

Tjaša Gorše^{1*}, Tim Jaklič^{2*}, Tjaša Konrad^{3*}, Nina Žunič^{4*}, Melita Bokalič^{5*}

Izzivi v diagnostiki in obravnavi motnje psihotičnega spektra z izrazitim nihanjem razpoloženja v mladostništvu – prikaz primera

Challenges in the Diagnostics and Treatment of Psychotic Spectrum Disorders with Pronounced Mood Fluctuations in Adolescence – A Case Study

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: bipolarna motnja, shizoafektivna motnja, mladostništvo, psihoza, afektivna motnja, prikaz primera

Med odraščanjem so nihanja razpoloženja pogosta, kadar pa so le-ta pretirano izrazita in negativno vplivajo na mladostnikovo življenje, govorimo o bipolarni afektivni motnji. Gre za periodično pojavljanje epizod manije in depresije, ki niso jasno sprožena z zunanjimi dejavniki. Njihov nastanek pripisujejo zapletenemu prepletu okoljskih dejavnikov in genetske nagnjenosti. Za postavitev diagnoze bipolarne afektivne motnje je potrebna vsaj ena epizoda manije ali hipomanije, ne glede na število depresivnih epizod. Klinična slika motnje pri mladostnikih ima svoje značilnosti, zaradi pogostega prekrivanja z drugimi duševnimi motnjami je njeno diagnosticiranje pogosto težavno. Zdravljenje vključuje kombinacijo zdravil, psihoterapije in spremembe življenjskega sloga. Od zdravil se najpogosteje poslužujemo stabilizatorjev razpoloženja. Redkejša od bipolarne afektivne motnje je shizoafektivna motnja, ki poteka z epizodami psihotičnih simptomov, ob odsotnosti izrazite afektivne simptomatike. Afektivni simptomi prevladujejo v času med posameznimi psihotičnimi epizodami. V razvoj shizoafektivne motnje so domnevno vpleteni isti genetski dejavniki tveganja kot pri bipolarni afektivni motnji. Za postavitev diagnoze sta potrebna vsaj dva od petih simptomov, ki trajata precejšnji del obdobja enega meseca: blodnje, halucinacije, neorganiziran govor, neorganizirano oz. katatonsko vedenje in negativni simptomi. Zdravljenje shizoafektivne motnje zajema farmakološke in psihoterapevtske pristope. Med zdravili izbiramo med antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja in antidepresivi. Pričujoči članek povzema klinične značilnosti in zdravljenje obeh motenj, temelječ na opisu kliničnega primera.

* Avtorji si delijo mesto prvega avtorstva

¹ Tjaša Gorše, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana;

² Tim Jaklič, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana;

³ Tjaša Konrad, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Taborska Ulica 8, 2000 Maribor;

⁴ Nina Žunič, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1000 Ljubljana; nina.zunic@gmail.com

⁵ Melita Bokalič, dr. med., Služba za otroško psihiatrijo, Pediatrična klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva ulica 20, 1000 Ljubljana

ABSTRACT

KEY WORDS: bipolar disorder, schizoaffective disorder, adolescence, psychosis, affective disorder, case study.

Experiencing mood swings while growing up is common, but if these are excessively expressed and have a negative impact on the adolescent's life, we speak of bipolar affective disorder. Bipolar affective disorder is defined by a periodic occurrence of manic and depressive episodes that are not clearly triggered by external factors. Their development is attributed to complex interactions between environmental factors and genetic predisposition. A diagnosis of bipolar affective disorder requires at least one manic or hypomanic episode, regardless of the number of depressive episodes. The bipolar affective disorder's clinical picture in adolescents has its own characteristics and, due to the frequent overlap with other mental disorders, its diagnosis is often difficult. Treatment involves a combination of medication, psychotherapy and lifestyle changes. The most commonly used drugs are mood stabilisers. Schizoaffective disorder is less common than the bipolar affective disorder and is defined by the occurrence of episodes with distinct psychotic symptoms in the absence of notable affective symptoms. Affective symptoms are present between individual psychotic episodes. Genetic risk factors are the same as those for developing bipolar affective disorder. To diagnose a schizoaffective disorder at least two of the five symptoms, which last for a significant part of the month, are required: delusions, hallucinations, disorganized speech, disorganized or catatonic behaviour and negative symptoms. The treatment of schizoaffective disorder includes pharmaceutical and psychotherapeutic approaches. Pharmaceutical treatment includes antipsychotics, mood stabilizers and antidepressants. The following article summarizes the clinical characteristics and the treatment of both disorders based on a clinical case study.

UVOD

Psihотиčne motnje ali motnje psihotičnega spektra so hude duševne motnje, pri katerih je v ospredju izguba stika z realnostjo oz. psihoza. Psihoza je termin, ki opisuje nabor simptomov, med katerimi so v ospredju halucinacije in blodnje. Psihoza se lahko pojavlja pri številnih duševnih in nevroloških motnjah. Najpogosteje jo povežemo z motnjami shizofrenskega spektra, med katere sodita npr. shizofrenija in shizoafektivna motnja (SAM), lahko pa se pojavlja tudi pri določenih oblikah razpoloženskih motenj, kot je npr. bipolarna afektivna motnja (BAM). Prekrivanje simptomatike različnih duševnih bolezni lahko predstavlja hudo oviro pri obravnavanju bolnika s psihozo (1). Dodatne težave predstavlja nastop bolezni v otroškem ali mla-

dostniškem obdobju, saj simptomi pogosto še niso izraženi v polni meri in se lahko prekrivajo z razpoloženskimi nihanji, tipičnimi za obdobje odrasčanja. S pomočjo teoretičnih osnov in kliničnega primera želimo v nadaljevanju nasloviti to problematiko in spodbuditi nadaljnje raziskovanje na področju psihoz in psihotičnih motenj pri mladostnikih.

