

# SHIZOFRENIJA

## F 20 do F 29 prema MKB 10

### Uvod ( definicija i epidemiologija )

1911. godine **Eugen Bleuler** je prvi put upotrijebio naziv shizofrenija. Poremećaji u sferi afekta, asocijacije, prisutstvo ambivalencije i autizam poznati su pod nazivom "Bleulerova 4 A". Naziv shizofrenija ukazuje na rascjep i nesklad ( disocijaciju ) između psihičkih funkcija, prije svega procesa mišljenja i afekta, nazvan ideoafektivna disocijacija.

U ranom 20. vijeku, psihijatar **Kurt Šnajder** je sastavio listu psihotičnih simptoma za koje je smatrao da izdvajaju šizofreniju od ostalih psihotičnih poremećaja. Ovi simptomi se nazivaju simptomi prvog ranga. Ti simptomi su iluzije, osjećanje pacijenta da ga kontroliše neka spoljašnja sila, vjerovanje da mu se ubacuju tuđe misli u glavu, odnosno izvlače iz nje, vjerovanje da se njegove misli odašilju drugim ljudima, opsjednutost halucihogenim glasovima koji komentarišu njegove misli ili aktivnosti ili koji razgovaraju sa drugim halucinogenim glasovima.

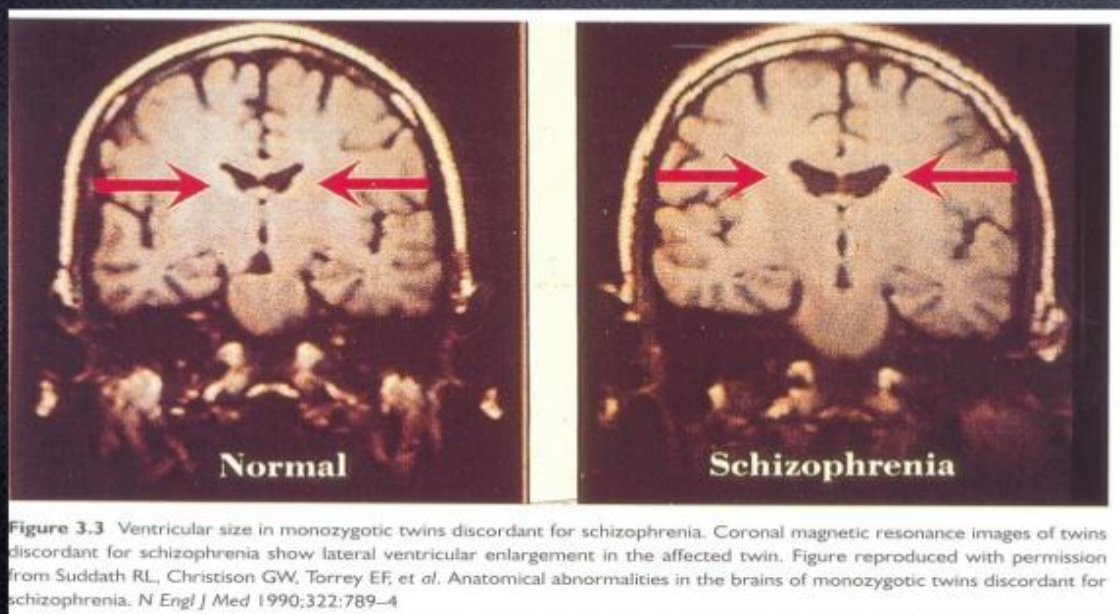
Iako su značajno doprinjeli usvajanju današnjih dijagnostičkih kriterijuma, specifičnost simptoma prvog ranga je ipak dovedena u pitanje. Pregledom dijagnostičkih istraživanja izvedenih između 1970. i 2005.god, je zaključeno da ona, niti potvrđuju, niti pobijaju Šnajderove tvrdnje.

Računa se da 0,5-1% ukupnog stanovništva boluje od shizofrenije, što ima i odgovarajući epidemiološki značaj. Prevalenca oboljenja tj. ukupan broj oboljelih u jedinici vremena je 1,1% za muškarce i 1,9% za žene u uzrastu 18-44 godine. Shizofrenije se najčešće pojavljuju u dobi između 18-25 godina kod muškaraca, a žena u dobi od 16-45 godina. Međutim nije rijedak početak u djetinjstvu ili u ranoj razvojnoj dobi ili kasnije u životu.

