

Důsledky deprese u schizofrenie

Bylo zjištěno, že pacienti s depresí u schizofrenie signifikantně častěji využívali zdravotnických služeb, měli problémy s bezpečností (častěji se u nich vyskytovala agrese, zatčení, častěji byli viktimizováni a v neposlední řadě bylo u nich vyšší riziko suicidality), měli více problémů s abusem návykových látek, měli sníženou kvalitu života, bylo u nich přítomno horší fungování v běžném životě a také adherence kléčbě (16). To, že deprese u schizofrenie je řazena do rizikových faktorů pro suicidální jednání, zdůrazňuje ve své práci i Eva Češková (6).

Zajímavá práce, zaměřující se na efekt náhledu na depresi, kvalitu života a suicidalitu u pacientů s poruchami schizofrenního spektra, byla publikována v roce 2019. Autoři do ní zařadili 738 pacientů, dokončilo ji 370 z nich. Míra náhledu těchto pacientů na počátku predikovala míru suicidality, naopak to však neplatilo. Autoři studie dle získaných výsledků navrhli časovou sekvenci: lepší náhled vedl k horší kvalitě života, zhoršená kvalita života pak způsobila zvýšenou míru depresivity a to ve finále vedlo ke zvýšené suicidalitě. Náhled však ovlivňoval zbývající tři proměnné (kvalitu života, depresivitu a suicidalitu) i paralelně. Na závěr autoři doporučují, aby se intervence zaměřené na zlepšení náhledu u pacientů s poruchami ze schizofrenního spektra neprováděly bez monitorování depresivity a bez prevence suicidality (17).

Tzv. paradoxem náhledu se zabývala i metaanalýza z roku 2020. Paradox náhledu vychází z předpokladu, že chybný náhled ovlivňuje pacienty se schizofrenií a je klíčovou příčinou nepříznivých následků onemocnění, ovšem na druhou stranu byla popsána zmíněná asociace zlepšení náhledu a zhoršení kvality života. Autoři metaanalýzy se proto zaměřili na vzájemný vztah náhledu a jeho subdomén a kvality života, zároveň byla zaměřena i na vliv dvou moderátorů (typu měření kvality života a závažnosti psychopatologie) na tento vztah. Na konci pak autoři zjistili, že celkový klinický náhled nemoci byl opravdu v nepříjemné úměře ke kvalitě života, což podporuje zmíněný paradox. Zároveň se ukázalo, že závažnost psychopatologie moderovala tento vztah – její větší závažnost oslabovala tuto nepřímou úměru. Pokud se ale autoři metaanalýzy zaměřili na jednotlivé subdomény náhledu, pouze uvědomování si nemoci (Awareness of Illness) bylo nepřímo úměrné kvalitě života, ostatní subdomény nikoli.

Jednou z těchto subdomén je také Potřeba léčby (Need for Treatment) (18). Z toho vyplývá, že i přes paradox náhledu je třeba snažit se pracovat na vytvoření náhledu u pacientů se schizofrenií, ale při tom monitorovat rozvoj případné depresivní symptomatiky a suicidality.

Bylo uvedeno, že deprese u schizofrenie zvyšuje riziko suicidia. Suicidalitou u schizofrenie se zabýval systematický přehled z roku 2010. Zařazeno do něj bylo celkem 51 studií. Na základě získaných výsledků udávají autoři riziko suicidia u pacientů se schizofrenií asi 5 %. Identifikovány byly rovněž rizikové faktory. Ty autoři dělí na demografické (vyšším rizikem suicidia jsou ohroženi mladší pacienti, muži, nezaměstnaní, s vyšším vzděláním), spjaté s nemocí (zde je udávána na prvním místě právě deprese, dále beznaděj, negativní myšlenky o sobě, úzkost, nespavost, sebedevalvace, nízké sebehodnocení, pocity viny a komorbidní posttraumatická stresová porucha; dále také zvýšená závažnost pozitivních příznaků schizofrenie, nižší výskyt negativních příznaků, větší míra duševního utrpení, dezintegrace a agitovanost či motorický neklid; řazen je sem i náhled a přítomnost tělesného onemocnění), genetické (rodinná anamnéza suicidií), předchozí suicidální pokusy či suicidální ideace (korelace s předchozími suicidálními pokusy a suicidálními ideacemi s dokonanými suicidii je považována za silnou), dále sem je řazen i komorbidní abusus návykových látek a (nepříznivé) životní události (za potenciální rizikový faktor je konkrétně hodnoceno psychotrauma v dětství). Jediným protektivním faktorem bylo poskytnutí léčby a adherence k ní (19). Čili shrneme-li dvě naposledy uvedené práce, ukazuje se jako bezpečné a potřebné pracovat zejména na náhledu pacientů k potřebě léčby, protože jen ta může pacienty ochránit.

