

Psihijatrijske dileme: terapija shizofrenije - prikaz slučaja

Psychiatric dilemmas: Schizophrenia therapy – Case report

Elizabeta Dadić-Hero^{1*}, Mirjana Pernar², Paola Medved³, Klementina Ružić², Dobrica Rončević⁴

SAŽETAK. Cilj: Izbor antipsihotika u liječenju shizofrenije važan je zbog potencijalnih nuspojava, a dobre rezultate u liječenju mogu dati pravilan odabir i kombinacija psihijatrijskih metoda liječenja. **Prikaz slučaja:** Studentica prve godine fakulteta oboljela je od shizofrenije, te je u akutnoj fazi bolesti hospitalizirana. Pozitivni simptomi shizofrenije (fenomen nametanja misli, slušne halucinacije) uz strah i smetnje sna i alimentacije bili su indikacija za hospitalizaciju. U bolničkim uvjetima uveden je atipični antipsihotik kvetiapin koji je titriran do dnevne doze od 600 mg koja je dovela do remisije simptoma. Nuspojava lijeka bila je značajan porast tjelesne težine od 30 kg, što je bio razlog uvođenja drugog atipičnog antipsihotika olanzapina (10 mg na dan). Po olanzapinu su simptomi ostali u remisiji, a zabilježen je pad tjelesne težine od 10 kg. Bolesnica je radno i socijalno zadovoljavajuće funkcionirala. Za čitavo vrijeme liječenja nalazila se u psihoterapijskom tretmanu (grupnom i individualnom). **Rasprava:** Iako postoji izbor u liječenju shizofrenije, s obzirom na činjenicu da uzrok bolesti još uvijek nije poznat, nema univerzalne terapije koja bi bila učinkovita kod svih bolesnika. Kombinacija različitih oblika liječenja može dovesti do remisije bolesti i potpunog oporavka. **Zaključak:** Kombinacija terapija (psihofarmaka i psihoterapije) daje bolje rezultate u liječenju shizofrenije nego svaka od navedenih terapija pojedinačno. Cilj liječenja je postići što dulju remisiju bolesti.

Ključne riječi: atipični antipsihotici, psihoterapija, remisija, shizofrenija

ABSTRACT. Aim: The choice of antipsychotics in schizophrenia treatment is very important due to the potential side-effects, and yet, some good treatment outcomes are achievable if an adequate choice is made and a combination of psychiatric methods is applied. **Case report:** A 1st year degree student became ill with schizophrenia and ended up hospitalized in the acute phase of the illness. The reason for hospitalization were the positive symptoms she manifested (obtrusive thoughts phenomenon, auditory hallucinations) as well as fright, sleep disturbances and disordered alimentation. The inpatient treatment commenced with a titration of quetiapine, an atypical antipsychotic, with a daily dose of 600 mg, which lead to remission of the illness. Very soon a side effect became evident; a significant weight gain of 30 kilos which was the main reason of introducing a new atypical antipsychotic – olanzapine, with a 10 mg daily dose. This new atypical antipsychotic kept the illness in remission and a weight loss of 10 kilos was achieved, while the patient retained her working ability and social functioning. Throughout her therapy, the patient was actively participating in a psychotherapy treatment (individual and group). **Discussion:** Despite the accessibility of choices of treatment methods for treating schizophrenia, while considering the fact that an exact cause of the illness is yet to be determined, the availability of an universal therapy adequate for all schizophrenia patients, is still not available. A combination of different treatment methods can lead to remission of the illness and a complete recovery, relating to the working ability as well as social functioning. **Conclusion:** A combination therapy (psychopharmacs and psychotherapy) is more effective as a treatment for schizophrenia than any of the therapies mentioned, when applied independently. The aim of the treatment is achieving the longest possible remission of the illness.

Key words: schizophrenia, atypical antipsychotics, psychotherapy, remission

¹Dom zdravlja Primorsko-goranske županije

²Klinički bolnički centar Rijeka, Klinika za psihijatriju

³University of Derby, Derby, Ujedinjeno Kraljevstvo

⁴Nastavni zavod za javno zdravstvo Primorsko-goranske županije, Rijeka

Prispjelo: 20. 8. 2009.

