

Psihijatrijski komorbiditeti kod psihotičnih poremećaja

Psychiatric Comorbidities in Psychotic Disorders

ANTE BAGARIĆ

Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

SAŽETAK _____ Više od 100 godina u psihijatriji je dominirao kategorijalni klasifikacijski sustav u kome se komorbiditet razumijevao kao izuzetak i još uvijek neriješena dijagnostička nejasnoća. Ipak, danas razumijevamo da je komorbiditet u psihijatriji više pravilo nego izuzetak. Istovremena pojava psihotičnoga i nekoga drugog psihičkog poremećaja česta je pojava. U komorbiditetu sa psihotičnim poremećajima javljaju se praktično svi drugi psihički poremećaji (anksiozni, depresivni, poremećaji ličnosti i dr.). Posebno čest i važan je komorbiditet psihotičnih poremećaja i poremećaja povezanih s uzimanjem psihoaktivnih tvari, te se ovaj entitet označava i posebnim izrazom – dualna dijagnoza. Komorbiditet psihotičnoga i nekoga drugog psihičkog poremećaja dovodi do teže kliničke slike, otežanog dijagnosticiranja, slabijeg učinka terapije, češćih relapsa i duljeg trajanja poremećaja. Za bolje razumijevanje komorbiditeta pomažu i psihodinamski koncepti.

KLJUČNE RIJEČI: komorbiditet, psihotični poremećaj, dualna dijagnoza, psihodinamski pristup

SUMMARY _____ For more than 100 years, psychiatry was dominated by a categorical model in which comorbidity was understood as an exception and diagnostic ambiguity. Today, however, we understand that comorbidity in psychiatry is more the rule than the exception. It is common to have a dual diagnosis of a psychotic and some other psychological disorder. Nearly all mental disorders (anxiety, depression, personality disorders, etc.) occur in comorbidity with psychotic disorders. Particularly common and important is the comorbidity of psychotic disorders and disorders associated with psychoactive substance consumption, a condition labelled as “dual diagnosis”. The comorbidity of a psychotic and other mental disorder leads to a more complex clinical picture, complicated diagnosis, weaker effect of therapy, frequent relapses, and lengthier duration of the disorder. Psychodynamic concepts also help to understand comorbidity.

KEY WORDS: comorbidity, psychotic disorder, dual diagnosis, psychodynamic approach



Komorbiditet i psihotični poremećaji –

Termin komorbiditet u medicinu je uveo Feinstein 1970. i njime se označava stanje u kojem osoba ima simptome koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterije za dva neovisna poremećaja (1). Više od stotinu godina u psihijatriji dominira Krepelijanski kategorijalni koncept dijagnosticiranja psihičkih poremećaja. U ovom konceptu komorbiditet se razumijevao više kao dijagnostička nejasnoća i izuzetak. Ipak, posljednjih desetljeća taj je koncept ozbiljno poljuljan, a česti su komorbiditeti možda glavni razlog za to. Posljednjih godina došlo je do značajnih promjena u klasificiranju i dijagnosticiranju psihijatrijskih poremećaja. Dok su dosadašnje verzije glavnih psihijatrijskih klasifikacijskih sustava (DSM, MKB) koristile uglavnom kategorijalni pristup, aktualna verzija DSM klasifikacijskog sustava (DSM-5) zauzima više dimenzionalni princip. Također, Američka agencija za hranu i lijekove (FDA) zauzima novu poziciju u odnosu na komorbiditet, te se razumijeva i opisuje da je komorbiditet više norma nego izuzetak kod shizofrenije. To je dovelo do promjene u kliničkim istraživanjima na području razvoja novih lijekova. Takav je pristup u skladu sa psihodinamskim

konceptom nastanka mentalnih poremećaja (interakcija bioloških predispozicija, individualnih iskustava te tip i uspješnost mehanizama obrane može generirati veliki broj kombinacija simptoma i psihopatoloških znakova).

