

VLIV KOMORBIDNÍHO UŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK A PORUCH OSOBNOSTI NA RIZIKO AGRESIVNÍHO CHOVÁNÍ U SCHIZOFRENIE

souborný článek

Jan Volavka¹
Pavel Mohr^{2,3,4}

¹New York University School of
Medicine, USA

²Psychiatrické centrum Praha

³3. LF UK, Praha

⁴Centrum neuropsychiatrických
studií, Praha

Kontaktní adresa:

doc. MUDr. Pavel Mohr, Ph.D.
Psychiatrické centrum Praha
Ústavní 91
181 03 Praha 8
e-mail: mohr@pcp.lf3.cuni.cz

Podpořeno výzkumnými projekty
CNS 1M0517, MZ0PCP2005, a GAČR
309/09/H072

SOUHRN

Volavka J, Mohr P. Vliv komorbidního užívání návykových látek a poruch osobnosti na riziko agresivního chování u schizofrenie

Schizofrenie je spojována se zvýšeným rizikem agresivního chování. Míra rizika násilného zločinu, který lze připsat schizofrenii, je méně než 10%. Nicméně agresivní projevy schizofrenních pacientů mohou být nebezpečné, zvyšují zátěž onemocnění pro pečovatele, vedou k hospitalizacím a uvězněním, posilují stigma duševní choroby. Skutečnost, že komorbidní zneužívání návykových látek významně zvyšuje riziko, je známá po desetiletí. Nedávné epidemiologické studie dokonce naznačily, že komorbidita s abúzem dostatečně vysvětlí násilí u schizofrenie. Nicméně přehled důkazů ukazuje, že k agresivnímu jednání u schizofrenie vede pravděpodobně více cest než jen jediná příčina. Je prokázáno, že k individuálnímu napadení motivují pozitivní psychotické příznaky, zmatečnost, impulsivita a komorbidní porucha osobnosti. Agresivní projevy pacientů se schizofrenií v dospělosti souvisí také s anamnézou poruch chování v dětství. V patogenezi agresivního jednání u schizofrenie je důležitá komorbidita s dissociální (antisociální) poruchou osobnosti. To platí zejména pro ty schizofrenní pacienty, kteří vykazují trvalé kriminální jednání a kolují mezi léčebnou, vězením

SUMMARY

Volavka J, Mohr P. Effects of comorbid substance use and personality disorders on risk for violence in schizophrenia

Schizophrenia is associated with elevated risk for aggressive behavior. Risk of violent crime attributable to schizophrenia is less than 10%. Nevertheless, aggressive behavior by schizophrenia patients is dangerous, it increases the burden of disease for caregivers, leads to hospitalizations and incarcerations, and enhances the stigma of mental illness. The fact that comorbid substance use disorders substantially elevate the risk of violence has been known for decades. Recent epidemiological studies even suggest that such comorbidity sufficiently explains violent behavior by schizophrenia patients. However, evidence reviewed here indicates that rather than a single cause, multiple pathways lead to aggressive behavior in schizophrenia. Positive psychotic symptoms, confusion, impulsiveness, and comorbid personality disorder were demonstrated to motivate individual assaults. History of conduct disorder in childhood is associated with aggressive behavior in adult schizophrenia patients. Antisocial personality disorder or psychopathy are important comorbid conditions in the pathogenesis of aggressive behavior in schizophrenia. This is particularly true in schizo-

a komunitou. Nejúčinnější terapií agresivního chování u schizofrenie zůstává klozapin. Nicméně v případech trvalé agresivity je třeba doplnění o psychosociální přístupy. Integrální součástí léčby musí být léčba komorbidního zneužívání návykových látek. Nově se zavádějí dlouhodobé terapeutické intervence ke zvládnutí perzistentního agresivního jednání založené na kognitivním přístupu, behaviorálním odměňování a zvládnutí vzteku.

Klíčová slova: schizofrenie, agrese, násilí, psychopatie, disociální porucha osobnosti, abúzus návykových látek.

schizophrenia patients who show persistent criminal behavior and circulate between hospitals, prisons, and communities. Clozapine remains the most effective treatment of aggressive behavior in schizophrenia. However, in cases of persistent aggression it needs to be supplemented by psychosocial approaches. Treatment of substance use comorbidity must be an integral part of therapy. Novel long-term treatments of persistent aggression are based on cognitive skills and behavioral reward structure as well as anger management.

Key words: schizophrenia, aggression, violence, psychopathy, antisocial personality disorder, substance use disorder.

ÚVOD

Většina pacientů se schizofrenií není agresivních. U nemocných však existuje větší pravděpodobnost násilného jednání, která je srovnatelná s osobami bez duševního onemocnění. Existenci tohoto zvýšeného rizika potvrzuje konsenzus dosažený v posledních dvaceti letech.¹⁻⁴ Metaanalýza epidemiologických údajů získaných od celkem 8578 pacientů se schizofrenií ukázala pravděpodobnost (odds ratio; OR) interpersonálního či kriminálního násilí ve srovnání s populačními soubory 5,5 (98 CI 4,1 až 7,5).⁵ Jinými slovy, schizofrenní pacienti mají více než pětinašobně vyšší pravděpodobnost agresivního jednání než jedinci bez schizofrenie. Míra rizika násilí v populaci se udává v rozmezí mezi 3,3 a 9,9 %, což znamená, že pokud by hypoteticky došlo k úplnému vymýcení schizofrenie, pak by incidence násilných zločinů klesla o méně než 10 %.

Oběťmi agresivních činů schizofrenních pacientů, již nejsou hospitalizováni, jsou zpravidla rodinní příslušníci, naopak nejčastějšími oběťmi hospitalizovaných nemocných jsou ošetřovatelský personál a spolupacienti. V obou případech nejsou napadení, s výjimkou vážných zranění, zpravidla nahlášena policii. Některé údaje o agresivním chování opírající se o počty zatčení nebo odsouzení mohou být tedy podhodnoceny.

