

# Klinička obilježja i dijagnoza psihotičnih poremećaja

## *Clinical Characteristics and Diagnosis of Psychotic Disorders*

**TRPIMIR GLAVINA**

Klinika za psihijatriju, KBC Split, Medicinski fakultet Sveučilišta u Splitu

**SAŽETAK** Prema svojim obilježjima i dijagnostičkim klasifikacijama, psihotični poremećaji obuhvaćaju heterogenu skupinu psihičkih poremećaja. Misterij koji psihotično stanje oduvijek obilježava očituje se i u stalnim propitkivanjima o dijagnostičkim određenjima takvih poremećaja, što, u konačnici, treba voditi bliže odgovoru kako ih liječiti. Na osnovi kliničkog iskustva i sadašnje klasifikacije psihotičnih stanja promišlja se i potiče na kreativnost u ovom segmentu razvoja psihijatrijske struke.

**KLJUČNE RIJEČI:** psihotični poremećaj, psihoza, dijagnoza, liječenje psihotičnih stanja

**SUMMARY** Psychotic disorders comprise a heterogeneous group of mental disorders based on clinical characteristics and diagnostic classifications. The mystery around the psychotic state has always been marked by constant questioning of the diagnostic determinations of such disorders, with the ultimate consequence of a better and faster treatment. Through clinical experience and current classification of psychotic conditions, creativity in this segment of psychiatric profession has been pondered and encouraged.

**KEY WORDS:** psychotic disorder, psychosis, diagnosis, treatment of psychotic states



### Uvod

Kako u jednoj rečenici objasniti što su to psihotični poremećaji? Ako doista nekoj bolesti u psihijatriji možemo „tepati“ da je „bolest s tisuću lica“, onda bi to trebala biti psihotična stanja. Psihotični poremećaj odmak je u iracionalni svijet, gubitak sposobnosti prosudbe realnosti, u kvaliteti ili kvantiteti, barem jedne ili više psihičkih funkcija, bilo koje etiologije. Dakle, ako i jedna psihička funkcija zađe u psihotičnu kvalitetu, takvo stanje moramo definirati psihotičnim poremećajem i dijagnostički ga odrediti prema MKB od F21 do F29 (1).

Shizofrena psihoza kao dijagnoza (MKB F20.0 – F20.9) ne bi se trebala definirati *ad hoc* ili u kraćem razdoblju posebice kad epidemiološki podaci govore da gotovo 15 – 20% primarno shizofrenih slika kod prvih psihotičnih epizoda više nikada ne pokažu psihotičnost niti zađu u bilo kakav psihijatrijski kronicitet koji je uglavnom patognomoničan za shizofrenu psihozu (2). Držim da je uvijek potrebno klinički pratiti bolesnika barem 4 – 5 godina kako bi se sa sigurnošću postavila dijagnoza shizofrene bolesti s njezinom progresijom, pogoršanjima i tendencijom kronifikaciji. Do tada možemo se koristiti dijagnostičkim određenjima iz shizofrenog spektra ili neorganskima psihotičnim stanjima.

Nerijetko se u svakodnevnome kliničkom radu u psihijatriji nađemo u nedoumici doseže li neko stanje, ponašanje ili opće funkcioniranje čovjeka psihotičnu kvalitetu ili psihotičnu dekompenzaciju. Kolokvijalno takve osobe nose prefiks: čudaci, osobenjaci, „na svoju ruku“... Najčešće se tada radi o psihotičnim dekompenzacijama kod specifičnih struktura osobnosti, od emocionalno nestabilnih, preko paranoidnih do miješanih poremećaja osobnosti koji u određenim situacijama ne mogu kompenzirati sve životne izazove na adekvatan način. Dakako da je i terapija takvih stanja katkad upitna, katkad opravdana, kompleksna pa se u nekim slučajevima može postavljati i pitanje etičnosti. To se odnosi na slučajeve kada „bolesnici“ ne traže niti prihvaćaju moguću terapijsku intervenciju, dok, s druge strane, ne pokazuju funkcioniranje koje ugrožava okolinu ili druge ljude.