Psihotični su poremećaji teški i kompleksni poremećaji koji teško pogađaju oboljelu osobu, njezinu obitelj, a i društvo u cjelini. Komorbiditet psihotičnog poremećaja i nekoga drugog psihijatrijskog poremećaja značajno pogoršava tijek bolesti, otežava postavljanje dijagnoze, smanjuje efekt terapije te pogoršava prognozu bolesti. Osobe sa psihotičnim mentalnim poremećajima umiru 25 godina ranije od prosjeka populacije. Iako se na prvi pogled čini da bi glavni razlozi za to mogli biti samoubojstvo, ozljede ili somatski poremećaji, istraživanja ipak pokazuju da su za 60 % tih preranih smrti odgovorni alkohol ili druge psihoaktivne tvari (2).

Sasvim je logično što se problem komorbiditeta kod psihotičnih poremećaja zanemaruje. Psihotična je epizoda ozbiljno i često dramatično stanje tako da je sasvim normalno da pacijenti, članovi njihovih obitelji, a i terapeuti ne vide ništa drugo, tj. silno su fokusirani na psihotične simptome, zato mnogi drugi klinički aspekti (pa i komorbidni

poremećaji) ostaju neprimijećeni, nedijagnosticirani i na kraju ostaju i bez terapijskih intervencija.

Većina kliničkih istraživanja (3) pokazuje da postoji visoka zastupljenost komorbiditeta kod psihotičnih poremećaja. Uglavnom se navodi da kod otprilike 50 % psihotičnih poremećaja postoji još najmanje jedan komorbidni poremećaj. Najčešće se radi o poremećajima koji su povezani s uzimanjem psihoaktivnih tvari. Dalje se navodi da je komorbiditet češći kod afektivnih psihotičnih poremećaja u odnosu na neafektivne poremećaje te da osobe s komorbiditetom imaju lošiju prognozu.

Cassano navodi da je prevalencija psihijatrijskoga komorbiditeta kod psihotičnih poremećaja na razini od 57,3 % (58,1 % kod shizofrenije i 56,9 % kod afektivnih psihoza). Najčešći su: panični poremećaj 24 %, opsesivno-kompulzivni poremećaj 24 %, socijalna fobija 17,7 %, ovisnost o psihoaktivnim tvarima 11,5 %, ovisnost o alkoholu 10,4 % i jednostavna fobija 7,3 %. U istom istraživanju navodi se da su komorbiditet i rano javljanje psihoze prisutni jedino kod unipolarne psihotične depresije. Također se navodi da je kod shizofrenije teža simptomatologija kod osoba koje imaju komorbiditet (3).

Anksioznost i depresivnost kod psihotičnih osoba

I anksioznost i depresivnost pojavljuju se kao simptomi u mnogim psihičkim poremećajima, pa i u psihotičnim psihičkim poremećajima. 40 % osoba sa psihotičnim poremećajem pokazuje i klinički značajnu razinu depresije, dok čak 60 % psihotičnih osoba pokazuje i anksiozne simptome (4). Neki autori navode da je anksioznost integralni dio razvoja shizofrenije. Tako Millad i dr. navode da su serotoninški i dopaminski putovi uključeni u nastanak i anksioznosti i psihoze, te da je to glavni razlog za čestu pojavu komorbiditeta (5). Ne treba zanemariti važnu činjenicu povezanu s anksioznim i depresivnim simptomima kod psihotičnih poremećaja. Deluzije, halucinacije, nemogućnost testiranja realiteta toliko su zastrašujući sami po sebi da bismo slobodno mogli reći da su ustvari anksioznost i depresija očekivana, uobičajena, a moguće je i obavezna pojava kod psihotičnih poremećaja.

Istraživanja pokazuju da su simptomi anksioznosti i depresije vrlo varijabilni. Mogu se javiti prije, za vrijeme i nakon epizode, a mogu se javiti i potpuno neovisno, između dvije psihotične epizode. Prevalencija teških depresivnih simptoma tijekom relapsa je kod oko 50 % pacijenata. Depresija će se javiti kod 65 % pacijenata unutar tri godine od akutne psihotične epizode (4). Dernovšek i dr. (4) opisuju dvostruku vezu anksioznosti i depresije sa psihotičnim smetnjama. S jedne strane, anksioznost i depresija mogu biti posljedice iskustva psihotičnog poremećaja (reakcije na teške simptome, stigma, nisko samopoštovanje, gubitak

kontrole i sl.). S druge strane, anksioznost i depresija mogu uzrokovati psihotične simptome. Naravno, očekivana je i pojava začaranog kruga. Psihotični simptomi pojačavaju anksioznost i depresiju, a veća anksioznost i depresija pojačavaju psihotične simptome. Anksioznost kod psihotičnih osoba može ukazivati na predstojeći relaps ili na suicidalnost.

