

## Shizofrenija (sch)

### Slajd 1

Sch je najteži psihopatološki poremećaj kojeg odlikuje psihotična klinička slika, dakle, prekid kontakta sa realnošću, nedostatak uvida u poremećaj, ozbiljni simptomi koji su znak narušenosti skoro svih psihičkih funkcija i često nepovoljan tok. Ovaj poremećaj, ili grupa poremećaja, i dalje izmiče naučnicima iz mnogih oblasti koji pokušavaju da rasvetle njegovu etiologiju. Danas se svakako zna više, a načini pomaganja su uznapredovali, ali i dalje veliki broj osoba sa ovim poremećajem dobar deo života provodi u bolnicama i azilima pokazujući disfunkcionalnost manjeg ili većeg stepena.

Pogledajte kratak film za koji sam vam dala link. Može vam pomoći da shvatite kako se oseća osoba sa ovim poremećajem.

### Slajd 2

Mada se o „ludilu“ koje odgovara savremenim opisima shizofrenije, govorilo još kod starih Egipćana, Indijaca, Kineza, Grka, Rimljana itd., osvrnućemo se samo na noviju istoriju koncepta koja je ostavila posledice i na savremena shvatanja ovog poremećaja. Krepelin, krajem 19. veka usvaja naziv *demencija prekoks* kojim ističe da se poremećaj javlja u ranijoj, mladalačkoj dobi i završava često demencijom, odnosno kognitivnim deficitima. Krepelin je opisao brojne simptome ovog poremećaja i prepoznao više vrsta, od kojih su se najduže zadržale paranoidna, katatona i hebefrena. Manično depresivnu psihozu, sa dominantnim afektivnim simptomima, izdvojio je kao poseban poremećaj.

Takođe početkom dvadestog veka, u Švajcarskoj, psihijatar Blojler, daje svoj doprinos razumevanju poremećaja koji naziva shizofrenija, naglašavajući kognitivne simptome kao one koji su njegova najvažnija obeležja (čuvana 4 A). Novim nazivom Blojler želi da istakne da se psihičke funkcije kod ovog poremećaja „cepaju“ – u govoru, tj. mišljenju se gube veze između misaonih celina, raspadaju se rečenice pa i same reči, afekat se odvaja od kognitivnog sadržaja, volja takođe prestaje da jasno upravlja akcijama, osoba je ambivalentna ili bezvoljna. Odvajanje od realnosti i socijalnog sveta u vidu autizma je takođe vid „cepanja“ koji doživljavaju osobe sa shizofrenijom.

### Slajd 3

Treće važno ime u istoriji razvoja koncepta shizofrenije je Kurt Schneider, psihijatar koji je u prvoj polovini 20. veka izdvojio grupu simptoma za koje smatra da su najbitnije odlike shizofrenog poremećaja. To su neobični doživljaji kojima je zajednički doživljaj *trpljenja*. Osoba ima osećaj da se sa njenim mislima, osećanjima i telom nešto dešava, što često tumači kao nametanje i delovanje od strane spoljašnjih sila. Pored toga, za shizofreniju su, kaže on, prvenstveno karakteristične halucinacije u vidu glasova koji komentarišu osobu, ili međusobno diskutuju. Primer ovih halucinacija možete naći na Youtube snimku preko gornjeg linka.

Šnajderovi „*simptomi prvog reda*“, kako naziva ovu grupu simptoma specifičnih za shizofreniju, dugo su se zadržali u psihijatriji, pogotovo evropskoj, kao najvažniji indikatori

shizofrenije. Oni su još uvek prisutni u klasifikaciji SZO u prva tri kriterijuma za ovaj poremećaj (različitim bojama na slajdu označeno je ono što predstavlja A, B, i C kriterijume u ICD-u prikazane na slajdu broj 5).

#### Slajd 4

Okosnicu današnjeg shvatanja shizofrenije tako možemo naći u Krepelinovom opisu toka bolesti (počinje u mladosti i vodi postepenoj deterioraciji osobe po svim osnovama), Blojlerovim opisima kognitivnih, današnjim rečnikom negativnih simptoma i Šnajderovim opisom onog što danas nazivamo pozitivni simptomi.

Ovo je uglavnom kontinuirano važno za evropsku psihijatriju, dok je u Americi u jednom periodu došlo do značajnog „razvodnjavanja“ opisa poremećaja, pogotovo po pitanju toka. Evropska tradicija i Krepelinovski koncept poremećaja podrazumevali su da se posmatra tok, te se dijagnoza uspostavlja tek nakon povratka simptoma u ponovnom šubu, a ne tokom prve epizode. U američkoj literaturi ovi kriterijumi toka nisu prihvaćeni te su psihotične epizode različite težine, trajanja i ishoda proglašavane shizofrenijom. Ovo razmimoilaženje dovelo je do razlika u epidemiološkim studijama koje su u Americi ukazivale na veću učestalost poremećaja. Nakon DSM-III, kreću napori približavanja američke i svetske klasifikacije, tako da i DSM-III i DSM-IV definišu poremećaj slično. U DSM-5 javljaju se novi trendovi i kompromisi o kojima ćemo reći nešto kasnije.