### Najčešće dijagnostičke zamke kod psihotičnih stanja

Kako je već rečeno, najčešća zamka u dijagnosticiranju psihotičnih kliničkih slika jest brzopletost pri postavljanju i definiranju dijagnoze psihoze sa specifičnom simptomatikom kao što su shizofrene psihoze. Naime, nije tada problem samo u posljedičnoj stigmatizaciji nego i u našem

općem prihvaćanju takvoga dijagnostičkog određenja iz čega slijede terapijsko planiranje i kliničko praćenje koje u takvom slučaju ima sasvim drugačije odrednice i trajanje, nego kad se, primjerice, dijagnosticira akutni i prolazni psihotični poremećaj.

Događa se da nas razvijena psihotična simptomatika kao prominentni dio kliničke slike depresivnog stanja „zavede“ u dijagnostičkom određenju. Depresivna bolest ostaje neprepoznata u osnovi, a s tim i adekvatni terapijski postupci koji slijede.

Jednako je tako iznimno važno pri induciranim psihotičnim stanjima na vrijeme prepoznati i dijagnosticirati ovaj poremećaj koji se pojavljuje kod dviju ili više emocionalno povezanih osoba, a obilježava ga genuini sumanutu poremećaj kod jedne osobe koja inducira sumanute ideje u druge osobe. Prepoznavanjem poremećaja i fizičkim razdvajanjem tih osoba sumanute ideje obično relativno brzo nestaju. U takvom slučaju terapijski se postupci znatno razlikuju prema induktoru i prema induciranim (3).

Prepoznavanje psihotičnosti ili psihotične kvalitete simptoma bilo u psihozama ili u kliničkim slikama drugih entiteta u psihijatriji iznimno je važno, kao i točno i kvalitetno dijagnosticiranje kako bi se terapijski pristup i terapijski plan donosili na vrijeme, a time pretpostavljala i povoljnija prognoza poremećaja.

## O nekim specifičnostima psihotičnih stanja –

Osobito se želim osvrnuti i naglasiti važnost kvalitetnog prepoznavanja i dijagnosticiranja psihotičnog stanja ili poremećaja kada se ono pojavljuje prvi put u životu jer tada, s kliničkog aspekta, a i iskustveno govoreći, gotovo redovito postavljamo dijagnozu psihotične reakcije ili dekompenzacije (MKB, F23). Daljnjim kliničkim praćenjem, tijekom liječenja ili neliječenja, dijagnostički se postavljamo „hrabrije“ i određenije u psihotičnom spektru bolesti i poremećaja.

Kratkotrajni psihotični poremećaj, prema američkoj klasifikaciji DSM-5, u kliničkoj slici najčešće sadržava sumanute ideje, iluzije, halucinacije i druge psihotične simptome koji traju barem 1 dan, ali manje od 1 mjeseca, s jasnim povratkom u normalno funkcioniranje kakvo je bilo prije pojave bolesti. U predisponiranih osoba najčešći je uzrok redovito jaki stres. Ovako definiran kratkotrajni psihotični poremećaj relativno je rijedak. Sklonost njegovu razvoju stvaraju otprije postojeći poremećaji osobnosti (paranoidni, histrionski, narcisoidni, shizotipski, granični). Poremećaj pokazuje barem jedan psihotični simptom: iluzije, halucinacije, dezorganizirano razmišljanje ili jako dezorganizirano ili katatonično ponašanje. Ako simptomi više odgovaraju psihotičnom poremećaju raspoloženja, shizoafektivnom poremećaju, shizofreniji, tjelesnoj bolesti ili nepoželjnom učinku lijeka ili psihoaktivnih tvari (propisane ili nezakonite), dijagnoza se ovog poremećaja ne postavlja. Razlikovanje kratkotraj-

noga psihotičnog poremećaja i shizofrenije u bolesnika s bilo kakvim prethodnim psihotičnim simptomima zasniva se na trajanju simptoma; ako je ono dulje od 1 mjeseca, bolesnik više ne zadovoljava mjerila za postavljanje dijagnoze kratkotrajnoga psihotičnog poremećaja (4, 5).