BIPOLARNA AFEKTIVNA MOTNJA

Vsi otroci in mladostniki lahko imajo v razvoju krajša obdobja s slabšim počutjem, povečano razdražljivostjo in jezo, hiperaktivnostjo ali uporništvom. V večini primerov gre za razvojno obdobje, ki spontano izzveni z dozorevanjem možganov, v 1–3 % pa se ob zgoraj opisanih simptomih lahko izrazi kronična duševna motnja, ki ji

pravimo BAM (2, 3). Pri BAM bolnik doživlja ekstremna nihanja v razpoloženju, ki se odražajo v očitnih spremembah vedenja. Gre za izmenjevanje obdobji oz. epizod manije in depresije, ki se pojavljajo periodično ter niso jasno sprožena z zunanjimi dejavniki. Posamezna epizoda večinoma traja od nekaj ur do nekaj mesecev, odvisno od tipa BAM. V času med posameznimi obdobji se oseba navadno vrne v evtimno stanje, vendar čez čas spet nastopi nova epizoda (2–4). Z ustreznim zdravljenjem se lahko nihanja razpoloženja omilijo (2). BAM običajno diagnosticiramo v mladostništvu ali na začetku 20-ih let, vendar se posamezni simptomi lahko pojavljajo že v otroštvu (4). Etiološko gre za kombinacijo bioloških oz. genetskih dejavnikov in življenjskih izkušenj, raziskave pa so pokazale tudi odstopanja v strukturi in delovanju možganov oseb z BAM (2, 5).

Vrste bipolarnе afektivne motnje in klinična slika

Glede na prisotnost simptomov in njihovo intenzivnost ločimo več tipov BAM, izmed katerih sta klinično najpomembnejša tip 1 in tip 2. BAM tipa 1 oz. klasična BAM ima najizrazitejše simptome. Zanj so značilne izrazite manične in/ali mešane epizode, ki jih po navadi spremljajo hude depresivne epizode (2). Manični epizodi so lahko pridruženi tudi psihotični simptomi (3). Nadalje ločimo BAM tipa 2, ciklotimijo in nespecifično obliko BAM, v sklopu katerih se pojavljajo blažji simptomi BAM (2).

Za depresivne epizode je značilno znižano razpoloženje – mladostnik je žalosten, obupan, utrujen, neodločen, lahko doživlja jezo, je razdražljiv, tudi agresiven (6). To lahko spremljajo občutki praznine, ničvrednosti ali krivde. Prav tako je lahko prisotna izguba zanimanja za stvari, ki so ga v preteklosti veselile. Opazimo lahko razlike v hranjenju – izguba ali povečanje teka in posledična nenamerna izguba ali pridobitev telesne mase. Pojavljajo se motnje

spanja – trpi za nespečnostjo ali spi preveč, raven energije čez dan je zmanjšana. Mladostnik ima motnje kognitivnih sposobnosti in koncentracije, kar vpliva na njegov šolski uspeh. Depresija lahko bolnika privede tudi do razmišljanja o samomoru, načrtovanja poskusa in samega poskusa samomora (7). Našteti simptomi so med depresivno epizodo konstantni in vplivajo na posameznikovo vključevanje v družbo ter vzdrževanje medosebnih odnosov (6).

Med maničnimi epizodami je posameznik bolj veder in optimističen, celo pretirano zadovoljen, srečen, samozavesten in vznemirjen, vse do evforije. Običajno je poln energije, kljub zmanjšani potrebi po in količini spanca, ima moteno pozornost ter je lahko nerazsoden, kar se kaže z nepremišljenim in tveganim vedenjem (npr. vključevanje v tvegane spolne odnose, prekomerno uživanje alkohola in drog) (3, 6). Med manično epizodo so bolniki hiperaktivni, impulzivni, izrazito razdražljivi, jezni in včasih celo nasilni ter se na splošno vedejo družbeno neprimerno (3). Značilno so mladostniki med manično epizodo izrazito zgovorni, ne pustijo drugim do besede in hitro menjujejo teme pogovora. Lahko verjamejo, da imajo nadnaravne sposobnosti (4).

Epizodam, med katerimi se pojavljajo simptomi depresivnih in maničnih epizod hkrati, pravimo mešane epizode (3).

Etiologija in patogeneza bipolarnе afektivne motnje

Raziskave kažejo, da je vzrok BAM zapleten preplet številnih bioloških in okoljskih dejavnikov, ki za mladostnika predstavljajo tveganje za razvoj bolezni (5). Razvoj BAM (predvsem tipa 1) je pod velikim genetskim vplivom. Tveganje za pojav BAM pri mladostniku je 10–25 %, kadar eden izmed staršev trpi za to razpoložensko motnjo (8). Na pojavnost depresije in posledično BAM pri mladostniku vplivajo tudi okoljski in psihosocialni dejavniki, kot npr. revščina, nasilje v družini ali

v drugih odnosih, zloraba alkohola in drog ter družinska anamneza depresije (5). Prav tako večje tveganje za pojav BAM predstavljajo neuspešnost v doseganju zadanih ciljev, neprimeren cikel spanja in budnosti ter slabše soočanje z življenjskimi obremenitvami (9).