#### Slajd 5

Ovo su prva 4 kriterijuma, još uvek važeće, ICD-X klasifikacije koji se odnose na simptome shizofrenije, od kojih je za dijagnozu dovoljno da bude prisutan samo jedan. Prva tri su praktično Šnajderovi simptomi I reda i odnose na pomenut doživljaj trpljenja. Četvrti su sumanute ideje koje su nemoguće, tj. bizarne, za razliku od sumanutih ideja koje srećemo kod sumanutog poremećaja (nekadašnja paranoja) gde su sumanute ideje moguće i slušalac se lakše može ubediti da su istinite. Primer bizarnih sumanutosti je npr. o vanzemalcima i čudnim silama, magiji isl., dok su nebizarne one koje se odnose na razne teorije zavere, gde su akteri ljudi, moćnici, agencije itd.

Takođe, bitno je da sumanute ideje nisu kulturološki objašnjive. To se pogotovo odnosi na pominjane ideje koje se tiču vradžbina, magije i sl, što u nekim kulturama može biti opšteprihvaćeno stanovište, a ne znak psihoze. Zato je vrlo važno poznavati kulturni milje osobe kod koje procenjujemo eventualno prisustvo psihotičnih indikatora.

#### Slajd 6

Ostali simptomi, kriterijumi za shizofreniju, su prema ICD-X slabiji znaci poremećaja tako da, ukoliko nije potvrđen ni jedan od 4 kriterijuma iz prethodne grupe (a-d), tj. ovih iz grupe od e) do h), potrebno je da bude bar 2 pa da budu zadovoljeni uslovi za dijagnozu koji se odnose na kliničku sliku.

U kriterijumu pod e), napomena, da halucinacije treba da budu praćene sumanutim idejama *bez jasnog afektivnog sadržaja*, treba da omogući razgraničavanje shizofrenih halucinacija i sumanutosti od onih koje se sreću kod psihotične depresije, bipolarnih ili shizoafektivnog

poremećaja. I kod afektivnih poremećaja možemo sresti halucinacije i sumanutosti, ali su one obojene afektom. Npr. pacijent halucinira glasove svoje dece za koju je (sumanuto) uveren da su mrtva, što je sve obojeno depresivnim afektom. Ovde su halucinacije i sumanutosti afektivno usklađeni za razliku od shizofrenije gde npr. zastrašujuće halucinacije prati ravnodušnost.

#### Slajd 7

Pored kriterijuma koji se odnose na simptome, za dijagnozu je nužno i da oni dovoljno dugo traju – bar mesec dana. Kada budemo govorili o toku poremećaja videćete da su neke promene kod osoba sa poremećajem najčešće prisutne mnogo duže, tako da se ovaj period od jednog meseca u stvari odnosi samo na aktivnu fazu poremećaja, kad je klinička slika potpuna i naglašena, odnosno kada su zadovoljeni simptomatski kriterijumi sa prethodna 2 slajda.

Vremenski kriterijum se razlikuje kod posebnog oblika shizofrenije – tzv. simpleks forme koju u stvari karakteriše pretežno samo negativni simptomi. Ovde je potrebno čak godinu dana pa da zaključimo da se radi o poremećaju jer je kod ove forme početak postepen, često prođe i više godina tokom kojih se osoba postepeno menja, ličnost se pretapa u poremećaj, postaje sve zatvorenija, isključenija iz okolnog sveta, kognitivno i afektivno opustošenija i disfunkcionalija, da bi ukućani konačno preduzeli nešto u vezi sa njenim stanjem.

#### Slajd 8

Rekli smo da se u poslednjoj američkoj klasifikaciji ponovo odustalo od specifičnijih Šnajderovskih simptoma prvog reda. U DSM-III i DSM-IV simptomi su bili isti kao ovi u DSM-5, ali je postojala beleška da ako su u pitanju bizarne sumanutosti i glasovi koji komentarišu ili diskutuju, dovoljan je samo jedan znak, čime je prihvaćen veći značaj i specifičnost dva od prvih 4 kriterijuma iz ICD-10. U najnovijoj reviziji DSM-a ova beleška ne postoji čime se dve vodeće klasifikacije mentalnih poremećaja ponovo razmimoilaze. Međutim, nova revizija ICD-a bi trebalo uskoro da izađe, pa ćemo videti šta će se desiti sa dijagnozom shizofrenije u klasifikaciji koja bi trebalo da bude opšteprihvaćena u svetu.

#### Slajd 9

Ostali kriterijumi u DSM-5 odnose se na disfunkcionalnost (B), trajanje (C) i isključivanje afektivnih i poremećaja i zloupotrebe supstanci (D i E). Treba obratiti pažnju da je vremenski kriterijum ovde precizniji nego u ICD jer je dato i minimalno trajanje od 6 meseci, ne samo za aktivnu fazu (koja i ovde minimalno traje bar 1 mesec) već i za ostale promene – prigušene i negativne simptome koji se javljaju u prodromalnoj i rezidualnoj fazi (vidi slajd 29 o toku poremećaja).

#### Slajd 10

Kao ustupak dimenzionalnom i simptomatskom pristupu psihozama DSM nudi mogućnost i instrument za procenu težine čime se simptomi, za razliku od prethodnih verzija klasifikacije, posmatraju kao dimenzije (vidi sledeći slajd), a ne kategorije (npr. ima halucinacije/nema halucinacije). Deo instrumenta na osnovu kog kliničari procenjuju intenzitet simptoma

psihozе možete videti na sledećem slajdu, a ceo instrument možete videti na <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/educational-resources/assessment-measures>

#### Slajd 11

Dimenzije težine psihotičnih simptoma

#### Slajd 12

Detaljnije ćemo se upoznati sa simptomima shizofrenije iza kojih stoji čvrsta empirijska evidencija, koji su izveštavani u brojnim radovima, na uzorcima sa velikim brojem pacijenata, koji se javljaju kod većine pacijenata u različitim fazama poremećaja i u različitim kombinacijama. To su simptomi koji su ušli u kriterijume klasifikacija, ili su dodatni pratioci i prethodnici poremećaja. Tandon, Nasrallah i Keshavan su između 2008. i 2011. objavili seriju preglednih članaka pod zajedničkim naslovom: „Schizophrenia just the facts“ i podnaslovima koji se odnose na etiologiju, simptome, tretman, prevenciju i teorijska stanovišta. Na osnovu članka o kliničkim osobinama iz ove serije opisaćemo osnovne elemente kliničke slike shizofrenije.

