

|   |  |   |
|---|--|---|
| <p>e-ISSN: 2345-0592<br/><b>Online issue</b><br/>Indexed in <i>Index Copernicus</i></p> | <p><b>Medical Sciences</b></p> <p>Official website:<br/><a href="http://www.medicisciences.com">www.medicisciences.com</a></p> |  |
|---|--|---|

## Schizophrenia: etiology, epidemiology, symptoms, diagnosis, treatment

Vitalija Stankūnavičiūtė<sup>1</sup>, Ignė Dumbliauskaitė<sup>1</sup>, Gabrielė Kapūstienė<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Lithuanian University of Health Sciences, Medical Academy, Faculty of Medicine*

### Abstract

Schizophrenia is a chronic psychological disorder of multifaceted origin that disrupts the quality of life of a patient and their family. Its prevalence is 4.6 per 1,000 population. It is more common in men than women and young people, and its first episodes rarely occur in childhood or old age. Many factors determine the development of the disease. It has been studied that people with schizophrenia who have a family history are more likely to be ill. Emigrants, and urban dwellers, as well as certain complications of pregnancy and childbirth are associated with the onset of the disease. The development of the disease is thought to be influenced by neurotransmitters. It is theorized that schizophrenia occurs due to dopamine imbalance. The clinic for this disorder is quite diverse. There is not a single symptom that is unique to schizophrenia. Premorbid traits: closedness, avoidance of informal communication, apathy can occur even at an early age. The prodrome period often occurs in adolescence. During this period, the symptoms of psychosis have not yet become apparent, but anxiety, tension, somatic problems, mood and sleep changes, social communication and learning progress have occurred. One of the most common symptoms of schizophrenia is delusions. In schizophrenia, delusions can be very diverse: persecution, religious, hypochondrial, exposure, relationship. The patient feels no longer in control of their thoughts, feelings, or will. Characteristic hallucinations of hearing, taste, smell. Clinical forms are distinguished: simple, paranoid, catatonic, hebephrenic. Certain diagnostic criteria are distinguished that describe the specific symptoms required to make a diagnosis. Treatment for schizophrenia includes prescription medication, psychotherapy, psychosocial interventions, family support, collaboration with primary care physicians.

**Keywords:** Schizophrenia, paranoid schizophrenia, catatonic schizophrenia, hebephrenic schizophrenia, antipsychotic drugs, psychotherapy, schizoid personality, hallucinations, delusions, psychotic disorder, psychiatry, early dementia.

# Šizofrenija: etiologija, epidemiologija, klinika, diagnostika, gydymas

Vitalija Stankūnavičiūtė<sup>1</sup>, Ignė Dumbliauskaitė<sup>1</sup>, Gabrielė Kapūstienė<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Lietuvos sveikatos mokslų universitetas. Medicinos fakultetas

## Santrumpa

Šizofrenija yra daugiaetiologinės kilmės lėtinis psichologinis sutrikimas, sutrikdantis paciento ir jo artimųjų gyvenimo kokybę. Jos paplitimas yra 4,6 iš 1000 gyventojų. Dažniau serga vyrai negu moterys bei jauni žmonės, retai pirmi jos epizodai pasitaiko vaikystėje ar senatvėje. Daug faktorių lemia ligos išsivystymą. Ištirta, kad dažniau serga šeimoje turėję šizofrenijos atvejų, emigrantai, miestiečiai taip pat tam tikros nėštumo ir gimdymo komplikacijos turi sąsają su ligos pasireiškimu. Manoma, kad ligos išsivystymui įtakos turi neuromediatoriai. Suformuota teorija, kad šizofrenija atsiranda sutrikus dopamino pusiausvyrai. Šio sutrikimo klinika yra gana įvairi. Nėra nei vieno simptomo ar požymio, kuris būtų išimtinai būdingas tik šizofrenijai. Premorbiniai bruožai: uždarumas, vengimas neformalaus bendravimo, apatiškumas gali pasireikšti net ankstyvame amžiuje. Prodromo laikotarpis dažnai pasireiškia paauglystėje. Šiuo laikotarpiu dar nebūna išryškėję psichozės simptomai, tačiau pasitaiko nerimas, įtampa, somatinės problemos, nuotaikų, miego pokyčiai, sutrinka socialinis bendravimas, mokymosi pažangumas. Vienas iš būdingiausių šizofrenijos simptomų – kliesediai. Šizofrenijos atveju kliesediai gali būti labai įvairūs: persekiojimo, religiniai, hipochondriniai, poveikio, santykio. Pacientas jaučia, kad nebevaldo savo minčių, jausmų ar valios. Būdingos klausos, skonio, uoslės haliucinacijos. Išskiriamos klinikinės formos: paprastoji, paranoidinė, katatoninė, hebefreninė. Yra išskiriami tam tikri diagnostikos kriterijai, kurie apibūdina reikiamus specifinius simptomus diagnozei nustatyti. Šizofrenijos gydymas apima vaistų skyrimą, psichoterapiją, psichosocialines intervencijas, šeimos paramą, bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros gydytojais.

## Raktažodžiai:

Šizofrenija, paranoidinė šizofrenija, katatoninė šizofrenija, hebefreninė šizofrenija, antipsichotiniai vaistai, psichoterapija, šizoidinė asmenybė, haliucinacijos, kliesediai, psichozinis sutrikimas, psichiatrija, ankstyvoji silpnprotystė.