Raziskave so pokazale, da številne možganske strukture, kot so prefrontalna skorja, sprednja cingulatna skorja, hipokampus in amigdala, igrajo poglobljeno vlogo pri učenju, uravnavanju čustev in vedenju, zato lahko napake v njihovem delovanju predstavljajo tveganje za pojav motnje (4). Predvideva se, da možgani mladostnikov z BAM, podobno kot pri ljudeh s shizofrenijo, rastejo in se razvijajo drugače od možganov zdravih mladostnikov (5). Pomembno vlogo v patogenezi BAM se je pripisovalo tudi monoaminskim živčnim prenašalcem. Največ pozornosti v raziskavah so prejeli noradrenalin, dopamin in serotonin. Prvotni model teorije o živčnih prenašalcih je predlagal povezavo depresivnih epizod z nizko ravno noradrenalina in dopamina, medtem ko naj bi bile manične epizode povezane z visoko ravno noradrenalina in dopamina. Pri obeh stanjih naj bi bila raven serotonina znižana. Vendar praktični dokazi ne podpirajo opisanega modela, zato so raziskave usmerjene na širše razumevanje delovanja sistema živčnih prenašalcev (8).

Razlike v značilnostih bipolarne afektivne motnje med različnimi starostnimi skupinami

BAM se v otroštvu in mladostništvu izrazi drugače kot v odraslosti. Odrasli z BAM imajo v večini primerov jasno ločene epizode depresije in manije, ki lahko trajajo tedne ali celo dlje. Pri otrocih in najstnikih so meje med epizodami pogosto zabrisane, preskoči iz ene skrajnosti v drugo pa so tipično hitrejši. Mladostnik lahko npr. doživi evforijo, izbruhe jeze, hipobulijo in napade joka vse v enem dnevu. BAM se razlikuje od tipi-

čnih nihanj razpoloženja, značilnih za otroštvo in mladostništvo. Nihanja razpoloženja pri BAM so bolj ekstremna, pogosto neizzvana z zunanjimi dejavniki in vključujejo skrajne spremembe v energetski opremljenosti, vzorcih spanja ter težave s koncentracijo in spominom. Simptomi BAM mladostnike ovirajo pri šolskih obveznostih ter predstavljajo veliko oviro za vzpostavljanje zdravih medosebnih odnosov (10). Zgodnje prepoznavanje in zdravljenje sta izrednega pomena, saj so ljudje, katerih BAM se začne zgodaj, bolj nagnjeni k težjemu poteku bolezni, zlorabi substanc, hujšim epizodam v odraslosti in samomoru (11). Pomanjkanje ustreznih ukrepov je povezano ne le z večjim številom ponovitev bolezni, temveč tudi s socialnimi in šolskimi težavami ter kognitivnim upadom (12).

Diagnostični kriteriji bipolarne afektivne motnje

Za postavitev diagnoze BAM tipa 1 je potrebna prisotnost vsaj ene epizode manije, ki lahko nastopi pred epizodami hipomanije ali po njih, ter hude depresivne epizode. Za postavitev diagnoze BAM tipa 2 je potrebna prisotnost vsaj ene epizode hipomanije ter vsaj ene hude depresivne epizode (3, 10). Diagnosticanje je lahko zapleteno in dolgotrajno. Poteka predvsem na podlagi psihiatričnega ovrednotenja bolnika s pomočjo podatkov staršev in učiteljev. Prvi korak sta natančna anamneza in psihični status s poudarkom na zgoraj opisanih simptomih in njihovem trajanju, v povezavi z bolnikovo preteklo anamnezo in družinsko anamnezo. Treba je izpeljati tudi določene laboratorijske preiskave za izključitev organskih in iatrogenih vzrokov – med drugim testi na droge, določitev alkohola v krvi, vrednost ščitničnih hormonov ter pregled zdravil, ki jih bolnik jemlje (8). Postavitev diagnoze BAM pri mladostnikih je dodatno otežena zaradi prekrivanja s simptomi, ki so značilni za druge duševne motnje, ki se pojavljajo v tem sta-

rotnem obdobju, kot npr. motnja pozornosti in hiperaktivnosti (angl. *attention deficit hyperactivity disorder*, ADHD), depresija, opozicionalno-kljubovalna vedenjska motnja in anksiozne motnje (10).

Zdravljenje bipolarne afektivne motnje

Zdravljenje BAM je zapleteno in dolgotrajno. Uspešen načrt zdravljenja največkrat vključuje kombinacijo zdravil, psihoterapije in spremembe življenjskega sloga (10). Različni dejavniki vplivajo na izbiro farmakološkega in psihološkega zdravljenja, med drugim pridružene duševne motnje, preteklo zdravljenje ter znani neželeni učinki in compliance pri jemanju zdravil (8). Stabilizatorji razpoloženja in antipsihotiki so zdravilo izbora za obvladovanje akutne epizode manije ali depresije (13). Litij, najstarejši predstavnik stabilizatorjev razpoloženja, je zlati standard zdravljenja BAM. Je izredno učinkovit pri obvladovanju posameznih epizod tako depresije kot manije in zmanjšuje tveganje za ponovitve bolezni. Kot alternativa litiju se lahko poslužujemo tudi določenih antikonvulzivov, kot so valproat, lamotrigin ali karbamazepin (4). Atipični antipsihotiki, kot so olanzapin, kvetiapin in risperidon, so indicirani kot monoterapija ali v kombinaciji s stabilizatorji razpoloženja. Kombinacija stabilizatorja razpoloženja in atipičnega antipsihotika ima boljši učinek kot monoterapija z enim od obeh zdravil (14, 15). Ob akutni depresivni epizodi pri BAM je strogo kontraindicirana uporaba antidepresivov v obliki monoterapije. Antidepresivi namreč lahko sprožijo nastop manične epizode, zato jih pri ljudeh z BAM predpisujemo le v kombinaciji s stabilizatorji razpoloženja ali atipičnimi antipsihotiki (16). Cilj dolgotrajnega zdravljenja je povrnitev zmožnosti delovanja in preprečevanje ponovitev epizod. Farmakološko zdravljenje največkrat vključuje stabilizator razpoloženja, ki je bil učinkovit v akutni fazi, v obliki monoterapije ali

v kombinaciji z atipičnim antipsihotikom oz. antidepresivom (17). Čeprav so psihofarmakološki ukrepi pojmovani kot uspešni pri mladostnikih, večina spoznanj, ki so nam na voljo, temelji na raziskavah, narejenih na odrasli populaciji (4).