Prihvaćeno: 28. 10. 2009.

Adresa za dopisivanje:

***Elizabeta Dadić-Hero, dr. med.**

Dom zdravlja Primorsko-goranske županije, Krešimirova 34, 51 000 Rijeka

e-mail: elizabeta.dadic.hero@ri.t-com.hr

<http://hrcak.srce.hr/medicina>

UVOD

Shizofrenija je kronična, recidivirajuća i po ličnosti razarajuća bolest koja se pojavljuje u epizodama, bez obzira na redovitost uzimanja psihofarmaka. Najčešće se javlja između 15. i 45. godine života, no oko polovina slučajeva javlja se između adolescencije i 30. godine života, što je slučaj i kod naše bolesnice¹. Shizofrenija se klinički pojavljuje u oblicima koji su naizgled međusobno vrlo različiti, no

Najvažnija psihopatološka obilježja odnose se na namećanje i oduzimanje misli, sumanuta opažanja i sumanutost kontrole, slušne halucinacije kod kojih glasovi međusobno komentiraju ili raspravljaju o bolesniku u trećem licu, uz negativne simptome.

postoje karakteristična obilježja - poremećaj mišljenja i percepcije, afekt koji je neskladan ili otupljen². Jasna svijest i intelektualna komponenta obično su očuvani, iako se s vremenom mogu pojaviti i kognitivni deficiti^{3,4}. Za shizofrenog bolesnika karakteristična je ravnodušnost spram zbilje, povlačenje u sebe, u svoj vlastiti svijet i život kojim upravljaju fantazmatski objekti, koji su vrlo često nesistematizirani². Najvažnija psihopatološka obilježja odnose se na namećanje i oduzimanje misli, sumanuta opažanja i sumanutost kontrole⁵, slušne halucinacije kod kojih glasovi međusobno komentiraju ili raspravljaju o bolesniku u trećem licu, uz negativne simptome⁶. Poremećaji navedenih psihičkih funkcija karakteriziraju shizofreniju.

Rezultati brojnih epidemioloških istraživanja pokazuju da je shizofrenija univerzalan poremećaj i u prostoru i u vremenu, drugim riječima, incidencija i prevalencija shizofrenije ne pokazuje značajnije razlike u odnosu na prostor i vrijeme³.

Iako su poznati brojni etiološki čimbenici koji uzrokuju shizofreniju, još uvijek se ne zna jasan uzrok nastanka bolesti⁷. Prema današnjim spoznajama možemo ipak zaključiti da je shizofrenija multifaktorijalno uzrokovana, tj. da u njezinom nastanku i pojavnosti sudjeluju čimbenici biološke, psihičke i socijalne prirode⁸.

Unatoč velikim naporima struke kako bi se destigmatizirali duševni bolesnici, osobe oboljele od shizofrenije društvo nerijetko još uvijek obilježava i izbjegava^{2,9}.

Ipak, najnovija medicinska dostignuća, posebice napredak u psihofarmakologiji u smislu otkrivanja i djelovanja atipičnih antipsihotika¹⁰, rezultirala su u individualnim ciljevima bolesnika, na planu adekvatnijeg radnog i socijalnog funkcioniranja u svakodnevicu, kao i na sprječavanju intelektualnog propadanja¹¹. Ishod samog liječenja, između ostalog, uvelike ovisi i o suradljivosti samog bolesnika koju se može uspješno poticati psihoterapijom^{12,13}.

PRIKAZ SLUČAJA

Bolesnica u dobi od 19 godina, studentica prve godine fakulteta, javlja se psihijatru po prvi put u studenom 2004. godine.

Doznaje se da je rođena u cjelovitoj obitelji kao starije od dvoje djece. Trudnoća majke, porod, kao i njezin rani psihomotorni razvoj protekli su uredno. S mlađom sestrom je oduvijek imala dobar odnos. Majci je bila privržena, a s ocem je odnos bio oduvijek narušen (otac autoritativan, uz povremene ispade bijesa i mržnje). U školu je krenula na vrijeme, tijekom školovanja postizala je odlične rezultate. Prema vlastitom izboru upisala je srednju školu koju je uspješno završila, nakon čega upisuje i studij. Roditelji su je uvijek podržavali u izboru škole, te se zbog školovanja iz malog otočnog mjesta preselila u grad.

