

MLADOSTNIK S SHIZOFRENIJO

Melita Pretnar Silvester, dr. med., specialistka psihiatrije
Psihiatrična bolnišnica Begunje

Uvod

Psihotične motnje v adolescenci predstavljajo strokovni izziv tako glede diagnostike kot tudi zdravljenja. Shizofrenija je bolezen, ki ne poseže le v zdravje posameznika, temveč v njegovo celotno življenje. Hkrati z njegovim pa se ob tej bolezni pomembno spremeni tudi življenje vseh, ki so mu blizu, ga imajo radi in skrbijo zanj (Tomori, 1996).

Celovitost problematike shizofrenije je pri vsakem mladostniku drugačna, posebna in značilna le zanj, kar vselej zahteva skrajno individualno prilagojeno obravnavo in veliko strokovno občutljivost, ko v celostni pogled vključujemo dva tako široka in večplastna pojma, kot sta adolescenca in shizofrenija.

Diagnostiko deloma olajšuje bolj jasno poznavanje psihodinamike v adolescentnem obdobju in vse bolj jasno razločevanje med zdravim in bolezenskim, med značilnostmi razvojnega obdobja in psihopatologijo. Integriranost spoznanj psihodinamike in razvijajoče se nevroznosti je sodobni temelj smernic za celostno obravnavo mladostnika s shizofrenijo.

Vzročni dejavniki in pogostost

Shizofrenija ima najpogosteje svoj začetek v pozni adolescenci in se pred tem obdobjem le redko pojavlja. Pri nastanku bolezni se pomembno prepletajo tako genetski, nevrofiziološki, biopsihološki in psihodinamski, psihosocialni in socialni dejavniki. Rizikni dejavniki vključujejo družinsko obremenjenost, prenatalne bolezni, obporodne poškodbe, poškodbe glave v otroštvu, neugodne življenjske dogodke, travme in zlorabo psihoaktivnih snovi (Aitchison, Meehan, Murray, 1999).

Epidemiološke študije navajajo podatek, da je ob pogostosti shizofrenije v splošni populaciji od 0,5 do 1 %, mogoče med mladostniki do 18. leta najti tri na 10.000, pri katerih se manifestira shizofrenska simptomatika (Graham, Turk, Verhulst, 1995). Začetek bolezni pred 17 ali 18 letom starosti poimenujemo shizofrenija z zgodnjim začetkom (early-onset schizophrenia) (Werry, 1992). Pri moških je srednja starost začetka prve psihotične epizode navadno med 18 in 25 letom, pri ženskah pa v kasnejših dvajsetih letih. Več kot polovica vseh moških bolnikov s shizofrenijo in le ena tretjina bolnic je prvič sprejeta v psihiatrično bolnišnico pred starostjo 25 let. Od starosti, v kateri se bolezen prvič manifestira, so do neke mere odvisni klinična slika, potek bolezni, odzivnost na zdravljenje in tudi prognoza bolezni (Kaplan, Sadock, 1998).

Predbolezenski znaki in simptomi

Iz zgodnjih obdobij bolnikovega življenja je pogosto mogoče izluščiti nekatere subtilne spremembe v telesnem in duševnem razvoju oziroma odstopanja od normalnega dozorevanja predvsem na področju govora, motorične koordinacije, pogostejše so motnje pozornosti, slabše prilagoditvene sposobnosti in splošna slaba socialna funkcionalnost. Zaradi različnih vedenjskih motenj in posebnosti, nenavadnega vedenja in morda celo nasilnosti, so takšni otroci v vzgoji lahko izrazito težavni in nepredvidljivi. Vse to pa lahko sproži tudi posebne odzive okolja, drugačno ravnanje z njimi, kar obremenjuje otrokov razvoj z neugodnimi psihosocialnimi dogajanjem, ki lahko postanejo dodaten vir stresov (Tomori, 2000).

V tipični, vendar ne vedno prisotni bolnikovi predbolezenski zgodovini najdemo shizoidne ali shizotipske osebnostne značilnosti, ki se kažejo kot pasivnost, introvertiranost, čustvena hladnost, pomanjkanje zanimanja in pripravljenosti za navezovanje socialnih odnosov. Takšni bolniki so imeli kot otroci le malo prijateljev. Preshizofreni adolescenti navadno nimajo tesnih prijateljev, ne partnerja, večinoma se izogibajo skupinskemu športu. Zatekajo se k ogledom filmov, televizije, poslušanju glasbe z izključitvijo socialnih aktivnosti. Nekateri adolescentni bolniki lahko kažejo nenaden pojav obsesivno kompulzivnega vedenja, pri drugih se lahko pojavijo pritožbe glede slabega telesnega počutja, kot so glavoboli, bolečine v križu ali mišicah, šibkost in prebavne motnje. Družina in prijatelji lahko opazijo, da se je mladostnik spremenil in ne funkcioniira več kot prej. V tej fazi lahko bolnik začne razvijati zanimanje za abstraktne ideje, filozofijo, okultna in religiozna vprašanja. Dodatni predbolezenski znaki lahko vključujejo nenavadno vedenje, neustrezno čustvovanje, nenavaden govor, bizarne ideje in nenavadne zaznavne izkušnje.