Agresivní chování pacientů se schizofrenií má následky, které dalekosáhle přesahují pouhé fyzické ohrožení oběti a pachatele. Násilí je jedním z nejčastějších důvodů přijetí do lůžkového psychiatrického zařízení, a pokud přetrvává, je překážkou propuštění. Zvyšuje, někdy velmi dramaticky, břímě nemoci, které nesou pečovatelé o nemocné doma i v nemocnici, a přispívá k pocitu vyhoření u personálu. Násilí páchané pacienty představuje i zvýšené nároky na trestněprávní systém. V neposlední řadě pak

individuální agresivní činy spáchané pacienty se schizofrenií, zejména ty, jež jsou široce medializované, přispívají významně ke stigmatu nemoci. A to navzdory skutečnosti, že pacienti se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou mají větší pravděpodobnost stát se oběťmi než pachateli trestného činu.⁶

Pokud jde o příčiny i klinické projevy, násilí u schizofrenie je velmi heterogenní. Psychotické zážitky, nedostatečný náhled, kognitivní poruchy, nedostatečná kontrola impulsů, stres, stejně tak jako všeobecné kriminogenní faktory sdílené s ostatní zdravou populací, mohou všechny představovat rizikové faktory agrese schizofrenních pacientů.⁷ Ve studiu patogeneze agresivního chování se dosud věnovalo mnohem méně pozornosti vlivu komorbidní poruchy osobnosti než současnému zneužívání návykových látek.

Většina autorů potvrzuje, že komorbidita s užíváním návykových látek je obzvláště silným rizikovým faktorem pro agresivní chování u schizofrenie. Autoři nedávno publikovaných významných prací dokonce argumentují, že schizofrenie sama o sobě má v patogenezi agresivního jednání pouze marginální úlohu, neboť podle jejich názoru k většině (pokud ne ke všemu) rizika agresivity u těchto pacientů přispívá komorbidní porucha zneužívání návykových látek.^{5,8}

Lze určitě souhlasit s tím, že souběžné užívání návykových látek hraje velmi významnou úlohu v patogenezi agresivního chování u schizofrenie. Avšak tíha empirických důkazů nasvědčuje tomu, že i charakteristiky schizofrenie, jako jsou psychotické symptomy nebo komorbidní porucha osobnosti, jsou důležité nezávislé rizikové faktory agresivity u jedinců trpících schizofrenií.⁹ V tomto přehledu přinášíme souhrn epidemiologických a klinic-

kých důkazů o rizikových faktorech násilí u schizofrenie, se zaměřením na abúzus návykových látek a poruchy osobnosti a pokusíme se zamyslet nad implikacemi těchto důkazů pro klinickou praxi.

VLIV ZNEUŽÍVÁNÍ NÁVYKOVÝCH LÁTEK NA NÁSILÍ

Účinky u osob bez vážného duševního onemocnění

Samotný abúzus alkoholu a drog, i bez komorbidní přítomnosti jakékoliv další vážné duševní poruchy, zvyšuje riziko agresivního chování. To vyplývá jak z každodenní zkušenosti, tak nesmírného množství literatury, jež nás zásobuje podrobnostmi o vztahu mezi dávkou a účinkem, o úloze očekávání jedince, kulturních vlivech a mechanismech účinku.² Zde uvedeme jen krátký přehled jednotlivých látek, je však třeba mít na paměti, že časté je užívání více látek a že jednotlivé látky spolu navzájem interagují.

Krátkodobé (farmakologické) účinky

Alkohol

Nízké dávky alkoholu vyvolávají u většiny druhů agresivitu, naopak vysoké dávky ji snižují. Více než 50 % útočníků bývá v průběhu napadení a vražd pod vlivem alkoholu, u nenásilných kriminálních činů je toto procento nižší.¹⁰ Alkohol rovněž zvyšuje agresivní chování v pokusných podmínkách, při kterých testovaná zdravá osoba, jež není ani zločincem, ani závislá na alkoholu, uděluje elektrické rány svému imaginárnímu protějšku. Požití alkoholu rovněž zvyšuje pravděpodobnost viktimizace.

Účinky alkoholu na agresivitu nejsou zcela objasněny. Zdá se, že alkohol snižuje strach a další inhibiční mechanismy a tím pádem zvyšuje pravděpodobnost, že se jedinec dopustí nebezpečného jednání (např. začne se hádat s neznámým člověkem v hospodě).¹¹ Intoxikovaní jedinci mají zhoršené kognitivní funkce, a tudíž mají problémy porozumět sociálním signálům, které by jinak ve střízlivém stavu správně vyhodnotili jako varovné. Rovněž mají sklon dezinterpretovat nevinné jednání ostatních jako nepřátelské provokace. Všechny tyto problémy facilitují násilný konflikt.

Kokain a amfetamin

Intranazální nebo intravenózní podání jediné dávky kokainu nevyvolává u zdravých jedinců žádnou otevřenou agresivitu nebo zřetelné známky hostility.¹² Avšak u pacientů intoxikovaných kokainem jsou na akutních příjmových odděleních a pohotovosti často pozorovány paranoidní postoje a násilné chování.² Krátkodobé účinky amfetaminu nelze klinicky rozpoznat od účinků kokainu.

Jediná dávka kannabisových produktů (marihuana nebo hašiš) nebo opiátů (např. heroin) hostilitu nebo agresivitu nevyvolává; pokud tyto látky něco způsobují, pak to jsou tišící účinky.²

Účinky dlouhodobého abúzu a závislosti

Alkohol

Abúzus nebo závislost na alkoholu bývají spojovány s vraždou,¹³ údaje z Finska ukazují zejména na vztah s vraždami spáchanými recidivisty.¹⁴ Nicméně existuje rozdíl mezi krátkodobými účinky alkoholu a diagnózou abúzu nebo závislosti na alkoholu. Údaje z longitudinální studie na Novém Zélandu¹⁵ svědčí o tom, že jedinci závislí na alkoholu nemají zvýšené riziko násilných trestných činů, pokud jsou střízliví. Je ale samozřejmé, že lidé závislí na alkoholu mají z definice velmi vysoké riziko, že se opijí.