Tijekom prvog pregleda bila je tjeskobna, napeta i ustrašena, vidno ometena slušnim obmanama. Glasovi su joj naređivali, ružno govorili o njoj i oduzimali joj misli. Takvo psihičko stanje prije dolaska psihijatru trajalo je oko dva mjeseca. U međuvremenu su se razvile smetnje alimentacije i sna, a zabilježen je pad tjelesne težine.

Na psihofarmakoterapiju bolesnica je reagirala sporo, pa je nakon tri tjedna dragovoljno pristala na hospitalizaciju. Po prijemu u bolnicu bolesnica se agitirala, te je intenzivno liječena četiri dana. Laboratorijski nalazi bili su u referentnim vrijednostima; tjelesna težina 56 kg. Postignuta je zadovoljavajuća suradljivost bolesnice u smislu hospitalizacije koja je trajala 30 dana. Provedena je titracija terapije (atipičnog antipsihotika, anksiolitika, depot preparata antipsihotika na svaka tri tjedna). Bolesnica je bila otpuštena pod dijagnozom: akutna psihoza (shizofrenija), prema kriterijima DSM-IV klasifikacije.

U nastavku ambulantnog tretmana bolesnica se paralelno liječila kod dvojice psihijatarata: jedan je

pratio liječenje psihofarmacima, a kod drugog je odlazila na psihoterapijski tretman (grupnu i individualnu psihoterapiju).

U bolnici je bio uveden atipični antipsihotik kvetiapin, 600 mg, na koji se psihotični simptomi bolesti kupiraju, međutim razvile su se neželjene nuspojave, povećanje tjelesne težine od 30 kg unutar četiri mjeseca (tjelesna težina 86 kg). Smetnje s koncentracijom i pamćenjem ometale su bolesnicu u svakodnevnom funkcioniranju (studentica je imala želju da nastavi studij). S obzirom na postojeće kognitivne smetnje (koncentracije, pamćenja i upamćivanja) razvila se i depresivna simptomatologija. Zbog ekstremnog povećanja tjelesne težine učinjena je laboratorijska dijagnostika (uključujući i test opterećenja glukozom), a svi nalazi bili su unutar referentnih vrijednosti. Dogovorno je korigirana terapija: uveden je olanzapin u većernjoj dozi (tijekom tri tjedna postignuta je stabilna doza od 10 mg), u kombinaciji s antidepresivom (sertralin) u dozi od 20 mg ujutro. Psihičko stanje bolesnice pokazalo je tendenciju poboljšanja. Postignuta je zadovoljavajuća remisija: nisu se uočavali elementi psihoticizma, tjelesna težina se reducirala za 10 kg (tjelesna težina 76 kg).

Bolesnica je bila redovita u kontrolnim ambulantnim pregledima, kao i u psihoterapijskim sadržajima. Poboljšanje voljno nagonskih dinamizama i raspoloženja, adekvatno socijalno i radno funkcioniranje ukazivalo je na poboljšanje bolesti. U grupnoj terapiji (grupa adolescenata) bolesnica je participirala dvije i pol godine, nakon čega je nastavila s individualnom psihoterapijom u intervalima jednom tjedno.

Tri mjeseca nakon završetka grupnog tretmana došlo je do relapsa osnovne bolesti (od prve epizode bolesti prošlo je tri godine). Bolesnica je postala sumnjičava, interpretativna uz smetnje sna i koncentracije. Fenomen nametanja misli ponovno se javio.

U ambulantnom tretmanu uveden je flufenazin, te se ubrzo kupirala vodeća simptomatologija, a isti je titriran kroz dva tjedna do doze od 7,5 mg (uz raniju terapiju olanzapina i sertralina). U navedenom periodu nije propustila psihoterapiju. Već nakon tri tjedna vratila se svojim obvezama na fakultetu i vrlo brzo postala apsolutno. Nakon 6 mjeseci ukinut je flufenazin, a bolesnica je bila na ranije spomenutoj terapiji olanzapina i sertralina.

