

• Uvod • Shizofrenija • Tipovi shizofrenije • Deluzijski poremećaj

Uvod

Shizofrenija i deluzijski poremećaj su odvojeni poremećaji koji mogu imati neka zajednička obilježja, kao što su paranoja, sumnjičavost i nerealno mišljenje. Međutim, shizofrenija je relativno čest i ozbiljan duševni poremećaj koji je povezan sa psihozom, gubitkom dodira sa stvarnošću, i opadanjem općeg funkcionisanja. Za razliku, deluzijski poremećaj je rjeđi i ima za posljedicu djelomičnu ili ograničeniju nesposobnost.

SCHIZOPHRENIA • Uvod • Uzroci • Simptomi • Tipovi shizofrenije • Dijagnoza • Prognoza
• Liječenje • Antipsihotici

Uvod

Shizofrenija je teški duševni poremećaj karakterističan po gubitku dodira sa stvarnošću (psihoza), halucinacijama, deluzijama (pogrešnim vjerovanjima), nenormalnim mišljenjem i prekinutim radnim i društvenim funkcionisanjem.

Shizofrenija je veliki javno-zdravstveni problem u cijelom svijetu. Čini se da je prevalencija

Shizofrenije širom svijeta nešto manja od 1%, premda su otkrivena mjesta sa višom ili nižom prevalencijom. U SAD ljudi sa shizofrenijom zauzimaju oko jedne četvrtine svih bolničkih kreveta i na njih otpada oko 20% svih bolničkih dana. Shizofrenija je češća od Alzheimerove bolesti, šećerne bolesti ili multiple skleroze.

Obilježja shizofrenije imaju i brojni drugi poremećaji. • Poremećaji koji su slični shizofreniji, ali pri kojima su simptomi prisutni u trajanju manje od 6 mjeseci zovu se shizofreniformni poremećaji. •

Poremećaji pri kojima epizode psihotičnih simptoma traju barem 1 dan, ali manje od 1-og

mjeseca zovu se kratki psihotični poremećaji.

- Poremećaj karakterističan po prisutnosti simptoma raspoloženja, kao što su depresija ili manija, uz tipičnije simptome shizofrenije zove se shizoafektivni poremećaj.
- Poremećaj ličnosti, koji može imati iste simptome kao shizofrenija, ali u kom simptomi općenito nisu tako teški da bi zadovoljili kriterije za psihozu zovu se shizotipski poremećaji ličnosti.

Uzroci

Iako specifični uzrok shizofrenije nije poznat, poremećaj ima jasni biološki temelj. Mnogi stručnjaci prihvaćaju model "stres-povredivost", pri kojem se shizofrenija shvaća kao pojava u ljudi koji su biološki ranjivi. Što čini osobu ranjivom na shizofreniju nije poznato, ali može uključiti genetsku sklonost, probleme koji se javljaju prije, za vrijeme ili nakon rođenja, ili virusnu infekciju mozga.

Poteškoće u obradi podataka, nemogućnost obraćanja pozornosti, oštećena sposobnost ponašanja na društveno prihvatljive načine i općenito nemogućnost savladavanja problema, mogu ukazivati na ranjivost. Pri tom modelu, okolinski stresovi, kao što su stresni životni događaji ili problemi zloupotrebe nekih sredstava, u ranjivih pojedinaca potaknu početak i ponovno pojavljivanje shizofrenije.

Simptomi

Shizofrenija se najčešće pojavljuje u dobi između 18-25 godina u muškaraca, a u žena u dobi od 26-45 godina. Međutim, nije rijedak početak u djetinjstvu ili u ranoj razvojnoj dobi ili kasnije u životu. Početak može biti iznenađan, u razdoblju od nekoliko dana ili sedmica ili polagan i neprimjetan godinama.

Težina i tip simptoma mogu biti značajno različiti među različitim ljudima sa shizofrenijom.

Sve u svemu, simptomi spadaju u tri glavne skupine: • deluzije i halucinacije, •
poremećaj mišljenja i neobično ponašanje, i

- manjkavi ili negativni simptomi.

Osoba može imati simptome iz jedne ili iz sve tri skupine. Simptomi su dovoljno teški da mogu smetati radnoj sposobnosti, međuodnosu sa ljudima i brizi za samoga sebe.