Vrednost predbolezenskih znakov in simptomov je sicer negotova, saj se na eni strani lahko soočamo s povečevanjem pomena zgodnjih sprememb, na drugi strani pa svojci, ki se pogosto trudijo najti razlog za mladostnikovo bolezen v neki aktualni obremenitvi ali stresu, radi idealizirajo njegove predbolezenske osebnostne značilnosti.

Pri določenem številu mladostnikov pa se simptomatika shizofrenije dejansko razvije brez predhodnih bolezenskih napovedi.

Klinična slika

Diagnostični kriteriji (po DSM IV TR) za postavitev diagnoze shizofrenija predvidevajo prisotnost:

A. Karakterističnih simptomov: Najti moramo najmanj dva od naslednjih simptomov, ki sta izražena vsaj en mesec (ali manj, če je zdravljenje uspešno):

1. blodnje,
2. halucinacije,
3. dezorganizirano govorjenje, npr. miselna disociiranost, miselna zapora,
4. dezorganizirano ali katatonsko vedenje,
5. negativna simptomatika pri čustvovanju in hotenju.

Op. Pri kriteriju A zadostuje samo en bolezenski znak, če so blodnje bizarne oziroma tipične shizofrenske ali če so halucinacije tipične shizofrenske!

B. Socialna in poklicna prizadetost. Od začetka duševne motnje je bolnik pretežno prizadet na enem ali več področjih funkcioniranja, tako pri delu, medosebnih odnosih ali pri tem, kako sam skrbi zase. Raven teh prizadetosti je opazno znižana v primerjavi s stanjem pred boleznijo.

C. Trajanje bolezni. Nepretrgani znaki motnje morajo trajati najmanj 6 mesecev. V tem obdobju so vključeni simptomi aktivne faze, ki morajo biti izraženi vsaj en mesec (ali manj, če je zdravljenje uspešno), lahko pa tudi prodromalni in rezidualni znaki, bodisi v smislu zgolj negativne simptomatike ali pa manj izraženih prej naštetih glavnih znakov bolezni.

D. Izključene so motnje razpoloženja in shizoafektivna psihoza

E. Duševna motnja ni posledica kakšne telesne bolezni, zdravljenja z medikamenti, zastrupitve ali drogiranja.

F. Izključene so pervazivne razvojne motnje (npr. avtizem v otroštvu). Če pa smo pri bolniku te motnje diagnosticirali, postavimo diagnozo shizofrenije samo ob pojavljanju za shizofrenijo značilnih blodenj ali halucinacij, ki trajajo vsaj en mesec (APA, 1994)

Čeprav se v klinični sliki shizofrenije v adolescenci seštevajo in prepletajo vsi glavni znaki in simptomi, značilni za shizofrenijo pri odraslih, pa zgodnejša stopnja razvitosti duševnih funkcij vsaj delno po svoje oblikuje klinično sliko te bolezni pri mladostnikih. Še slabše organizirane spoznavne sposobnosti so pri mladostnikih razlog za preprostejše in manj kompleksne vsebinske motnje mišljenja. Blodnje so bolj fragmentirane, njihova vsebina pa odraža za adolescenco pomembne teme. Intenzivnost in včasih tudi pomen formalnih motenj mišljenja je težko ovrednotiti brez upoštevanja zrelostne stopnje duševnih funkcij, značilne za posameznega mladostnika. Tudi čustvene motnje, ki so sestavni del osnovne simptomatike ali pa ji sekundarno sledijo, imajo tipične adolescentne značilnosti. Pri mladostnikih je morda še težje kot pri odraslih razločevati negativne simptome (pomanjkanje motiviranosti, pobude, zanimanja, energije in volje) od postshizofrenske depresije ali tudi od regresa, do katerega rado prihaja v adolescenci v povezavi z mnogimi kroničnimi boleznimi. Diagnostika mora poleg mladostnikovih osebnih značilnosti in posebnosti njegovega razvoja od zgodnjih obdobij dalje zajeti tudi dinamiko mladostnikove družine in značilnosti socialnega prostora, v katerem mladostnik živi. Anamneza mora zajeti tudi življenjske dogodke, ki sooblikujejo mladostnikove moči in šibkosti, ki vplivajo na potek in obravnavo bolezni. V anamnezo je potrebno vključiti tudi podatke o možni zlorabi psihoaktivnih snovi in o poteku predhodnih porušenih mladostnikovega duševnega ravnovesja, ki so bili lahko že zgodnji napovedovalci bolezni. Še posebno v tem obdobju je nujen timski diagnostični pristop, v katerem se komplementarno dopolnjujejo znanja in diagnostični instrumenti strokovnjakov različnih specialnosti (Tomori, 2000).

