Shizofrenija: sindromološki pristup

Dragana Šurlan, Dragan Ravanić

Klinika za psihijatriju, Klinički centar "Kragujevac", Kragujevac / Psychiatric Clinic, Clinical Center "Kragujevac", Kragujevac, Serbia

Schizophrenia: A Syndrome Approach

PRIMLJEN / RECEIVED 20.03.2012.

PRIHVAĆEN / ACCEPTED 30.08.2012.

APSTRAKT

Shizofrenija predstavlja grupu hroničnih psihotičnih mentalnih poremećaja multifaktorijalne geneze, koju na fenomenološkom planu karakterišu narušavanje testa realnosti i pojava niza simptoma dezorganizacije psihičkih funkcija i ponašanja. Multifaktorijalna etiopatologija ove bolesti se odnosi na organski, psihodinamski i socijalni moment razboljevanja, ali se ne može sa sigurnošću reći šta je to što uzrokuje razvoj bolesti. Decenijama unazad, naučno istraživački rad je usmeren na etiopatogenetski različite kategorije koje se tiču genetske labilnosti, asociranosti sa neurotransmiterskim poremećajima, neurorazvojnim, neurodegenerativnim i drugim pretpostavljenim etiološkim faktorima. Konglomerat simptoma shizofrenije je takav da ga je teško izdvojiti iz sindromološkog pristupa pa se ovo oboljenje ne može razmatrati kao unitaran klinički entitet.

Ključne reči: shizofrenija; shizofrenija, katatona; shizofrenija, paranoidna; sindrom; klasifikacija.

ABSTRACT

Schizophrenia represents a group of chronic psychotic mental disorders with multi-factorial causes, whose fundamental characteristics are a distortion of reality and the appearance of many symptoms related to psychological function and behavior. The multi-factorial etiopathology of this illness is related to the organic, psychodynamic and social moment of the start of the illness, but we cannot be certain what, initiates it. In past decades and up to the present day, scientific research has been focused on the etiopathogenesis of different categories, which are related to genetic liability, an association with neuro-transmitted disorders, neuro-development, neuro-degeneration and other presumed etiopathological factors. The conglomerate symptoms of schizophrenia are symptoms, which we cannot separate from the Syndrome approach; therefore this illness cannot be discussed as a unique clinical entity.

Key words: schizophrenia; schizophrenia, catatonic; schizophrenia, paranoid; syndrome; classification.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Dr Dragana Šurlan, Klinika za psihijatriju, Klinički centar, Kragujevac, Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac, Tel. 034505050, E-mail: surland@yahoo.com

Dragana Šurlan MD, Psychiatric Clinic, Clinical Center "Kragujevac", Zmaj Jovina 30, 34000 Kragujevac, Serbia, Phone: +38134505050, E-mail: surland@yahoo.com

Naziv shizofrenija (SCH, na engl. schizophrenia) odnosi se na "rascep duše", a potiče od grčke reči "shizo" što označava rascep i "fren"- duša. Shizofrenija predstavlja grupu hroničnih psihotičnih mentalnih poremećaja multifaktorijalne geneze, koju na fenomenološkom planu karakterišu narušavanje testa realnosti i pojava niza simptoma dezorganizacije psihičkih funkcija i ponašanja.¹ Sama definicija shizofrenije implicira postojanje kompleksne i fenomenološki heterogene kategorije.

Dihotomije unutar shizofrenog poremećaja stare su koliko i sam koncept entiteta. Krajem 19. i početkom 20. veka, Emil Krepelin je prvi postavio hipotezu o unitarnom kliničkom entitetu koji ima različite faze, ali predstavlja jednu bolest sa prirodnim uzrokom i predvidivim, lošim ishodom. Termin "shizofrenija" prvi put uvodi švajcarski psihijatar Eugen Blojler (1885-1939). Za razliku od Krepelina koji govori o unitarnom kliničkom entitetu, Blojler govori o grupi shizofrenija.²

Zbog relativno visoke prevalencije (od 0,5 do 3%), specifičnosti simptoma, poremećaja u ponašanju kao i hroničnog toka bolesti epidemiološki značaj shizofrenije je veliki. Shizofrenija obično počinje između 15 i 45 godina starosti, a retko se javlja pre desete i posle pedesete godine života. Najveći broj muškaraca oboli između 15 i 25 godina, a žene između 25 i 35 godina starosti. Rizik oboljevanja od shizofrenije iznosi 0,86%.³

ETIOPATOGENEZA SHIZOFRENIJE

Shizofrenija ima multifaktorijalnu etiopatologiju koja se odnosi na organski (biološki), psihodinamski i socijalni moment razboljevanja, ali se ne može sa sigurnošću reći šta je to što uzrokuje razvoj bolesti. Decenijama unazad, naučno istraživački rad je usmeren na etiopatogenetski različite kategorije koje se tiču genetske labilnosti, asociranosti sa neurotransmiterskim poremećajima, neurorazvojnim, neurodegenerativnim i drugim pretpostavljenim etiološkim faktorima. Ono što se izdvaja u novijim istraživanjima su neurotransmiterske turbulencije koje daju simptome u okviru različitih sindroma shizofrene bolesti.^{4,5}

