

V poslední části přednášky se doktorka Racková věnovala kombinaci antipsychotik. Kombinace antipsychotik je běžná klinická praxe a můžeme si klást otázku, jestli je účinnější než monoterapie a zda vede ke snížení nebo zvýšení některých nežádoucích účinků. Až třetina pacientů neodpovídá na léčbu, 10–24 % ambulantních a až 40 % hospitalizovaných pacientů má kombinaci antipsychotik. Studií, které by sledovaly účinnost, snášenlivost a vliv na kognici je prozatím poměrně málo. Ukazuje se, že i u pacienta, který je na kombinaci má smysl převod na monoterapii, protože může dojít ke snížení hmotnosti, nežádoucích účinků a také k poklesu negativních příznaků. Existují však práce, které nám ukazují, že kombinace aripiprazolu ke stávající antipsychotické léčbě může vést ke snížení prolaktinémie, hmotnosti a snížení negativních příznaků. Nicméně se nejedná o velké studie s velkým množstvím pacientů. Nevýhodou kombinace jsou zvýšený výskyt a intenzita nežádoucích účinků (extrapyramidové, metabolické nežádoucí účinky, hyperprolaktinémie), lékových interakcí a snížení adherence. Vždy je potřebné zvažovat u koho se kombinace dá využít. Není to první ani druhý léčebný postup a má to smysl u pacientů, kteří už jsou proléčeni a nezabírá monoterapie.

Závěrem doktorka Racková shrnula, že je důležitý vhodný výběr antipsychotika s ohledem na klinický obraz onemocnění, fázi léčby a dlouhodobost užívání. Důležitá je také spolupráce mezi jednotlivými léčebnými zařízeními (lůžka, stacionáře, CZD, ambulance) a opatrnost při snižování nebo vysazování antipsychotik. Pokud však pacient má nežádoucí účinky, je na místě antipsychotickou medikaci vyměnit.

### Jako čtvrtá přednášející představila profesorka Látalová pohled na **Budoucnost pacienta se schizofrenií v horizontu desetiletí.**

Profesorka Látalová se nejprve zamyslela, jaká je budoucnost zdravého člověka v horizontu desetiletí. Víme, co se stalo za poslední rok, 3 roky či 5 let. Víme kolik kompenzačních mechanismů jsme museli užít na to, abychom obstáli se zdravou myslí. Představte si ale pacienta, který má jednak pozitivní příznaky, které umíme elegantně vyřešit, ale má i kognitivní deficit, mnoho sociálních nedovedností, negativních příznaků, neumí si říct o pomoc a neumí srozumitelně formulovat myšlenku. Tento člověk je skutečně han-

dicapován. Nás všechny čeká budoucnost plná neznámých proměnných a nikdy nelze s jistotou předpovědět, co se stane. Pokud se člověk bude starat o své zdraví a bude žít zdravým životním stylem, je pravděpodobné, že v horizontu dalších 30 let prožije mnoho zajímavých věcí a že bude stále zdravý a fit. Je ale také možné, že se vyskytnou neočekávané události nebo zdravotní problémy. Je důležité být připraven na cokoliv a zůstat pozitivně naladěný, abychom mohli čelit překážkám, které se nám v životě postaví do cesty, což se pacientům se schizofrenií nemůže dařit tak elegantně jako se to daří jiným lidem.

Profesorka Látalová začala trochu pesimistickým úvodem. Zavedení antipsychotických léků v 50. letech 20. století změnilo hru v léčbě schizofrenie a její výsledky, ale jeho dopad byl užší, než se původně předpokládalo. Léky snížily psychotické symptomy u většiny lidí se schizofrenií a očekávalo se, že toto zlepšení bude doprovázeno lepší integrací do společnosti, to se však nestalo. Zavedení antipsychotik mělo malý dopad na funkční výsledky, chvíli trvalo, než jsme pochopili klíčový rozdíl mezi remisí (tj. snížením symptomů) a zotavením (tj. plnou účastí na společenských, pracovních a nezávislých aktivitách), které závisí na dalších faktorech, včetně kognice. Existuje velmi rozsáhlá literatura o vztahu mezi kognitivní poruchou a funkčním výsledkem u schizofrenie. Například vyhledávání PubMed s výrazy „schizofrenie“, „kognice“ a „fungování“ přináší každoročně od roku 2011 do roku 2022 přes 250 publikovaných článků na toto téma.