U kliničkom uzorku prevalencija opsesivno-kompulzivnog poremećaja (OKP) kod osoba sa shizofrenijom je 15,8 %. Socijalna fobija još je i češća (17 %). Socijalna fobija kod psihotičnih osoba povezana je s većim suicidalnim rizikom, većom smrtnosti te slabijem socijalnom prilagođavanju (6). OKP je čest komorbidni poremećaj. U kliničkom materijalu navode se podaci: 4 – 50 %, prosječno 23 % (7, 8). Važno je preklapanje OKP-a i psihotičnog poremećaja koje se događa kod 4 % pacijenata. To dovodi do dijagnostičke dileme: radi li se o pacijentu s teškim OKP-om sa psihotičnim simptomima ili se radi o osobi sa shizofrenijom koja ima opsesivne karakteristike. OKP i bipolarni psihotični poremećaj često se javljaju zajedno. Velike su teškoće u liječenju takvih pacijenata jer visoke doze SSRI koje su efikasne kod OKP-a mogu pogoršati bipolarni poremećaj. Recentne studije navode da su stabilizatori raspoloženja i psihoterapija lijek izbora za takve pacijente (9). Opsesivno-kompulzivni simptomi kod shizofrenije mogu se manifestirati tijekom prodromalne faze kao dio aktivne psihotične epizode, kao opsesivne ruminacije tijekom remisije ili kao *de novo* OKP simptomi (10).

Panični poremećaj čest je kod osoba sa psihotičnim poremećajima (45 % kod osoba sa shizofrenijom). Osobe s komorbiditetom psihotičnog i paničnog poremećaja u velikom su riziku od razvoja ovisnosti o alkoholu ili drugim psihoaktivnim tvarima. Te osobe imaju i povišenu depresivnost te veći stupanj agresivnosti (4).

Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) čest je kod osoba sa psihotičnim poremećajem. Autori navode različite vrijednosti: 46 %, 52 %, 67 % (11, 12, 13). Tako česti simptomi PTSP-a kod osoba sa psihotičnim poremećajima nisu iznenađenje. Osobe sa psihotičnim poremećajima nerijetko su izloženi teškim traumatizirajućim situacijama (psihijatrijske hospitalizacije, prisilne hospitalizacije, prisilno vezanje, stigmatizacija i sl.). Zbog toga je iznimno važno da se u programu liječenja maksimalno izbjegnu traumatski događaji. Ako se ipak u terapijskom procesu moraju poduzeti određene nasilne intervencije, onda je važno da se ti traumatski događaji adekvatno prorade kako ne bi došlo do kronifikacije.

Anksioznost i depresivnost kod psihotičnih osoba razumijevaju se kao „drugorazredni“ simptomi i glavni je (često i jedini) cilj da se uklone psihotični simptomi. Ustvari, anksioznost i depresija razumijevaju se kao direktna posljedica psihotičnih simptoma i razumijeva

se da će nestankom deluzija i halucinacija nestati i anksioznost i depresija. To je točno kod nekih pacijenata, ali u nekim slučajevima anksioznost i depresija potpuno su neovisni o pojavi i intenzitetu psihotičnih simptoma. Tada je potrebno i terapiju prilagoditi aktualnoj kliničkoj slici. Primjerice, antipsihotici nisu efikasni u liječenju opsesivno-kompulzivnih simptoma ili socijalne fobije. Naprotiv, mogu ih izazvati ili pogoršati. Zbog toga bit će potrebno u terapiju uvesti SSRI lijekove. Dok antipsihotici i antidepresivi imaju značajne nuspojave i većina pacijenata ih nerado uzima, anksiolitici imaju neznatne nuspojave i predstavljaju „idealni“ lijek. Ipak, terapeut mora uvijek imati na umu mogućnost zlouporabe i razvoja ovisnosti. Važno je napomenuti da se anksioznost može i treba suzbijati različitim oblicima psihoterapije i socioterapije.