Tako bi eksces dopaminergičke transmisije u mozgu uzrokovao nastanak psihotičnih simptoma. Moguće objašnjenje je da je dopaminergička aktivnost redukovana u prefrontalnom korteksu i drugim kortikalnim regijama što za posledicu ima poremećaj kognicije i drugih negativnih simptoma (anhedonija i nedostatak motivacije), a da je povećana u subkortikalnim i limbičkim strukturama što se manifestuje pozitivnim simptomima (sumanute ideje i halucinacije). Obzirom da prefrontalni korteks reguliše subkortikalnu i limbičku dopaminergičku transmisiju može se

zaključiti da primarni kortikalni deficit proizvodi sekundarno pojačanje subkortikalnog i limbičkog dopamina.^{4,5}

Pretpostavlja se da noradrenergički mehanizmi igraju prevashodno modulatornu ulogu u patogenezi SCH. Ona se pre svega odnosi na promene u procesu obrade informacija. Hiperaktivnost na nivou sistema locusa ceruleus-a povećava budnost i aktivira pažnju uz istovremeno preplavlivanje nedovoljno diskriminisanim stimulusima, što vodi ka neadekvatnoj obradi, ometanju kognicije i patološkoj ideaciji. Informacije iz unutrašnje sredine organizma se takode neadekvatno interpretiraju što daje osnovu za pogrešnu procenu telesnosti, doživljaj unutrašnjih promena i dalje patološke interpretacije. Treba naglasiti da postoje čvrste funkcionalne interakcije dopaminergičkog i noradrenergičkog sistema. Postoji hipoteza i o hipoaktivnosti noradrenergičkih struktura u centrima nagrade u mozgu sa posledičnom anhedonijom, gubitkom motivacije i oštećenjem cilju usmerenog ponašanja. Snižena noradrenergička aktivnost povezuje se sa negativnim sindromom u SCH.^{4,5}

Najbolje proučena uloga serotonina je u modulaciji dopaminergičke neurotransmisije. Tako je pokazano da serotonin inhibira dopaminergičku neurotransmisiju u nucleus acumbens-u i strijatumu preko presinaptičkih heteroreceptora na dopaminergičkim neuronima. Otuda bi promene ravnoteže dopaminergičkog i serotonergičkog sistema mogle da objasne razliku između pozitivnog (prevaga dopaminergije) i negativnog sindroma (prevaga serotonergije, hipersenzibilizacija postsinaptičkih 5HT₂ receptora).^{4,5}

Pretpostavlja se da je u bolesti poremećen balans između dopaminergičke i holinergičke transmisije u korist holinergičke na nivou centralnih struktura. Ovaj porast uslovljava pojavu hipoproduktivnog, negativnog sindroma, dok je slabljenje u vezi sa egzacerbacijom pozitivne simptomatologije. Svakako se ova holinergička disfunkcija javlja u okviru promenjenog balansa drugih sistema neurotransmisije (noradrenergičkih, dopaminergičkih).^{4,5}

Kod akutne shizofrenije sa pretežno pozitivnim simptomima postoji deficit gabergičke transmisije, dok kod hroničnih SCH pacijenata sa pretežno negativnim simptomima postoji povećana gabergička aktivnost sa opadanjem dopaminergije.^{4,5}

Glutamat je najznačajniji ekscitatorni neurotransmiter odnosno najzastupljenija aminokiselina u CNS-u. U funkcionalnom smislu glutaminergički i dopaminergički sistem su u antagonizmu. Ekscitotoksičnost koja je uslovljena nesvrishodnom aktivacijom glutamatnih receptora u fazama

funkcionalne diferencijacije CNS-a mogla bi da uzrokuje degenerativne promene grupacija neurona i na taj način da pripremi moguć teren za razvoj SCH poremećaja. Moguće da je glutamat okidač nekroze ekscitotoksičnim mehanizmom i kasnije u životu.^{3,4,5}

Tehnikama neurovizualizacije potvrđene su organske promene koje idu u prilog sindromološkoj kategorizaciji entiteta. Kompjuterizovanom tomografijom mozga obolelih od shizofrenije, često se registruju kako proširene lateralne komore tako i proširena treća komora, uz redukciju korteksa. Magnetnom rezonancom uočena je obostrana redukcija volumena hipokampusa, parahipokampalnog girusa i amigdalnog kompleksa. Nivo redukcije hipokampusa je u direktnoj korelaciji sa težinom kliničke slike odnosno sa pozitivnim simptomima SCH.³ Merenje cerebralnog krvotoka pomoću SPECT (na engl. Single-photon emission computed tomography) dobijeni su kontradiktorni rezultati. Primećena je hipofrontalnost odnosno smanjenje protoka krvi i metabolizma glukoze, kao i smanjenje metabolizma fosfolipida u frontalnom režnju koji koreliraju kako sa negativnim simptomima shizofrenije tako i sa dužinom trajanja bolesti. Kod indiferentnih, neaktivnih i autističnih pacijenata primećen je najviši stepen hipofrontalnosti, dok je kod kognitivno oštećenih pacijenata uočen najviši stepen protoka i to u poscentralnim regijama.³