#### Slajd 13

Pozitivni simptomi su oni koji obogaćuju kliničku sliku, čine je upadljivom i čine dodatna ponašanja i doživljaje kod osoba sa sch koji se ne viđaju kod opšte populacije. Pored halucinacija i sumanutosti nekad se ovde ubrajaju i dezorganizovano mišljenje i bizarno ponašanje, koji su ovde obrađeni posebno.

Sadržaj pozitivnih simptoma je u vezi sa životom i sociokulturnim miljeom osobe. Zanimanje za natprirodne pojave pre početka poremećaja u vezi je sa halucinacijama u kojima se javljaju demoni, religioznost vodi ka religioznim sadržajima halucinacija i sumanutosti, zanimanje za sci-fiction se odražava na ovu grupu simptoma kroz vanzemaljske posete itd., komšijske svađe postaju zavere, bacanje vradžbina i slanje špijuna iz komšijskog tabora.

#### Slajd 14

Negativni simptomi svojim nazivom treba da ukažu na gubitak odnosno umanjenje nekih psihičkih, pre svega konativnih funkcija. Prema nekim autorima (kao i ranijim klasifikacijama) ovi simptomi se javljaju kod jedne grupe pacijenata (tzv. simpleks forme), međutim danas preovladava stanovište da je u pitanju dimenzija te da se u različitom stepenu sreće kod svih pacijenata. Ovaj deficit se može javiti pre početka akutne faze poremećaja (tzv. premorbidna faza), tokom akutne faze ili nakon akutnih faza (kao rezidua). Mehanizam koji je u osnovi ovih simptoma je slabije poznat, oni su slabo je reaktivni na psihofarmake i u osnovi su često trajne i progresivne deterioracije osoba sa sch.

#### Slajd 15

Dezorganizovano mišljenje (raniji naziv disocirano zbog poremećaja između asocijacija) se odnosi na formalne poremećaja mišljenja koji mogu ulaziti u pozitivne (npr. neologizmi) ili negativne (alogija) simptome. Pacijenti pričaju nepovezano u manjoj ili većoj meri, gube ideju

vodilju, koriste arhaičan ili hiperapstraktan govor, idiosinkratične simbole, izvode neobične zaključke, koriste čudnu logiku. Za razliku od Blojlera gde je poremećaj asocijacija bio jedan od osnovnih i patognomičnih (specifičnih) simptoma shizofrenije, danas se ne smatra presudnim jer je relativno redak, a ni specifičnim (sreće se kod npr. manije).

#### Slajd 16

Pored negativnih simptoma koji se odnose na afekat i tiču se anhedonije i snižene emocionalne izmoduliranosti (afektivna zaravnjenost), kod osoba sa shizofrenijom mogu se javiti i naglašene afektivne reakcije, uzbuđenost, anksioznost, depresivno raspoloženje, koji mogu i ne moraju biti primereni situaciji.

U istraživanjima emocionalnog reagovanja kod osoba sa sch ustanovljeno je da one reaguju na pozitivne stimuluse u laboratorijskim uslovima, uprkos tome što izveštavaju da ne uživaju u prijatnim situacijama. Takođe, reaguju na implicitne signale socijalnih stimulusa, mada ih na eksplicitnom nivou ne prepoznaju. Za ovaj fenomen skovan je termin „paradoks anhedonije u shizofreniji“. Još neobičniji paradoks ustanovljen je kod shizotipalnih osoba koje nisu psihotične već svojim crtama ličnosti podsećaju na sch poremećaj, a i genetski su u vezi sa njim. Kod ovog poremećaja ličnosti konstantovano je da ispoljavaju anhedoniju u većoj meri od samih shizofrenih pacijenata (paradoks anhedonije u shizofrenom spektru).

Depresivnost je skoro obavezna kod osoba sa shizofrenim poremećajem u nekoj fazi poremećaja. Može biti deo poremećaja – osnovnog ili komorbidnog, ali i sekundarna – usled uvida na početku i pri izlasku iz psihotičnog šuba, te kao pratilac shizofrenih rezidua.

U svakom slučaju, stepen očuvanosti afektiviteta povezan je sa ishodom, povoljniji je kod osoba kod kojih je afektivitet adekvatniji.

#### Slajd 17

Motorni simptomi su prisutni bilo u smislu nemira i ekscesivne aktivnosti, što se češće viša kao pratnja pozitivnih simptoma, bilo u vidu niza katatonih simptoma. Danas se katatoni simptomi viđaju kod oko četvrtine pacijenata, što je znatno ređe nego pre pojave antipsihotika. Javljaju se kod hroničnih sch pacijenata kada ukazuju na teži poremećaj i veći stepen onesposobljenosti.