Diferencialna diagnostika

Psihotične motnje so motnje, kjer je pomembno motena presoja realnosti. To se kaže s halucinacijami, blodnjami in formalnimi motnjami mišljenja. Čeprav je shizofrenija v mnogih smislih najbolj značilna psihotična motnja, pa so motnje realitete povezane tudi z drugimi duševnimi motnjami, vključno z **depresijo s psihotičnimi simptomi** in **bipolarno razpoložensko motnjo**. V splošnem so diagnostični kriteriji za te motnje podobni za mladostnike in odrasle. Diagnostične težave se pojavijo zaradi velikih razvojnih in psihosocialnih sprememb značilnih za adolescentno obdobje. Koncept realnosti se skozi razvojno obdobje spreminja in polna »odrasla« presoja realnosti se oblikuje šele med kasno adolescenco. Čeprav obstoja pri adolescentih tveganje za razvoj vseh različnih psihotičnih motenj, ki jih opazujemo pri odraslih, pa je začetek teh motenj v adolescentnem obdobju mnogo manj tipičen kot v kasnejših obdobjih in prav tako se klinične značilnosti razlikujejo od tistih, ki jih tipično opazujemo v otroštvu (Werry, 1996). Pri adolescentih z bipolarno afektivno motnjo so psihotični simptomi celo bolj pogosti kot pri odraslih, večkrat pridejo navzkriž z zakonom in relapsi bolezni so bolj pogosti, večja je tudi suicidalnost (Lewinsohn, 1995). Depresivna motnja se v adolescentnem obdobju pogosteje kaže z agitacijo, anksioznostjo, hipohondričnimi bojaznimi. Halucinacije in blodnje so pri psihotični depresiji skladne z depresijo (Chambers, Puig-Antich, Tabrizi, 1982).

Diagnostiko otežujejo povečana zloraba psihoaktivnih substanc v tem starostnem obdobju. Nekatere s **psihoaktivnimi substancami povzročene psihoze** težko razlikujemo od prave shizofrenije. Psihotične motnje se lahko pojavljajo tudi sočasno z zlorabo psihoaktivnih substanc, ko posamezniki uporabljajo drogo kot način samozdravljenja ali lajšanja motečih psihotičnih simptomov.

Diferencialno diagnostično je shizofrenijo pogosto težko razločevati med **avtizmom**, **socialno fobijo**, **borderline osebnostno motnjo**, učinkom psihoaktivnih snovi in **organsko psihozo**. Kadar pride v diferencialni diagnostiki v poštev organska geneza bolezni (možganski tumorji, možganske degenerativne bolezni, epileptične psihoze), so potrebni še ustrezni dodatni nevrofiziološki diagnostični pristopi. Ustrezne dodatne telesne preiskave so potrebne tudi za razločevanje shizofrenskih simptomov pri vrsti endokrinih in sistemskih bolezni, pri vnetnih in intoksikacijskih procesih (Žvan, 1999).

Zgodnje in pravilno prepoznavanje bolezni je odločilnega pomena za izbor ustreznega načina, potek in učinkovitost zdravljenja, s tem pa za prognozo bolezni. Ugotovljeno je namreč, da ima zgodnje zdravljenje tudi dolgoročno boljši terapevtski učinek in da zgodnejša uvedba terapije poveča možnost daljših remisij in blažjih relapsov.

Zdravljenje

Sleherni mladostnik s shizofrensko simptomatiko naj bi bil deležen tako **psihofarmakološkega** zdravljenja, **psihoterapije**, usmerjene **psihosocialne** obravnave in pomoči pri dejavnem vključevanju v socialni prostor. V poteku zdravljenja pa je prav tako nujno vključevanje svojcev bodisi v smislu **psihoedukacije**, bodisi različnih oblik **družinske terapije** ter povezovanje terapevtskega tima z osebami iz mladostnikovega socialnega kroga in institucijami, kot so na primer šola, delovno mesto, različne podporne skupine.