Heterogenost ove skupine psihotičnih stanja, posebice na osnovi kliničkog iskustva, upućuje nas na promišljanje da ih je vrlo teško klasificirati temeljem specifičnosti kliničke slike, patognomoničnih simptoma ili na osnovi specifičnih kriterija isključivanja kao što, na primjer, bilo kakav organitet isključuje shizofrenu bolest.

U genezi se uvijek spominju psihotični poremećaji u svezi sa stresom ili bez veze s njim. U osnovi, ali i deskriptivno nejasna kategorija, ustvari opisuje nedovoljno poznata psihotična stanja. Takvu ili sličnu dijagnostičku kategoriju ima i europski MKB (akutni i prolazni psihotični poremećaji F23) čiji autori eksplicitno navode da se radi o psihotičnim stanjima kod kojih još nema dovoljno kliničkih pokazatelja i informacija koje bi jasno odredile dijagnozu.

Akutni i prolazni psihotični poremećaji prema MKB-10 (F23) također pretpostavljaju heterogenu skupinu poremećaja. I ovdje se u ishodištu najčešće opisuje traumatski događaj doživljen u skoroj prošlosti. Karakteristično je za ovako dijagnostički definirane poremećaje da imaju dobru prognozu i da kratko traju. Obično za nekoliko mjeseci, a često i nekoliko tjedana ili dana, dolazi do potpunog oporavka. Tijekom trajanja ovog poremećaja narušeno je testiranje realiteta i prisutan je poremećaj u funkcioniranju. Glavni simptomi psihotičnoga reaktivnog stanja kakvo prepoznaje europska klasifikacija bolesti (MKB) jesu nagli početak nakon stresogenoga traumatskog događaja (smrt bliske osobe, saznanje da se boluje od neizlječive bolesti, gubitak posla, odlazak u zatvor itd.), potom prisutnost halucinacija, sumanutih ideja, neadekvatnog ponašanja, smetenost, dezorijentiranost... Intenzitet i kvaliteta kliničke slike ovise o premorbidnoj strukturi osobnosti, kao i o intenzitetu i vrsti stresogenog čimbenika. Kod stanovitog broja oboljelih od reaktivnih psihotičnih poremećaja stanje se komplicira trajanjem psihotičnih smetnja i tendencije kronifikaciji u smislu razvoja trajnoga duševnog poremećaja (1).

## Klinički oblici akutnih i prolaznih psihotičnih poremećaja prema aktualnoj klasifikaciji MKB-10:

F23.0 Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije. Prisutan je nagli razvoj halucinacija i sumanutih ideja koje se često i brzo mijenjaju. Također mogu biti prisutni emocionalna uzbuđenost i ekstaza ili anksioznost i razdražljivost.

F23.1 Akutni polimorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije. Simptomi su slični prethodnom poreme-

čaju, ali su prisutni i neki simptomi slični shizofreniji kao što su čitanje i nametanje misli, sumanute ideje odnosa i utjecaja, neologizmi, formalni poremećaji mišljenja itd.

F23.2 Akutni psihotični poremećaj sličan shizofreniji. Prisutni su simptomi nalik na shizofreniju, ali imaju nagli početak, traju kratko i osoba se vraća na premorbidnu razinu funkcioniranja.

F23.3 Akutna paranoidna reakcija. Od simptoma su prisutne sumanute ideje proganjanja. U ponašanju bolesnik je sumnjičav, zabrinut, uplašen, a može izražavati i agresivno ponašanje. Nastanku ovog poremećaja može pogodovati iscrpljenost organizma. U principu je prognoza povoljna.