#### Slajd 18

Mada je Krepelin svojim nazivom upravo upućivao na kognitivno propadanje kod shizofrenih pacijenata, kasniji autori su negirali intelektualne deficite kod ovih osoba. Ponovno interesovanje za ovu vrstu deficita pobuđeno je razvojem neuropsiholoških testova, kao i ukazivanjem na anatomske i funkcionalne promene u mozgu. Danas se prvenstveno ukazuje na probleme egzekutivnih funkcija, a kao što vidimo, deficiti su prisutni i premorbidno, što govori o tome da se kod ovih osoba ne radi o oštećenju kognitivnih funkcija poremećajem (mada se u početnim fazama poremećaja deficit produbljuje), već o trajnoj karakteristici koja je u vezi sa genetikom (uočen je i kod srodnika).

Pored neuropsiholoških istraživanja kognitivnih deficita u sch, važna linija istraživanja tiče se umanjene sposobnosti osoba sa ovim poremećajem za mentalizaciju – shvatanje svojih i tuđih

motiva i psiholoških stanja generalno. Neki teoretičari ovaj deficit u stvaranju „teorije uma“ (Theory of Mind) drugih osoba, kao i neshvatanje sopstvenog, smatraju ključnim za objašnjenje nekih simptoma shizofrenije. Npr. nesposobnost za razumevanje tuđih namera i postupaka dovodi do stvaranja sumanutih ideja o zaverama, a nerazumevanje sopstvenih postupaka može biti uzrok Šnajderovih simptoma I reda – doživljaja ubacivanja i nametanja misli. Prvobitno je ovaj deficit u ToM smatran posledicom poremećaja, međutim neka istraživanja su pokazala da su oni takođe prisutni kod srodnika i u premorbidnoj fazi.

#### Slajd 19

Kao što vidimo neurološki znaci su prilično česti, a zapaženi su još od strane Krepelina. Uprkos tome, njihova veza sa shizofrenijom i dalje nije najjasnija. Jedan od poznatijih „tvrdih znakova“ poremećaja je olfaktorna anomalija – to mogu biti problemi u identifikovanju, prepoznavanju i razlikovanju mirisa. Ovaj znak javlja se i kod srodnika, predviđa početak poremećaja kod osoba koje su pod rizikom i u značajnoj je vezi sa negativnim simptomima.

Meki znaci su mnogo češći kod sch osoba, u vezi su sa težinom kognitivnih deficita, sa negativnim simptomima i dezorganizovanosti. Tu spadaju npr. prisustvo primitivnih refleksa, deficiti u izvođenju složenih motornih radnji i u senzornoj integraciji.

#### Slajd 20

Ove promene ne menjaju značajno niti izgled niti funkcionisanje osoba sa shizofrenijom, ali se javljaju u značajno većem broju slučajeva nego u opštoj populaciji. Takođe su značajno češći kod srodnika, mada ne u meri kao kod pacijenata. Smatraju se endofenotipom shizofrenije - prelaznim fenotipom (koji nije očigledan na prvi pogled i bez pomagala), a koji povezuje gene i poremećaj.

#### Slajd 21

Da biste videli o kakvim se anomalijama radi na ovom slajdu možete videti najčešće korišćenu skalu za ispitivanje minornih somatskih anomalija.

#### Slajd 22

Nedostatak uvida se smatra kardinalnom karakteristikom shizofrenije (i psihoza uopšte). Neuviđanje osoba da imaju poremećaj za posledicu ima zakasnelo traženje pomoći (najčešće od strane drugih osoba) odbijanje terapije, koje može da traje i nakon prolaska kroz šub u kome se osoba mogla osvedočiti da joj je terapija pomogla. Otuda i posthospitalni tretman u vidu kontrole i redovnog konzumiranja lekova često izostaje. Nedostatak uvida u osnovi ima ne samo biološke već i psihološke mehanizme (teško je prihvatiti činjenicu da se nije svet promenio već sama osoba – tj. prihvatiti da je ozbiljno poremećena), te se pored lekova primenjuju psihoterapijske intervencije u vezi sa ovim simptomom.

## Slajd 23

U DSM klasifikaciji ne postoje više podvrste shizofrenije čime je prekinuta stogodišnja praksa kategorizacije kliničkih slika na osnovu dominantne simptomatologije. Uspostavilo se da su ove kliničke slike vrlo nestabilne, da se tokom samo jednog šuba simptomi menjaju, a kamoli od jedne do druge epizode. Takođe, pojedine podvrste nisu pokazale različito reagovanje na tretman. U reagovanju na antipsihotike značajnijom se pokazala podela na pozitivne i negativne simptome, s obzirom da su antipsihotici uspešni u otklanjanju onih simptoma za koje se pretpostavlja da su bazirani na dopaminergičnim abnormalnostima, tj. pozitivnih simptoma. Nije potvrđeno ni specifično nasleđivanje pojedinih podvrsta shizofrenije, što je sve navelo tvorce poslednje revizije DSM-a da paranoidnu, hebefrenu, jednostavnu i katatonu shizofreniju kao podkategorije. Katatonija ostaje u shizofrenom spektru, ali nije više podvrsta shizofrenije već pre neka vrsta transdijagnostičkog konstrukta koji se vezuje za različite poremećaje, ne samo u okviru shizofrenog spektra već i u okviru afektivnih, organskih itd. poremećaja. Simpleks forma je izbačena već iz DSM-IV.

U još uvek aktuelnoj ICD-X postoje ovi podtipovi, pa s obzirom da je to klasifikacija koje bi svet trebalo da se pridržava, kao i da su podtipovi još uvek prisutni u psihijatrijskom žargonu, dajemo kratak opis osnovne 4 podvrste.