- Deluzije su pogrešna vjerovanja koja obično zahvaćaju krivo tumačenje percepcija ili iskustava, npr. ljudi sa shizofrenijom mogu imati deluzije progona, vjerujući da ih se muči, slijedi, vara ili uhodi. Mogu imati deluzije odnosa, vjerujući da su odlomci u knjigama, novinama ili riječi pjesama upravljani specifično njima. Mogu imati deluzije povlačenja mišljenja ili unošenja mišljenja (vjerujući da im drugi mogu čitati misli, da im se misli prenose drugima), ili da su im misli i nagoni nametnuti od vanjskih sila. Mogu se pojaviti zvučne, vidne, mirisne, okusne ili dodirne halucinacije, premda su zvučne (slušne) halucinacije daleko najčešće. Osoba može "čuti" glasove koji tumače njihovo ponašanje, razgovaraju jedan sa drugim ili daju kritičke i uvredljive primjedbe.

- Poremećaj mišljenja odnosi se na poremećeno mišljenje koje postaje očito kada je govor nesuvisao (nepovezan i nerazumljiv), skreće od jedne teme na drugu i gubi svoju kvalitetu upravljanja ka cilju. Govor može biti blago poremećen ili potpuno nepovezan i nerazumljiv.

Čudno (neobično) ponašanje može imati oblik dječje budalaštine, uzbuđenosti ih neodgovarajuće pojave, higijene ili ponašanja. Katatoničko motoričko ponašanje je krajnji oblik čudnog ponašanja pri kojem osoba može održati rigidni položaj i oduprijeti se naporu da se pomakne ili, suprotno, izvodeći motoričku (pokretačku) aktivnost bez svrhe i poticanja.

Manjkavi ili negativni simptomi shizofrenije uključuju gruba uzbuđenja, siromaštvo govora, anhedoniju (smanjena sposobnost izražavanja raspoloženja) i asocijalnost. Gruba uzbuđenja odnose se na stišavanje emocija. Lice osobe može postati nepomično (kao maska), ona slabo stupa u kontakt očima i manjka joj emocionalna izražajnost. Događaji koji bi normalno osobu nasmijali ili rasplakali ne dovode do reakcije. Siromaštvo govora posljedica je smanjenja mišljenja koje se očituje rjeđim govorenjem. Odgovori na pitanja mogu biti jednostavni, jedna ili dvije riječi, stvarajući dojam unutarnje praznine. Anhedonija se odnosi na smanjenu sposobnost

iskazivanja ugone, osoba može imati mali interes za prethodne aktivnosti i mnogo vremena provesti u onima bez svrhe. Asocijalnost se odnosi na gubitak zanimanja za odnose sa drugim ljudima. Ti negativni simptomi su često povezani sa općim gubitkom motivacije, osjećaja, svrhe i ciljeva.

Tipovi shizofrenije

Neki istraživači vjeruju da je shizofrenija pojedinačni poremećaj, dok drugi smatraju da je to sindrom (skup simptoma) temeljen na brojnim uzročnim bolestima. U naporu da se bolesnike klasificira u više jednakih skupina određeni su podtipovi shizofrenije. Međutim, među pojedinim bolesnicima podtip se tokom vremena može mijenjati.

- Paranoidna shizofrenija je karakteristična po zauzetošću deluzijama (krivim uvjerenjima ili vjerovanjima) ili slušnim halucinacijama, manje su izraženi neorganizovan govor i neodgovarajuće emocije.
- Hebefrena ili krivoorganizovana shizofrenija je karakteristična po neorganiziranom govoru, neorganiziranom ponašanju i plitkim ili neodgovarajućim emocijama.
- U katatonij shizofreniji dominiraju fizički simptomi kao što je nepokretnost, pretjerana motorička aktivnost ili zauzimanje čudnih položaja.
- Nediferenciranu shizofreniju često označuju simptomi iz svih skupina: deluzije i halucinacije, poremećaj mišljenja i čudno ponašanje te manjkavi ili negativni simptomi.

U novije vrijeme shizofreniju se klasificira prema prisutnosti i težini negativnih ili manjkavih simptoma.

