

Holistički pristup liječenju dječaka s Touretteovim poremećajem

Nenad Jakušić, Aleksandra Klobučar*

Touretteov poremećaj (TP) neurorazvojni je poremećaj s kombiniranim motoričkim i vokalnim tikovima. Etiologija bolesti nije jasna, ali rezultati istraživanja upućuju na važnost genetičkih faktora. U radu je opisan slučaj holističkog pristupa u liječenju desetogodišnjeg dječaka s Touretteovim poremećajem. Primijenjena farmakoterapija bila je usmjerena na komorbidna stanja, a ne na same tikove. Remisija je uslijedila nakon godinu dana liječenja.

Ključne riječi: Touretteov poremećaj; komorbiditet; psihoterapija; klonidin; klomipramin

UVOD

Touretteov poremećaj (TP) neurorazvojni je poremećaj s kombiniranim motoričkim i vokalnim tikovima (1). Javlja se otprilike kod 3 do 8 osoba na 1000 djece školske dobi. Muška djeca češće obolijevaju, a odnos varira od 2:1 do 4:1. Etiologija bolesti nije jasna, ali rezultati istraživanja upućuju na važnost genetičkih faktora (1).

Američka psihijatrijska asocijacija u svojem Dijagnostičkom i statističkom priručniku mentalnih poremećaja, popularno zvanom DSM-IV-TR klasifikacija (2), za Touretteov poremećaj navodi sljedeće dijagnostičke kriterije:

- a) Višestruki motorički i jedan ili više vokalnih tikova javljaju se u nekom razdoblju tijekom bolesti, iako ne nužno istodobno. (Tik je iznenadni, brzi, povratni, neritmični, stereotipni motorički pokret ili vokalizacija.)
- b) Tikovi se javljaju više puta na dan (obično u napadajima) gotovo svakog dana ili intermitentno tijekom razdoblja od najmanje jedne godine, i tijekom tog razdoblja ne postoji ono bez tikova koje bi trajalo više od tri mjeseca zaredom.
- c) Početak je prije 18. godine.
- d) Poremećaj ne nastaje zbog izravnog fiziološkog učinka neke tvari (npr. psihostimulansa) ili općeg zdravstvenog stanja (npr. Hungtingtonove bolesti ili postvirusnog encefalitisa).

Sljedeća klasifikacija, DSM-V, koja je objavljena u svibnju 2013. godine, zadržala je iste kriterije, ali se pod točkom B ne spominje razdoblje bez tikova koje je duže od tri mjeseca.

DSM-V klasifikacija svrstala je Touretteov poremećaj, a također i druge poremećaje s tikovima, u motoričke poremećaje kategorije neurorazvojnih poremećaja (1).

PRIKAZ BOLESNIKA

Desetogodišnji dječak s anamnezom motoričkih tikova kojima su se pridružili i oni vokalni, a potom i koprofalija. Motorički tikovi počeli su u dobi od osam godina, a kasnije su se pridružili i oni vokalni. Od rane dobi imao je pojačan nemir uz distraktibilniju pozornost, a od šeste godine i određene opsesivno-kompulzivne crte u ponašanju, no smetnje nikad nisu bile tako izražene da bi se postavila dijagnoza hiperkinetskog poremećaja i opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP-a). S vremenom motorički i vokalni tikovi su jačali u intenzitetu i frekvenciji, ometajući ga u svakodnevnom životu. Motorički tikovi bili su dominantno na gornjoj polovici tijela: oči, nos, lice, glava, vrat, ruke te su se često mijenjali po obliku, intenzitetu i frekvenciji. Vokalni tikovi mijenjali su se tijekom vremena (pročišćavanje grla, nakašljavanje, vokalizacije, zavijanje, krikovi).

Rana anamneza opisana je kao nespecifična. Trudnoća, porođaj i rani psihomotorni razvoj bili su uredni. Prohodao je i

* Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju, Poliklinika za dječju i adolescentnu psihijatriju, Klaićeva 16, Zagreb

Adresa za dopisivanje:

Mr. sc. Nenad Jakušić, dr. med., psihijatar, subspecijalist dječji i adolescentni psihijatar, Klinika za dječje bolesti Zagreb, Klinika za pedijatriju, Poliklinika za dječju i adolescentnu psihijatriju, Klaićeva 16, 10000 Zagreb, e-mail: nenad.jakusic@gmail.com

Primljeno/Received: 26. 11. 2014., Prihvaćeno/Accepted: 16. 2. 2015.

progovorio s godinu dana, kontrola sfinktera ostvarena je s navršene tri godine. Dječak nije bolovao od težih bolesti, uredno je procijepljen.