### Etiologija

Kombinacija genetike i faktora okruženja utiče na razvoj shizofrenije. Procjene nasleđa variraju zbog teškoće u razdvajanju genetskih faktora od faktora okruženja. Izgleda da postoji značajno preklapanje genetike shizofrenije i bipolarnog poremećaja. Rizik od oboljevanja od shizofrenije je 6,5 % kod osoba čiji je bliski srodnik obolio od te bolesti. Takođe je utvrđena učestalost u većem procentu kod jednojajčanih blizanaca. Uticaj okruženja se ogleda kroz nepovoljne životne okolnosti, zloupotrebu psihoaktivnih supstanci ili eventualno uticaj negativnih faktora u toku trudnoće majke. Tehnikama snimanja mozga, kao što su npr Nuklearna magnetna rezonanca i Poziciona emisiona tomografija dokazano je da postoje razlike u moždanoj aktivnosti i to uglavnom u čeonom režnju, slijepoočnom režnju i hipokampusu. Takođe je utvrđeno da postoje određene razlike u smanjenju zapremine mozga na naprijed navedenim lokacijama.

## Morfološke promene kod shizofrenije



Slučajnim otkrićem djelovanja fenotiazinskih lijekova na blokiranje neurotransmitera dopamina utvrđeno je da oni ovim mehanizmom smanjuju simptome psihotičnosti.

Smatra se da postoji premorbidna ličnost tipična za razvoj shizofrenije koja pokazuje krajnju zavisnost od roditelja, doživljavaju paničan strah kad su izvan prebivališta, stidljivost, povlačenje u sebe i socijalnu izolaciju, tj. nesposobnost da imaju bliske odnose sa drugima, asocijalno ponasanje i vrlo izraženu servilnost.

### Klinička slika shizofrenije

Razvoj bolesti može biti od iznenadnog početka do sporošuljajućeg skoro neprimjetnog toka razvoja bolesti. Težina bolesti se takođe značajno razlikuje od jednog pacijenta do drugog. Ljudi sa shizofrenijom su skloniji dodatnim (komorbidnim) stanjima, uključujući depresiju i anksiozni poremećaj. Osobe oboljele od shizofrenije kraće žive za 12 do 15 godina jer imaju povećan procenat komplikacija u fizičkom zdravlju a povećan je i procenat samoubistva. Simptomi shizofrenije mogu se podijeliti ugrubo na pozitivne i negativne

Pozitivni simptomi su halucinacije, sumanute ideje i bizarno ponasanje. Negativni simptomi su emocionalno povlačenje, apatija i bezvoljnost.

#### 1. Halucinacije ili priviđanja

Priviđanje se može manifestovati kroz glasove koje osoba čuje a oni u stvarnosti nisu prisutni ( akustične ili slušne halucinacije). Takođe se osobi može priviđati da vidi neke osobe, scene koje u stvarnosti ne vidi ( vizuelne ili vidne ) ili da osjeti mirise najčešće neugodne ( olfaktivne ili mirisne) itd . Slušne halucinacije mogu biti imperativnog karaktera tj. naredbodavnog i narediti osobi da se npr. ubije skakanjem kroz prozor ili da nekog napadne itd.

## 2. Sumanute ideje

Osoba veruje da je proganjaju druge osobe, da je on bog ili da se sve odnosi na njega (ideje odnosa), drži se čvrsto svojih uvjerenja od kojih se ne može odvratiti nikakvim uvjerenjima ili dokazima da njegove ideje ne odgovaraju stvarnosti.

## 3.Poremećaji mišljenja

Bolesnik će prekinuti razgovor usred rečenice ili će potpuno izgubiti nit. To se zove blok misli. Često osjeća "nadiranje" određenih misli. Rečenice su često iscjepkane, mišljenje nema determinirajuću nit i to se zove disocijacija u mišljenju . Redosljed riječi može da bude poremećen što se zove „salata od riječi“ ili pacijent može da izgovara potpuno nove riječi što se zove neologizam.

4.Negativni simptomi više doprinose lošem kvalitetu života, lošoj funkcionalnosti. Prisutan je gubitak volje. Dolazi do problema obavljanja uobičajenih svakodnevnih i profesionalnih zadataka. Bolesnik ne može ni da se veseli, ni da izražava svoja osećanja na način na koji je to ranije mogao. Može da se javi i inverzija afekta.