To potvrzuje i recentní systematický přehled a metaanalýza zaměřená na mortalitu u schizofrenie. Zařazeno do ní bylo 135 studií s celkem 4536447 pacienty se schizofrenií srovnávanými s 1 115 600 059 kontrolami z celkové populace a s 3827955 kontrolami s jinou psychickou poruchou. Riziko dokonaného suicidia je u pacientů se schizofrenií 9,76x vyšší než v běžné populaci, ještě vyšší hodnota risk ratio (konkrétně 12,7) je u pacientů v časných fázích schizofrenie. Protektivním faktorem je antipsychotická léčba a to jakákoli ve srovnání s absencí této léčby. Nejeefektivnější v prevenci mortality v důsledku suicidia byl klopazapin (risk ratio bylo 0,22), násled-

dovaný antipsychotiky 2. generace ve formě dlouhodobě působících injekcí (20).

Popsat možnosti léčby deprese u schizofrenie je nad rámec tohoto článku, čtenáře lze odkázat na přehledovou práci Evy Češkové z roku 2020 (21) nebo aktualizaci doporučených postupů Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (PS ČLS JEP) pro akutní i stabilizační a udržovací léčbu (22, 23).

Závěr

Na závěr lze říci, že deprese je u schizofrenie častým jevem, až 80 % pacientů zažije během časných fází schizofrenní poruchy depresivní epizodu. V MKN-10 existuje kategorie postschizofrenní deprese, která má poměrně restriktivní kritéria. V MKN-11 existují kvalifikátory (specifikátory) symptomů včetně domény depresivních příznaků, které umožňují depresivitu popisovat citlivěji. Z měřících škál deprese u schizofrenie se jako nejspecifičtější jeví Calgary Depression Scale for Schizophrenia. Je nutné rovněž zmínit, že do určité míry se liší deprese u pacientů s poruchami schizofrenního spektra od těch s pouze depresivní poruchou – u obou je častý reportovaný smutek; pacienti s poruchami schizofrenního spektra však spali déle a měli nižší míru únavy a pesimismu. Je třeba věnovat pozornost i diferencální diagnostice deprese u schizofrenie, zejména je nutné vyloučit organické příčiny; problémy může působit odlišení od negativních příznaků. Ukazuje se, že větší specifitu pro depresi u schizofrenie má pokleslá nálada, suicidální myšlenky a pesimismus, naopak alogie a oploštělá emotivita jsou spíše součástí negativní symptomatiky. Důsledky přítomnosti deprese u pacientů se schizofrenií jsou závažné včetně vyššího rizika suicidálního jednání. Riziko suicidia je u pacientů se schizofrenií asi 5%, relativní riziko je téměř 10x vyšší než v běžné populaci. Ukazuje se, že jediným protektivním faktorem je antipsychotická léčba, konkrétně zejména klopazapinem nebo dlouhodobě působícími injekčními antipsychotiky 2. generace (v ČR máme aktuálně k dispozici aripiprazol, olanzapin, paliperidon a risperidon).

Tato práce byla finančně podpořena projektem AZV (NU23-08-00257) a projektem (Ministerstva zdravotnictví) koncepčního rozvoje výzkumné organizace 65269705 (FN Brno). FN Brno žádným způsobem nezasahovala do obsahu článku.