Poleg farmakoloških pristopov se pri zdravljenju BAM poslužujemo tudi psihoterapevtskih in psihosocialnih ukrepov. Prvi korak nefarmakoloških pristopov je psihoedukacija. Njen namen je nasloviti bolezen in izobraziti bolnike ter njihove svojce o naravi bolezni, možnih zapletih, oblikah zdravljenja in o prepoznavanju zgodnjih simptomov poslabšanja. Izredno uspešna je tudi kognitivno-vedenjska terapija. Zavestno procesiranje čustev, misli in vedenjskih vzorcev namreč igra pomembno vlogo pri obvladovanju stisk in preprečevanju zapletov motnje. Poseben poudarek psihoterapevtskega pristopa je tudi na učenju zdravega sporazumevanja in primernega odzivanja na vsakodnevne stresorje ter ureditvi higiene spanja. Najbolj učinkovite terapevtske tehnike so tiste, ki uspejo nasloviti težave, ki so za otroka oz. mladostnika najpomembnejše (4). Kombinacija farmakoloških in nefarmakoloških oblik zdravljenja zmanjša pogostost ponovitev bolezni, izboljša terapevtsko adhirenco in zniža število ter trajanje bolnišničnih sprejemov (18).

Dejavniki, ki napovedujejo slabšo prognozo, so moški spol, pridružena psihotična simptomatika, huda depresivna epizoda, medepizodna depresija in odvisnost od različnih psihoaktivnih substanc. BAM ima velik vpliv na bolnikovo kognicijo in zmožnost delovanja v vsakodnevnem življenju (8). Poleg kognicije in splošne zmogljivosti je prizadeto tudi telesno zdravje. Glavna vzroka smrti pri ljudeh z BAM sta srčno-žilne bolezni in samomor (19).

VRSTE SHIZOAFEKTIVNE MOTNJE IN KLINIČNA SLIKA

SAM je redkejša kot BAM (ocenjena prevalenca 0,3 %) in se podobno kot BAM izraža

z epizodami, med katerimi pa se, za razliko od BAM, izražajo samo simptomi psihoze z odsotnostjo simptomov razpoloženske motnje (18, 19). Slednji naj bi prevladovali večino časa med dvema epizodama razpoloženske neuravnovešenosti, kar se razlikuje od BAM, pri kateri se oseba v tem intervalu navadno vrne v evtimno stanje brez psihotičnih simptomov (20). Posamezne epizode pri tej motnji trajajo vsaj dva tedna (trajanje se pogosto razlikuje od bolnika do bolnika) in se lahko ponavljajo (18, 19). Motnja je pogostejša pri ženskah, navadno v srednjih letih, s prevlado depresivnih simptomov, BAM pa je značilnejša za mlajše bolnike. Simptomi SAM se navadno začnejo v zgodnji odraslosti (21).

Ločimo več tipov SAM. Pri maničnem tipu so izraženi simptomi manije, pri depresivnem tipu simptomi depresije, pri mešanem tipu pa prihaja do hitrih preklapov med simptomi, ki so značilni za manični in depresivni tip, simptomi so bolj nepredvidljivi (19, 21). Mešani tip SAM po mnenju nekaterih strokovnjakov šteje za najhujšo obliko motnje – bolniki se pogosteje upokojijo prej v primerjavi z drugimi oblikami SAM ali BAM (22).

Depresija in manija pri SAM se kažeta s podobnimi simptomi kot depresivne in manične epizode BAM (19). V primerjavi z BAM se pri posameznikih s SAM pojavljajo še psihotične epizode s halucinacijami in motnjami mišljenja, kot so blodnje, paranoja, zmedenost ter dezorientirane misli (23). Ob psihotičnih epizodah so posamezniki lahko prepričani v to, da nekdo upravlja z njihovim mišljenjem in da okolica lahko sliši njihove misli. Lahko mislijo, da jih drugi ljudje ali izvenzemeljska bitja nadzirajo. Pogosto imajo na splošno občutek, da nimajo nadzora nad lastnimi mislimi in vedenjem, kar v njih vzbuja stisko. Izoblikujejo se blodnje – ideje in prepričanja, v katera so trdno in nedvomno prepričani, ki jih ne sprejema nihče drug in niso povezani s kulturnimi, verskimi in etni-

čnimi prepričanji ter niso dobro sprejeti v družbi. Pogosto mislijo, da jim želi nekdo škodovati, da nekdo vohuni za njimi, jih preganja, zaradi česar so zelo prestrašeni, paranoični. Posledično se umikajo osebi, na katero so vezana ta prepričanja, ali pa se celo osamijo od celotne družbe. Blodnje se lahko začnejo iznenada in se nato oblikujejo skozi tedne ali mesece. V nekaterih primerih si lahko bolnik z blodnjami razlaga halucinacije (21).

Etiologija in patogeneza shizoafektivne motnje

Razvoj SAM, prav tako kot BAM, povezujejo z genetskimi dejavniki in dejavniki okolja (24). Raziskave kažejo, da so v razvoju SAM vpleteni isti genetski dejavniki tveganja kot pri BAM, shizofreniji in unipolarni depresiji. Stres in travmatični življenjski dogodki (kot npr. fizične bolezni, nesreče, nasilje, izguba bližnje osebe, socialna osamitev, finančne težave ipd.) prispevajo k začetku epizode SAM. Še poseben dejavnik tveganja predstavljajo travmatične izkušnje v otroštvu (21).