Odrastao je u obitelji, pohađao je vrtić nakon navršene treće godine. Ranih separacija nije bilo, a ni traumatičnih iskustava. Sa skoro navršenih sedam godina krenuo je u školu, prva tri razreda bio je odličan, a u četvrtom je ocjene snizio na vrlo dobar. Opisan je kao nemirniji, ali je nemir uspijevao kontrolirati. Nije imao znakove za specifične teškoće učenja. Dječakova inteligencija prema nalazu psihologa bila je uredna.

Obiteljski odnosi opisivani su kao skladni. Imao je dvije godine mlađeg, zdravog brata.

Psihijatrijska obiteljska anamneza je opisivana kao neupadljiva. Djetetov otac je naveo da je kao dječak imao blaže motoričke tikove koji su spontano prošli.

Kad su tikovi kod dječaka postali naporni, obratili su se privatnoj ustanovi za neurologiju i psihijatriju, ali koja se primarno bavi odraslim pacijentima. Tamo je postavljena sumnja na konvulzivno stanje. Nalazi EEG-a očitani su kao patološki, pa je ordinirana terapija karbamazepinom koju je trošio više mjeseci. Terapija karbamazepinom nije smanjila tikove, već je prema mišljenju roditelja došlo do dodatnog pogoršanja bolesti, pa su roditelji samoinicijativno smanjili i na kraju prekinuli terapiju, zaključivši da su napadaji bez terapije manje izraženi. Uskoro su zatražili drugo mišljenje u Klinici za dječje bolesti Zagreb. Ovdje je ambulanta neuropedijatrijska obrada bila negativna u pitanju konvulzivnih stanja, EEG dijagnostika uredna, dok je psihijatrijska opservacija upućivala na to da su motorički i vokalni fenomeni kod djeteta motorički i vokalni tikovi. Osim spomenutih tikova, kod djeteta su uočeni motorički nemir i življa pozornost skraćenog tenaciteta te opsesivno - kompulzivni elementi. Elementi OKP-a manifestirali su se djetetovim prisilnim lupkanjem rukom točno određeni broj puta, poskakivanjem kod prijelaza preko nekog obilježja na podu, nastojanjem da bude uredno sve napisano u bilježnici, čemu je prethodilo prekomjerno brisanje i ponovno pisanje, trganje papira i nerviranje. Često je prekidao zadaću, odgađao je započeti i slično. Koprofalije ili prostačke izjave bile su obilježene vulgarnim seksualnim i destruktivnim sadržajem.

Kod odlaska na počinak dječak je teško mogao zaspati, jer se nije uspijevao smiriti. Legao bi u krevet umoran, ali motorički nemir i tikovi su i dalje postojali. Bacao se s jednog na drugi kraj kreveta, vriskao, cičao, psovao tako da satima nije mogao zaspati. Kad bi naposljetku izmoren ipak zaspao, ujutro je bio neispavan, umoran i nervozan. Za vrijeme spavanja dječak nije imao nikakvih tikova. Ujutro nakon buđenja tikovi bi se ponovo javili. Osim dječaka umorni i neispavani su

bili i roditelji, što je negativno utjecalo na psihodinamiku čitave obitelji.

U školi pod nastavom dječak je imao manje tikova, osobito vokalnih, jer se trudio da ih suprimira, bojeći se reakcije okoline, a to je pogoršavalo nervozu i koncentraciju.

U našoj ustanovi postavljena je dijagnoza Touretteovog poremećaja (F 95.2) (2, 3).

Umjesto karbamazepina, koji su već roditelji sami ukinuli, uvodila se druga terapija iz područja dječje psihijatrije (4, 5, 6), smatrajući da će se smanjivanjem nemira i elemenata OKP-a pozitivno utjecati na cjelokupnu kliničku sliku, a indirektno možda i na redukciju tikova. Nakon fizikalnog pregleda srca i EKG-a postupno je uvođen klonidin, a potom i klomipramin u niskim dozama. Kombinacija lijekova klomipramina (triciklički antidepresiv) i klonidina (agonist alfa 2 noradrenergičkih receptora) ima i sinergički učinak u aspektu sedacije te smanjivanja unutarnjih nagona za repetitivnim radnjama (5).

Najprije se u trotjednom razdoblju postupno uvodio klonidin do konačne dnevne doze od 3 x ½ tbl a 0,075 mg, a potom postupno tijekom dva tjedna i klomipramin do doze od 3 x 1 tbl a 25 mg.