Tablica 1. Rezultati dobiveni na MMPI-2 temeljnim ljestvicama u dva mjerenja

Table 1. Results based on MMPI-2 in two measures

MMPI-2 temeljne ljestvice	1. mjerenje: 2007. god. (t-vrijednosti)*	2. mjerenje: 2009. god. (t-vrijednosti)*
L - ljestvica laganja	47	42
F - ljestvica rijetkih pojava	99	79
K - supresor ljestvica	37	43
Hs - hipohondrija	51	57
D - depresija	66	57
Hy - histerija	51	63
Pd - psihopatska devijacija	66	51
Mf - muževnost/ženstvenost	45	52
Pa - paranoja	78	52
Pt - psihastenija	62	61
Sc - shizofrenija	73	66
Ma - hipomanija	39	56
Si - socijalna introverzija	62	53

* transformirani bruto rezultat na T-skalu

Tablica 2. Rezultati dobiveni na MMPI-2 ljestvicama sadržaja u dva mjerenja

Table 2. Results based on MMPI-2 in two measures

MMPI-2 ljestvice sadržaja	1. mjerenje: 2007. god. (t-vrijednosti)*	2. mjerenje: 2009. god. (t-vrijednosti)*
ANX – anksioznost	53	55
FRS – strahovi	56	51
OBS - opsesivnost	63	63
DEP - depresija	68	57
HEA - zdravstvene brige	55	55
BIZ - bizarno mišljenje i doživljavanje	58	64
ANG - srdžba	60	53
CIN - cinizam	53	54
ASP - antisocijalne radnje	63	66
TPA - tip A	56	64
LSE - negativno samopoimanje	78	57
SOD - socijalna nelagodnost	58	44
FAM - obiteljski problemi	60	57
WRK - smetnje na poslu	69	69
TRT - negativni stavovi prema liječenju	82	61

* transformirani bruto rezultat na T-skalu

Dosadašnja podrška majke i sestre, naročito tijekom cijelog perioda psihijatrijskog liječenja, pokazala se značajnom, kao i podrška partnera s kojim je u vezi bila i prije početka same bolesti, što je zasigurno pridonijelo stabilnoj remisiji bolesti. Bolesnica je dala autorizaciju za prikaz ovog slučaja. Psihološko testiranje bolesnice provedeno je u dva mjerenja te rezultiralo sljedećim vrijednostima profila ličnosti:

Tablica 3. Rezultati dobiveni na MMPI-2 podljestvicama Harrisa i Lingoesa u dva mjerenja

Table 3. Results based on MMPI-2, Harris and Lingoese in two measures

MMPI-2 podljestvice Harrisa i Lingoesa	1. mjerenje: 2007. god. (t-vrijednosti)*	2. mjerenje: 2009. god. (t-vrijednosti)*
D1 - subjektivna depresija	60	56
D2 - psihomotorička retardacija	62	40
D3 - poremećaj tjelesnog funkcioniranja	70	56
D4 - mentalna otupjelost	70	75
D5 - prepuštanje mračnim mislima	63	53
Hy1 - poricanje društvene anksioznosti	35	51
Hy2 - potreba za naklonošću	42	42
Hy3 - trajna iscrpljenost	71	71
Hy4 - tjelesne tegobe	49	57
Hy5 - inhibicija agresivnosti	54	46
Pd1 - obiteljsko neslaganje	68	56
Pd2 - problemi s autoritetima	46	46
Pd3 - društvena hladnokrvnost	30	47
Pd4 - društvena otuđenost	81	44
Pd5 - samootuđenost	63	53
Pa1 - ideje proganjanja	93	63
Pa2 - bolna osjetljivost	65	59
Pa3 - naivnost	45	41
Sc1 - društvena otuđenost	88	53
Sc2 - emocionalna otuđenost	58	58
Sc3 - pomanjkanje kognitivne ego-uspješnosti	67	80
Sc4 - pomanjkanje konativne ego-uspješnosti	75	70
Sc5 - manjkava inhibicija	72	65
Sc6 - bizarni senzorni doživljaji	50	54
Ma1 - amoralnost	54	70
Ma2 - psihomotorička ubrzanost	45	65
Ma3 - hladnokrvnost	37	43
Ma4 – ego-inflacija	49	56