## Slajd 24

Kod ove vrste sch paranoidne ideje su relativno stabilne (za razliku od npr., hebefrene gde su promenljive, nesistematizovane i ad hoc nastale), praćene su najčešće auditivnim i olfaktivnim halucinacijama (čudni mirisi), kao i gustativnim (čudni ukusi). Mada u početnim fazama dezorganizovanost može biti naglašena, ponašanje iritabilno, sa napadima besa, uplašeno i sumnjičavo, remisije su potpunije, a prognoza je nešto povoljnija nego kod ostalih podvrsta. Ne zaboravite da se ova pogotovo, kao i sve podvrste retko viđaju u čistom obliku.

## Slajd 25

Kod ove vrste dominiraju dezorganizovanost, pozitivni simptomi, poremećaji afektiviteta (zaravnjen i neadekvatan sa smejučenjem bez razloga), neobično, neočekivano i nerazumljivo ponašanje, te je ovaj oblik najupadljiviji i najčešće viđan. Mada reaguje na psihofarmake, prognoza je nepovoljnija, a stepen disfunkcionalnosti između remisija veći nego kod paranoidne forme jer se ubrzo posle početnih floridnih epizoda javljaju negativni simptomi.

## Slajd 26

Čiste katatone forme se, pogotovo u poslednjim decenijama, retko viđaju u zapadnoj civilizaciji, mada su u nekim delovima sveta još uvek prisutne. Katatoni simptomi ovde variraju od katatonog nemira i uzbuđenja do potpunog stupora, preko niza drugih katatonih simptoma. Katatoni stupor, za razliku od npr. depresivnog, karakteriše utisak napregnutosti i povremena brza snimanja situacije gde samo oči prošetaju prostorijom. Kod depresivnog stupora više dominira umor, bolne grimase pri pokušaju da se pacijentu pokrene neki deo tela. Kod sch stupora povremeno se javlja nešto poput oniroidnog stanja sa živim scenskim halucinacijama.

## Slajd 27

O simpleks ili jednostavnoj shizofreniji smo govorili u kontekstu negativnih simptoma. Ponovo, čist oblik ove vrste shizofrenije se retko viđa, a uprkos manje burnoj kliničkoj slici, bez upadljivih psihotičnih simptoma, prognoza je ovde najgora. Ovo je hronificiran oblik sch, gde praktično nema remisija, postoji progresivna deterioracija, na kognitivnom, afektivnom i konativnom planu, osoba se postepeno gasi do potpune disfunkcionalnosti. Često završavaju kao zapušteni beskućnici koji besciljno lutaju, samoobuzeti i pasivni.

## Slajd 28

Na slajdu su prikazani najčešći oblici toka šizofrenije tokom životnog veka, zajedno sa učestalošću koja se obično dobija u istraživanjima. Vidimo da je najčešći slučaj da osoba povremeno ima psihotične epizode, a između njih se simptomi povlače ali samo delimično. Između epizoda mogu proteći godine ali i meseci. Rezidue koje se viđaju između šubova su najčešće u vidu negativnih simptoma, ali mogu biti i pozitivni, ali u blažem stepenu. Npr, paranoidne sumanutosti, ali bez tolike upornosti, uverenosti i potrebe da se u skladu sa njima nešto preduzme, kao u toku šuba. Najmaligniji tok, gde osoba progresivno propada je srećom jedan od najređih. Već je pomenuto da se ovo dešava kod retke, simpleks forme gde dominiraju negativni simptomi. Najviše osoba sa shizofrenijom ima epizodičan tok, pogotovo sa nepotpunim remisijama. Kao što vidimo potpuni oporavak, bez novih šubova ikad u životu i bilo kakvih znakova poremećaja, je takođe prilično redak. U ovom slučaju, čak ne bi trebalo govoriti o shizofreniji po strogim krepelinovskim pravilima, jer je tok nešto što bi trebalo da određuje dijagnozu, međutim ovo pravilo se zadržalo u praksi, ali ne i u istraživanjima gde se poštuju pravila zvaničnih klasifikacija. Najređi oblik toka je čudan jer nakon jednog jedinog šuba osoba se više nikad ne vraća u normalu, ali nema više ni novih aktivnih faza poremećaja. Ovde se verovatno radi o dobro zaštićenim osobama koje su imale tu sreću da uz jaku podršku, odsustvo stresnih uslova i redovne kontrole i terapiju, uprkos malignijoj formi poremećaja, ne dožive novi šub. Ipak, viđani su slučajevi kada se nova epizoda desila posle dvadeset godina neupadljivog i manje ili više funkcionalnog života.

## Slajd 29

Ovde razmatramo tok poremećaja ali u odnosu na prvu epizodu tj. šub. Ordinata na grafiku označava visinu funkcionalnosti, tako da vidimo kako tokom različitih faza funkcionalnost najčešće sve više opada. Na apscisi su životna razdoblja u kojima se najčešće odvijaju ove faze.

Kao što smo videli, kad smo govorili o pojedinim grupama simptoma, poremećaji nekih psihičkih funkcija se javljaju već u detinjstvu osoba koje kasnije u životu razvijaju shizofreniju. Takvi su npr. neki kognitivni deficiti, neurološki ispadi, motorna nespretnost, socijalna izolacija. Dakle, često, premorbidna ličnost ovih osoba može biti upadljiva. Mogu biti čudna deca koju izbegavaju i ismevaju, nespretna, odsutna i dekoncentrisana na časovima, sa neobičnim interesovanjima i idejama (shizotipalne karakteristike ličnosti). Ova faza može trajati godinama, ili čak i ne biti faza u razvoju poremećaja. Hoću reći, ove karakteristike ličnosti koje su dobrim delom nasleđene, ne moraju uvek završiti kao psihoza. Pored genetskih činilaca, od kojih neki mogu biti faktori vulnerabilnosti, a drugi protektivni (npr. inteligencija,



kreativnost i sl.) sredinski uticaji su takođe bitni (traume i stresni događaji, sociokulturni milje itd.).