Pokud se o pacienta staráme 10–30 let, setkáváme se s pacienty, kteří kromě explicitních schizofrenních příznaků prožívají i jiné příznaky, duální diagnózy včetně negativních příznaků, kognitivního deficitu a poruch nálady včetně deprese. Měli bychom na to myslet a být ve svých úvahách a medikacích flexibilní. Je to někdy velmi těžké zejména v ambulancích, protože se setkáváme s neochotou pacientů měnit léčbu.

Pacienti se schizofrenií se běžně potýkají s potížemi se sociálními interakcemi (schizofrenie může ztěžovat lidem schopnost interpretovat sociální náznaky a zapojovat se do smysluplných sociálních interakcí, to může vést k pocitům izolace a nedostatku podpory), s kognitivním postižením (schizofrenie může způsobit škálu kognitivních postižení, včetně potíží s pamětí, pozorností a rozhodováním a exekutivou, tyto postižení mohou ztěžovat

lidem s schizofrenií plnit běžné úkoly a aktivity) či s omezením pracovní funkce (schizofrenie může ztěžovat lidem udržovat zaměstnání a pravidelný pracovní rozvrh, to může omezovat jejich finanční stabilitu a nezávislost).

Co se týká navazování vztahů, pacienti se schizofrenií mohou být více ohroženi tím, že budou bez partnera než ostatní lidé. Podle některých studií může být až 75 % pacientů se schizofrenií bez trvalého vztahu. Mezi hlavní důvody pro tento trend patří stigmatizace (schizofrenie je stále považována za tabuizovanou nemoc a pacienti s touto nemocí mohou být stigmatizováni a izolováni společností, což může snižovat jejich atraktivitu pro potenciální partnery), nedostatek sociálních dovedností (schizofrenie může ovlivnit sociální dovednosti pacientů a může jim bránit ve vytváření a udržování vztahů) a změny chování (příznaky schizofrenie, jako je paranoidní myšlení nebo halucinace, mohou ovlivňovat chování pacientů a může to být pro potenciální partnery odrazující).

Pacienti mají zvýšené riziko výskytu a závažnosti somatických a psychických onemocnění. Tento stav může být způsoben mnoha faktory, jako je špatná kontrola vlastního zdraví, špatná léčba nebo nedostatečná podpora ze strany rodiny a přátel. Podle některých studií mohou pacienti s diagnózou schizofrenie trpět více somatickými chorobami, jako je například kardiovaskulární onemocnění, diabetes nebo obezita než osoby bez této diagnózy. Můžou také mít vyšší výskyt psychických poruch, jako je deprese nebo úzkost.

Často pozorované jevy, které se vyskytnou v průběhu mnoha let jsou závislost na nikotinu, nadměrné pití alkoholu, obezita. Pacientům se zkracuje délka života, podle některých studií se pacienti se schizofrenií dožívají až o 20 let méně než běžná zdravá populace. Toto se děje vlivem cévních mozkových příhod (pacienti jsou více náchylní v důsledku kouření, hypertenze a dalších faktorů) či onemocněním srdce. Průměrná délka života v České republice se pohybuje kolem 78 let pro muže a 84 let pro ženy. Je to však jen průměrná hodnota a délka života se může lišit v závislosti na mnoha faktorech, jako je například zdraví, životní styl a genetika. Profesorka Látalová zdůrazňuje, že většinou pacienty trpící schizofrenií, kteří by se dožili takého věku neznáme. Podle některých studií mohou pacienti s diagnózou schizofrenie mít kratší životní