

Schizofrenie je jako rakovina duše

Čím dřív se pacient dostane k moderním dlouhodobě působícím injekcím s obsahem druhé generace antipsychotik, tím větší má šanci na uzdravení, říká v rozhovoru pro LN šéf České psychiatrické společnosti Martin Anders. Jak již dříve LN napsaly, v Česku se jimi ale léčí jen čtyři procenta pacientů, většinou vážnější případy.

PAVEL BARTOŠEK

LN Říká se, že kolem sta tisíc dospělých Čechů má schizofrenii. Je to pravda?

Kolísá to od 0,8 po 1,2 procenta populace, což jsou poslední evropská data. Z osmi milionů dospělých Čechů je to 64 až 96 tisíc lidí trpících psychotickými poruchami včetně schizofrenie.

LN Nedávno jste ale upozornil, že podle dat zdravotních pojišťoven má diagnózu schizofrenie asi 50 tisíc lidí. Jak to tedy je?

To znamená, že v průběhu roku se léčí zhruba 50 tisíc lidí a přibližně 30 až 40 tisíc lidí je v tom kterém roce bez léčby, tedy bez kontaktu se zdravotními službami hrazenými z veřejného zdravotního pojištění. To ale neznamená, že jsou bez léčby pořád. Řada pacientů léčbu přeruší a třeba z ní jen na rok vypadne.

LN Jak se schizofrenie léčí?

Nikdo zatím bohužel neprokázal, že toto onemocnění jde léčit jinak než kombinovanou léčbou. Její základní součástí je psychofarmakoterapie, tedy podávání léků, a pak další komplex přidružených postupů, jako jsou různé druhy psychoterapie či pomoc v oblasti sociální nebo zaměstnávání. A právě reforma psychiatrie se zaměřuje na komplexní péči pro tyto lidi, aby nemuseli zůstat v psychiatrických zařízeních a mohli být doma.

LN O jak závažnou nemoc vlastně jde?

V průběhu jednoho roku trpí 27 procent dospělých v Evropské unii nějakou formou duševního onemocnění. Samozřejmě jsou tam i lehčí onemocnění, jako třeba fábie z hadů. Schizofrenie tvoří čtyři procenta z nich. Takže zhruba každý sedmý duševně nemocný trpí schizofrenií.



Častá diagnóza. „Zhruba každý sedmý duševně nemocný trpí schizofrenií,“ říká Martin Anders. FOTO MAFRA - F. VLČEK

k devastaci života postiženého člověka. V literatuře se o tom někdy hovoří jako o zlomu životní linie. Mladý kluk na vysoké, má holku – a najednou přijde obrát. Často je to marihuana, o které dnes přesvědčivě víme, že rizikově spouští schizofrenii a případně urychluje její nástup. Najednou se začne zabývat náboženskými tématy, slyší hlasy, přeruší kontakty s přáteli, přestane se umývat, zůstane zavřený doma nebo bydlí v lese...

LN Může se tato nemoc objevit a zase zmizet?

Analýzy dokládají, že zhruba 20 procent lidí má jenom jednu

epizodu v životě, ale zbylých 80 procent se s ní potýká dlouhodobě. Někteří v epizodách, to znamená, že mají horší období, pak jsou dlouho stabilizovaní a poté to zase přijde, často v nějaké zátěžové situaci. Jiní to mají tak, že to je dlouhá celoživotní epizoda, která nemá žádné přestávky.

LN Jak se to na člověku projevuje?

Epizody se projevují i v dalších oblastech psychického života, jako je paměť, poznávací funkce, motivace a výdrž při práci nebo jiných činnostech, což je častou příčinou invalidity. Pacient se schizofrenií třeba slyší hla-

sy nebo má vidiny, ale to jsou věci, které mu nebrání v tom, aby chodil do práce. Daleko víc mu brání v práci to, že nemá výdrž, že se nesoustředí a že je unavený i po malé zátěži. Je to devastující onemocnění. Ne neprávem se o schizofrenii říká, že je to nejzávažnější duševní nemoc. Někdy se o ní hovoří dokonce jako o rakovině duše.

LN Jaké další problémy tuto nemoc provázejí?