- U ljudi sa negativnim ili manjkavim podtipom shizofrenije izraženi su negativni simptomi kao što su smanjene emocije, gubitak motivacije i smanjeni osjećaj svrhe.

- U ljudi sa nemanjkavom ili paranoidnom shizofrenijom ističu se deluzije i halucinacije, ali se opaža relativno malo negativnih simptoma. Sve u svemu, ljudi sa nemanjkavom shizofrenijom skloniji su blažoj nesposobnosti za rad i bolje reagiraju na liječenje.

Dijagnoza

Za dijagnosticiranje shizofrenije nema presudne pretrage. Psihijatar postavlja dijagnozu na temelju sveukupne procjene anamneze i simptoma osobe. Da bi se potvrdila dijagnoza shizofrenije, simptomi moraju potrajati barem 6 mjeseci i moraju biti povezani sa značajnim pogoršanjem pri radu, u školi ili društvenom funkcioniranju. U ustanovljivanju početka bolesti često su važni podaci od obitelji, prijatelja ili učitelja.

Doktor će isključiti mogućnost da bolesnikove psihotičke simptome uzrokuje poremećaj raspoloženja. Laboratorijske pretrage se često rade da bi se isključila zloupotreba droga ili temeljni internistički, neurološki ili endokrini poremećaj koji može imati oblik psihoze. Primjeri takvih poremećaja uključuju tumore mozga, epilepsiju sljepoočnog režnja, autoimune bolesti, Huntingtonovu bolest, bolest jetre i štetne reakcije na lijekove.

Ljudi sa shizofrenijom imaju nenormalnosti mozga koje se mogu vidjeti na CT-u ili MRI. Međutim, ti su defekti nedovoljno specifični da bi bili od pomoći u dijagnosticiranju shizofrenije u pojedinih bolesnika.

Prognoza

Kroz kratko vremensko razdoblje (1 godina) prognoza shizofrenije je usko povezana sa tim kako osoba dobro prati plan terapije lijekovima. Bez terapije lijekovima, 70-80% ljudi koji su imali shizofrenu epizodu dobit će nakon idućih 12 mjeseci recidiv i imati ponovnu epizodu. Lijekovi koji se uzimaju redovno mogu smanjiti stopu recidiva na oko 30%.

Za dulja razdoblja prognoza shizofrenije je različita. Općenito, jedna trećina ljudi dobije

značajno poboljšanje koje potraje, jedna trećina postigne neko poboljšanje sa ponavljajućim recidivima i djelomičnom nesposobnošću a jedna trećina ima tešku i trajnu nesposobnost.

Činioci povezani sa dobrom prognozom uključuju nagli nastup bolesti, kasnu dob pri početku, dobru razinu vještina i izvođenja prije početka bolesti i paranoidni ili nemanjkavi podtip bolesti. Činioci povezani sa lošom prognozom uključuju početak u ranoj dobi, slabo društveno i profesionalno funkcioniranje prije početka bolesti, obiteljsku anamnezu za shizofreniju i hebefreni ili manjkavi podtip bolesti.

Shizofrenija je povezana sa oko 10%-tnim rizikom samoubistva. U prosjeku shizofrenija skraćuje životni vijek oboljelih za 10 godina.

Liječenje

Opći ciljevi liječenja su smanjiti težinu psihotičkih simptoma, spriječiti ponovnu pojavu simptomatskih epizoda i pridruženog pogoršanja funkcioniranja i osigurati potporu da se omogući funkcioniranje na najvećoj mogućoj razini.

Antipsihotički lijekovi, rehabilitacija i aktivnosti potpore zajednice te psihoterapija predstavljaju tri glavne sastavnice liječenja.

- Antipsihotički lijekovi mogu biti djelotvorani u smanjivanju i uklanjanju simptoma kao što su deluzije, halucinacije i neorganizirano mišljenje. Nakon što su se akutni simptomi razbistrili, nastavljeno uzimanje antipsihotičkih lijekova bitno smanjuje vjerojatnost budućih epizoda. Nažalost, antipsihotički lijekovi imaju značajne nuspojave koje mogu uključiti smirivanje, mišićnu ukočenost, tremore i dobivanje na težini. Ti lijekovi mogu uzrokovati i polaganu diskineziju, jedan poremećaj nevoljnog pokretanja najčešće prepoznat po nabiranju usana i jezika ili savijanju ruku ili nogu. Polagana diskinezija može postojati čak i nakon prestanka uzimanja lijeka. Za takve slučajeve koji ostaju trajni, nema djelotvoranog liječenja.