Natančno patofiziološko ozadje bolezni tako kot pri BAM ni najbolj znano. Tudi pri tej motnji so ugotovili strukturne spremembe in spremembe v delovanju možganov, nekateri strokovnjaki celo menijo, da bi zaradi tega SAM lahko šteli za podtip shizofrenije (24). Bolniki s SAM imajo pogosto večji upad kognitivnih zmožnosti kot bolniki z BAM (23, 25).

Diagnostični kriteriji shizoafektivne motnje

Za postavitev diagnoze SAM je treba izpolniti naslednje kriterije (3):

- prisotnost dveh ali več izmed naštetih simptomov, ki so prisotni večino časa znotraj obdobja enega meseca:
 - blodnje,
 - halucinacije (predvsem slušne),
 - neorganiziran govor (disociacije, neustreznost, novotvorjenke),

- neorganizirano oz. katatonsko vedenje,
- negativni simptomi (apatija, socialni umik, neustrezni čustveni odzivi),
- vsaj dva tedna so prisotni samo psihotični simptomi, brez razpoloženske simptomatike,
- večino časa trajanja psihotične epizode so izpolnjeni tudi kriteriji za manično ali hudo depresivno epizodo in
- stanje ni posledica zlorabe zdravil ali psihoaktivnih substanc.

Fizični pregled bolnika ter klinični in laboratorijski testi pomagajo pri izključevanju drugih vzrokov (20).

Zdravljenje shizoafektivne motnje

Zdravljenje SAM zajema farmakološke in psihoterapevtske pristope. Med zdravili izbiramo med antipsihotiki, stabilizatorji razpoloženja in antidepresivi. V primerjavi z BAM je pri zdravljenju SAM večji poudarek predvsem na uporabi antipsihotikov, ki so učinkoviti za zdravljenje psihotičnih epizod in agresivnega vedenja, nekoliko pa vplivajo tudi na razpoloženje. Poznamo več različnih antipsihotikov, najpogostejše predpisovani so paliperidon, risperidon, olanzapin, kvetiapin, aripiprazol in haloperidol. Stabilizatorje razpoloženja uporabljamo ob ponavljajočih se maničnih epizodah, največkrat v kombinaciji z antipsihotiki. Med stabilizatorje razpoloženja spadajo zdravila, kot so litij, valprojska kislina, karbamazepin, okskarbazepin in lamotrigin. Antidepresive uporabljamo za zdravljenje depresivnih simptomov pri SAM, vedno le v kombinaciji z antipsihotikom ali stabilizatorjem razpoloženja. Selektivni zaviralci ponovnega privzema serotonina (angl. *selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) so antidepresivi izbora. Med pogostejše uporabljene SSRI so fluoksetin, sertralin, citalopram, escitalopram in paroksetin. Pred začetkom jemanja antidepresiva je bistvenega pomena, da izključimo manično epizodo in s tem preprečimo tveganje za njeno poslabšanje (22).

Psihoterapija zajema terapijo posameznika, družinsko terapijo in psihosocialne programe. Njen cilj je razviti bolnikove socialne veščine in izboljšati njihovo kognitivno delovanje, da bi preprečili ponovitev simptomov in morebitno ponovno bolnišnično zdravljenje. V sklopu terapije posameznika želimo normalizirati bolnikove miselne procese, mu pomagati razumeti motnjo in zmanjšati pojavnost simptomov. Pri tem je zelo uspešna kognitivno-vedenjska terapija. Ključnega pomena pri zdravljenju SAM je vključevanje družine. Vključenost družine v terapijo namreč pomaga bolniku pri doslednem jemanju zdravil in rednem obisku terapij, obenem pa daje možnost naslavljanja težav celotne družine (22).

Diagnostična merila SAM se občasno spreminjajo, zato je prognostične raziskave težje izvesti. Glede na izvedene raziskave se v približno 50 % primerov ob rednem jemanju predpisanih zdravil lahko doseže (delno) remisijo z minimalnimi simptomi ali brez njih in bolniki lahko opravljajo delo (22).

PRIKAZ PRIMERA

V prikazu primera je predstavljeno 18-letno dekle, ki je od 14. leta vključeno v (pedo)psihiatrično obravnavo zaradi suma na motnjo psihotičnega spektra.

V mamini družini so prisotne duševne motnje – babica ima BAM in multiplo sklerozo, babičin polbrat ima epilepsijo, stric ima anksiozno motnjo. Mama je sicer izobražena, vendar nezaposlena. Dekličin oče je redno zaposlen, ima pa občasne panične napade. Družina nima finančnih težav. Nosečnost in porod sta potekala brez posebnosti, prav tako zgodnji razvoj, vse mejnike je dosegla v predvidenem časovnem okviru, brez pomembnejših stresnih dogodkov v zgodnjem otroštvu. Od telesnih težav ima znano alergijsko astmo in rinitis, včasih potrebuje zdravljenje po potrebi z lortadinom in salbutamolom. Pri devetih letih je imela zaradi prehodnega dvojnega vida

in motenj ravnotežja opravljen MRI glave, ki razen pinealne ciste ni pokazal posebnosti, ugotovljena je bila daljnovidnost, dobila je očala. Pri desetih letih je imela odstranjen slepič, eno leto kasneje je imela kirurški poseg na meniskusu. Živi s starejšo sestro, ki ima femoralno displazijo, sicer je zdrava, ter mamo in očetom, s katerimi ima dober in zaupen odnos. Osnovno šolo je zaključila z odličnim uspehom, udeleževala se je šolskih tekmovanj iz matematike in logike, kjer je dobivala priznanja, trenirala je plezanje. Šolanje je nadaljevala na gimnaziji, ki pa ga je v prvem letniku zaradi težav z duševnim zdravjem opustila.