EVOLUCIJA KONCEPTA DIHOTOMIJE POZITIVNO-NEGATIVNOG SUBTIPA

Još je 1889. g. John Huglings Jackson prvi primenio koncept pozitivno-negativne dihotomije. Po Jacksonovom hijerarhijskom evolucionom modelu, negativni simptomi su prouzrokovani difuznim ili generalizovanim gubitkom normalnih funkcija, a u hijerarhijskom smislu, organizaciono viših koji proističu iz destrukcije moždanog tkiva. Pozitivni simptomi nastaju kao rezultat disolucije viših mozdanih funkcija, kao i resolucije na evoluciono niže nivoe moždane organizacije. Fenomeni nižeg nivoa funkcionisanja "probičaju" se bez censure i fine obrade najviših moždanih struktura.⁶

Crow T.J. i saradnici su predložili podelu SCH na dva sindroma koji se biohemijski razlikuju: SCH tip I koji podrazumeva pozitivnu, produktivnu formu kod koje postoji centralna dopaminergička hiperfunkcija, a karakterišu je pozitivni simptomi kao što su halucinacije, sumanute ideje i poremećaj mišljenja po formi. Ovaj oblik SCH ima akutni početak, povoljnu prognozu, povoljno reaguje na neuroleptičku terapiju, a u likvoru su povišene vrednosti HVA (na homovanilic acid). SCH tip II je negativna ili neproduktivna forma kod koje je smanjena produkcija dopamina, a karakterišu je negativni simptomi kao što su alogija,

atimija, anhedonija, socijalno povlačenje, abulija i apatija. Ovaj oblik SCH ima postepen početak i nepovoljan ishod loše reaguje na primenu neuroleptika. Kod ovog tipa su uočene i strukturne abnormalnosti mozga (proširene lateralne komore i dilatacija kortikalnih fisura, kao i sulkusa), a u likvoru su pronađene niže vrednosti HVA.^{6,7,8}

Nensi Andreasen izvodi jednu od prvih revizija Crow-ove postavke i uvodi skale za procenu pozitivnog sindroma (SAPS, na engl. Scale for the Assessment of Positive Symptoms) i negativnog sindroma (SANS, na engl. Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Na osnovu kliničkih simptoma SCH simptome raspoređuje u tri dimenzije. Tako pozitivne simptome deli u dve dimenzije: 1) psihotičnost (sumanute ideje i halucinacije); 2) dezorganizacija (dezorganizovan govor, bizarno ponašanje i neadekvatan afekt). Treću dimenziju predstavljaju negativni simptomi (abulija, alogija, anergija i anhedonija). Kod jednog bolesnika ove dimenzije mogu da se jave zajedno, odnosno da se preklapaju, zbog čega se ne mogu koristiti za konstruisanje podtipova bolesti, već samo za razumevanje neurobiološke osnove.^{6,9}

Kay S.R. ukazuje na to da je pozitivno-negativna distinkcija validna, ali nedovoljna da predstavi svu kompleksnost SCH bolesti. Primenom PANS skale (skala za procenu pozitivnog i negativnog sindroma), ovaj autor ističe četiri dimenzije SCH: pozitivni sindrom, negativni sindrom, ekscitacija i depresivnost. Pozitivni sindrom se sastojao samo od sumanutih ideja i halucinacija, dok je dezorganizovano mišljenje bilo deo odvojenog, ali slabijeg klastera kognitivnost. Kay je razvio piramidalni model u kome ova dva navedena sindroma čine fundamentalne dimenzije psihopatologije. Interakcijom pozitivnog i negativnog sindroma se objašnjava hebefreni podtip SCH, interakcijom pozitivno-depresivno paranoidni tip SCH, a interakcijom negativno-depresivno se objašnjava katatoni tip SCH. Na taj način Kay-ov "piramidni model" pravi jasnu razliku između sindroma i tipologije.^{6,10}