F23.9 Reaktivni psihotični poremećaj koji u našoj svakodnevnoj kliničkoj praksi i zbilji najčešće rabimo kao dijagnostičko određenje prve psihotične dekompenzacije.

Specifični prolazni psihotični poremećaj koji je posljedica nespješnog regresiranja na primitivnije obrasce ponašanja zove se Ganzerov sindrom ili penalna psihoza, što je ustvari reakcija na ograničavanje slobode. Ganzerov se sindrom naziva i sindrom približnih odgovora ili pseudodemencija. Prisutno je ponašanje kao da osoba ima oštećenu inteligenciju, tj. ne može točno odgovoriti na postavljena pitanja, ponaša se kao da ne razumije. Odgovori su najčešće u smislu približnih odgovora. Npr., kad se pita koliko je dva plus dva, osoba će odgovoriti 5. Pacijent može imati i konverzivne „histerične“ ispade u obliku oduzetosti pojedinih udova, sljepoće, nemogućnosti govora itd. Prema Skotowu 1964. godine, kod ovakvih su pacijenata i prije uočavani simptomi konverzivnih reakcija (5, 6).

Mislim da samo kriterij trajanja nije dostatan kako bi se takva psihotična stanja dijagnostički klasificirala i dobila prefiks: kratki ili prolazni psihotični poremećaji (kako je u sadašnjim klasifikacijama MKB i DSM). Možda bi za takva stanja kategorija nespecificiranih psihoza bila najprimjerenije rješenje. Sukladno ovom razmišljanju može se očekivati da u budućim revizijama MKB i DSM ovaj poremećaj u sadašnjoj formi neće postojati.

## Psihotični poremećaj ili psihoza

**Psihotični poremećaj ili psihozu definiramo nizom simptoma gdje su oštećeni mentalno funkcioniranje osobe, sposobnost testiranja i prepoznavanja realiteta, poremećen je afektivitet, kao i odnosi i način komuniciranja s drugima. U osnovi se radi o sindromu koji možemo naći u mnogim psihičkim poremećajima i stanjima, no nije sam za sebe specifičan. Važna je obavezna prisutnost sumanutih ideja i/ili halucinacija, a može uključivati dezorganizirano ponašanje, govor, kao i iskrivljeno**

**doživljavanje realiteta. Kod psihotičnih poremećaja psihotična obilježja moraju postojati, biti definirajuća. No, ima i drugih poremećaja gdje možemo naći psihotične simptome ili psihotičnu kvalitetu simptoma, ali oni nisu nužni za postavljanje dijagnoze.**

Poremećaji koji nalažu prisutnost psihoze kao definirajućeg obilježja uključuju **shizofreniju, poremećaje slične shizofreniji, perzistirajuće poremećaje, inducirana sumanuta stanja, shizoafektivne poremećaje i druga neorganska psihotična stanja.**

Poremećaji koji mogu, a ne moraju imati psihotična obilježja, kao dodatno obilježje uključuju **maniju i depresiju u BAP-u, unipolarnu depresiju**, kognitivne poremećaje,

