrovni fungování. Hraniční pacienti se od schizofrenních odlišovali v obou těchto charakteristikách (12).

Není bez zajímavosti, že při zneužívání psychoaktivních látek inklinují schizotypní jedinci spíše k halucinogenům a hraniční jedinci preferují heroín a stimulantia (7). Předpokládá se, že schizotypní jedinci takto kompenzují vlastní nedostatečnou schopnost imaginace, hraničním osobnostem zase pomáhají drogy zvládat neúnosné afekty.

Diagnostika a diferenciální diagnostika

Schizotypní pacienti přicházejí do psychiatrické léčby buď pro komorbidní příznaky – zejména psychotické epizody, anxiózní a depresivní poruchy a užívání návykových látek a nebo pro narůstající psychosociální selhávání. Jako komorbidní diagnózy se tedy u schizotypní poruchy vyskytují diagnózy akutních psychotických poruch, deprese, anxiózních poruch, poruch přizpůsobení, somatizačních poruch, poruch příjmu potravy. Přidruzeny mohou být syndromy závislosti na psychoaktivních látkách. Dle DSM IV je možné diagnostikovat zároveň i hraniční poruchu osobnosti.

V diferenciální diagnostice je třeba odlišit schizofrenii a schizoafektivní poruchy, které mají jasná kritéria. Diferenciace mezi schizotypní poruchou a simplexní schizofrenií je někdy velmi obtížná a jedním z důležitých faktorů je zde míra psychosociálního selhávání, dále paranoidní a schizoidní porucha osobnosti, oproti nimž je schizotypní obraz bizarnější a je více narušeno psychosociální fungování. Obsedantně kompulzivní poruchu mohou připomínat stereotypní myšlenkové obsahy, které se mimovolně vynořují a zvláštní chování imponující jako rituály.

Terapie

Terapie schizotypní poruchy se řídí jednak přítomnou komorbidní diagnózou, jednak aktuálně vyjádřenými symptomy. Při farmakoterapii jsou používána atypická antipsychotika v nižších dávkách. Ta ovlivňují vztahovčnost, paranoiditu a magické myšlení, zároveň tlumí impulzivitu.

Literatura

1. Battaglia M, Torgensen S.: Schizotypal disorder: at the crossroads of genetics and nosology, *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 94(5), 1996, pp.: 303–310.
2. Boleloucký Z. a kol.: Hraniční stavy v psychiatrii, Grada Avicenum, Praha 1993, str. 118–119.
3. Cannon T.D., Madnick S.A., Parnas J., Schlusinger F. et al.: Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers: II. Structural brain characteristic of schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Archives of general psychiatry* 51(12), 1994, pp.: 955–962.
4. Chen W.J., Liu S.K., Chang C.J., Lien Y.J.: Sustained attention deficit and schizotypal personality features in nonpsychotic relatives of schizophrenic patients. *American journal of psychiatry* 155(9), 1998, pp.: 1214–1220.
5. cit.: Costello G.C.: Symptoms of schizophrenia, John Wiley and Sons, New York 1993, p. 217.
6. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. Psychiatrické centrum 1996, Praha s.: 71.
7. Ekleberry S.C.: The schizoid personality disorder (SPD), in. Dual diagnosis pages, March 2000.

Na psychiatrické klinice FN Olomouc jsme za rok 2000 léčili na mužském oddělení pro schizotypní poruchu 8 pacientů, u 6 jsme nasazovali antipsychotika (ve čtyřech případech Zyprexu v dávce 5–10 mg, ve dvou případech Risperdal v dávce 3–4 mg) Psychoterapie spočívá jednak na postupech, užívaných u hraničních poruch, obsahuje však i prvky z psychoterapie schizofrenních pacientů. Akceptace pacienta, práce s ambivalentními prožitky, neinterpretativní intervence a trénink sociálních dovedností může zlepšit sociální adaptaci a upevnit pacienta v jeho prostředí. Promyšlená terapeutická intervence u schizotypní poruchy je v každém případě výhodnou investicí, jelikož velmi často tato porucha bez adekvátní léčby postupně vyústí ve schizofrenní onemocnění, které pak má – vzhledem k osobnostnímu i genetickému narušení – vždy horší prognózu.

Závěr

Diagnóza schizotypní poruchy bývá obvykle stanovována na váhavě. Diagnostická kritéria MKN 10 neposkytují dostatečnou oporu pro jasné diferencování od příbuzných diagnostických jednotek. Přehled historického vývoje vymezení této diagnózy a zařazení do více teoretických kontextů mohou pomoci k lepší představě o podstatě onemocnění. Biologické i psychodynamické teorie mají k etiologii schizotypní poruchy co říci, z čehož vyplývá také oprávněnost komplexního terapeutického přístupu, který respektuje specifitu této diagnózy.

8. Farmer C.M., O'Donnell B.F., Niznikiewicz M.A., Voglmaier M.M.: Visual perception and working memory in schizotypal personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 157(5), 2000, pp.: 781–786.
9. Kaplan H.I., Sadock B.J., Grebb J.A.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry 7-th edition. Williams and Wilkins 1994, pp.: 736–737.
10. (cit.): Kavoussi R.J., Siever L.J.: Overlap between borderline and schizotypal personality disorders, *Comprehensive psychiatry* 33,1. 1992, pp. 7–12.
11. Keefe, R.S., Silverman J.M., Mohs R.C., Siever L.J. et al.: Eye tracking, attention, and schizotypal symptoms in nonpsychotic relatives of patients with schizophrenia. *Archives of general psychiatry* 54(2), 1997, pp.: 169–176.
12. Lerner P.M.: Psychoanalytic theory and the Rorschach, The analytic press, hillsdale NJ 1991, p. 137.
13. O'Driscoll G.A., Lenzenweger M.F., Holzman P.S.: Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy. *Archives of general psychiatry* 55(9), 1998, pp.: 837–843.
14. Paylor, McDonald M., Deng C.X., Macaferri G.: Schizophrenia and schizotypal personality disorder may have genetic roots. NIH report Sept. 5, 1997.