Pre početka psihotične faze javljaju se tzv. prodromi u vidu kratkotrajnih prigušenih simptoma – pozitivnih (perceptivne anomalije nalik halucinacijama, ideje slične sumanutim), ili negativnih (sve teže kognitivno funkcionisanje, sve veća dekoncentrisanost, odsutnost, okupiranost sobom i morbidnim sadržajima). Ova prodromalna faza može da traje mesecima ili godinama. Retko kad psihoza počinje naglo, bez najave i bez većih promena koje upozoravaju na sch, recimo nakon stresa. Ovakav, akutni početak pominje se u literaturi, međutim, pitanje je da li se tada radi o shizofreniji.

Sledeća faza bi bila psihotična kada imamo punu sliku poremećaja sa simptomima o kojima smo ranije govorili. Povlačenje simptoma najčešće ostavlja iza sebe rezidue u manjoj ili većoj meri. Stabilna faza traje različito, do novog šuba ili trajno noseći sa sobom različit stepen disfunkcionalnosti.

#### Slajd 30

Dugo se govorilo da je životna prevalencija shizofrenije oko 1% što bi značilo da je proporcija individua u populaciji kojima je jednom u životu do momenta merenja dijagnostikovana sch 0,1 tj 1% i ovaj se podatak još uvek sreće u literaturi. Noviji podaci ukazuju na nešto nižu prevalenciju koju vidite na slajdu. Ovi epidemiološki podaci su generalno varijabilni jer se brojne studije na ovu temu metodološki razlikuju. Npr. neke posmatraju broj obolelih u odnosu na celokupnu populaciju, a neke samo u odnosu na one iznad 18 godina, kada obično počinje poremećaj, a neke čak izbacuju i one starije od 50 godina.

Prevalencija shizofrenije se smatrala stabilnom tokom vremena, a i u odnosu na geografsko područje, što je smatrano dokazom biološke osnove poremećaja, mada na gornjoj slici vidimo da se brojke razlikuju od područja do područja. Međutim i ovde postoji varijabilnost u izveštajima, jer prema ovoj slici (Svetske zdravstvene organizacije iz 2004), nerazvijenije zemlje imaju nešto veću prevalenciju, dok prema drugim izvorima, nerazvijenije zemlje (koje su češće kolektivističke i tolerantnije prema osobama sa sch) imaju nižu prevalenciju. Ponovo, metodološke razlike u istraživanjima dolaze do izražaja, ali ostaje podatak da prevalencija nije baš sasvim jednaka širom sveta.

#### Slajd 31

Kao što smo već rekli sch počinje najčešće u mladalaštvu, da bi broj onih kod kojih je početak nakon tridesetih naglo opadao. Blagi porast imamo u kasnim tridesetim (možda kod onih sa paranoidnom formom) da bi se potom broj početaka sve više smanjivao. Početak u dečijem uzrastu (ispod 10 god.) i u starijim godinama (posle 60) je vrlo redak.

Uz sch ide, kao što vidimo, povišena stopa suicida, agresivnosti, rane smrti i funkcionalnih deficita. Suicid je najčešći uzrok ranog gubitka života, česti su pokušaji i izvršena samoubistva i kod mladih osoba. Pored toga nebriga za zdravlje, teški uslovi života (zbog disfunkcionalnosti često su institucionalizovani, maltretirani, bez sredstava za život, napušteni, često među beskućicima) takođe su zrok kraćeg životnog veka ovih osoba. Što se agresivnosti tiče, prevalencija jeste viša nego u opštoj populaciji, ali među laicima postoji često precenjivanje

verovatnoće za agresivno ponašanje sch pacijenata. Ubistva su, inače, češća kod osoba sa sch pre početka lečenja nego nakon što se otpočne sa lečenjem, ali i kod onih sa višestrukim hospitalizacijama. Agresivnost je u tesnoj vezi sa zloupotrebom supstanci. Mada nekad može biti usmerena na nepoznate osobe, kao rezultat npr. imperativnih halucinacija ili sumanutih paranoidnih ideja, žrtve su češće članovi porodice i bliske osobe. Sve u svemu, sch pacijenti češće su agresivni prema sebi, nego prema drugima.

#### Slajd 32

Mada je distribucija polova po pitanju prevalencije jednaka vidimo da postoje polne razlike, ali u načinu ispoljavanja poremećaja. Generalno, muškarci imaju težu formu poremećaja. Kod njih je početak raniji, premorbidno funkcionisanje im je lošije, klinička slika je češće sa negativnim simptomima, tako da lošije reaguju na terapiju i sveukupan tok je nepovoljniji. Zašto je to tako ne zna se sa sigurnošću. Biološke koncepcije poremećaja naglašavaju zaštitnu ulogu estrogena kod žena.

#### Slajd 33

Ovaj slajd je demonstracija najčešćih prebivališta osoba sa sch. U našim uslovima situacija je verovatno značajno drugačija. Pre svega komune ne postoje, a beskućnika je verovatno više. U svakom slučaju, i u SAD, a verovatno i kod nas malo je onih koji žive sa članovima svoje porodice, što jeste tužna sudbina ljudi sa sch. Oni ređe zasnivaju sopstvene porodice (setite se početak poremećaja je obično u adolescenciji, a i premorbidno su povučeni i nespretni u socijalnim situacijama). Otuda najčešće ostaju u primarnim porodicama kraće ili duže, zavisno od kliničke slike i toka poremećaja. Teži oblici su dugo u bolnicama i azilima, često zaboravljeni i napušteni od svojih bližnjih, da bi kasnije završavali u staračkim domovima koji primaju osobe sa mentalnim poremećajima.