Carpenter W.T. je dao značajan doprinos u analizi negativnog sindroma. Ovo se posebno odnosi na diferencijaciju primarnih od sekundarnih, ili izvedenih negativnih simptoma. Da bi negativni simptomi bili korisni za studije shizofrenije moraju biti direktna manifestacija specifičnog psihopatološkog procesa u shizofreniji. Ovo ne zahteva da je patološki proces jedinstven za shizofreniju, već da je jezgrovna karakteristika u shizofreniji kako bi SCH mogla da se razlikuje od drugih psihotičnih procesa. Kriterijumi za deficitarni sindrom su: A. Najmanje dva od šest negativnih simptoma moraju biti prisutni: 1) restrikcija ili zaravnjen afekat; 2) anhedonija; 3) siromaštvo govora; 4) gubitak interesovanja; 5) smanjeni osećaj za nameru i odluku; 6) smanjenje socijalnih motiva. B. Kombinacija

dva ili više negativnih simptoma, prisutna u poslednjih 12 meseci i uvek prisutna za vreme remisije, ili prate oporavak od psihotične egzacerbacije; C. Navedeni simptomi su primarni, i nisu posledica anksioznosti, efekata uzimanja leka, sumnjičavosti, mentalne retardacije ili depresije. D. Pacijent zadovoljava DSM-4 kriterijume za shizofreniju.^{6,11}

Liddle P.F.¹² je koristio strategiju utvrđivanja oblika cerebralne aktivnosti koji su u vezi sa specifičnom vrstom simptoma i to poredjenjem regionalnog cerebralnog krvotoka (rCBF, na engl. regional Cerebral Blood Flow) u prisustvu i odsustvu tog simptoma. Zaključio je da se SCH najbolje može opisati sa pet ortogonalnih dimenzija: 1) Sindrom distorzija realiteta (sumanute ideje i halucinacije) koji je u vezi sa povećanim protokom u levom medijalnom temporalnom lobusu, a sa smanjenim protokom u posterior-nom cingularnom i levom lateralnom temporalnom lobusu; 2) Sindrom dezorganizacije ("formalin" poremećaj mišljenja i neodgovarajući afekt) koji je u vezi sa povećanim protokom u desnom angularnom cingulumu i sa smanjenim protokom u desnom ventralnom prefrontalnom korteksu; 3) Sindrom psihomotornog osiromašanja (siromaštvo govora, zaravnjen afekt i smanjenje pokreta) koji je u vezi sa smanjenim protokom u prefrontalnom korteksu i levom parietalnom korteksu, kao i sa povećanim protokom u kaudatusu; 4) Psihomotorna ekscitacija (ubrzanje govora, labilni afekt i "bujica" pokreta) koji je u vezi sa povećanim protokom u prefrontalnom korteksu i levom parietalnom korteksu, kao i sa smanjenim protokom u kaudatusu; 5) Depresija (depresivno raspoloženje, beznađe i nisko samopoštovanje). Među navedenim dimenzijama, distorzija realiteta, sindrom dezorganizacije i psihomotornog osiromašanja su specifične karakteristike za SCH.¹²

Stahl SM. je razvio koncept pozitivnog i negativnog sindroma kao dva dela petodimenzionalnog modela. Prema ovom autoru, pozitivni simptomi imaju osnovu u dopaminergičkoj hiperaktivnosti mezolimbickih projekcija, uključujući i nucleus accumbens, dok negativni simptomi, u promenama na nivou mezokortikalnih projekcija, sa mogućnošću da se radi o kortikalnom deficitu dopamina ili mezokortikalnoj blokadi dopamina. Pozitivni i negativni simptomi jesu karakteristični, ali nedovoljni da opišu kompletnu kliničku sliku shizofrenije zbog čega Stahl navodi još tri grupe simptoma koji uz ove simptome čine petodimenzionalni model SCH: 1) Pozitivni simptomi: sumanuto, halucinacije, dezorganizacija govora i ponašanja, kao i katatona agitacija; 2) Negativni simptomi: apatiran afekt, osiromašenje govora, oštećenje apstreknog mišljenja, stereotipija i anhedonija; 3) Kognitivni simptomi: oštećenje pažnje i procesuiranja informacija, inkoherenција, gubitak asocijacija i neologizmi. Posebno su izraženi započinjanje govora, učenje po sekvencama, fokusiranje pažnje,

određivanje prioriteta, koncentracija, modulacija ponašanja u skladu sa socijalnom situacijom; 4) Agresivno/hostilni simptomi: impulsivnost, verbalna, motorna, auto i hetero-agresija, "acting-out" ponašanje; 5) Depresivno/anksiozni simptomi: autoakuzacija, depresivno raspoloženje, strah, briga, iritabilnost, krivica, napetost, kao i problem panike. Poslednje tri grupe simptoma su prisutne i u drugim psihijatrijskim i neurološkim oboljenjima, pa su zbog toga nespecifični, ali opisani uz pozitivnu i negativnu dimenziju shizofrenije pokrivaju njenu složenu kliničku sliku.¹³

KLINIČKA SLIKA SHIZOFRENIJE

Klinički SCH je dinamički poremećaj koga karakterišu promenljivost simptoma i toka. Smatra se da je SCH poremećaj celokupne ličnosti što se slikovito može ilustrovati time da "Shizofrena osoba vidi drvo i oseća kako je to njegova mrtva majka, smeje se a pri tom kaže da je ljut".