TABLICA 1. Psihotični poremećaji

F20 Shizofrenija
F20.0 Paranoidna shizofrenija
F20.1 Hebefrena shizofrenija
F20.2 Katatona shizofrenija
F20.3 Nediferencirana shizofrenija
F20.4 Postshizofrena depresija
F20.5 Rezidualna shizofrenija
F20.6 Obična shizofrenija
F20.8 Ostala shizofrenija
F20.9 Shizofrenija, nespecificirana
F21 Poremećaj sličan shizofreniji
F22 Perzistirajuća sumanuta stanja
F22.0 Paranoja – sumanuto stanje
F22.8 Ostala stalna sumanuta stanja
F22.9 Stalno sumanuto stanje, nespecificirano
F23 Akutni i prolazni mentalni poremećaji
F23.0 Akutni polimorfni psihotični poremećaj bez simptoma shizofrenije
F23.1 Akutni polimorfni psihotični poremećaj sa simptomima shizofrenije
F23.2 Akutni mentalni poremećaj sličan shizofreniji
F23.3 Ostali akutni, pretežito sumanutu psihotični poremećaji
F23.8 Ostali akutni i prolazni psihotični poremećaji
F23.9 Akutni i prolazni psihotični poremećaji, nespecificirani
F24 Inducirano sumanuto stanje
F24 Folie à deux
F25 Shizoafektivni poremećaji
F25.0 Shizoafektivni poremećaj, manični tip
F25.1 Shizoafektivni poremećaj, depresivni tip
F25.2 Shizoafektivni poremećaj, mješoviti tip
F25.8 Ostali shizoafektivni poremećaji
F25.9 Shizoafektivni poremećaj, nespecificiran
F28 Ostali neorganski psihotični poremećaji
F29 Neorganske psihoze, nespecificirane

TABLICA 2. Poremećaji koji mogu imati psihotična obilježja

F32 Depresivna epizoda
F32.3 Teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima
F33 Povratni depresivni poremećaj
F33.3 Teški povratni depresivni poremećaj sa psihotičnim simptomima
F31 BAP
F31.2 BAP – sadašnja epizoda manična sa psihotičnim simptomima
F31.5 BAP – sadašnja epizoda teška depresija sa psihotičnim simptomima
F53.1 Puerperalna psihoza
F84 Pervazivni razvojni poremećaji
F84.0 Autistični poremećaj, dječja psihoza
F84.1 Atipični autizam, atipična psihoza u dječjoj dobi
F84.3 Drugi dezintegrativni poremećaj u djetinjstvu, simbiotska psihoza
F84.5 Aspergerov sindrom, shizoidni poremećaj u djetinjstvu
Organski, uključujući simptomatske poremećaje:
F00 Demencija u Alzheimerovoj bolesti
F01 Vaskularna demencija
F02 Demencija u drugim bolestima klasificirana drugdje
F03 Nespecificirana demencija
F05 Delirij koji nije uzrokovan alkoholom ili drugim psihoaktivnim supstancijama
F06 Ostali mentalni poremećaji zbog bolesti, disfunkcije ili oštećenja mozga
F07 Poremećaji osobnosti ili ponašanja zbog bolesti, disfunkcije ili oštećenja mozga
F09 Nespecificirani organski ili simptomatski psihički poremećaji
F60 Poremećaji osobnosti
F60.0 Paranoidni poremećaj osobnosti
F60.1 Shizoidni poremećaj osobnosti
F60.2 Antisocijalni poremećaj osobnosti
F60.3 Borderline (granični) poremećaj osobnosti
F60.4 Histrionični poremećaj osobnosti
F60.5 Anankastični poremećaj osobnosti
F60.6 Anksiozni poremećaj osobnosti
F60.7 Ovisni poremećaj osobnosti
F60.8 Ostali specifični poremećaji osobnosti (narcistički i pasivno-agresivni)
F60.9 Nespecificirani poremećaj osobnosti

npr., razne vrste demencija te poremećaje osobnosti i neka organska stanja kao što su puerperalna psihoza, zatim psihotični poremećaj, Korzakovljeva psihoza, psihotični poremećaj rezidualni ili s kasnim početkom kod alkoholizma

i drugih intoksikacija psihoaktivnim supstancijama F10 – F19 (podgrupe .5, .6, .7) te pervazivni razvojni poremećaj (7 – 20).

Klasifikacija psihotičnih poremećaja i psihičkih poremećaja koji povremeno imaju psihotična obilježja, prema klasifikaciji MKB-10, prikazana je na tablicama 1. i 2.