Že iz zgodnjega otroštva ima fobijo pred žuželkami. V nižjih razredih osnovne šole je bila izključena iz vrstniške skupine, kar je doživela kot zelo stresno. Eno leto pred prvim sprejemom na pedopsihiatrični oddelek je imela prvo depresivno epizodo, več mesecev je bila slabo razpoložena in brez energije, vse se ji je zdelo brezsmiselno. V najslabših dneh ni mogla vstati iz postelje, v ničemer ni uživala, pogosto ji je šlo na jok. Prisotne so bile misli na smrt ter samopoškodbeno vedenje, sprva s praskanjem, kasneje tudi z rezanjem. Po približno pol leta je prvič nastopilo obdobje povišane razpoloženske lege, ki se je v istem letu ponovilo štirikrat. Imela je veliko idej, prisotno je bilo nenavadno vedenje. Skoraj nič ni spala, ni se mogla zbrati ali vzdrževati pozornost, imela je neizvedljive načrte in ideje ter preveč misli naenkrat. Med zadnjo manično epizodo pred prvo hospitalizacijo je sumila, da ji želijo družinski člani škodovati. Imela je občutek, da jo zasledujejo trikotniki, imela je prisluhe, slišala je zvok iz omare, kot da je nekdo notri. Na steno je risala trikotnike. Po enem tednu se je spet pojavilo znižano razpoloženje z intenzivnimi mislimi na smrt, naredila je samomorilni načrt in napisala poslovilno pismo.

Pri 14 letih je bila prvič sprejeta v bolnišnično oskrbo na oddelku za otroško psihiatrijo, kjer je bila postavljena diagnoza

BAM. Ob sprejemu je navajala ekstremna nihanja razpoloženja. Depresivno razpoloženje, ki je bilo prisotno ob prihodu, je po uvedbi zdravljenja z zdravilom aripiprazolom hitro prešlo, navajala je dobro počutje in željo po vrnitvi domov in v matično šolo.

V naslednjem letu je bilo v ospredju predvsem znižano razpoloženje z upadom energije in intenzivnimi mislimi na smrt. Občasno je navajala kratkotrajne občutke ogroženosti in zasledovanja, imela je občutek, da bi ji lahko mama škodovala, opisovala je, da vidi kroge, ki so jo hoteli opozoriti, da jo nekdo zasleduje in jo opazuje in ji hoče škodovati. V sklopu ambulantnega vodenja je bil prilagojen odmerek aripiprazola, dodatno je bil uveden sertralin, ki je bil nato zaradi pomanjkljivega učinka zamenjan za fluoksetin. Ob prehodni psihotični epizodi je bil dodan antipsihotik olanzapin, ki ga je zaradi povečanega teka in občutkov megle v glavi odklanjala. Po potrebi ob agitaciji ali nespečnosti je prejela klonazepam. Zaradi samomorilne ogroženosti so imela popoln nadzor nad zdravili starši, sama dostopa ni imela.

V eni od depresivnih epizod ob povečanih obremenitvah v šoli je s samomorilnim namenom zaužila večje količine analgetikov, ki si jih je kupila sama v lekarni. Po poskusu samomora je bila ponovno sprejeta v bolnišnico. Po začetni stabilizaciji stanja je želela domov, zavrnila je bolnišnično oskrbo na psihoterapevtskem oddelku. Odpuščena je bila s trotirnim farmakološkim zdravljenjem s fluoksetinom, aripiprazolom in risperidonom. Vodenje je ponovno nadaljevala ambulantno. Redno šolanje je prekinila in se vpisala v program šolanja za odrasle, ki je bil manj obremenjujoč.

Med ambulantnim vodenjem se je v klinični sliki ves čas, kljub minimalnim stresnim dejavnikom iz okolja in ob farmakološkem zdravljenju z ustrežno compliance, prepletala različna simptomatika. Prisotno je bilo znižano razpoloženje, brez jasnih

maničnih epizod, izstopala je izrazita socialna anksioznost z izogibanjem odhodom iz hiše. Občasno so bili prisotni krajši paranooidni preboji, ko je imela občutek, da jo nekdo zasleduje, imela je občutek, da se žuželke združujejo v mafijske združbe in želi jo škoditi njej in njeni družini. Imela je tudi prehodno epizodo restriktivne motnje hranjenja z izogibanjem hrani in želji po hujšanju ter občasna obdobja spolne disforije z nesprijemanjem svojih prsi in ženskega spola. Vedno pogosteje je poročala o zastrmitvah, ob katerih je popolnoma ohromela ali pa je potresavala s celim telesom, kar je spominjalo na epileptične napade.

Z namenom izključitve epileptičnih napadov je bila sprejeta v bolnišnično oskrbo na nevrološkem oddelku pediatrične klinike, opravila je elektroencefalogram in MRI glave, ki sta bila brez posebnosti, napade so opredelili kot konverzivne, nadaljevala je z ambulantno obravnavo, še naprej je prejela zdravila – venlafaksin, kariprazin in klonazepam po potrebi ob agitaciji.