V različnih fazah bolezni ima vsak od teh terapevtskih pristopov svoje pomembno mesto in pomen. V akutni fazi bolezni je tako primarnega pomena farmakoterapija, v času umirjanja akutne simptomatike pa je poleg zdravljenja z zdravili odločilna suportivna psihoterapija in delo s svojci. V obdobjih remisij lahko mladostnik veliko pridobi s kognitivno vedenjskim pristopom, ki mu pomaga prepoznavati simptomatiko bolezni in ob pravem času ustrezno ukrepati. Vsi ti terapevtski pristopi naj bi se med seboj prepletali, podpirali in dopolnjevali (Tomori, 2000).

V akutni fazi bolezni so najpomembnejša zdravila za zdravljenje shizofrenije antipsihotiki, ki navadno učinkovito zmanjšajo simptome bolezni, predvsem pozitivne simptome. Različni antipsihotiki se med seboj ne razlikujejo toliko po učinkovitosti kot pa po profilu stranskih učinkov, kar naj bi bilo glavno vodilo pri izboru zdravila. V primerih, ko je mladostnik nevaren sebi ali okolici, je potrebno bolj odločno farmakološko ukrepanje, v splošnem pa se je potrebno izogibati prekomerni uporabi zdravil in sedaciji. Antipsihotiki shizofrenije žal ne ozdravijo, ker vplivajo na simptome le supresivno. Z njimi lahko zelo zmanjšamo ali odpravljamo psihotično simptomatiko, pomembna pa je tudi njihova uporaba v smislu zmanjševanja ponavljanih psihotičnih faz. Čeprav se poskušamo izogibati uporabi več zdravil, pa je občasno v terapiji potrebno antipsihotike kombinirati z zdravili iz drugih skupin. Antidepresive tako dodajamo za zdravljenje pridružene depresije, ob maničnih simptomih pri shizoafektivni motnji pa v terapijo dodajamo stabilizatorje razpoloženja. V začetni fazi zdravljenja se pogosto težko izognemo hospitalizaciji, ki omogoča bolj natančno in vsestransko diagnostično obravnavo, varnejšo uvedbo zdravil in postavitve ustreznega, individualno prilagojenega načrta zdravljenja (Volkmar, 1997). Šele bolnik, ki ga ne obvladujejo več blodnje, halucinacije, nemir, strah in druge čustvene motnje, postane dovzeten tudi za psihoterapevtske in socioterapevtske metode obravnave (Žvan, 1999).

Med različnimi vzroki za zakasnel začetek zdravljenja in slabo sodelovanje pri zdravljenju shizofrenije v adolescenci so zelo pomembni zanikanje bolezni s strani mladostnikovih staršev ter pogosta nepripravljenost za zdravljenje, značilna tako za mladostnike kot njihove svojce. Tako se pripravljenost za bolj celovito obravnavo običajno poveča šele po več ponovitvah bolezni, ko se jasno pokaže, da je bolezen realnost, vračanje bolezenske simptomatike zelo verjetno in življenje mladostnika tudi v času remisije pomembno odvisno od tega, kako sprejema svojo bolezen, kako je z njegovo samopodobo, možnostmi izobraževanja in vključevanja v delovni proces ter kakšen je odziv okolja na njegovo bolezen (Tomori 2000).

Študije kažejo, da so moški pogosteje oškodovani na račun negativnih simptomov kot ženske, ki v splošnem bolje socialno funkcionirajo. V splošnem je izid bolezni za bolnike bolj ugoden kot za bolnike s shizofrenijo, pri katerih gre za bolj izrazite premorbidne značilnosti, bolj prizadete spoznavne funkcije in slabšo odzivnost na antipsihotično zdravljenje (Werry, Taylor, 1994).

Pravilno zastavljena terapija torej skuša čim bolj zmanjšati psihotične manifestacije, potem pa bolniku omogočiti čim bolj harmonično bivanje v njegovem naravnem okolju. Pomagati mu je treba, da se bo temu okolju uspešno prilagajal kljub svoji občasni ali trajni drugačnosti in da bo uspešno premagoval številne neizbežne frustracije. Cilj terapije pa je tudi ta, da bodo takšnega bolnika sprejemali z razumevanjem in naklonjenostjo tudi njegova družina in drugi ljudje. Šele z upoštevanjem vseh teh dejavnikov, torej z delom z bolnikom, z njegovo družino ter z njegovim ožjim in širšim okoljem lahko govorimo o celostni terapiji shizofrenega bolnika (Žvan, 1999).