Ilegální drogy

Abúzus a závislost na zakázaných látkách jsou spojeny s násilným zločinem. Je prokázáno, že změny frekvence zneužívání opiátů korelují s frekvencí násilné kriminální aktivity.¹⁶ Poněkud překvapivě se ukazuje, že také jedinci závislí na marihuaně mohou mít vyšší pravděpodobnost k násilným projevům ve srovnání s kontrolami (OR = 3,8 [95 % CI, 2,2–6,8]).¹⁵

Tyto a podobné údaje z literatury² lze částečně interpretovat jako ekonomicko-kompulzivní násilné zločiny, jichž se dopouštějí jedinci závislí na drogách při pokusech získat peníze na nákup drogy. Některé z nich navíc dohnaly ke kriminální činnosti nesnesitelné abstinence příznaky. Obecně lze říci, že ilegální drogy jsou nedílně spjaté se systematickým násilím.

Alkohol a drogy (abúzus a závislost)

Presvědčivá epidemiologická data¹⁷ a klinické zkušenosti svědčí o velmi robustním zvýšení rizika násilí u osob zneužívajících návykové látky. Abúzus a závislost na alkoholu^{13,14} a drogách jsou často doprovázeny poruchami osobnosti, které pravděpodobně dále přispívají k rozvoji násilného chování (a rovněž k abúzu a závislosti). Tyto interakce si zasluhují další studium.

Účinky u nemocných se schizofrenií

Pokud užívání návykových látek vede k násilí u lidí jinak duševně zdravých, pak lze předpokládat, že tento vliv bude ještě výraznější u pacientů se schizofrenií. Porucha kontroly impulsů, hostilita, kognitivní poruchy, nedostatečný náhled a paranoidní bludy patří mezi příznaky schizofrenie, které u nemocných se schizofrenií zvyšují pravděpodobnost projevů otevřené fyzické agrese vůči druhým. Tyto příznaky mohou být dále zhoršeny akutními účinky alkoholu (viz výše) a stimulancií.

Navíc užívání návykových látek bývá, zřejmě kauzálně, doprovázeno nonadherencí k léčbě,¹⁸ což naopak vede opět k násilí.¹⁹ Význam komorbidní závislosti dále podtrhuje její častý výskyt. Celoživotní prevalence jakéhokoliv abúzu nebo závislosti je podle velké (N = 20 291) epidemiologické studie ze Spojených států odhadována na 47,0 %, OR = 4,6.²⁰ V souboru 12 653 schizofrenních pacientů ze Švédska bylo komorbidní zneužívání alkoholu diagnostikováno u 7,6 %.²¹

Na základě všech těchto předpokladů je realistické očekávat, že komorbidní zneužívání návykových látek bude masivně zvyšovat riziko násilí u schizofrenie. Většina

důkazů tento názor skutečně podporuje, například byly potvrzeny ve výsledcích studií ze Švédska²² a z Austrálie.³ Velké množství dat svědčících o zvýšeném riziku u této komorbidity poskytují epidemiologické studie. Analýza dánské kohorty registru narozených (N = 358 180) prokázala zvýšené riziko násilného zločinu u schizofrenních pacientů souběžně zneužívajících návykové látky.²³ Fazel ve své studii²⁴ srovnal riziko násilného zločinu u švédských pacientů s diagnózou schizofrenie (N = 8003) se vzorkem všeobecné populace (N = 80 025). Vyhodnocena byla komorbidita s návykovými látkami a odsouzení pro násilný čin. Porovnání s kontrolami ukázalo u pacientů bez komorbidity OR 1,2; 95 % CI, 1,1–1,4, zatímco u pacientů s komorbiditou bylo OR 4,4; 95 % CI, 3,9–5,0. Tyto výsledky naznačují, že abúzus návykových látek zvyšuje pravděpodobnost násilí u schizofrenie.²⁴

Jiná velká epidemiologická studie prokazující zvýšení rizika násilí u pacientů se schizofrenií se souběžným zneužíváním návykových látek se uskutečnila v USA. Národní epidemiologický průzkum alkoholu a příbuzných stavů (The National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions; NESARC) byl celostátní, reprezentativní (N = 34 653) průzkum probíhající ve dvou fázích mezi lety 2001 a 2005. Studie zjišťovala diagnózy duševních poruch, užívání návykových látek a informace o násilí. První fáze se uskutečnila mezi lety 2001 a 2003, druhá fáze v letech 2004 a 2005. Ukazatele duševní poruchy v roce předcházejícím první fázi byly použity ke zkoumání násilí mezi fázemi 1 a 2.

Publikovány byly dvě analýzy identických dat z NESARC, jedna Elbogenem a Johnsonovou⁸ a druhá Van Dornem et al.¹⁷ Jak bude popsáno dále, použité metody, výsledky a závěry těchto analýz se od sebe liší. Nicméně shoda je v závěru, podle kterého komorbidní abúzus zvyšuje agresivitu u schizofrenie.

Je tedy zřejmé, že důkazy podporující vliv souběžného zneužívání návykových látek na násilí u schizofrenie jsou velmi silné. Nicméně dvě relativně malé studie tento vliv nepotvrdily. Ve studii 404 českých pacientů se schizofrenií nebyl nalezen žádný vztah mezi abúzem a násilím.²⁵ Podobná absence vztahu byla popsána v jiné studii násilí u 128 schizofrenních mužů z Kanady, Německa, Finska a Švédska.²⁶

SCHIZOFRENIE A KOMORBIDNÍ ABÚZUS NÁVYKOVÝCH LÁTEK JAKO NEZÁVISLÉ FAKTORY NÁSILÍ

Jak bylo zmíněno v předchozí části, Fazel²⁴ interpretuje svoje výsledky tak, že vliv schizofrenie na agresivitu je zprostředkován komorbidním zneužíváním návykových látek. Skutečně, pravděpodobnost OR 1,2; 95 % CI, 1,1–1,4 pro násilí u schizofrenie je jen marginálně signifikantní. U schizofrenních pacientů s komorbiditou abúzu byla OR 4,4; 95 % CI, 3,9–5,0. Fazel získal svá data ve Švédsku. Podstatně vyšší riziko OR 2,8; 95 % CI, 2,1–3,6 pro schizofrenní pacienty bez komorbidity bylo nalezeno v dánské kohortě.²³ Jak je uvedeno jinde⁷, tento rozdíl lze vysvětlit skutečností, že celkový počet odsouzení pro násilné zločiny je ve Švédsku dvakrát vyšší než v Dánsku.