V naslednjih dneh je imela pogoste nenadzorovane zgibke celotnega telesa, ob tem je bila agresivna do sebe in domačih. Opisala je občutek izgube nadzora, kot da bi jo prevzelo nekaj drugega, svojih dejanj se je zavedala, vendar nanje ni imela vpliva. Bila je kot ujetnik – misli in deli osebnosti so se ji želele vsiliti in jo nadvladati, ni imela več občutka, da je res ona. Sprejeta je bila v nujno bolnišnično oskrbo na enoti intenzivne otroške in mladostniške psihiatrije. Med bolnišnično oskrbo so predlagali uvedbo litijevega karbonata, kar je zaradi potrebe po daljši bolnišnični oskrbi na terapevtskem oddelku skupaj z več mladostniki zavrnili. Opuščena je bila z enotirnim zdravljenjem z risperidonom, antidepresiv je bil ukinjen.

Po odpustu je navajala globoko depresivno simptomatiko, bila je popolnoma brez volje in energije, tudi skrb za osebno higieno ji je predstavljala velik napor.

Razvila je neželene stranske učinke ob risperidonu v smislu okولوجirnih kriz in laktacije iz ene dojke, izgubila je menstruacijo. Zdravljenje z risperidonom je bilo ukinjeno, uveden je bil stabilizator razpoloženja lamotrigin ter še dodatno olanzapin zaradi rezidualnih paranooidnih občutkov in motenj spanja. Ob vztrajanju laktacije smo dodali aripiprazol, ob čemer so laktacije prenehale, ponovno se je vzpostavil redni mesečni cikel.

Ob dvotirnem antipsihotičnem zdravljenju (olanzapin in aripiprazol) se paranooidni občutki niso več pojavljali, je pa ves čas tožila za depresivnim razpoloženjem in nespečnostjo. V zdravljenje smo še dodatno uvedli antidepresiv mirtazapin. Ob tem se je spanje uredilo, razpoloženje se je malenkost izboljšalo in je nihalo med blago do zmerno znižanim, misli na smrt je zaničkala, konverzivni napadi se niso več pojavljali. Od stranskih učinkov je bil v ospredju povišan tek s povečano željo po sladkem in pridobivanje telesne mase, kar je sprejela zaradi boljšega razpoloženja, simptomi motnje hranjenja se niso ponovili.

RAZPRAVA

Med obravnavo smo se srečali s številnimi izzivi pri diagnostiki in zdravljenju. Prvi izziv je predstavljala sama postavitev diagnoze, ki tako pri BAM kot tudi pri SAM in shizofreniji temelji na kliničnem opazovanju. Pri bolnici smo pričala zelo pestri klinični sliki z izrazitimi nihanjem razpoloženja od globoke depresije do manične epizode s psihotičnimi simptomi ter z mnogimi pridruženimi motnjami – socialna anksioznost, specifična fobija pred žužerkami, konverzivni napadi, občutki depersonalizacije, restriktivna motnja hranjenja ter spolna disforija. Vmes so se prehodno pojavljale tudi prave psihotične epizode izven obdobja manije s skrhanim resničnostnim nadzorom.

Med zdravljenjem smo se tudi soočali z mnogimi izzivi. Bolnica je sicer navezala dober in zaupen odnos s pedopsihiatrom,

izkazovala je uvid v svoje stanje, zavedala se je potrebe po zdravljenju z zdravili in jih je tudi redno jemala. Se je pa večina antidepressivov izkazala za slabo učinkovite (sertralin, fluoksetin) oz. slabo prenosljive (venlafaksin) ali z jasnimi neželenimi stranskimi učinki (mirtazapin). Za neželenimi stranskimi učinki je tožila tudi pri uvajanju zdravljenja z antipsihotiki – ekstrapiramidna simptomatika in laktacija po risperidonu, povišan tek in nezmožnost miselnih procesov po olanzapinu. Dobro je prenašala aripiprazol in kariprazin, ki pa sta se izkazala za premalo učinkovita v preventivi pred psihotičnimi epizodami. Velik izziv je predstavljalo tudi odklanjanje bolnišničnega zdravljenja, kjer bi lahko podrobneje spremljali bolniščno stanje in objektivizirali prisotnost stranskih učinkov, morda bi bila smiselna tudi uvedba litija v nadzorovanem okolju.

Za optimizacijo zdravljenja bi bilo treba povečati toleranco na neprijetne telesne občutke in na stresne dejavnike iz okolja. Obravnava je veliko pozornost in upanje usmerjala na iskanje ustreznega zdravljenja z zdravili, manj pa je bila osredotočena na nefarmakološke ukrepe. Bolnico bi morali bolj spodbujati oz. ji pomagati pri učenju socialnih veščin in pri postopni ponovni vključiti med vrstnike. Ustrezno pomoč vidimo v daljšem bolnišničnem zdravljenju na psihoterapevtskem oddelku, prilagojenem za mladostnike s psihotičnimi motnjami, kjer bi se krepile zgoraj omenjene veščine sočasno z varnim prilagajanjem farmakološkega zdravljenja. Vendar v Sloveniji takšnega oddelka za mladoletne bolnike nimamo. Bolnišnični oskrbi na

psihoterapevtskem oddelku za mladostnike se je mladostnica izogibala, saj se na oddelku obravnavajo predvsem mladostniki s težavami razvijajočih se osebnostnih motenj, med katerimi se ni počutila dobro in kar je v svetu tudi uradna kontraindikacija.

Dolgoročna cilja zdravljenja ostajata čim daljša remisija psihotične simptomatike ter čim boljša stabilizacija razpoloženja. Vzpostaviti želimo primerno raven kritičnosti do pomoči, ki jo nudi zdravljenje z zdravili, in krepiti motivacijo za daljše bolnišnično zdravljenje, ki ji bo omogočalo krepitev socialnih spretnosti v varnem okolju, kar bo pomemben korak v vrnitev zmožnosti normalnega delovanja in nadaljevanje šolanja.