Povijesno afektivni i psihotični poremećaji razumijevani su kao različiti entiteti i prisustvo komorbidnih afektivnih simptoma kod psihotičnih poremećaja veliki je izazov za Krepelijansku klasifikacijsku dihotomiju (3). Međutim, uvijek je bilo autora koji su odnos afektivnih i psihotičnih simptoma gledali na drugi način. Primjerice, tako Crow navodi da su afektivni i psihotični simptomi samo krajnje točke jednoga istog mentalnog poremećaja (14, 15).

Prevalencija depresije kod shizofrenije vrlo je visoka i iznosi 25 – 81 %, ovisno o populaciji koja je ispitivana i terapijskom setingu (16). Dugo se vremena smatralo da je pojava depresije kod shizofrenije dobar prognostički znak. Ipak, danas se smatra da je depresija u shizofreniji nepovoljan prognostički znak i da depresija kod shizofrenije pogoršava kvalitetu života, povećava stopu samoubojstva, hospitalizacije, relapsa, agresivnosti, viktimizacije i uhićenja (17). Nekada je teško diferencirati depresiju od negativnih simptoma shizofrenije. Amotivacija, avolicija i slaba afektivna modulacija pripadaju i jednom i drugom poremećaju. Različiti alati (primjerice, *Calgary Depression Rating Scale*) pomažu u razlikovanju ta dva sindroma (18).

Poremećaj ličnosti kod psihotičnih osoba

Prevalencija poremećaja ličnosti je 3 – 10 % u općoj populaciji. Većina istraživanja pokazuje da osobe sa psihotičnim poremećajem često imaju i neki od poremećaja ličnosti. Tako Wang (19) navodi da više od trećine (37 %) osoba sa psihotičnim poremećajima ima i dijagnozu poremećaja ličnosti – najčešće paranoidni (22 %), izbjegavajući (21 %) i shizotipalni (13 %). Zhang (20) navodi da jedna četvrtina pacijenata s dijagnozom shizofrenije zadovoljava i kriterije za postavljanje dijagnoze najmanje jednog poremećaja ličnosti – najčešće paranoidni (7,65 %) i izbjegavajući (7,53 %). Wei (21) navodi da 24 % osoba s dijagnozom shizofrenije u stabilnoj fazi zadovoljava i dijagnostičke kriterije za postavljanje dijagnoze poremećaja ličnosti. Komorbiditet psihotičnog poremećaja i poremećaja ličnosti rezultira lošijom pro-

gnozom, slabijim odgovorom na terapiju, većim oštećenjem funkcioniranja te većom cijenom liječenja.

Poremećaji povezani s uzimanjem psihoaktivnih tvari i psihotični poremećaji

Istovremena pojava poremećaja koji su povezani s uzimanjem psihoaktivnih tvari i drugih mentalnih poremećaja toliko je učestala i toliko značajna u psihijatriji da se označava posebnim imenom – dualni poremećaj (ili dualna dijagnoza). To je širi koncept dualne dijagnoze. Međutim, često se pod pojmom dualna dijagnoza označava samo istovremena pojava psihotičnog poremećaja i poremećaja koji je uzrokovan uzimanjem psihoaktivnih tvari. Ipak, i dalje se smatra kako se taj problem izrazito podcjenjuje. Otprilike polovica osoba sa psihotičnim poremećajima ima i dijagnozu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, tj. ima dualnu dijagnozu (22). Ovisnost pogoršava psihotični poremećaj. I obratno – psihotični simptomi pogoršavaju kliničku sliku ovisnosti. Osobe s dualnim poremećajem slabije reagiraju na terapiju, lošije su prognoze, povećane suicidalnosti, učestalijih relapsa i hospitalizacija (23).

U psihijatriji je, povezano s dualnim dijagnozama, vrlo raširena psihodinamska „teorija samomedikacije“. Prema toj teoriji ovisnici primarno imaju izražene psihičke smetnje, a alkohol i druge psihoaktivne tvari uzimaju isključivo u pokušaju da otklone ili barem smanje navedene smetnje. Kad se psihotični proces već razvije, tada te osobe uzimaju alkohol ili drogu s ciljem da izdrže (prežive) teške psihotične simptome. Razumijeva se i da osobe uzimaju psihoaktivne tvari s ciljem da otklone nuspojave antipsihotika.