Na tužne događaje pacijenti se smiju ili obratno. Bolesnici smanjuju kontakte sa okruženjem, povlače se u sebe, uplašeni su od okruženja. Izolacija dovodi do počinjenja suicida u 5 do 10 % slučajeva.

Grupa shizofrenih psihoza se obično dijeli na nekoliko podtipova. Podjela donekle ima smisla s obzirom na različitu prognozu i varijacije tereputskog tretmana. Podtipovi shizofrenije su:

### Paranoidna shizofrenija F 20.0 po MKB 10

Paranoidnu shizofreniju karakterišu prisutne sumanute ideje odnosa gdje pacijent misli da ga drugi proganjaju i da mu žele zlo, da ga npr. truju itd. Pacijent može da ima ideje veličine , da je on neka poznata, značajna osoba, da je Bog, itd . Ideje mogu biti i sa drugim sadržajima : religioznim sadržajima, ideje ljubomore itd. Ove ideje su obično udružene sa halucinacijama, naročito slušnim. Sumanute ideje su ideje koje nisu logične .

Bolesnici se zbog naprijed navedenog mogu ponašati agresivno. Ovaj oblik shizofrenije najčešće počinje između treće i četvrt decenije života.

### Hebefrena shizofrenija F 20.1.

Hebefrena shizofrenija ( potiče od grčkih riječi hebos-dječak i phrenos-duša) ima rani početak nakon puberteta tj. između 15. i 25. godine života. Ponašanje osobe je dezorganizovano, djetinjasto, neodgovorno i bizarno. Skloni su neumjesnim šalama i

filozofskim temama. Emocionalne reakcije su neadekvatne i promjenljive, a raspoloženje je povišeno i neprimjereno. Govor je nepovezan. Osobe teže izolaciji od okruženja.

### Katatonni tip shizofrenije F 20.2

Katatonno označava psihomotorno napeto i uzbuđeno (catatein-zatezati). Radi se o hiper i hipopsihomotornim fenomenima. Počinje naglo između 20. i 30. godina života. Ovaj oblik je rijedak ali je prognoza povoljnija. U katatonom stuporu, osoba može dugo vremena ukočeno da stoji i sjedi u neobičnim pozama. Osoba ne ostvaruje kontakt se okruženjem, ne uzima hranu, ne govori. Svijest nije pumućena pa osoba zapaža sve što se događa oko nje. Stanje katatone pomame, koje je inače rijetko, je jedno od potencijalno najopasnijih stanja u psihijatriji i zahtijeva urgentno zbrinjavanje.

### Postshizofrena depresija F 20.4

Postshizofrena depresija se karakteriše prisustvom depresivne epizode nakon shizofrene bolesti.

### Rezidualni oblik shizofrenije F 20.5

Rezidualna shizofrenija je hronični stadijum shizofrenije praćen usporenošću, otupljenošću afekta, pasivnošću uz slabu komunikaciju tj. siromašan govor. Slaba je i neverbalna komunikacija (govor tijela) uz smanjenje brige o sebi i socijalne izolacije.

### Obična shizofrenija F 20.6

Shizofrenija simplex počinje postepeno i progresivno uz smanjenje (hipobuliju) tj. gubitak vitalnih dinamizama (abulija) uz nezainteresovanost za socijalne kontakte. U prvoj fazi bolesti nema akutizacije simptoma i perioda remisija. Bolest u prvom planu ima negativne simptome bez jasnije naznačenih sumanutih ideja i halucinacija. Ovakav razvoj bolesti dovodi do potpunog osiromašenja ličnosti pa spada u najteži oblik shizofrenije.

### Liječenje

U liječenju shizofrenije koriste se lijekovi koji se zovu antipsihotici. Antipsihotički lijekovi utiču na regulaciju i koncentraciju neurotransmitera dopamina, a ponekad serotonina. Pored lijekova koriste se psihoterapija i socioterapija, kao dio procesa rehabilitacije. U akutnoj fazi bolesti, bolesnika treba smjestiti u bolnicu jer u toj fazi mogu biti opasni po sebe i po okruženje. Ponekad je potrebno bolesnika i prisilno hospitalizovati ako ne prihvata liječenje. Porodice se još u bolnici trebaju edukovati kako se manifestuje ova bolest i kako se postaviti prema osobi oboljeloj od ove vrste mentalnog poremećaja.