Početna reakcija primjene tih lijekova bila je blaža sedacija uz smanjenje nemira. Tjednima nakon toga došlo je i do redukcije opsesivno-kompulzivnih crta u ponašanju. Tikovi su se isto počeli smanjivati, a večernje uspavlivanje postalo je lakše zbog redukcije nemira i općeg sedacijskog učinka klonidina.

Bolesnik je tijekom ambulantijskih psihijatrijskih pregleda uspijevao svojevolumno bolje kontrolirati tikove, pa je bilo i seansi kad ih gotovo nismo ni vidjeli niti čuli. Roditelji i škola imali su slična zapažanja.

Na koprofaliju, ali i na elemente OKP-a se od početka liječenja pokušavalo utjecati psihodinamski orijentiranom psihoterapijom (7). Bolesniku se omogućila sigurna sredina i mogućnost da izgovara bilo kakve prostote koje mu padaju na pamet, a da se to ne doživljava kao negativno ponašanje. U komunikaciji se osim razgovorom služilo crtanjem, pisanjem i igranjem. Raspravljalo se o ljutnji, strahovima, agresivnosti, sklonostima i ambivalencijama prema roditeljima, bratu, učiteljici, djeci u razredu.

Motorički tikovi se psihoterapijom uglavnom ne uspiju promijeniti, ali dječak se osjećao manje njima opterećen, jer se istodobno provodilo i savjetovanje roditelja (8) i prepiska sa školom o tome kako se valja odnositi prema djetetu s tikovima.

Od roditelja i učiteljica tražilo se da ignoriraju tikove, tj. da dijete ne upozoravaju kad ih ima i isto tako da izostave pohvale kad ih nema.

S obzirom na dob, tikove i nemir, predloženo je da se dijete uključi na neku športsku aktivnost prema njegovoj želji.

Nakon otprilike osam mjeseci opisanog liječenja, a s početkom ljetnih praznika, reducirana je doza oba lijeka: kломipramin a 25 mg tbl 2 x 1 i klonidin a 0,075 mg tb 2 x ½. Nisu uočena pogoršanja kliničke slike. Uz psihoterapijsku potporu i dolaske jedan put na mjesec nastavilo se održavanje spomenutom reduciranom dozom. Kako je dječak ulazio u pubertet, postojala je neizvjesnost o tome u kojem će se smjeru TP razvijati. No s pubertetom je došlo dodatno smirivanje svih opisanih elemenata sindroma, tako da su roditelji naposljetku samoinicijativno prestali dječaku davati medikamente. Rijetki susreti koji su uslijedili tijekom idućih dviju godina, u kojima dječak nije uzimao nikakvu terapiju, uvjerali su nas da se simptomatologija TP-a povukla uz redukciju nemira i kompulzivnih elemenata.

RASPRAVA

Touretteov poremećaj sa svojim bizarnim kliničkim manifestacijama iskušeno je za sve subjekte u procesu liječenja. Najčešći razlog zbog kojega se roditelji javljaju za pomoć je socijalna obilježnost djeteta s tikovima. Gledajući reakcije roditelja, dijete koje još nije ušlo u adolescenciju, počinje biti anksiozno i posramljeno zbog tikova, makar mu sami tikovi ne moraju biti značajniji problem. Zato je važno najprije procijeniti koliko sam poremećaj onemogućava pacijenta da normalno živi te složiti plan liječenja. Većina roditelja, kao i nastavnici u školi, vjeruju da postoji rješenje koje je primarno u domeni farmakoterapije. No kako su medikamenti u terapiji TP-a upitne učinkovitosti u pitanju dužine trajanja poboljšanja, problemu pristupamo naglašeno holistički. Konkretno to znači da ćemo angažirati sve raspoložive metode pomoći: psihoterapiju (individualnu, skupnu, obiteljsku), socioterapijske postupke (škola, vrtić, klub ...), rekreaciju (šport, glazbu, ples...), farmakoterapiju, pa čak i dubinsku stimulaciju mozga kod ekstremno ometajućih oblika TP-a (4, 7, 8).

Učinci farmakoterapije TP-a od koje se uvijek mnogo očekivalo i još se i sad očekuje, pokazuju se nepredvidivima. Naše nam višegodišnje iskustvo u farmakoterapiji TP-a govori da ne postoji lijek izbora, osobito kad su u pitanju tikovi. No postoje lijekovi koji djeluju na komorbiditetna stanja TP-a kao npr. na elemente hiperkinetskog poremećaja i OKP-a, a farmakoterapijom možemo djelovati na ta stanja. Pritom moramo imati na umu da psihostimulansi koji su dokazano učinkoviti kod hiperkinetskog poremećaja, mogu pogoršati tikove, pa se izbjegavaju kod TP-a. Spomenute smjernice su nas vodile da u opisanom slučaju za elemente hiperaktivnosti uključimo klonidin, a za elemente OKP-a kломipramin (4, 5, 6, 9).