Naša iskustva pokazuju da postoji značajan problem kod dualnih dijagnoza, a uzrokovan je snažnom stigmatizacijom psihotičnih poremećaja. Često članovi obitelji negiraju postojanje psihotičnih simptoma, poremećaja i dijagnoze (pogotovo shizofrenije) ističući važnost i ulogu uzimanja psihoaktivnih tvari (lakše je imati člana obitelji koji je „malo zalutao u drogu“ nego člana obitelji koji ima ozbiljnu psihičku bolest). Ako se taj problem ne proradi adekvatno u terapijskom procesu, pacijenti će imati veliku štetu. Birat će krive terapijske programe, odbijati će uzimati antipsihotičnu terapiju, fokusirati će se samo na uspostavljanje apsolutne apstinencije i sl. Na taj će način terapijski rezultati i prognoza biti slabiji.

I u psihodinamskom smislu psihotičnost i ovisnost imaju dosta zajedničkog (regresija ega na ranu, oralna faza razvoja, gubitak stvarnog ili fantazijskog objekta, oštećeni procesi verbalizacije, diferencijacije i desomatizacije, izražena narcistična kriza, nezrela omnipotencija, potreba za stapanjem s majčinskim objektom i sl.). I dominirajući obrambeni mehanizmi slični su kod psihotičnih osoba i ovisnika (negacija, projektivna identifikacija, *splitting*, devaluacija, apatično povlačenje, regresija, fragmentacija, projekcija i sl.). Postoje i biološke poveznice psihotičnih

poremećaja i ovisnosti. Pojačana dopaminska aktivnost povezana je sa psihotičnim poremećajima, a to se pojačanje može naći i kod nekih poremećaja povezanih s uzimanjem psihoaktivnih tvari (22).

Problemi postoje i kod „najlakše“ psihoaktivne tvari – nikotina. Prema Nacionalnom izvješću NDSH-a za razdoblje 2009. – 2011., 36 % osoba s mentalnim poremećajima puši, dok je taj broj za osobe bez mentalnih poremećaja 21 % (24). Sasvim je jasno da će osobe koje nemaju mentalni poremećaj lakše prestati s pušenjem u odnosu na osobe s mentalnim poremećajima. Također je važno napomenuti da se programi prestanka pušenja prave uglavnom za osobe koje nemaju značajne psihičke smetnje. U istoj studiji navodi se da su ovisnost o alkoholu i ovisnost o psihoaktivnim tvarima dva puta češće kod osoba s anksioznim, depresivnim i psihotičnim poremećajima.

Dervaux (25) nalazi da 42,6 % psihotičnih osoba ima i dijagnozu ovisnosti o psihoaktivnim tvarima, a da 11,3 % psihotičnih osoba ima dijagnozu zlouporabe ili ovisnosti o kanabinoidima. Također navodi da je kod osoba koje uzimaju kanabinoide trajanje hospitalizacije produženo te da je kod njih registriran veći broj suicida.

Važno je istaknuti da velika većina psihoaktivnih tvari sama po sebi može uzrokovati pojavu psihotičnosti. Neke od njih (primjerice, kokain, amfetamini, LSD, *ecstasy*) i vrlo često. Međutim, kad govorimo o komorbiditetu psihotičnih poremećaja i poremećaja povezanih s uzimanjem psihoaktivnih tvari, tada se ove direktne posljedice psihoaktivnih tvari (intoksikacija ili apstinencijski sindrom) ne uzimaju u obzir. Ipak, neki klasifikacijski sustavi preporučuju da se ne postavlja dijagnoza psihotičnog poremećaja ako je osoba uzimala psihoaktivne tvari unazad godinu dana.

Postoji velika terapijska dilema kako liječiti osobe s dualnom dijagnozom. Parcijalni je tretman kad se liječi onaj poremećaj koji se smatra primarnim. Sekvencijalni je tretman takav tretman gdje se liječi prvo primarni, a nakon toga sekundarni poremećaj. Naša su terapijska iskustva takva da smatramo da je optimalno liječenje dualnih poremećaja „harmoniziranim“ pristupom. To znači da je terapijski fokus na onim elementima koji najviše oštećuju funkcioniranje pacijenta. U ovom, dinamičnom pristupu povremeno će fokus biti na jednom poremećaju, povremeno na drugom, a povremeno će oba poremećaja biti tretirana istovremeno. Naravno, motivi, želje, interesi i kapaciteti pacijenta odlučujući su u izboru terapijskih instrumenata. Važno je napomenuti da tretman osoba s dualnom dijagnozom mogu provoditi posebno educirani i trenirani terapeuti.