Oko 75% ljudi sa shizofrenijom reagira na standardne antipsihotične lijekove, kao što su hlorpromazin, flufenazin, haloperidol ili tioridazin. Na pola, od preostalih 25% bolesnika, može

dobro da djeluje relativno novi antipsihotični lijek nazvan klozapin. Kako klozapin može imati teške nuspojave, kao što su epileptični napadi ili može izazvati smrtonosnu supresiju koštane moždine, općenito se koristi samo za bolesnike koji nisu reagirali na druge antipsihotičke lijekove. Ljudi koji uzimaju klozapin moraju svake sedmice kontrolisati broj bijelih krvnih stanica. U toku je istraživanje drugih novih lijekova koji ne bi imali moguće ozbiljne nuspojave klozapina. Već je dostupan risperidon, a nekoliko drugih lijekova su na čekanju odobrenja za upotrebu.

- Rehabilitacija i potporne aktivnosti zajednice upravljene su na učenje vještina potrebnih za preživljavanje u zajednici. Te vještine osposobljuju ljude sa shizofrenijom da rade, kupuju, da se brinu za sebe, vode kućanstvo i slažu se sa ostalima. Iako za vrijeme teških recidiva može biti potrebna hospitalizacija, potrebna može biti i nedobrovoljna hospitalizacija ako je osoba opasnost za sebe ili za druge, opći cilj je da ljudi sa shizofrenijom žive u zajednici. Da se taj cilj postigne neki bi ljudi trebali živjeti u nadgledavanom stanu ili zajedničkoj kući, gdje se netko može brinuti da se lijekovi uzimaju kako je propisano.

Mali broj ljudi sa shizofrenijom ne može živjeti samostalno bilo zbog toga što imaju teške i tvrdokorne simptome ili zbog toga što ne posjeduju potrebnu vještinu za život u zajednici. Oni obično zahtijevaju cjelodnevnu brigu i smještaj u sigurnom i podupiračkom okruženju.

- Psihoterapija je drugi važan aspekt liječenja. Općenito je cilj psihoterapije uspostaviti saradnju između bolesnika, obitelji i doktora. Na taj način bolesnik može naučiti razumjeti i upravljati svojom bolešću, uzimati antipsihotičke lijekove kako je propisano i savladavati stresove koji mogu otežati bolest.

Antipsihotici

Čini se da su antipsihotički lijekovi (antipsihotici) najdjelotvoraniji u liječenju halucinacija, deluzija, krivo organiziranog mišljenja i agresije. Premda se za shizofreniju najčešće propisuju antipsihotici, čini se da su oni djelotvorani u liječenju tih simptoma ukoliko potječu od manije, shizofrenije, demencije ili akutnog otrovanja tvarima kao što je amfetamin.

Prvi djelotvorani antipsihotik je hlorpromazin, a pojavio se na tržištu 1955. godine. Od tada je stvoreno više od 12 sličnih antipsihotika, flufenazin, hatoperidol, perfenazin i tioridazin. Radi se o uobičajenim antipsihoticima koji u biti svi djeluju na isti način: blokiraju dopaminske receptore

u mozgu. Dopamin je neurotransmiter, hemijska tvar koja pomaže prenosu električnih impulsa uzduž nervnih putova i između nerava. Prekomjerna aktivnost dopamina izaziva halucinacije i deluzije. Blokiranje dopaminskih receptora može ublažiti te simptome.

Uobičajeni antipsihotici razlikuju se s obzirom na jačinu (viša nasuprot nižoj), nuspojave (sklonost prema smirivanju nasuprot sklonosti prema izazivanju mišićne ukočenosti) i način primjene (na usta ili u injekcijama). Kako su svi uobičajeni antipsihotici jednako djelotvorani u suzbijanju simptoma shizofrenije, izbor određenog lijeka je često temeljen na njegovim nuspojavama i kako ga dobro podnosi pojedini bolesnik.