* transformirani bruto rezultat na T-skalu

Profili ličnosti dobiveni na *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) temeljnim ljestvicama (tablica 1) bitno se razlikuju po intenzitetu pojedinih psihopatoloških odstupanja. Evidentno je da se u drugom mjerenju, nakon dvije godine liječenja, bitno snižava F ljestvica rijetkih pojava, potom ljestvica paranoje, shizofrenije, depresije, psihopatske devijacije te socijalne introverzije. Goldbergov indeks psihotičnosti (GI-indeks koji se temelji na omjerima L, Pa, Sc, Hy i Pt ljestvica)¹⁴ puno je viši i klinički značajan u prvom mjerenju u kojem iznosi GI=85, nego u drugom mjerenju u kojem iznosi GI=36 i nema kliničku značajnost.

Profili ličnosti dobiveni na MMPI-2 ljestvicama sadržaja (tablica 2) ukazuju na povlačenje depresivnosti, smanjivanje osjećaja niskog samopoštovanja na nekliničku razinu, bitno se smanjuje intenzitet ljestvice TRT (negativni stavovi prema liječenju), što ukazuje na smanjenje negativnih stavova prema liječenju, tj. možemo indirektno zaključiti da je došlo do poboljšanja transfernih sposobnosti bolesnice. Ljestvica WRK (smetnje na poslu) ukazuje na jednak intenzitet osjećaja radne disfunkcionalnosti u prvom i u drugom mjerenju.

Profili ličnosti dobiveni na MMPI-2 podljestvicama od Harrisa i Lingoesa (tablica 3) bilježe klinički značajna sniženja na podljestvicama D1-subjektivne depresije, D2-psihomotoričke retardacije, D3-poremećaja tjelesnog funkcioniranja te D5-prepuštanja mračnim mislima. I u prvom i u drugom mjerenju, međutim, dobiva se gotovo potpuno isti intenzitet na podljestvici D4, tj. mentalnoj otupjelosti i na podljestvici Hy3, tj. trajnoj iscrpljenosti. Nadalje, bitno se umanjio intenzitet Pd1, Pd4, Pd5 podljestvica, tj. u kliničkom smislu nema obiteljskog neslaganja, društvene otuđenosti, samootuđenosti. Jako je smanjenje na podljestvici Pa1-ideja proganjanja, iako i nadalje ostaju u klinički rubnom intenzitetu. Sc1 podljestvica društvene otuđenosti klinički je bitno niža u drugom mjerenju, ali se zadržavaju klinički intenziteti na Sc3, Sc4, i Sc5, tj. na dimenzijama pomanjkanja kognitivne ego-uspješnosti, pomanjkanja konativne ego-uspješnosti te manjkavoj inhibiciji. U drugom se mjerenju dobivaju povišenja na dimenzijama Ma1 i Ma2 hipomane aktivacije.

RASPRAVA

Liječenje shizofrenije je zahtjevno i kombinirani oblici liječenja dovode do stabilnije remisije bolesti¹⁰. U situacijama kada je to moguće, kombiniraju se psihofarmakoterapija i psihoterapija^{12,13}. U prikazanom slučaju u liječenju su korišteni atipični antipsihotici, te grupna i individualna psihoterapija. Indikativno je da je po završetku grupne terapije došlo do pogoršanja bolesti. U grupi se bolesnica dobro adaptirala, bila je redovita, a podrška ostalih članova grupe bila joj je jednako nužna i potrebna. Relaps bolesti nakon završetka grupne terapije ukazuje na njezin slab i fragmentiran ego, odnosno ego koji ne funkcionira bez empatične osobe ili osoba iz okoline, u ovom slučaju grupe.