ZAKLJUČEK

Diagnostika in obravnava psihotičnih in/ali razpoloženskih motenj v mladostniškem obdobju predstavlja svojevrsten izziv, saj simptomi pogosto še niso polno izraženi in se med seboj prikrivajo tudi z mladostniško problematiko iskanja lastne osebnosti. Poleg tega so mladostniki tudi bolj dovzetni za predloge ter slabše prepoznavajo in izražajo svoje občutke. Pri predpisovanju zdravil smo previdnejši, saj večino zdravil, ki jih uporabljamo, predpisujemo nenaменно (angl. *off-label use*), poleg tega so mladostniki bolj nagnjeni k stranskim učinkom.

S prispevkom smo želeli opozoriti na opisane dileme na konkretnem primeru in tako spodbuditi k nadaljnjim raziskavam in objavam na področju motenj psihotičnega spektra pri mladostnikih.

LITERATURA

1. Arciniegas DB. Psychosis. Continuum (Minneapolis). 2015; 21 (3): 715–36. doi:10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7
2. Frangeš T, Dernovšek MZ. Bipolarna motnja razpoloženja. Med razgl. 2013; 52 (1): 79–92.
3. American Psychiatric Association. DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th Edition. 5th ed. Philadelphia: American Psychiatric Association. 2013.
4. Renk K, White R, Lauer BA, et al. Bipolar disorder in children. Psychiatry J. 2014; 2014: 928685. doi: 10.1155/2014/928685
5. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, et al. Diagnosis and treatment of bipolar disorder: A Review. JAMA. 2023; 330 (14): 1370–80. doi: 10.1001/jama.2023.18588
6. Malhi GS, Jadidi M, Bell E. The diagnosis of bipolar disorder in children and adolescents: Past, present and future. Bipolar Disord. 2023; 25 (6): 469–77. doi: 10.1111/bdi.13367
7. Dome P, Rihmer Z, Gonda X. Suicide risk in bipolar disorder: A Brief Review. Medicina (Kaunas). 2019; 55 (8): 403. doi: 10.3390/medicina55080403
8. Miklowitz DJ, Johnson SL. The psychopathology and treatment of bipolar disorder. Annu Rev Clin Psychol. 2006; 2: 199–235. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095332
9. Post RM, Leverich GS, Kupka RW, et al. Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. J Clin Psychiatry. 2010; 71 (7): 864–72. doi: 10.4088/JCP.08m04994ye1
10. Post RM, Grunze H. The challenges of children with bipolar disorder. Medicina (Kaunas). 2021; 57 (6): 601. doi: 10.3390/medicina57060601
11. Grande I, Vieta E. Pharmacotherapy of acute mania: Monotherapy or combination therapy with mood stabilizers and antipsychotics? CNS Drugs. 2015; 29 (3): 221–7. doi: 10.1007/s40263-015-0235-1
12. Malhi GS, Tanious M, Berk M. Mania: Diagnosis and treatment recommendations. Curr Psychiatry Rep. 2012; 14 (6): 676–86. doi: 10.1007/s11920-012-0324-5
13. Grande I, Hidalgo-Mazzei D, Nieto E, et al. Aripiprazole prescribing patterns in the treatment of manic in- and outpatients: results from the MANACOR study. Eur Psychiatry. 2015; 30 (4): 528–34. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.003
14. Vieta E. Antidepressants in bipolar I disorder: Never as monotherapy. Am J Psychiatry. 2014; 171 (10): 1023–6. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070826
15. Vieta E, Langosch JM, Figueira ML, et al. Clinical management and burden of bipolar disorder: Results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd). Int J Neuropsychopharmacol. 2013; 16 (8): 1719–32. doi: 10.1017/S1461145713000278
16. Colom F, Vieta E, Martínez A, et al. What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? Psychother psychosom. 1998; 67 (1): 3–9. doi: 10.1159/000012252
17. Angst F, Stassen HH, Clayton PJ, et al. Mortality of patients with mood disorders: Follow-up over 34–38 years. J Affect Disord. 2002; 68 (2–3): 167–81. doi: 10.1016/s0165-0327(01)00377-9
18. Wy TJP, Saadabadi A. Schizoaffective disorder [internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; c2023 [citirano 2023 Jul 22]. Dosegljivo na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK541012/>
19. Harris A. Approach to schizophrenia. Intern Med J. 2023; 53 (4): 473–480. doi: 10.1111/imj.16068
20. Paul T, Javed S, Karam A, et al. A misdiagnosed case of schizoaffective disorder with bipolar manifestations. Cureus. 2021; 13 (7): e16686. doi: 10.7759/cureus.16686
21. Cuesta MJ. First-episode psychosis: Current research and future developments. Span J Psychiatry Ment Health. 2023; 16 (3): 133–134. doi: 10.1016/j.sjpmh.2023.11.002
22. Marneros A. Schizoaffective disorder: Clinical aspects, differential diagnosis, and treatment. Curr Psychiatry Rep. 2003; 5 (3): 202–5. doi: 10.1007/s11920-003-0043-z
23. Mancuso SG, Morgan VA, Mitchell PB, et al. A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder: Results from the Second Australian national psychosis survey. J Affect Disord. 2015; 172: 30–7. doi: 10.1016/j.jad.2014.09.035
24. Azorin J-M, Kaladjian A, Fakra E. Aspects actuels du trouble schizo-affectif [Current issues on schizoaffective disorder]. Encephale. 2005; 31 (3): 359–65. doi: 10.1016/s0013-7006(05)82401-7
25. Madre M, Canales-Rodríguez EJ, Ortiz-Gil J, et al. Neuropsychological and neuroimaging underpinnings of schizoaffective disorder: A systematic review. Acta Psychiatr Scand. 2016; 134 (1): 16–30. doi: 10.1111/acps.12564