Psihodinamski aspekti komorbiditeta kod psihotičnih poremećaja

Psihodinamski pristup može dati važne odgovore o psihijatrijskim poremećajima, pa tako i o komorbiditetu

psihotičnih i drugih psihijatrijskih poremećaja. Tako, primjerice, znamo da ne postoje osjetljivi instrumenti kojima bi mogli dijagnosticirati presindromalnu shizofreniju, a upravo psihodinamika posjeduje alate za dijagnosticiranje i razumijevanje i najsitnijih promjena u razvoju ličnosti (26). Postoje hipoteze da stres i anksioznost dovode do pojačane vulnerabilnosti, na način da dolazi do pogoršanja u cerebralnom sustavu, te u sustavu ukupnoga mentalnog razvoja. Na taj se način smanjuje kapacitet osobe u prilagodbi na socijalno okruženje. U tom smislu razumijeva se i da su specifične fobije i socijalna anksioznost rizični faktori za nastanak shizofrenije (27).

Otkrivanjem psihodinamskih veza između anksioznosti i psihotičnog procesa otvaraju se velike terapijske mogućnosti, ali i preventivne. Neki autori navode pojavu „začaranog kruga“ na način da anksioznost pojačava teškoće u komunikaciji, socijalno izbjegavanje i dovodi do sniženog samopoštovanja, te se na taj način oštećuje mentalno funkcioniranje djeteta, a oštećeno funkcioniranje dovodi do porasta anksioznosti (28).

Freud ističe da određena anksioznost uglavnom ne dovodi do određenog simptoma ili mentalnog poremećaja. Anksioznost ustvari inicira proces koji može ići u puno pravaca te tako mogu nastati različiti simptomi. Anksioznost trigerira ego obrane te su simptomi uvijek ego obrane protiv anksioznosti. U psihodinamskoj terapiji tako će se, primjerice, pokazati da je socijalna izolacija posljedica kastracijske anksioznosti, izbjegavajuće ponašanje kao posljedica anksioznosti zbog gubitka objekta ili autistično ponašanje kao posljedica nihilacijske anksioznosti. Visoko je individualizirano koja i kolika će anksioznost uzrokovati psihotične simptome. Psihotični simptomi nastaju kad anksioznost ne može biti prihvaćena i prorađena (29).

Radeći s djecom u ranom stadiju razvoja i psihotičnim osobama, Klein (30) ističe sličnost psihodinamskih mehanizama. Dječja rana primitivna arhajska anksioznost, destrukcija, fragmentacija i proždrljivost vrlo su slične obrambenim mehanizmima psihotičnih odraslih osoba (*splitting* ega i objekata, negiranje, deluzijska projekcija). Kod shizofrenih osoba halucinacije, deluzije ili socijalno povlačenje mogu tako predstavljati obrambeni bedem protiv ponovnog oživljavanja rane anksioznosti ili traume koja ne može biti integrirana, te će zbog toga dovesti do dijeljenja i sloma mentalnog sustava.

U nepatološkom razvoju rane forme stresa i anksioznosti mogu biti postupno asimilirani, kada odrastajuće okruženje ima dostatan kapacitet (kontejning) tijekom faze primarne identifikacije, funkcionirajući tako kao protektivni štit protiv stresora iz vanjskog svijeta, kao i protiv impulsa iz vlastitog ida. To omogućuje djetetu da nauči tolerirati arhajska anksioznost i posljedične frustracije i separacije. Ako je ova kontejnerska funkcija slaba, štit će biti slab

i to će dovesti do toga da se dijete suočava s intenzivnom anksioznošću koju nastoji otkloniti nezrelim obrambenim mehanizmima kao što su: negiranje, deluzijska projekcija ili autistično povlačenje. Važno je napomenuti da se takvi psihotični simptomi mogu pojaviti vrlo rano (31).