Když je choroba postihne jako mladé lidi, tak často v době, kdy dokončují školu a hledají zaměstnání. Ti lidé pak často nemají do-

Martin Anders (48)

- **Předseda** Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.
- **Šéfredaktor** České a slovenské psychiatrie.
- **Na Psychiatrické klinice** Všeobecné fakultní nemocnice v Praze působí jako zástupce přednosty.
- **Docentem** na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy Praha se stal v roce 2012, kdy obhájil habilitační práci na téma Význam depresivní poruchy v současné medicíně a společnosti.

končené vzdělání nebo si nenaždou práci. Vznikne problém s tím, kdo je má živit. Často jsou u rodičů, kteří za ně platí. A když zkusí dva tři měsíce pracovat a následně je postihne nemoc, pro správu sociálního zabezpečení nemají odpracováno, a mají nárok jen na minimální dávky v důchodu, často pod úroveň životního minima. Mám kluka, který takto dostává 2200 korun na měsíc. Často je lepší těmto lidem říct, ať nezkoušejí vůbec pracovat, protože pak dostanou vypočtený důchod, který je nějaký průměr.

LN V Česku se ale zatím příliš nevyužívají moderní léky, které mohou výrazně zvýšit kvalitu života těchto pacientů. Je to tak?

Ano i ne. Máme dostupná prakticky všechna moderní antipsychotika, která existují, ale velmi nízkou spotřebu těchto léčivých látek v dlouhodobě působících injekcích. Sestry v nemocnicích dnes dělají to, že pacientům v pravidelných časech dávají léky a ti je před nimi užívají. Tato kontrola je zajištěna v injekci tak, že po aplikaci je látka v těle přítomna trvale. Má to řadu výhod, například rodiny často říkají, že se konečně mohou bavit o jiných věcech, než jestli si dotyčný lék vzal, nebo ne vzal.

LN Jak by jim léky pomohly?

Ukazuje se, že když nemocní dostanou včas léčbu, což je důležitý faktor u většiny onemocnění, je šance zabránit negativním dopadům do budoucnosti. Některé studie hovoří o kritických třech měsících, kdy se hraje o budoucnost. Kdyby tedy šlo o někoho, na kom vám hodně záleží, doporučení je jasné: čím dříve začnete s injekcemi, tím lépe.

LN Kolik přesně pacientů moderní léky bere?

Máme čtyři procenta pacientů léčených dlouhodobě působícími injekcemi druhé generace. Třeba Maďarsko jich má deset procent, Španělsko ještě více.

LN Ostatní nedostávají injekce, ale polykají prášky?

Zhruba u 16 procent léčených se aplikují dlouhodobě působící injekce první generace. Perorální léčbu, tedy pilulky, má téměř 80 procent z nich, což je obrovské číslo. Tu zřejmě bude mít nordinovanou i těch 30 až 40 tisíc lidí, kteří v systému fluktuují a aktuálně se neléčí.

LN Moderní léky se označují jako léky druhé generace. V čem je rozdíl mezi první a druhou generací?

Účinnost je srovnatelná. Ale prvogenerační skupina má nežádoucí účinky, které jsou pro pacienty velmi nepříznivé. Typické je třeba slinění, křeče, ztuhlost, třes a fixované asymetrické držení hlavy. Tyto léky také hýbou hormony, například zvyšují koncentraci prolaktinu, takže třeba ženy mohou mít galaktoreu, kdy jim teče mléko z prsu, a řada pacientů, a to i mužských, má v důsledku tohoto jevu sníženou chuť na sexuální aktivitu.

LN Je tedy třeba začít tyto léky nasazovat dřív?

Bylo by to samozřejmě výhodnější. Léčba by se měla posunout do segmentu mladších pacientů, u kterých je větší šance na uzdravení a na to, že budou moci vést plnohodnotný život. Dnes už jsou vědecké důkazy, že to má smysl i u prvních epizod. Obecně se má za to, že dlouhodobě působící léčba zkracuje potřebu hospitalizací, snižuje riziko sebevražedného jednání, ale také agresivního chování. Má to také nižší výskyt nežádoucích účinků ve srovnání se stejnou dávkou užívanou perorálně.

LN A má to i další výhody?

Benefitem je sama lepší kvalita života léčených při relativně minimálním počtu nežádoucích účinků. Sami pacienti přínosy cítí a hodnotí je. Je také nutno říci, že to dává sto procentní možnost kontroly, jestli je člověk léčen, nebo není. Protože když nepřijde na injekci, máte jistotu, že se neléčí. Naopak když jenom předepisujete léky, může se ukázat, že polovina z pacientů, kteří tvrdí, že léky užívají, si je nevyzvedává z lékárny.

LN Někteří pacienti ale injekce odmítají, že?

Někteří to opravdu nechtějí, bojí se ztráty kontroly, injekci nebo nežádoucích účinků. Samozřejmě onemocnění má v sobě složku ztráty pocitu nemoci, ale také vztahovačnosti a pocitu ztráty kontroly nad sebou. Ale na tom se dá pracovat a trpělivě jim vysvětlovat, že například u perorálně podávaných léků je dávka účinné látky ještě vyšší než u injekce.