Relativno nova vrsta antipsihotika čini se da djeluje tako da blokira receptore i dopamina i serotonina (drugi transmiter) u mozgu. Klozapin je primjer takvoga lijeka. Klozapin ima veću djelotvoranost nego uobičajeni antipsihotici u liječenju simptoma shizofrenije. Međutim, budući da ima vrlo ozbiljne nuspojave, kao što je opasni pad broja bijelih krvnih stanica, koristi se samo za ljude koji ne reagiraju na uobičajene lijekove.

DELUZIJSKI POREMEĆAJ • Uvod • Simptomi i dijagnoza • Prognoza i liječenje

Uvod

Deluzijski poremećaj je karakterističan po prisutnosti jednog ili više pogrešnih vjerovanja koja traju barem jedan mjesec.

Za razliku od shizofrenije, deluzijski poremećaj je relativno rijedak i funkcioniranje je manje oštećeno. Taj poremećaj, općenito, najprije zahvata ljude u srednjoj ili kasnijoj životnoj dobi.

Deluzije u ovom poremećaju nisu čudne i obuhvataju situacije koje se mogu shvatljivo pojaviti u stvarnom životu, kao što je biti praćen, otrovan, zaražen, voljen na daljinu ili prevaren od supruga ili ljubavnika.

Prepoznato je nekoliko podtipova deluzijskih poremećaja. • U erotomanskom podtipu, središnja tema deluzije je da je u ljubavi sa pojedincem, drugom osobom. Česta mogu

biti nastojanja da se dođe u kontakt sa objektom deluzije telefonskim pozivima, pismima ili čak nadzorom i skrivenim praćenjem. Ponašanje u vezi s deluzijom može biti u suprotnosti sa zakonom.

- Pri grandioznom podtipu osoba je uvjerena da je izvanredno darovita ili da je napravila neko veliko otkriće.

Pri ljubomornom podtipu osoba je uvjerena da joj je suprug(a) ili ljubavnik(ica) nevjeran. To je vjerovanje temeljeno na netačnim zaključcima potpomognutima sumnjivim "dokazom". Pod takvim uslovima značajna opasnost može biti od fizičkog napada na osumnjičene.

- Pri progoniteljskom podtipu osoba vjeruje da se protiv nje kuje zavjera, da je se uhodi, kleveće ili uznemiruje. Osoba može ponavljano nastojati postići pravdu obraćajući se sudovima ili drugim vladinim organizacijama. U svrhu osвете zbog umišljenog proganjanja može pribjeći nasilju.
- Somatski podtip uključuje prezauzetost sa tjelesnom funkcijom ili svojstvom, kao što je umišljena fizička mana, miris ili nametnik.

Simptomi i dijagnoza

Deluzijski poremećaj može potjecati od prethodno postojećeg poremećaja paranoidne ličnosti.

Sa početkom u ranoj odrasloj dobi ljudi sa poremećajem paranoidne ličnosti pokazuju sve veće nepovjerenje i sumnju u druge i u njihove motive. Rani simptomi mogu uključiti osjećaj iskorištavanja, prezauzetosti vjernošću ili pouzdanošću prijatelja, čitanje prijetećih misli u dobroćudnim opaskama ili događajima, pokazivanje zamjerki tokom dužeg vremena i lako odgovaranje na opaženo omalovažavanje.

Nakon što isključi druga specifična stanja koja su povezana sa deluzijama, doktor temelji dijagnozu deluzijskog poremećaja najvećim dijelom na anamnezi osobe. Doktoru je posebno važno ocijeniti stepen opasnosti, naročito obim u kom je osoba sprema djelovati u svojim deluzijama.

Prognoza i liječenje

Deluzijski poremećaj općenito ne vodi teškom oštećenju ili promjenama ličnosti. Međutim, osoba može postati sve više uključena u deluziju. Većina ljudi može ostati zaposlena.

U liječenju deluzijskog poremećaja pomaže dobar odnos doktor-bolesnik. Ako doktor vjeruje da je bolesnik opasan može biti potreban smještaj u bolnicu. Antipsihotički lijekovi se općenito ne uzimaju, ali su katkada u nekim slučajevima djelotvorani u potiskivanju simptoma. Dugotrajno liječenje ima za cilj okrenuti žarište osobe od deluzije na konstruktivnije i ugodnije područje, premda je taj cilj često teško postići.