Tijekom psihodinamske terapije pokušava se razumjeti subjektivna funkcija anksioznosti. Lokalizacija anksioznosti u fobični objekt razumijeva se kao pokušaj eksternalizacije arhajske anksioznosti. Ta anksioznost ima protektivnu ulogu u nastojanju mentalnog sustava da izbjegne psihotične obrane. Te psihodinamske postavke imaju veliku ulogu u razumijevanju komorbiditeta kod psihotičnih poremećaja i veliku ulogu u uspostavljanju i provođenju terapije. Dakle, anksioznost se u terapijskom procesu treba razumijevati ne

samo kao problem nego kao i zaštita od početka psihotičnog procesa.

Zaključci

1. Komorbiditet psihotičnih i drugih psihičkih poremećaja česta je pojava.
2. Komorbiditet pogoršava kliničku sliku, otežava postavljanje dijagnoze, otežava terapijske postupke te pogoršava prognozu kod psihotičnih poremećaja.
3. Terapijski program treba obavezno uključivati i liječenje komorbidnih poremećaja.
4. U terapijskim programima kod psihotičnih osoba s komorbiditetom važno je i psihodinamsko razumijevanje odnosa anksioznosti i psihotične psihopatologije.

LITERATURA

1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *J Chronic Dis.* 1970 Dec;23(7):455-68. doi: 10.1016/0021-9681(70)90054-8.
2. Strakowski SM, Tohen M, Stoll AL i sur. Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *Am J Psychiatry.* 1993 May;150(5):752-7. doi: 10.1176/ajp.150.5.752.
3. Cassano GB, Pini S, Sacttoni M, Rucci P, Dell'Osso L. Occurrence and clinical correlates of psychiatric comorbidity in patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry.* 1998 Feb;59(2):60-8. doi: 10.4088/jcp.v59n0204.
4. Dernovsek MZ, Sprah L. Comorbid anxiety in patients with psychosis. *Psychiatr Danub.* 2009 Sep;21 Suppl 1:43-50.
5. Milad MR, Rauch SL. Obsessive-compulsive disorder: beyond segregated cortico-striatal pathways. *Trends Cogn Sci.* 2012 Jan;16(1):43-51. doi: 10.1016/j.tics.2011.11.003.
6. Krüger S, Bräunig P, Höffler J, Shugar G, Börner I, Langkrär J. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in schizophrenia and significance of motor symptoms. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000 Winter;12(1):16-24. doi: 10.1176/jnp.12.1.16.
7. Karno M, Golding JM, Sorenson SB, Burnam MA. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry.* 1988 Dec;45(12):1094-9. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006.
8. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull [Internet].* 2009;35(2):383-402.
9. Darby L, Agius M, Zaman R. Co-morbidity of bipolar affective disorder and obsessive compulsive disorder in a Bedford community psychiatry team. *Psychiatr Danub.* 2011 Sep;23 Suppl 1:S130-3.
10. Hwang MY, Opler LA. Schizophrenia with obsessive-compulsive features: Assessment and treatment. *Psychiatr Annals.* 1994;24:468-72.
11. Frame L, Morrison AP. Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Mar;58(3):305-6. doi: 10.1001/archpsyc.58.3.305.
12. Neria Y, Bromet EJ, Sievers S, Lavelle J, Fochtmann LJ. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in psychosis: findings from a first-admission cohort. *J Consult Clin Psychol.* 2002 Feb;70(1):246-51. doi: 10.1037//0022-006x.70.1.246.
13. Shaw K, McFarlane A, Bookless C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *J Nerv Ment Dis.* 1997 Jul;185(7):434-41. doi: 10.1097/00005053-199707000-00003.
14. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy - going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry.* 2010 Feb;196(2):92-5. doi: 10.1192/bjp.bp.109.073429.
15. Crow TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull.* 1985;11(3):471-86. doi: 10.1093/schbul/11.3.471.
16. Chakos MH, Glick ID, Miller AL i sur. Baseline use of concomitant psychotropic medications to treat schizophrenia in the CATIE trial. *Psychiatr Serv.* 2006 Aug;57(8):1094-101. doi: 10.1176/ps.2006.57.8.1094.
17. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1983 May;142:465-70. doi: 10.1192/bjp.142.5.465.
18. Krynicki CR, Upthegrove R, Deakin JFW, Barnes TRE. The relationship between negative symptoms and depression in schizophrenia: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2018 May;137(5):380-390. doi: 10.1111/acps.12873.
19. Wang Q, Zhang L, Zhang J i sur. Prevalence of Comorbid Personality Disorder in Psychotic and Non-psychotic Disorders. *Front Psychiatry.* 2021 Dec 24;12:800047. doi: 10.3389/fpsy.2021.800047.
20. Zhang T, Wang L, Good MJ i sur. Prevalence of personality disorders using two diagnostic systems in psychiatric outpatients in