Psihoterapija shizofrenije razlikuje se od psihoterapije neurotskih poremećaja, gdje psihoterapija predstavlja terapiju izbora. Kod shizofrenije se psihoterapijom rješavaju psihotične simbolike, radi se na povećanju funkcionalnosti bolesnika, nude mu se racionalna objašnjenja za doživljaj simptoma bolesti i njihove interpretacije, bolesnika se educira kako će se nositi sa simptomima bolesti¹². Medikamentozna terapija, odnosno psihofarmakoterapija, usmjerena je u prvom redu na bolesni sindrom. Psihofarmakoterapijom se pokušava utjecati na psihotičnu sumanutost u akutnoj fazi bolesti, a kasnije, tijekom tzv. dugotrajne terapije, na sprječavanje relapsa bolesti.

Atipični antipsihotici nova su mogućnost u liječenju shizofrenije. Njihove prednosti očituju se u manjem broju nuspojava u odnosu na konvencionalne antipsihotike, ali potencijalne rizike od nastanka nuspojava ipak ne možemo isključiti. Jedna od vrlo čestih nuspojava porast je tjelesne težine, što smo uočili u konkretnom slučaju.

Nastavak individualne terapije koja je po svojoj tehnici i načinu bila prilagođena individualno psihičkom stanju i potencijalima bolesnice pokazala se nužnom s ciljem prorade separacije od same grupe, umanjivanja preplavljujućeg straha, sprječavanju dezorganiziranosti i fragmentiranosti ega. Redukcija psihopatologije objektivno je dokazana psihološkim mjerenjima. Bolesnica zadovoljavajuće funkcionira u svim segmentima svakodnevnice (školovanje, emocionalna veza, hobiji i drugi osobni interesi).

ZAKLJUČAK

U svrhu ostvarivanja dobrih rezultata u liječenju, odnosno dugotrajne remisije bolesti i zadovoljavajućeg oporavka bolesnika, kombinirana primjena psihofarmaka i psihoterapije daje bolje rezultate u liječenju od svake metode pojedinačno.

LITERATURA

1. Fagiolini A, Goracci A. The long term — Maximising potential for rehabilitation in patients with schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 2007;17:S123–9.
2. Hemsley DR. Disorders of perception and cognition in schizophrenia. *Revue européenne de psychologie appliquée* 2004;54:109–17.
3. Carroll CA, Boggs J, O'Donnell BF, Shekhar A, Hetrick WP. Temporal processing dysfunction in schizophrenia. *Brain and Cognition* 2008;67:150–61.
4. Matsui M, Sumiyoshi T, Hirofumi A, Higuchi Y, Masayoshi K. Cognitive functioning related to quality of life in schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2008;32:280–7.
5. Ulas H, Akdede BB, Ozbay D, Alptekin K. Effect of thought disorders on quality of life in patients with schizophrenia. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2008;32:332–5.
6. Sperling W, Bleich S, Maihöfner C, Reulbach U. Auditory hallucinations in schizophrenia – Outcry of a diseased brain? *Medical Hypotheses* 2009;72:213–6.
7. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the Facts” What we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophrenia Research* 2008;102:1–18.
8. Penn DL, Link B. Dispelling the Stigma of Schizophrenia, III: The Role of Target Gender, Laboratory-Induced Contact, and Factual Information. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* 2002;6:2,255–70.
9. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months. *Psychiatry Research* 2007;149:89–95.
10. Strakowski SM, Johnson JL, DelBello MP, Hamer RM, Green AI, Tohen M et al. Quality of life during treatment with haloperidol or olanzapine in the year following a first psychotic episode. *Schizophrenia Research* 2005;78:161–9.
11. Hofer A, Baumgartner S, Edlinger M, Hummer M, Kemmler G, Rettenbacher MA et al. Patient outcomes in schizophrenia I: correlates with sociodemographic variables, psychopathology, and side effects. *European Psychiatry* 2005;20:386–94.
12. Patterson TL, Leeuwenkamp OR. Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2008;100:108–19.
13. Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch J, Ledbetter N, Prihoda TJ et al. Randomized Controlled Trial of the Use of Compensatory Strategies to Enhance Adaptive Functioning in Outpatients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2000;157:1317–23.
14. Butcher JN, Williams CL. *Bitne odrednice interpretacija MMPI-2 i MMPI-A inventara*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1999.