Simptomi SCH obuhvataju poremećaje mišljenja po formi i sadržaju, perceptivne poremećaje, poremećaje emocija i afektiviteta, kao i poremećaje psihomotorike i Ego funkcija. Svi simptomi se mogu podeliti i prema karakterističnim sindromima koji se javljaju u sklopu SCH a to su: A. Sindrom distorzije realiteta; B. Sindrom povlačenja iz stvarnosti; C. Sindrom psihičke dezorganizacije i dezintegracije; D. Sindrom psihičkog osiromašanja i propadanja ličnosti.¹⁴

Nespecifični simptomi koji se javljaju u sklopu kliničke slike shizofrenije su anksioznost, depresija, agresivno ponašanje, kao i seksualne disfunkcije.¹⁴

Sindrom distorzije realiteta je u bliskoj vezi sa poremećajima mišljenja i opažanja. Ovaj sindrom podrazumeva tzv. produktivne ili pozitivne simptome bolesti (sumanute ideje i halucinacije), a karakterističan je za paranoidnu SCH.¹⁴

Sindrom povlačenja iz stvarnosti: simptomi mogu da se razvijaju postepeno (npr. kod simplex formi) ili naglo (kod katatone shizofrenije). Povlačenje iz stvarnosti je gotovo uvek u vezi sa kidanjem afektivnih veza bolesnika sa njegovom okolinom ili sa zastrašujućim doživljajem okoline što rezultira autizmom i katatonim stuporom.¹⁴

Sindrom psihičke dezorganizacije i dezintegracije: prema mnogim autorima suština SCH je u dezorganizaciji psihičkih funkcija i intrapsihičkoj ataksiji koje uzrokuju dezintegraciju ličnosti. Stranski E. ukazuje da je intrapsihička ataksija posledica nesklada između nekih psihičkih funkcija (mišljenja, emocija, percepcije i volje) što se manifestuje dezorganizovanim, disfunkcionalnim mišljenjem, ideoafek-

tivnom disocijacijom, afektivnom dezorganizacijom i dezorganizovanim ponašanjem¹⁴.

Sindrom psihičkog osiromašanja i propadanja podrazumeva negativne ili deficitarne simptome shizofrenije. Ovi simptomi podrazumevaju smanjenje raznolikosti i jačine emocionalnog izražavanja (emocionalna zaravnjenost i afektivna tupost, kao i anhedonija), smanjenje brzine i bogatstva misli i govora (alogija), slabljenje volje i podsticaj ka cilju usmerenim ponašanjem (avolicija, amotivacija i socijalno povlačenje).¹⁴

Drugi (nespecifični) simptomi u shizofreniji su anksioznost, depresija, agresivnost, autodestruktivnost i suicidalnost, kao i seksualne disfunkcije.¹⁴

Klinički tok i ishod shizofrenije je promenljiv. Kod akutnog, kao i kod povratnog akutnog shizofrenog oboljenja, u skoro 20% slučajeva moguć je potpuni oporavak. Kod hroničnog shizofrenog sindroma sa akutnim početkom, 20% obolelih ima potpun oporavak. U 15% pacijenata razvija se suicidalnost. Danas se smatra da 30% obolelih od shizofrenije (u akutnom ili hroničnom obliku) postiže potpuni oporavak.³

KLINIČKI OBlici SHIZOFRENIJE

Prema MKB-10 klasifikaciji, a na osnovi sindromološkog pristupa izdvojeni su klinički subtipovi SCH:³

Paranoidna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija je najčešći tip shizofrenije, počinje između 30. i 40. godine života. Kliničkom slikom dominiraju poremećaji mišljenja po sadržaju u vidu nesistematizovanih sumanutih ideja, naročito proganjanja, odnosa, kao i interpretativne sumanutosti, kao i ideje veličine. Halucinacije su obično slušne, ali i cenestetičke, olfaktivne i gustativne i uglavnom prate sadržaje sumanutih ideja. Oboljenje ima relativno blag, ali ipak progresivan tok, tako da "fasada" ličnosti ostaje dugo očuvana. Lečenje je uglavnom uspešno.³

Prikaz slučaja:

Pacijent star 53 godine, po zanimanju mašinski inženjer, dolazi na Klinik u pratnji Službe hitne medicinske pomoći, nakon što se na gradskom trgu u pižami molio Bogu i razgovarao sa njim. Ne zna zašto su ga doveli kad je on "Božiji izaslanik, ali svejedno on će svoju misao sprovesti i na Klinici". Navodi da je postao Božiji izaslanik kada je Bog na njega pustio "zrak", kao i da preko sunca dobija istu poruku. Tokom boravka na odeljenju stoji pored prozora, pogleda

uprtog u nebo, kao da nešto šapuće, pri čemu se emotivno ne angažuje. Na primenu antipsihotične terapije postepeno se redukuju simptomi zbog čega je savetovano dalje ambulantno lečenje.