Elbogenova analýza dat z NESARC ukázala, že „incidence násilí je vyšší u osob se závažnou duševní nemocí, ale signifikantní je jen u těch, kteří mají současný abúzus nebo závislost na návykových látkách.“⁸ Samotná duševní nemoc se tedy nepotvrdila jako nezávislý prediktor agresivního jednání. Kategorie „závažné duševní nemoci“ obsahovala tři diagnózy: schizofrenii, bipolární poruchu a velkou depresi. Z celkem zkoumaných 34 653 jedinců jich 294 mělo diagnostikováno schizofrenii a 136 z nich nemělo žádný komorbidní abúzus. Z tohoto počtu bylo sedm agresivních. Vážený průměrný podíl násilí v této skupině byl 6,08 % oproti 2,8 % v kontrolní skupině. Rozdíl nebyl statisticky významný, nicméně nízký počet schizofrenních pacientů znemožňuje interpretaci tohoto negativního výsledku.

Elbogenovy analýzy⁸ obsahují několik metodologických problémů. Ty byly opraveny v nových analýzách stejných dat NESARC jinou skupinou.¹⁷ Na rozdíl od Elboga nové rozborů prokázaly, že *bez ohledu na status zneužívání* mají osoby se závažnou duševní nemocí signifikantně vyšší pravděpodobnost násilí podle analýz se dvěma proměnnými, ne však v analýzách s mnohočetnými proměnnými. Schizofrenie s komorbidním abúzem byla silně spojena s násilím ve všech analýzách. Výsledky lze shrnout tak, že data z analýz NESARC ukazují na asociaci schizofrenie s násilím, ale neříkají nám, do jaké míry je tento vztah zprostředkován abúzem návykových látek.

Australská skupina použila jiný přístup ke studii vztahů mezi schizofrenií, abúzem, předchozím porušením zákona a násilným zločinem.⁴ Autoři zkoumali 435 po sobě jdoucích vražd a pachatele porovnali se dvěma skupinami: vzorkem všeobecné populace a souborem schizofrenních pacientů. Ze 435 pachatelů jich 38 (8,7 %) mělo diagnózu schizofrenie, což znamenalo relativní riziko 13,11 (95 % CI 9,14–18,80), $p < 0,001$ (pachatelé měli přibližně 13krát větší pravděpodobnost, že trpí schizofrenií, než jedinci v populačním vzorku). Když bylo riziko přepočítáno po vyloučení 38 schizofrenních pachatelů se známým abúzem návykových látek (tj. v souboru 23 schizofrenních pachatelů bez abúzu), bylo riziko 11,61 % (7,34–18,36), $p < 0,001$. Potvrdil se tak signifikantní rozdíl v počtech diagnostikovaných se schizofrenií mezi pachateli a populačním souborem, který byl nezávislý na užívání návykových látek. Autoři výsledky interpretují tak, že „vztah mezi vražedným násilím a diagnózou schizofrenie nelze vysvětlit pouze na základě [...] komorbidního abúzu látek [...]“. Podle našeho názoru tato interpretace platí rovněž pro ostatní literaturu, jež se zabývá tématem schizofrenie, násilí a abúzu návykových látek.

Jen obtížně lze přesvědčit klinické psychiatry o tom, že agrese u schizofrenie vysvětlí pouze vliv abúzu návykových látek. To také nedává příliš smysl, neboť vidíme velké množství hospitalizovaných schizofrenních pacientů, kteří jsou trvale násilní, přestože nemají žádný přístup k alkoholu nebo drogám a nemohou participovat na obchodu s drogami. Tyto pacienty výše citované epidemiologické studie nezahrnují. V předchozí části jsme popsali dobře známé mechanismy, díky nimž alkohol a drogy vyvolávají násilí. Je jasné, že tyto mechanismy nemohou fungovat u pacientů hospitalizovaných na uzavřených odděleních. Zde se musejí uplatňovat jiné faktory způsobující trvalé agresivní chování.

Studie útoků způsobených hospitalizovanými pacienty s diagnózou převážně schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy odhalila, že přibližně 20 % napadení lze přičíst na vrub pozitivním symptomům, jako jsou bludy nebo halucinace. Příčinou ostatních napadení byla zmatenost, impulzivita nebo psychopatické chování.²⁷

Tato konkrétní studie napadení nehodnotila anamnézu abúzu. Je možné, že některé případy zmatenosti, které byly zjevně příčinou napadení, jsou důsledkem dlouhodobých účinků předchozího abúzu. Kognitivní poruchy jsou popisovány u uživatelů kokainu, heroinu a alkoholu i po mnoha měsících abstinence.²⁸ Tento problém si vyžaduje další zkoumání.

Ve výše citované studii napadení byl naznačen podíl komorbidních poruch osobnosti,²⁷ ty jsou také v literatuře často zmiňovány jako potenciální kontributory násilného chování u schizofrenie. Podívejme se na tuto problematiku blíže.