- Shanghai, China: a comparison of uni-axial and multi-axial formulation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012 Sep;47(9):1409-17. doi: 10.1007/s00127-011-0445-x.
21. Wei Y, Zhang T, Chow A, Tang Y, Xu L, Dai Y, Liu X, Su T, Pan X, Cui Y, Li Z, Jiang K, Xiao Z, Tang Y, Wang J. Co-morbidity of personality disorder in schizophrenia among psychiatric outpatients in China: data from epidemiologic survey in a clinical population. *BMC Psychiatry.* 2016 Jul 8;16:224. doi: 10.1186/s12888-016-0920-8.
 22. Strålin P, Hetta J. Substance use disorders before, at and after first episode psychosis hospitalizations in a young national Swedish cohort. *Drug Alcohol Depend.* 2020 Apr 1;209:107919. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107919.
 23. Gouzoulis-Mayfrank E. Doppeldiagnose Psychose und Sucht -- Grundlagen und Therapie [Dual diagnosis psychosis and substance use disorders: theoretical foundations and treatment]. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother.* 2008 Jul;36(4):245-53. German. doi: 10.1024/1422-4917.36.4.245.
 24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Vital signs: current cigarette smoking among adults aged ≥18 years with mental illness - United States, 2009-2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2013;62(5):81-7. Dostupno na: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/54473>. Datum pristupa: 1. 7. 2023.
 25. Dervaux A, Laqueille X, Bourdel MC, Leborgne MH, Olié JP, Léo H, Krebs MO. Cannabis et schizophrénie: données cliniques et socio-démographiques [Cannabis and schizophrenia: demographic and clinical correlates]. *Encephale.* 2003 Jan-Feb;29(1):11-7.
 26. Lieberman JA, Small SA, Girgis RR. Early Detection and Preventive Intervention in Schizophrenia: From Fantasy to Reality. *Am J Psychiatry.* 2019 Oct 1;176(10):794-810. doi: 10.1176/appi.ajp.2019.19080865.
 27. Pine DS. Integrating research on development and fear learning: a vision for clinical neuroscience? *Depress Anxiety.* 2009;26(9):775-9. doi: 10.1002/da.20595.
 28. Angkustsiri K, Leckliter I, Tartaglia N, Beaton EA, Enriquez J, Simon TJ. An examination of the relationship of anxiety and intelligence to adaptive functioning in children with chromosome 22q11.2 deletion syndrome. *J Dev Behav Pediatr.* 2012 Nov-Dec;33(9):713-20. doi: 10.1097/DBP.0b013e318272dd24. Erratum in: *J Dev Behav Pediatr.* 2013 Jan;34(1):62.
 29. BION WR. Development of schizophrenic thought. *Int J Psychoanal.* 1956 Jul-Oct;37(4-5):344-6.
 30. KLEIN M. Notes on some schizoid mechanisms. *Int J Psychoanal.* 1946;27(Pt 3-4):99-11
 31. Winnicott DW. Übergangsobjekte und Übergangsphänomene. Eine Studie über den ersten, nicht zum Selbst gehörenden Besitz [Transitional objects and transitional phenomena. A study of the first not-me possession]. *Psyche (Stuttg).* 1969 Sep;23(9):666-82. Germ



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

prof. dr. sc. Ante Bagarić, dr. med.
 Klinika za psihijatriju Vrapče
 Bolnička cesta 32, 10 090 Zagreb
 e-mail: ante.bagaric@bolnica-vrapce.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

26. lipnja 2023./June 26, 2023

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

1. srpnja 2023./July 1, 2023