Hebefrena shizofrenija

Hebefrena shizofrenija obično počinje u pubertetu ili ranoj adolescenciji (najkasnije do 25. godine života), a karakteriše je izražena regresija sa dezinhbiranim i neorganizovanim ponašanjem zbog čega se naziva i dezorganizovani tip shizofrenije. Javljaju se poremećaji mišljenja (kako po sadržaju tako i po formi), zatim halucinacije i sumanute ideje koje su dezorganizovane i bizarne. Ponašanje je krajnje upadljivo, detinjasto, neodgovorno, obesno, manirovano, postoji sklonost ka neumesnim šalama i preokupacija filozofskim temama. Emocionalne reakcije su neprimerene, prenaplašene i neadekvatne, često praćene upadljivim smehom i bezrazložnim kikotanjem. Za ponašanje hebefrenog bolesnika, može se reći da je luckast. Bolest ima progredirajući tok i brzo se razvija dezintegracija i propadanje ličnosti.³

Prikaz slučaja:

Pacijent star 18 godina, na Klinik ga dovozi Služba hitne medicinske pomoći u pratnji bake sa kojom živi. Baka navodi da unuk ne izlazi iz sobe već 2 meseca, ne kupuje se, ne presvlači, a u poslednje vreme odbija i hranu. Nije završio 4. godinu srednje škole iako je prethodno bio odličan učenik. Od malena se interesovao za grčku mitologiju, a poslednjih godinu dana se povukao iz društva. Na prijemu je pacijent zapuštenog izgleda (dugi nokti, prljava duga kosa), jako bleđ i mršav, ne odgovara na postavljena pitanja i deluje uplašeno. Tokom boravka na odeljenju se povremeno bezrazložno osmehuje, priča nepovezano i grimasizira. Nakon primenjene antipsihotične terapije počinje postepeno da samostalno uzima hranu i održava higijenu. Otpušten je u fazi remisije. Nastavio je da redovno dolazi na kontrole prilikom koji se opservira bezvoljnost i zaravnjen afekt. Četvrtu godinu je upisao vanredno.

Katatona shizofrenija

Katatona shizofrenija počinje naglo, između 20. i 30. godine života. Dominiraju poremećaji psihomotorike koji mogu da se ispolje u dva oblika, kao katatoni stupor ili katatono uzbuđenje i pomama. Kada je reč o katatonom stuporu, bolesnik ostaje dugo u neprirodnom položaju pri čemu je zamorljivost gotovo minimalna usled odsustva volje. Karakteristični su razni manirizmi "voštana savitljivost" i "psihički jastuk". Ovakav bolesnik je autističan, mutističan, ispoljava pasivni i aktivni negativizam, a ponekada je doci-

lan (prisutna je automatska poslušnost). Često se javlja stereotipija govora, pokreta i ponašanja (verbigeracija, eholalija, ehopraksija), kao i mimike (ehomimija). Pored očuvane svesti, očuvanog opažanja, bolesnik deluje odsutno. Iz stanja katatonog stupora mogući su nagli prelasci u katatono uzbuđenje kada bolesnik može da bude opasan po sebe i okolinu jer je tada njegovo ponašanje nepredvidljivo i krajnje nekontrolisano. Katatona shizofrenija se sve redje javlja na našim prostorima i ima remitirajući tok. Faze stabilizacije, odnosno remisije, po pravilu su dobre, pa je i prognoza relativno povoljna.³

Prikaz slučaja:

Pacijentkinja stara 27 godina, razvedena, majka jednog deteta, hospitalizovana je u stanju katatonog stupora. Tokom boravka na odeljenju leži nepomično u krevetu sa ukočenim pogledom. Izraz lica odaje veliku napetost zbog halucinatornih doživljavanja. Ne odgovara na postavljena pitanja, opire se pasivnim pokretima, odbija hranu i lekove. Po primeni parenteralne antipsihotične terapije, pacijentkinja postepeno izlazi iz stupora. Počinje da sedi u krevetu, prihvata hranu, a kasnije sama počinje da odlazi do toaleta. Nakon izlaska iz stupora referiše o postojanju imperativnih halucinacija za vreme stupora.

Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija se odlikuje kliničkim manifestacijama podtipova koji se jednim imenom nazivaju nediferencirana shizofrenija.³

Postshizofrena depresija

Kod postshizofrena depresije dominira depresivno raspoloženje, dok se pozitivni i negativni simptomi održavaju, ali nisu dominantni. Kod ovog podtipa shizofrenije postoji visok rizik od suicida.³

Rezidualna shizofrenija

Rezidualna shizofrenija se karakteriše zaostatom pojedinih simptoma "protutnjale" shizofrene epizode koji se nazivaju rezidue. Drugim rečima, ovo su ublaženi simptomi shizofrenije koji su u okviru hroničnog stadijuma razvoja shizofrenije izgubili intezitet kliničkog ispoljavanja. Ako se jave halucinacije i sumanute ideje, kao i drugi pozitivni simptomi, oni ne utiču značajno na ponašanje i komunikaciju sa okolinom jer se emocionalno reagovanje na njih odlikuje osiromašenjem afektivne sfere. Ponašanje bolesnika sa rezidualnom shizofrenijom nije u velikoj meri poremećeno. Upadljivo je za okolinu, ali je bitnije ne remeti pa se zato ponašanje bolesnika toleriše u društvu. Ovakvom bolesniku je omogućeno veće društveno učešće, kako u komunikaciji, tako i u obavljanju jednostavnih poslova.³

Jednostavna shizofrenija (Simplex forma)

Jednostavna shizofrenija ima postepen, podmukao početak u periodu adolescencije. Ova bolest je progresivnog toka i uzrokuje osiromašenje i propadanje (opustošenje) ličnosti i zato se smatra jednim od najtežih oblika shizofrenije. U kliničkoj slici preovlađuju negativni simptomi, dok se pozitivni simptomi se pojavljuju ali nisu značajno izraženi. Progresija bolesti vrlo brzo izaziva afektivnu tupost i atimiju (nivelisan afekt), gubitak vitalnih dinamizama, odnosno razvija se atimohormični sindrom koji je za ovaj oblik shizofrenije najkarakterističniji. Shizofreni bolesnik je prazan, bezvoljan, nema nikakvog interesovanja, ne vodi računa o svojim osnovnim potrebama i gotovo potpuno se povlači iz spoljašnjeg sveta, i ne komuniciraju ni sa svojim najbližima.³

Druga shizofrenija (shizofrenija Alia)

Druga shizofrenija je oblik shizofrenije koji pre svega odnosi na tzv. "cenestopatsku shizofreniju" koju karakterišu cenestetičke halucinacije povezane sa sumanutim idejama uticaja, vrlo bizarnih sadržaja, na telo i pojedine organe bolesnika. Nekada je ovo toliko izraženo da mnogi kliničari ovaj oblik shizofrenije nazivaju "ludilo fizičkog proganjanja". Ovaj oblik shizofrenije odnosi se i na shizofreniju koja se javlja kod oligofrenih osoba, a naziva se "Propf shizofrenija", a odlikuje je kombinacija mentalne retardacije i shizofrenije, uz retku pojavu halucinacija.³

DIJAGNOZA SHIZOFRENIJE

Dijagnoza shizofrenije se postavlja na osnovu DSM-4 i MKB-10 dijagnostičkih kriterijuma.¹⁵ Prema MKB-10, kriterijumi za dijagnostikovanje shizofrenije su: a) nametanje ili oduzimanje misli, eho i emitovanje misli; b) sumanutost kontrole, uticaja i pasivnosti koja se jasno odnosi na telo ili pokrete tela, specifične misli, akcije ili senzacije; c) halucinacije u obliku glasova koje komentarišu bolesnikovo ponašanje (razgovaraju međusobno o bolesniku) razni oblici halucinacija u vidu glasova koji dolaze iz nekog dela tela; d) trajne bizarne sumanutosti koje se nameću ili koje nisu u skladu sa bolesnikovim intelektom i obrazovanjem, nemoguć politički, naučni, ili religiozni identitet, prirodne sposobnosti i moći (npr. kontrola vremena, komunikacija sa vanzemalcima...); e) perzistentne halucinacije, bilo kojeg tipa, kada su praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog odgovora ili kada su halucinacije permanentno prisutne nedeljama i mesecima; f) disocirano mišljenje, dezorganizovan govor i neologizmi; g) katatono ponašanje (izrazita ukočenost tela, održavanje neprirodnog položaja) ili izrazita uzbuđenost; h) negativni simptomi u vidu apatije, siromaštva govora, zaravnjenog afekta ili neadekvatnog emocionalnog odgovora koji obično uz-

rokuju socijalno povlačenje i pad socijalnog funkcionisanja; i) značajna i trajna promena ponašanja u smislu gubitka interesovanja, besciljnosti, zaokupljenosti samim sobom i socijalnog povlačenja.