SCHIZOFRENIE A KOMORBIDNÍ PORUCHA OSOBNOSTI

Mezi subtypy poruch osobnosti existuje jeden, jenž má nejužší vztah k násilí (je jím částečně definován) a jenž zachycuje antisociální interpersonální dysfunkci. Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize, která je používána v České republice, označuje tento subtyp jako *disociální porucha osobnosti*, v DSM IV-TR²⁹ se nazývá *antisociální porucha osobnosti* (Antisocial Personality Disorder; ASPD). Stále častěji ale pro ni výzkumníci a lékaři ve světě používají pojem „psychopatie“ (psychopathy). Tyto tři nozologické jednotky jsou definovány navzájem se překrývajícími se kritérii. Základní rozdíl mezi psychopatií a ostatními dvěma jednotkami spočívá v tom, že psychopatie se hodnotí pomocí dimenzionální škály, zatímco ostatní dvě jednotky jsou kategoriální. Z dimenzionální klasifikace lze ale také pomocí vhodné hranice (cut-off point) odvodit kategoriální. Dimenzionální škála respektuje skutečnost, že behaviorální poruchy se neliší kvalitativně, ale leží na kontinuu, jež zahrnuje i mírně narušené a normálního chování. I připravovaná DSM-V se odchyluje od tradičního kategoriálního diagnostického systému směrem k dimenzionálnímu.

Do doby, než ji znovu definoval a kvantifikoval Robert Hare se svými spolupracovníky,³⁰ psychopatie bývala volně používaným termínem s pejorativní konotací. Bylo publikováno několik verzí škály psychopatie, jednou z nich je revidovaná verze Seznamu psychopatie (Psychopathy Checklist-Revised; PCL-R).³¹ Skrininková verze (Psychopathy Checklist-Screening Version; PCL-SV) byla navržena specificky pro použití u pacientů se závažnou duševní poruchou (tab. 1).^{31,32} Rozmezí skóre PCL-SV je od 0 do 24, přičemž jedinci, kteří dosahují skóre 12 a méně, jsou klasifikováni jako nepsychopatičtí, skóre 13–17 označuje možnou psychopatii a jedinci dosahující skóre 18 a vyšší jsou klasifikováni jako psychopatičtí.

Na rozdíl od ostatních škál antisociální a disociální osobnosti, které hodnotí především zjevné chování, škály psychopatie akcentují osobnostní rysy a psychologické

Tab. 1. Položky Skrininkové verze Seznamu psychopatie (Psychopathy Checklist: Screening Version), Hart et al., 2004²

Faktor 1: „interpersonální/afektivní“	Faktor 2: „sociální deviace“
1. Povrchní	7. Impulsivní
2. Velikášský	8. Nedostatečná kontrola chování
3. Manipulující	9. Nedostatek cílů
4. Bez lítosti	10. Nezodpovědný
5. Postrádá empatii	11. Antisociální chování v dospívání
6. Nepřijímá odpovědnost	12. Antisociální chování v dospělosti

procesy (viz Faktor 1 v PCL-SV v tab. 1). Ve vědecké literatuře i populárních médiích v Severní Americe a západní Evropě byly zveřejněny nesčetné články zabývající se reliabilitou, validitou a klinickou a politickou užitečností škál psychopatie. Díky tomu pojem ztratil většinu svého pejorativního významu.^{33–36} Jak APSD, tak psychopatie jsou významně spojovány s násilím u jedinců bez závažné duševní nemoci.

Vyšší skóre v obou faktorech PCL-SV mají asociaci s agresivním chováním u schizofrenie.^{37,38} PCL-R a Krátká psychiatrická škála (BPRS)³⁹ byly administrovány 19 agresivním a 16 nenásilným schizofrenním mužům.⁴⁰ Agresivní skupina dosahovala signifikantně vyšších průměrných skóre psychopatie a skóre příznaků hostility, podezřívavosti a nespolupráce („složka hostility“ BPRS). Regresní analýzy ukázaly, že jak složka hostility BPRS, tak behaviorální složka PCL-R (Faktor 2) byly významnými prediktory agresivního chování u mužů s diagnózou schizofrenie. To není nijak překvapivé zjištění. Zajímavé však je, že pokud jsou skóre psychopatie vysoké, je pravděpodobnost násilí významná, zatímco úroveň hostility má jen mírný vliv. Tyto výsledky naznačují, že zlepšení psychotických příznaků nemusí vést ke snížení pravděpodobnosti násilí u pacientů s vysokou mírou psychopatie. Pokud by se výsledky podařilo replikovat na větším souboru, pak by se logicky dalo vyvozovat, že důvodem perzistentního agresivního chování pacientů se schizofrenií neodpovídajících na klozapin může být komorbidní psychopatie. Níže budeme diskutovat potenciální terapeutické implikace.

Dosud jsme popsali komplikované vztahy mezi schizofrenií a násilím, užíváním návykových látek a násilím, psychopatií a násilím, vliv návykových látek na agresivitu u schizofrenie a vliv psychopatie na agresivitu u schizofrenie. Jak tyto vztahy vznikají v průběhu vývoje?

Antisociální a agresivní projevy v chování vznikají často v dětství. Diagnóza ASPD vyžaduje přítomnost poruchy chování (conduct disorder; CD) před dosažením věku 15 let. Vliv anamnézy CD na agresivní chování a abúzus drog v dospělosti byl zkoumán v souboru 248 mužů s diagnózou schizofrenie nebo schizoafektivní poruchy, s průměrným věkem 39 let.⁴¹ Účastníci byli vyšetřeni při propuštění z nemocnice a celkem čtyřikrát v průběhu následujících dvou let. V dospělosti byla diagnóza CD a každý příznak CD spojeny se zvýšením rizika nenásilných i násilných kriminálních trestných činů, stejně tak jako s celoživotní diagnózou abúzu nebo závislosti na alkoholu nebo drogách. V průběhu následného 24měsíčního období sledování přítomnost poruchy chování a počet jejích příznaků souvisely s agresivním chováním. Ani diagnóza poruchy chování, ani počet jejích symptomů neměly vztah k závaž-

nosti pozitivních nebo negativních příznaků. Autoři uzavírají, že „výsledky lze interpretovat tak, že CD je samostatná komorbidní porucha, která běží paralelně k průběhu schizofrenie“.⁴¹