Vplivi shizofrenije na mladostnikovo življenje in razvoj

Shizofrenija v adolescenci pomembno vpliva na celotno življenje mladostnika in njegovih bližnjih. Obremenjujoči znaki in simptomi bolezni, epizodičen potek, ki lahko že v času adolescence postane kroničen, pogoste in včasih dolgotrajne

hospitalizacije, izključevanje mladostnika iz njegovega naravnega socialnega prostora, stranski učinki zdravil, odziv okolja na njegovo bolezen, pomembno vplivajo na njegov celoten osebnostni razvoj (Tomori, 2000).

Čeprav so pozitivni simptomi shizofrenije (blodnje in halucinacije) tisti, ki navadno najbolj pritegnejo pozornost zdravnika in družinskih članov, pa negativni simptomi (npr. upad volje, socialni umik) dolgoročno bolj neugodno vplivajo na bolnikovo funkcioniranje, otežijo izobraževanje, usposabljanje za poklic, možnosti zaposlovanja, s tem pa manjšajo možnost njegove kasnejše samostojnosti. Socialni umik ali izolacija zaustavlja razvoj mnogih sposobnosti in spretnosti, oži bolnikovo obzorje, niža samospoštovanje in še bolj povečuje njegovo odvisnost od družine (Tomori, 1999).

Regres na manj zrele ravni osebnostnega razvoja in zaustavitev procesa osamosvajanja spodbujajo pogosto svojci sami, ki na zmanjšanje mladostnikove splošne funkcionalnosti pogosto reagirajo z izrazito hiperprotektivnostjo, ki mladostnika spet porine na mesto odvisnega otroka. Depresivni odziv na dejstvo lastne bolezni lahko pri mladostniku s shizofrenijo povečuje tveganje samomora.

Posebno težavo pri mladostnikih s shizofrenijo predstavlja naraščajoča škodljiva raba psihoaktivnih snovi. Pri teh bolnikih ugotavljamo še dodatne slabše možnosti za izobraževanje in zaposlovanje, več težav v družinskih odnosih, slabše sodelovanje pri zdravljenju z zdravili, simptomi bolezni so težje kontrolirani, hospitalizacije v psihiatrični bolnišnici so bolj pogoste, obstoja tudi večja pogostost avto in hetero agresivnega vedenja (Haran, 2006).

Zaključek

Mladostnik s shizofrenijo predstavlja velik izziv tako v diagnostičnem kot v terapevtskem smislu. Vrsto dejavnikov, ki se povezujejo v problematiki bolezni v tem obdobju, je potrebno razreševati vzporedno in usklajeno. Sodobna psihiatrija poudarja, da je optimalna le tista celostna obravnava mladostnika s shizofrenijo, ki jo izvaja izkušeni tim strokovnjakov z upoštevanjem tako vseh posebnosti psihotične simptomatike v mladostnem obdobju kot tudi dobrim poznavanjem sodobnih smernic za zdravljenje te bolezni. Le tako lahko zmanjšamo trpljenje in dolgotrajne neugodne posledice, ki jih za bolnika in njegove bližnje predstavlja ena najhujših duševnih bolezni.

LITERATURA

Aitchinson KJ, Meehan K, Murray RM. *First episode Psychosis*. London: Martin Dunitz, 1999

APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV)*. Washington: APA, 2000

Haran C. *The Real World: Recognizing Mental Illness in Young Adults*. Your Health Portal. Healthology, 2006

Kaplan HI, Sadock BJ. *Sinopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams&Wilkins, 1998: 456-491

Lewinsohn PM, Klein DN, Selley JR: Bipolar disorders in community sample of older adolescents: Prevalence, phenomenology, comorbidity and course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34: 454-463

Tomori M. *Obravnava bolnika s shizofrenijo v družinskem sistemu*. V: Kocmur M (ur.)

Shizofrenija- čustvovanje, spoznavanje in življenje z drugimi ljudmi. Ljubljana, Psihiatrična klinika, 1999: 139-146.

Tomori M : *Celostni pogled na mladostnika s shizofrenijo*. V: Kocmur M (ur.) *Shizofrenija - od zgodnjih do poznih epizod*. Ljubljana, Psihiatrična klinika, 2000: 7-16.

Volkmar F: *Diagnosis and Treatment of Psychosis in Adolescence*. *Medscape Psychiatry and Mental Health eJournal* 1997; 2(6). 1997 Medscape

Žvan V. *Shizofrenija, shizotipske in blodnjave motnje*. V: Tomori M, Zihel S (ur.) *Psihiatrija*. Ljubljana; Litterapicta, 1999: 169-206.