Za dijagnozu shizofrenije potreban je minimalno jedan simptom od a) do d) ili najmanje dva simptoma od e) do i), a ovi simptomi moraju biti prisutni dovoljno dugo (minimalno jedan mesec).¹⁵

DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA SHIZOFRENIJE

Diferencijalno dijagnostički treba razlikovati: 1) shizofreniju simplex od shizoidnog poremećaja ličnosti; 2) akutnu shizofreniju epizodu, akutni i prolazni psihotični poremećaj i psihopatološku reakciju prilagođavanja; 3) adolescentnu krizu i incipijentnu shizofreniju; 4) katatoni stupor od disocijativnog, depresivnog i stupor organske geneze; 5) shizoafektivnu formu shizofrenije od maničnodepresivne psihoze; 6) paranoidnu shizofreniju od sumanute psihoze; 7) pufrof shizofrenije i demencije.¹⁶

TERAPIJA SHIZOFRENIJE

Lečenje shizofrenije je vrlo kompleksno, a zasniva se na integrativnom terapijskom pristupu. Centralno mesto u terapiji zauzimaju antipsihotici. Neki od klasičnih antipsihotika (proizvedeni od 50.-70. godina prošlog veka) su i dalje u upotrebi: hlompromazin, levompromazin, promazin, flufenazin, haloperidol i drugi. Ove lekove karakteriše vrlo jak afinitet i blokada dopaminergičkih, noradrenergičkih i holinergičkih receptora. Antipsihotično delovanje se zasniva na blokadi dopaminskih D2 receptora što je u vezi sa terapijskim, ali i sa brojnim neželjenim dejstvima. U prvoj liniji tretmana shizofrenog poremećaja danas se koriste atipični antipsihotici: klopazin, risperidon, olanzapin, kvetiapin, aripiprazol, ziprasidon, sertindol. Ovi lekovi imaju manje neželjenih efekata jer je njihova neurotransmitterska aktivnost izbalansirana tako da deluju polivalentno tj. na više neurotransmitterskih sistema a naročito na dopaminergički D2 receptorski system, kao i na serotonergički 5HT₂ receptorski sistem. Razlozi korišćenja velikog broja atipičnih antipsihotika su kako zbog sindromološkog pristupa koji je aktuelan tako i zbog neurotransmitterskih turbulencija koje daju simptome u okviru navedenih sindroma koje pokušavamo da iskontrolišemo polivalentnim tretmanom. Uporedo sa farmakoterapijom primenjuju se i metode individualne i grupne psihoterapije, kao i razne psihosocijalne intervencije.^{3,17,18}

Na osnovu svega navedenog može se zaključiti da je konglomerat simptoma shizofrenije takav da ga je teško izdvojiti iz sindromološkog pristupa pa se ovo oboljenje ne može razmatrati kao unitaran klinički entitet.

LITERATURA:

1. Jašović-Gašić M, Damjanović A. Terapijske smerice za lečenje shizofrenije. Srpsko Lekarsko Društvo, Beograd 2008.
2. Kalićanin P. Klinička psihijatrija. Beograd 2003.
3. Ravanić D. Shizofrenija, shizotipski poremećaj i poremećaji sa sumanutošću. U: Ured. Đukić Dejanović S. Psihijatrija. Medicinski fakultet Univerziteta u Kragujevcu 2011; 223-57.
4. Paunović VR, Babinski T. Biološka psihijatrija: Molekularna osnova mentalnih procesa, Medicinski fakultet Beograd 1995.
5. Timotijević I, Stefanović L. Shizofrenija: vodič za dijagnostiku. Beograd 2003.
6. Jasovic-Gasic M. Depresije u shizofreniji. Beograd 1997.
7. Crow TJ. Positive and negative symptoms and the role of dopamine. British Journal of Psychiatry 1985; 137:383-6.
8. Crow TJ. A current view of the type II syndrome: Age of onset, intellectual impairment, and the meaning of structural changes in the brain. British Journal of Psychiatry 1989; 155: 15-20.
9. Andreasen NC, Olsen S. Negative vs positive schizophrenia: definition and reliability. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:789-94.
10. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull 1987; 13:261-76.
11. Carpenter WT, Buchanan RW, Kirkpatrick B. The concept of the negative symptoms in schizophrenia. In: greden JE, Tandon R, (Eds). Negative schizophrenic symptom: pathophysiology and clinical implication. American Psychiatric Press Inc, Washington 1991; 3-20
12. Liddle PF. The symptoms of chronic schizophrenia. A re-examination of the positive-negative dichotomy". Br J Psychiatry 1987; 151:145-51.
13. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. 3th edition. New York: Cambridge University 2008
14. Jakovljević M. Savremena farmakoterapija shizofrenije: od neurobiologije do potpune reintegracije. Medicinska naklada, Pro-Mente Zagreb 2001.
15. ICD-X, Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja. Zavod za udzbenike i nastavna sredstva Beograd 1992.
16. Marić J. Klinička psihijatrija. Megraf-Beograd 2005.
17. Ravanić DB, Djukić-Dejanović SM, Janjić V. et al. Effectiveness of clozapine, haloperidol and chlorpromazine in schizophrenia during a five-year period. Arquivos De Neuropsihijatrija 2009; 67:195-202.
18. Ravanić DB, Pantović MM, Milovanović DR. et al. Long-term efficacy of electroconvulsive therapy combined with different antipsychotic drugs in previously resistant schizophrenia. Psychiatr Danub 2009; 21: 179-86.