Tyto nálezy jsou konzistentní s nedávnou analýzou výsledků studie CATIE.⁴² Prevalence násilí byla vyšší mezi pacienty s anamnézou problémů s chováním než u pacientů bez těchto problémů (28,2 % vs. 14,6 %; $p < 0,001$). Ve skupině s problémy s chováním byla agresivita spojena s aktuálním abúzem návykových látek, který nesplňoval diagnostická kritéria. Pozitivní psychotické příznaky měly vztah k agresivitě pouze ve skupině bez poruch chování. Zdá se tedy, že násilí u dospělých se schizofrenií je zprostředkováno dvěma různými cestami – jednou, která je spojena s premorbidními stavy, včetně antisociálního chování, a druhou, která souvisí s příznaky schizofrenie.⁴²

Je tudíž možné, že u některých pacientů se relativně trvalé osobnostní problémy objeví před začátkem schizofrenie a tyto problémy pak v průběhu onemocnění způsobují agresivní jednání. Takoví pacienti mají také sklon k abúzu a rozvoji závislosti. V agresivním chování však pokračují i v bezpečném prostředí bez přístupu k drogám a alkoholu, neboť jejich osobnost se nemění podle dostupnosti těchto látek.

TERAPEUTICKÉ IMPLIKACE

Schizofrenie sama o sobě je částečně příčinou agresivního jednání pacientů a antipsychotika zůstávají základním pilířem kontroly agresivity. Nejúčinnější léčbu hostility a otevřeně agresivního chování u nemocných se schizofrenií představuje klozapin. Jeho antiagresivní účinky jsou specifické, neboť jsou (statisticky) nezávislé na ovlivnění ostatních pozitivních příznaků. To bylo prokázáno jak ve velkém počtu otevřených pozorování², tak i v kontrolovaných studiích.^{43,44} V léčbě hostility u prvních epizod se ukazuje jako účinný olanzapin.⁴⁵ Monitorování a podpůrná terapie adherence je integrální součástí antipsychotické léčby. To platí zejména pro hostilní a agresivní pacienty, kteří jsou obzvláště ohroženi nonadherencí. Tyto otázky jsou diskutovány jinde.⁴⁶

Komorbidita s užíváním návykových látek hraje významnou úlohu v rozvoji agresivity u pacientů se schizofrenií. Musí být včas rozpoznána a léčena, přičemž léčba by měla začít již během hospitalizace a poté pokračovat při ambulantním sledování.

Část pacientů se schizofrenií a ostatními závažnými duševními poruchami vykazuje trvalé kriminální a agresivní jednání. Tito pacienti cirkulují mezi zdravotnickým a trestněprávním systémem, z nichž ani jeden není vybaven k tomu, aby se o ně dobře postaral. Dlouhodobý multidimenzionální program zvaný STAIR (Service for Treatment and Abatement of Interpersonal Risk; Služba pro léčbu a omezení interpersonálního rizika) byl zaveden v New Yorku právě za tím účelem, aby tento kruh prolomil.

Poskytuje léčbu závažně duševně nemocným s anamnézou opakovaných uvěznění a hospitalizací.⁴⁷ STAIR je program kognitivních dovedností posílený o behaviorální strukturu odměňování zvanou „krokový systém“ (step system), v němž dosažení každého kroku poskytuje různé

výhody a privilegia. Tento hospitalizační terapeutický program se zaměřuje specificky na faktory, které jsou spojené s násilným a kriminálním jednáním. Celý plán doplňují programy léčby abúzu, jako je 12krokový program vedený spolupacienty. Program má ambulantní část, ve které jsou pacienti sledováni po propuštění.

Naturalistická studie se zrcadlovým designem zkoumala 145 pacientů, kteří dokončili program STAIR. Pacienti měli diagnostikovanou závažnou duševní poruchu a jejich PCL-SV skóre naznačovala ve většině případů možnou psychopatii. Výsledky ukázaly, že počet zatčení a hospitalizací, stejně tak jako počet dnů strávených v institucích, a to jak ve vězení tak v nemocnici, byly po propuštění ze STAIR významně redukovány oproti stejnému období před účastí ve STAIR.⁴⁸ Kognitivně-behaviorální terapie zaměřená na psychózu a vztek v britském programu významně snížila počet násilných epizod.⁴⁹

Podobné programy vyžadují množství času a velké finanční zdroje. Analýzy nákladů a přínosů zatím nebyly uskutečněny, nicméně se zdá, že náklady na opakované uvěznění a hospitalizace, jež podobné programy redukuje, přesáhnou náklady provozování takových programů.

V České republice podobné komplexní programy dosud neexistují. Jedním z důvodů je skutečnost, že problematika agresivity duševně nemocných zůstává, až na výjimky,^{25,50,51} na okraji zájmu psychiatrů. Na základě zkušeností z vývoje v západních zemích se však lze důvodně domnívat, že otázky násilí u duševně nemocných, i v souvislosti s narůstající komorbiditou návykových látek, budou v blízké budoucnosti vyžadovat zvýšenou pozornost zdravotnických a právních systémů. V ČR se v praxi agresivita u psychiatrických pacientů řeší většinou izolovaně, v rámci základní diagnózy, na neklidových odděleních psychiatrických léčeben. Tam, kde dochází ke konfliktu se zákonem a jedinec s duševní nemocí je odsouzen za násilný čin spáchaný v souvislosti s touto poruchou, nastupuje institut ochranných léčeb, ústavních nebo ambulantních.⁵¹ Podle primární povahy onemocnění soud nařizuje ochrannou léčbu psychiatrickou, sexuologickou, protialkoholní, protitoxikomanickou, případně kombinovanou.

Pokud jde o samotnou komorbiditu, v ČR dosud převažují přístupy sekvenční nebo paralelní, kde se řeší separátně problém duševní nemoci a zneužívání návykových látek. Teprve v poslední době se začínají rozvíjet integrované programy pro léčbu duálních diagnóz, kde vedle primárního psychiatrického onemocnění se současně řeší problematika závislosti. Tyto programy, jež nejsou ale určeny pro agresivní pacienty, běží nejčastěji v rámci terapeutických komunit nebo denních stacionářů. Efektivita těchto programů, případně jejich vliv na změnu v agresivním nebo kriminálním chování, nebyly dosud studovány.