Psihoterapijom se uglavnom ne uspijeva utjecati na kvalitetnu redukciju tikova, ali se uspijeva postići bolje prihvaćanje takvih stanja. Da bi dijete s TP-om prihvatilo svoje stanje, nužno moramo na tome poraditi s roditeljima i nastavnicima: „ako me prihvaćaju autoriteti, prihvaćat će me i vršnjaci, a onda ću i sam sebe prihvaćati.“

U našem opisanom slučaju djeteta s TP-om konačni ishod holističkog pristupa u terapiji, koji osim nas zagovaraju i svi centri koji se bave liječenjem TP-a, pokazao se kao dobar, ali nemoguće je odrediti u kojem je stupnju bila riječ o uspješnoj reakciji na liječenje, a u kojem o spontanoj remisiji zbog pubertetskog razvoja. Iz našeg kliničkog iskustva te podataka iz svjetske literature (10, 11) kod umjerenih i težih oblika TP-a koji se klinički prate, dolazi u većini slučajeva do redukcije smetnji u adolescenciji i mlađoj odrasloj dobi. Također smatramo da su dijagnostika i terapija TP-a kod djece i adolescenata u području ustanova koje se bave neuropedijatrijom i pedopsihijatrijom i koje mogu pružiti timski rad i holistički pristup.

NOVČANA POTPORA/FUNDING

Nema/None

ETIČKO ODOBRENJE/ETHICAL APPROVAL

Nije potrebno/None

DOPRINOSI AUTORA/DECLARATION OF AUTHORSHIP

Svi autori jednako su doprinijeli izradi rada/All authors have equally contributed to a manuscript writing

SUKOB INTERESA/CONFLICT OF INTEREST

Autori su popunili *the Unified Competing Interest form* na www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (dostupno na zahtjev) obrazac i izjavljuju: nemaju potporu niti jedne organizacije za objavljeni rad; nemaju financijsku potporu niti jedne organizacije koja bi mogla imati interes za objavu ovog rada u posljednje 3 godine; nemaju drugih veza ili aktivnosti koje bi mogle utjecati na objavljeni rad./All authors have completed the *Unified Competing Interest form* at www.icmje.org/coi_disclosure.pdf (available on request from the corresponding author) and declare: no support from any organization for the submitted work; no financial relationships with any organizations that might have an interest in the submitted work in the previous 3 years; no other relationships or activities that could appear to have influenced the submitted work.

LITERATURA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA; 2013.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. American Psychiatric Association; Washington, DC: 2000.
3. World Health Organization. The ICD-10, Classification of Mental and Behavioural Disorders. 10th revision. WHO: 1992.
4. Srour M, Lespérance P, Richer F, Chouinard S. Psychopharmacology of tic disorders. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17:150-9.
5. Green WH. Child and adolescent clinical psychopharmacology. 2nd ed. Williams&Wilkins; Baltimore: 1995.
6. Kaplan H, Sadock B. Priručnik za uporabu lijekova u psihijatriji. 2. izd. Naklada Slap; Jastrebarsko: 1998.

7. Gabbard OG. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice. 4th ed. American Psychiatric Publishing; Washington DC: 2005;175-319.
8. Barker Ph. Basic Family Therapy. 5th ed. Blackwell; Oxford, UK: 2007;97-130.
9. Kaplan H, Sadock B. Synopsis of Psychiatry. Behaviour Sciences/Clinical Psychiatry. 7th ed. Lippincott Williams and Wilkins; Baltimore: 1994;1080-7.
10. Knight T, Steeves T, Day L, Lowerison M, Jette N, Pringsheim T. Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Neurol*. 2012;47:77-90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
11. Cohen SC, Leckman JF, Bloch MH. Clinical assessment of Tourette syndrome and tic disorders. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37:997-1007. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.11.013>

SUMMARY

Holistic approach in the treatment of a boy with Tourette's disorder

N. Jakušić, A. Klobučar

Tourette's disorder is a neurodevelopmental disorder with combined motor and vocal tics. The etiology of the disease is not clear, but results suggest the role of genetic factors. The paper describes a case of a holistic approach in the treatment of a ten-year-old boy with Tourette's disorder. The pharmacotherapy applied was focused on comorbid conditions, and not on the tics. Remission followed after one year of treatment.

Keywords: Tourette Syndrome; comorbidity; psychotherapy; clonidine; clomipramine