#### Slajd 34

Ovde su pobrojani neki faktori koji su u vezi sa povoljnijim tokom poremećaja (duže remisije, ređe epizode, manje disfunkcionalnosti). Neke smo već pominjali, kao npr. paranoidnu formu uz koju ujedno ide i kasniji početak i pozitivni simptomi. Za akutni početak smo rekli da je u principu ređi i da postoji mogućnost da u takvim slučajevima i nije u pitanju sch već neka psihotična reakcija. Očuvan afektivitet češće ide uz shizoafektivni poremećaj o kojem ćemo nešto reći u sledećem predavanju. Ovde samo treba pomenuti da ova psihoza inače ima bolju prognozu od čiste shizofrenije. U svakom slučaju ako osoba sa shizofrenijom uspeva da prenese afekat na sagovornika (nema defekta afektivnog odnosa), doživljavamo je kao toplu, afektivno je izmodulirana, a ne zaravnjena, prognoza je utoliko bolja. Dobro premorbidno funkcionisanje je takođe dobar prognostički znak, govori o manjoj genetskoj opterećenosti koja je kod mnogih pacijenata inače vidljiva već u detinjstvu u kognitivnom, neurološkom i socijalnom funkcionisanju osobe. Za ženski pol smo malopre rekli da je iz nekog razloga pošteđeniji težih formi poremećaja.

#### Slajd 35

Kada govorimo o rizik faktorima, krećemo sa biološkim koncepcijama koje su još uvek najvažnije. Na slici je predstavljen udeo genetike u zavisnosti od stepena srodstva sa

osobom sa sch. Kao što vidimo, uticaj genetike raste sa procentom gena koji se deli sa njom, ali kao što vidimo, ni kod jednojajčanih blizanaca rizik nije 100%. Ovo ostavlja prostora sredinskim činiocima o kojima se danas sve više govori, a koji su dugo bili zanemarivani u objašnjavanju sch. Prisustvo ostalih navedenih bioloških rizik faktora takođe ne znači da će osobe koje su prošle kroz ovakve komplikacije nužno razviti poremećaj. One, kao i osobe sa genetskim rizikom, nose biološku vulnerabilnost za poremećaj koja u interakciji ili sadejstvu sa sredinskim činiocima (traume i stresni događaji) može dovesti do poremećaja. Budući da biološki činioci predstavljaju deo etiološkog lanca koji vodi poremećaju, sam poremećaj podrazumeva biološke promene (u vidu biohemijskih disbalansa u pojedinim delovima mozga npr.). Otuda psihofarmaci redukuju psihotične simptome (pogotovo one koji su bazirani na dopaminskoj disregulaciji). To ponovo ne isključuje ulogu psiholoških tretmana u radu sa psihotičnim osobama. Ovaj tretman, međutim nije moguće sprovoditi, ili je nužno ograničen, u aktivnoj fazi poremećaja dok je kontakt sa realnošću poremećen, kognitivno funkcionisanje narušeno i komunikacija sa pacijentom otežana ili nemoguća.

#### Slajd 36

Ovde su nabrojani neki od demografskih i sredinskih faktora koji su se pokazali povezanim sa sch. U zemljama zapadnog sveta je još davno ukazano da osobe sa sch u većoj meri žive u gradskim sredinama. U američkim gradovima, centralni delovi su ujedno i siromašniji, bogatiji svet uglavnom živi na periferiji, tako da je ovaj rizik faktor u vezi i sa sledećim, nižim SES. Kad je podatak o gradskoj sredini kao rizik faktoru postao evidentan, javile su se teorije koje pokušavaju da ga objasne. *Hipoteza o poreklu iz gradova* (tzv. origin hipoteza) podrazumeva da su sch pacijenti poreklom iz gradskih sredina koja svojom prenaseljenošću, siromaštvom (u američkim gradovima!), većim izvorom stresa, nasilja, otuđenosti itd. doprinosi razvoju sch. Sa druge strane, prema hipotezi o *pomeranju* (drift hipoteza), osobe koje su razvile poremećaj zbog sve veće disfunkcionalnosti prinuđene su da se sele u siromašnije sredine. Do sada je bilo mnogo provera ovih hipoteza, ali rezultati podržavaju obe. Niži socio-ekonomski status nosi sa sobom lošije uslove života, više konflikata u porodici, više nasilja, stresnih životnih događaja, što sve pogoduje razvoju poremećaja. Migranti su se pokazali rizičnijim u pogledu razvoja poremećaja od starosedelaca što je evidentirano u brojnim istraživanjima. Razlozi za ovo su brojni. Razlozi za migraciju već mogu biti bremeniti stresnim i traumatičnim događajima (od ratova do gladi). Sama promena sredine je stresna, migranti često nisu dobrodošli u novoj sredini, često postoji i jezička barijera (koja je „odličan“ faktor za razvoj paranoidnosti), a tu su i već opisani nizak SES, gradska sredina, otuđenost itd. Niži SES takođe je u vezi i sa nižim obrazovnim nivoom, mada su kognitivne poteškoće i sam početak poremećaja najčešće u adolescenciji svakako važni činioci ranijeg prekida školovanja.