ZÁVĚR

Ačkoliv většina schizofrenních pacientů není násilná, existuje u nich větší riziko rozvoje agresivního jednání než u jedinců bez duševní nemoci ve všeobecné populaci. To má několik důvodů. Problémy v dětství, psychotické příznaky, kognitivní poruchy či impulsivita, to vše hraje svoji úlohu.

Užívání návykových látek zvyšuje riziko agresivity u zdravých jedinců a je dobře známo, že tento vliv je obzvláště výrazný u lidí se závažnou duševní nemocí, jako je schizofrenie. Několik nedávných epidemiologických studií ukázalo, že komorbidní abúzus návykových látek je zodpovědný za většinu, pokud ne za všechny, projevy násilí u schizofrenie. Podle tohoto pohledu schizofrenie sama o sobě není nezávislým faktorem v patogenezi násilí, neboť všechno násilí u schizofrenie je údajně zprostředkováno komorbidním abúzem. Pokud by byl tento názor všeobecně akceptován a jeho důsledky by byly zohledněny v léčebných postupech, vedlo by to ke změně zacílení léčby a terapeutického úsilí od léčby psychózy k léčbě abúzu a závislosti.

Náš přehled epidemiologických a klinických důkazů ale ukazuje, že tato teze je neudržitelná. Za část násilných činů pacientů jsou zodpovědné psychotické příznaky, které jsou nezávislé na abúzu návykových látek. Tyto příznaky jsou často ovlivnitelné antipsychotickou léčbou.

Kromě toho existují agresivní projevy schizofrenních pacientů, jež nelze zcela vysvětlit ani psychotickými příznaky, ani abúzem. Část této reziduální agresivity lze přičíst komorbidní antisociální (nebo disociální) poruše osobnosti, kterou lze také popsat jako psychopatii. Nově se objevující důkazy naznačují, že porucha chování v dětství předchází rozvoji agresivního chování u dospělých pacientů se schizofrenií.

Terapeutické implikace z těchto závěrů jsou nastíněny. Stěžejní v antiagresivní léčbě u schizofrenie zůstává klozapin. Abúzus a závislost na návykových látkách, ačkoliv nezpůsobují všechnu agresivitu u schizofrenie, hrají stále významnou úlohu v její patogenezi. Pokud jsou přítomny, musejí být odhaleny a intenzivně léčeny při hospitalizaci i v ambulanci. Nověji se objevují účinné terapeutické programy pomáhající trvale agresivním pacientům se závažnými duševními poruchami a komorbidní osobnostní problematikou, kteří jsou opakovaně vězněni a hospitalizováni.

LITERATURA

- Swanson JW, Holzer CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41: 761–770.
- Volavka J. *Neurobiology of Violence*. 2 ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2002: 410
- Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004; 161(4): 716–727.
- Bennett DJ, Ogloff JR, Mullen PE, Thomas SD, Wallace C, Short T. Schizophrenia disorders, substance abuse and prior offending in a sequential series of 435 homicides. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124 (3): 226–233.
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009; 6 (8): e1000120.
- Brekke JS, Prindle C, Bae SW, Long JD. Risks for individuals with schizophrenia who are living in the community. *Psychiatr Serv* 2001; 52 (10): 1358–1366.
- Volavka J, Citrome L. Pathways to aggression in schizophrenia affect results of treatment. *Schizophr Bull* 2011; 37 (5): 921–929.
- Elbogen EB, Johnson SC. The intricate link between violence and mental disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66 (2): 152–161.
- Volavka J, Swanson J. Violent behavior in mental illness: the role of substance abuse. *JAMA* 2010; 304 (5): 563–564.
- Murdoch D, Pihl RO, Ross D. Alcohol and crimes of violence: present issues. *Int J Addict* 1990; 25: 1065–1081.
- Pernanen K. *Alcohol in Human Violence*. 1 ed. New York: The Guilford Press; 1991: 280.
- Resnick RB, Kestenbaum RS, Schwartz LK. Acute systemic effects of cocaine in man: a controlled study by intranasal and intravenous routes. *Science* 1977; 195: 696–698.
- Tiihonen J, Eronen M, Hakola P. Criminality associated with mental disorders and intellectual deficiency (letter). *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 917–918.
- Eronen M, Hakola P, Tiihonen J. Factors associated with homicide recidivism in a 13-year sample of homicide offenders in Finland. *Psychiatric Services* 1996; 47: 403–406.
- Arseneault L, Moffitt TE, Caspi A, Taylor PJ, Silva PA. Mental disorders and violence in a total birth cohort: results from the Dunedin Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(10): 979–986.
- Hanlon TE, Nurco DN, Kinlock TW, Duszynski KR. Trends in criminal activity and drug use over an addiction career. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1990; 16: 223–238.
- Van Dorn R, Volavka J, Johnson N. Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2011; DOI 10.1007/s00127-011-0356-x.
- Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Lacro JP, Dolder CR. A prospective study of risk factors for nonadherence with antipsychotic medication in the treatment of schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (7): 1114–1123.
- Alia-Klein N, O'Rourke TM, Goldstein RZ, Malaspina D. Insight into illness and adherence to psychotropic medications are separately associated with violence severity in a forensic sample. *Aggressive Behavior* 2007; 33: 86–96.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511–8.
- Jones RM, Lichtenstein P, Grann M, Langstrom N, Fazel S. Alcohol use disorders in schizophrenia: a national cohort study of 12,653 patients. *J Clin Psychiatry* 2011 June; 72 (6): 775–779.
- Lindqvist P, Allebeck P. Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 82: 191–195.
- Brennan PA, Mednick SA, Hodgins S. Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57(5): 494–500.
- Fazel S, Langstrom N, Hjern A, Grann M, Lichtenstein P. Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *JAMA* 2009; 301 (19): 2016–2023.
- Vevera J, Hubbard A, Vesely A, Papezova H. Violent behaviour in schizophrenia: Retrospective study of four independent samples from Prague, 1949 to 2000. *Br J Psychiatry* 2005; 187: 426–430.
- Hodgins S, Hiscoke UL, Freese R. The antecedents of aggressive behavior among men with schizophrenia:

- a prospective investigation of patients in community treatment. *Behav Sci Law* 2003; 21 (4): 523–546.
27. Nolan KA, Czobor P, Roy BB et al. Characteristics of assaultive behavior among psychiatric inpatients. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (7): 1012–1016.
 28. Fernandez-Serrano MJ, Perez-Garcia M, Perales JC, Verdejo-Garcia A. Prevalence of executive dysfunction in cocaine, heroin and alcohol users enrolled in therapeutic communities. *Eur J Pharmacol* 2010; 626 (1): 104–112.
 29. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. 4 ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000: 955.
 30. Hare RD. A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences* 1980; 1: 111–119.
 31. Hart SD, Hare RD, Forth AE. Psychopathy as a risk marker for violence: development and validation of a screening version of the revised psychopathy checklist. In: Monahan J, Steadman HJ, editors. *Violence and Mental Disorder. Developments in Risk Assessment*. Chicago: The University of Chicago Press; 1994: 81–98.
 32. Hart SD, Hare RD, Harpur TJ. The psychopathy checklist-revised (PCL-R). An overview for researchers and clinicians. In: Rosen JC, McReynolds P, editors. *Advances in Psychological Assessment*. New York: Plenum Press; 1992: 103–30.
 33. Boccardi M, Frisoni GB, Hare RD et al. Cortex and amygdala morphology in psychopathy. *Psychiatry Res* 2011; 30; 193 (2): 85–92
 34. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol* 2008; 4: 217–246.
 35. Koenigs M, Baskin-Sommers A, Zeier J, Newman JP. Investigating the neural correlates of psychopathy: a critical review. *Mol Psychiatry* 2011; 16 (8): 792–799.
 36. Glenn AL, Raine A. Psychopathy and instrumental aggression: Evolutionary, neurobiological, and legal perspectives. *Int J Law Psychiatry* 2009; 32 (4): 253–258.
 37. Nolan KA, Volavka J, Mohr P, Czobor P. Psychopathy and violent behavior among patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services* 1999; 50: 787–792.
 38. Fullam RS, Dolan MC. Executive function and in-patient violence in forensic patients with schizophrenia. *Br J Psychiatry* 2008; 193 (3): 247–253.
 39. Guy W. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville: National Institute of Mental Health; 1986.
 40. Abushua'leh K, bu-Akel A. Association of psychopathic traits and symptomatology with violence in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2006; 143(2–3): 205–211.
 41. Hodgins S, Tiihonen J, Ross D. The consequences of Conduct Disorder for males who develop schizophrenia: associations with criminality, aggressive behavior, substance use, and psychiatric services. *Schizophr Res* 2005; 78 (2–3): 323–335.
 42. Swanson JW, Van Dorn RA, Swartz MS, Smith A, Elbogen EB, Monahan J. Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems. *Law Hum Behav* 2008; 32 (3): 228–240.
 43. Citrome L, Volavka J, Czobor P et al. Effects of clozapine, olanzapine, risperidone, and haloperidol on hostility in treatment-resistant patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Psychiatric Services* 2001; 52: 1510–1514.
 44. Krakowski MI, Czobor P, Citrome L, Bark N, Cooper TB. Atypical antipsychotic agents in the treatment of violent patients with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63 (6): 622–629.
 45. Volavka J, Czobor P, Derks EM et al. Efficacy of antipsychotic drugs against hostility in the European First-Episode Schizophrenia Trial (EUFEST). *J Clin Psychiatry* 2011; 72 (7): 955–961.
 46. Mohr P, Volavka J. Adherence a depotní antipsychotika v léčbě schizofrenie. *Psychiatrie* 2011; 15: 104–112.
 47. Yates K, Kunz M, Czobor P, Rabinowitz S, Lindenmayer JP, Volavka J. A cognitive, behaviorally based program for patients with persistent mental illness and a history of aggression, crime, or both: Structure and correlates of completers of the program. *J Am Acad Psychiatry Law* 2005; 33 (2): 214–222.
 48. Yates KF, Kunz M, Khan A, Volavka J, Rabinowitz S. Psychiatric patients with histories of aggression and crime five years after discharge from a cognitive-behavioral program. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology* 2010; 21 (2): 167–188.
 49. Haddock G, Barrowclough C, Shaw JJ, Dunn G, Novaco RW, Tarrrier N. Cognitive-behavioural therapy v. social activity therapy for people with psychosis and a history of violence: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2009; 194 (2): 152–157.
 50. Harsa P, Žukov I, Csémy L. Možnosti posuzování a měření agresivity u psychiatrických pacientů pomocí osobnostních dotazníků. *Čes a slov. Psychiatrie* 2008; 104 (8): 405–411.
 51. Vevera J, Svarc J, Grohmannova K, Spilkova J, Raboch J, Cerny M, Kalisova L, Bartonkova M, Bob P, Susta M. An increase in substance misuse rather than other mental disorders has led to increased forensic treatment rates in the Czech Republic. *Eur Psychiatry* 2009; 24 (6): 380–387.

Milan Valenta

DRAMATERAPIE

4., aktualizované a rozšířené vydání



Publikace, která vychází už ve čtvrtém vydání, je nejen vynikajícím textem pro studenty psychologie, speciální pedagogiky a příbuzných oborů, ale i zajímavým nahlédnutím do jedné z technik arteterapie pro laickou veřejnost. Psychoterapeuti, vychovatelé i vedoucí dramatických kroužků zde

mohou najít inspiraci a informace o stále se rozvíjejícím oboru. Na poutavých příkladech z praxe autor vysvětluje jednotlivé fáze terapie i konkrétních sezení. Zvláštní pozornost si zaslouží část knihy věnovaná dramaterapeutickým sezením s mentálně postiženými klienty.

339 Kč, Grada Publishing, čtvrté vydání, 264 s., černobíle, 167 × 240 mm, brožované