Zaključno, ovim tekstom želim senzibilizirati i potaknuti, prije svega stručnu, ali i znanstvenu znatiželju i motivaciju za što suptilnijim i kvalitetnijim stjecanjem znanja i vještina u našoj kliničkoj svakodnevnici kada su u pitanju psihotični poremećaji. Poremećaji koji, vjerojatno, od kada je čovjeka nose svoju enigmu i misterij, svoju bremenitost i stigmatu te je gotovo teško, u desetljećima i stoljećima ispred nas, očekivati njihovo razrješavanje. Upravo ta bi činjenica trebala buditi i podupirati stalnu kreativnost i traganje za odgovorom na pitanje: zašto i što su to psihotična stanja i poremećaji?

## LITERATURA

1. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization; 1993.
2. Semple D, Smyth R (ur.). Oxford Handbook of Psychiatry. 2. izd. Oxford; New York: Oxford University Press; 2009.
3. Howard R. Induced psychosis. Br J Hosp Med 1994;51:304–7.
4. Sadock BJ, Alcott Sadock V, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. 11. izd. Philadelphia: Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5. izd. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
6. Dwyer J, Reid S. Ganser`s syndrome. Lancet 2004;364:471–3.
7. Brugh T, Singleton N, Meltzer H i sur. Psychosis in the community and in prisons: a report from the British National Survey of psychiatric morbidity. Am J Psychiatry 2005;162:774–80.
8. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. Br J Psychiatry Suppl 1998;172:53–9.
9. Helgason L. Twenty years' follow up of first psychiatric presentation of schizophrenia: what could have been prevented? Acta Psychiatr Scand 1990;81:231–5.
10. Loebel AD, Lieberman JA, Alvir JM i sur. Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. Am J Psychiatry 1992;149:1183–8.
11. Emsley R, Oosthuizen PP, Kidd M i sur. Remission in first-episode psychosis: predictor variables and symptom improvement patterns. J Clin Psychiatry 2006;67:1707–12.
12. Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, Sytema S, Nienhuis FJ. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical

- trial. *JAMA Psychiatry* 2013;70:913–20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.19.
13. Bergsholm P. Is schizophrenia disappearing? The rise and fall of the diagnosis of functional psychoses: an essay. *BMC Psychiatry* 2016;16:387. doi: 10.1186/s12888-016-1101-5.
  14. Tiihonen J. Real-world effectiveness of antipsychotics. *Acta Psychiatr Scand* 2016;134:371–3. doi: 10.1111/acps.12641.
  15. Shinn AK, Bolton KW, Karmacharya R i sur. McLean OnTrack: a transdiagnostic program for early intervention in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry* 2017;11:83–90. doi: 10.1111/eip.12299.
  16. Moncrieff J. Antipsychotic Maintenance Treatment: Time to Rethink? *PLoS Med* 2015;12:e1001861. doi: 10.1371/journal.pmed.1001861.
  17. Haller CS, Padmanabhan JL, Lizano P, Torous J, Keshavan M. Recent advances in understanding schizophrenia. *F1000Prime Rep*. 2014;6:57. doi: 10.12703/P6-57.
  18. McOmish CE, Burrows EL, Hannan AJ. Identifying novel interventional strategies for psychiatric disorders: integrating genomics, 'enviromics' and gene-environment interactions in valid preclinical models. *Br J Pharmacol* 2014;171:4719–28. doi: 10.1111/bph.12783.
  19. Torres-González F, Ibanez-Casas I, Saldivia S i sur. Unmet needs in the management of schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2014;10:97–110. doi: 10.2147/NDT.S41063.
  20. Semple D, Smyth R (ur.). *Oxford Handbook of Psychiatry*. 3. izd. Oxford; New York: Oxford University Press; 2013.

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:**

Doc. prim. dr. sc. Trpimir Glavina, dr. med.  
specijalist psihijatar, uži specijalist iz  
biologijske i forenzičke psihijatrije  
Klinika za psihijatriju, KBC Split  
Spinčićeva 1  
21000 Split

**PRIMLJENO/RECEIVED:**

27. 7. 2017./July 27, 2017

**PRIHVAĆENO/ACCEPTED:**

17. 8. 2017./August 17, 2017