Zloupotreba marihuane je često okidač za otpočinjanje shizofrenog poremećaja! Ona je sposobna da otpočne biohemijske promene tipične za sch kod predisponiranih osoba.

Roditeljska starost kao rizik za sch je još jedan dobro dokumentovan podatak u istraživanjima, koji je ponovo inspirisao razne hipoteze. Pored genetskih mutacija očeva koje su direktna posledica starosti te od začeca stvaraju dispoziciju kod potomstva, tu je i hipoteza o kasnom stupanju u brak osoba koje su shizoidno i shizotipalno strukturirane, introvertne i socijalno izolovane i kao takve genetski predisponirane, što prenose i na svoje potomstvo. Zatim,

objašnjenje može biti ponovo i nizak SES koji je doveo do kasnijeg stupanja u brak, komplikacije pri porođaju koje su češće kod starijih majki itd.

Poslednje dve stavke su u suštini najvažniji sredinski činioci preko kojih, kao što smo videli, deluju mnogi prethodni činioci. Treba pomenuti da je rana trauma i zlostavljanje osnov ne samo za psihološku već i biološku vulnerabilnost jer su ovi činioci u stanju da trajno menjaju i biološko funkcionisanje osobe.

#### Slajd 37

Na ovoj slici rezimirali smo biološke i sredinske činioce razvoja shizofrenije od prenatalnih, preko onih iz detinjstva do kasnijih. Prva grupa činilaca udružena sa genetskom podložnošću stvara vulnerabilnost koju prepoznamo u detinjstvu po neurorazvojnim odstupanjima. To su kognitivne, bihejvioralne, afektivne i socijalne anomalije karakteristične za premorbidnu fazu. Dete je nespretno, odsutno, povučeno, afektivno neusklađeno itd, što u interakciji sa drugom grupom činilaca pojačava vulnerabilnost i upadljivost. Ostali sredinski uticaji u interakciji sa promenama u mozgu koje se inače dešavaju u adolescenciji eventualno vode otpočinjanju poremećaja. Naravno, nije nužno dejstvo svih ovih činilaca da bi se razvio poremećaj jer svaki od njih varira po intenzitetu i intenzivno dejstvo jednog može zameniti druge uticaje. Kao i kod svih drugih poremećaja pravilo je da što je veća biološka podložnost, manji sredinski uticaji su potrebni za otpočinjanje poremećaja i obrnuto.

#### Slajd 38

Na kraju, još par reči o komorbiditetu i diferencijalnoj dijagnozi. Zloupotreba alkohola je pratilac mnogih mentalnih poremećaja kao vid „samopomoći“. Kao što smo videli, neke od ovih supstanci značajno pogoršavaju kliničku sliku (alkohol) doprinoseći agresivnosti i suicidalnosti npr., a neki čak mogu biti okidači koji otpočinju poremećaj (marihuana). Jedino nikotin, uprkos zdravstvenom riziku, izgleda ima lekovite efekte u pogledu mentalnog zdravlja. Nikotinski receptori u mozgu su u interakciji sa nizom neurotransmiterskih sistema tako da on ima širok spektar pozitivnih efekata, pre svega na pažnju, koncentraciju i percepciju osoba sa sch. Otuda se razmatraju i terapijske mogućnosti nikotina čime bi se iskoristili benefiti ove supstance, a umanjili štetni efekti pušenja cigareta na fizičko zdravlje.

Kada su u pitanju poremećaji ličnosti, o njima pre možemo govoriti kao o premorbidnim karakteristikama koje su bile pogodna osnova za razvoj poremećaja. Shizotipalni PL se smatra delom shizofrenog spektra i čest je među srodnicima osoba sa sch te je nesumnjivo reč i o genetskoj bliskosti dve vrste poremećaja.

Mada nije na slajdu, treba pomenuti da se u kliničkoj slici sch mogu naći simptomi niza drugih, praktično svih mentalnih poremećaja (afektivni, opsesivni, anksiozni, somatoformni) i danas se govori o njihovom komorbiditetu. To je tako od kada su izbačena tzv. hijerarhijskih pravila isključivanja (ako teži poremećaj u kliničkoj slici ima simptome lakšeg, lakši se ne dijagnostikuje), Inače, do pre nekoliko decenija svi ovi simptomi smatrani su delom kliničke slike shizofrenije.

Pomenuli smo da osobe sa sch imaju znatno kraći život od opšte populacije upravo zbog niza somatskih bolesti koje ih prate (ali i suicida).

Što se tiče diferencijalne dijagnoze, ona nije uvek jednostavna, te je jedan od najčešćih dijagnostičkih poslova psihologa u psihijatrijskim ustanovama upravo utvrđivanje da li se radi o sch psihozi ili nekoj drugoj: maničnoj, depresivnoj, sumanutom poremećaju – ex paranoji, kratkotrajnoj psihotičnoj reakciji. Sch psihozu iz ove grupe izdvajaju sumanutosti i halucinacije koje su bizarne i bez adekvatne afektivne pratnje, za razliku od afektivnih i sumanutog poremećaja. Kratkotrajnu i shizofreniformnu psihozu prvenstveno razlikujemo po početku (akutnom) i kraćem trajanju. Od svih ostalih nabrojanih nepsihotičnih poremećaja sch se razlikuje po prisustvu dezorganizovanog govora, sumanutostima i halucinacijama te ostalim simptomima o kojima smo govorili. Kod PTSD-ja mogu postojati halucinacije, ali su one u formi flash-back-ova, ponovnog proživljavanja traume.