## Įvadas

Šizofrenija yra sudėtingas, heterogeninio elgesio ir pažinimo sindromas, kurį, kaip manoma, sukelia genetinių ir/ar aplinkos faktorių sutrikdytas smegenų vystymasis. Tai sunki psichiatrinė liga, turinti didžiulį poveikį pačio asmens ir jo artimųjų gyvenimo kokybei. (1) Pasak pasaulio sveikatos organizacijos ši liga yra viena iš dešimties ligų, kurios prisideda prie pasaulinės ligų naštos. (2) Šios ligos paplitimą įvertinti gana sunku, nes dėl įvairių diagnostikos principų, kiekvienoje šalyje yra pastebimas skirtingas paplitimas. Nepaisant to, naujausi tyrimai rodo, kad šizofrenija pasitaiko 4,6 iš 1000 žmonių. (3) Pagrindiniai gydymo tikslas yra apsaugoti pacientą, užkertant kelią atkryčių susidarymui, palengvinant simptomus. Pacientai su šia psichologine patologija gydomi taikant įvairius metodus, tačiau parinkti patį tinkamiausią ir užtikrinti efektyvų gydymo režimą yra labai sudėtinga. (4) Taigi, šizofrenija yra stipriai žmogaus gyvenimą paveikianti liga. (2)

### **Paplitimas, priežastys ir kilmės teorijos.**

Daugelį metų galvota, kad šiuo sutrikimu serga maždaug 1 proc. populiacijos. (3) Tačiau, neseniai atliktame meta-analizės tyrime buvo nustatyta, kad 100 000 gyventojų per metus šizofrenija nustatoma 15 vyrų ir 10 moterų, paplitimas yra 4,6 iš 1000 žmonių. Nepaisant to, įvairiose šalyse šizofrenija yra paplitusi ne vienodai. Tai priklauso nuo klasifikacijos ir diagnostikos principų. Todėl labiau

išsivysčiusiuose valstybėse sergamumas šiuo sutrikimu yra didesnis. Pastebimas skirtumas ne tik tarp šalių, bet ir tarp lyčių. Vyrų sergamumas yra didesnis negu moterų. (3, 5, 6) Skiriasi ir ligos pradžia, vyrams ši liga dažnai manifestuoja 18-25 metų, moterims – 25 – 35, sekantis pikas prasideda maždaug kartu su menopauze. (7) Labai retai pirmas šizofrenijos epizodas pasireiškia vaikystėje ar vyresnio amžiaus žmonėms. (6)

Remiantis moksliniais duomenimis galima teigti, kad šizofrenija yra polietiologinė liga. Nemažai epidemiologinių rizikos faktorių yra susieti su šizofrenijos išsivystymu. Moksliniai tyrimai rodo, kad šizofrenija yra labiau paplitusi tarp imigrantų bei tarp žmonių gyvenančių mieste, (5, 8) Tikslų priežasčių, kodėl šios priežastys lemia didesnį sergamumą nėra. Tačiau tai galima susieti su pasikeitusia aplinka, kultūra, žmonėmis, kas gali lemti socialinį stresą ir sudėtingesni gyvenimą. (8)

Kituose moksliniuose tyrimuose pateiktos išvados, kad akušerinės komplikacijos lemia didesnį sergamumą. Vienas iš pavyzdžių – mažas gimimo svoris. Mažesnė galvos apimtis ir priešlaikinis gimdymas taip pat turi sąsają su šizofrenija, nes tai lemia vaisiaus augimo sulėtėjimą. Be to, šizofrenija sergantys asmenys dažniau nei nesergantys buvo patyrę hipoksijos epizodų gimdymo metu. (9)

Dar viena sąsaja šizofrenijos yra su infekcine etiopatogenezės teorija. Vėlyvas žiemos – ankstyvas pavasario laikotarpis, kuomet yra sezoninių virusinių infekcijų pavojus, gimsta

daugiausia sergančių. (10) Nustatyta, kad dideli motinos IgG antikūnai prieš parazito *Toxoplasma Gondii* padidina santykinę šizofrenijos riziką palikuoniams maždaug 60 – 70 proc. (11) Įvairūs tyrimai parodė sąsają ir su *Herpes Simplex* virusu. Tačiau atsakymai yra kontraversiški: vienuose tyrimuose rizika siekia nuo 60 – 400 proc. kituose – rizika siekia 0. (12, 13)

Svarbu paminėti, kad sergančiųjų daugiau yra pas tėvus, kurie susilaukė palikuonių vyresniame amžiuje. Tai siejama su tuo, kad vyresniame amžiuje daugėja *de novo* mutacijų tikimybė. (14) Dvynių tyrimai patvirtina, kad šizofrenijos išsivystymui didelę reikšmę turi paveldimumas. Jeigu šeimoje yra sergančių asmenų, rizika susirgti šizofrenija labai padidėja, o monozigotiniam dvyniui ji yra net 40-50 proc, dizigotiniam 10 -15 proc. (15) Šizofrenija sergantys asmenys neretai turi šizofrenija sergančių, šizotipinių giminaičių.

Šizofrenijos išsivystymo mechanizme yra labai svarbūs neuromediatoriai. Dauguma neuroleptikų blokuoja D2 dopaminerginius receptorius. Šizofrenija atsiranda sutrikus dopamino pusiausvyrai. Tačiau nepaisant adekvataus antipsichotinio gydymo, daugumai sergančiųjų išlieka pozityvus šizofrenijos simptomai. Bandoma įrodyti, kad tam turi įtakos ir kitų neurotransmiterių sutrikimai. Vienas iš tokių – glutamatas, gama – amino sviesto rūgštis, acetilcholinai. Nespecifinių neurotransmiterių nukrypimų nuo normos yra daug, tačiau neįmanoma atskirti, kurie yra lemiantys ligos procesą, o kurie tik vėliau įsijungia į ligos manifestavimą. (16)

## Klinika

Šizofrenija yra lėtinis psichozinis sutrikimas. Nėra nei vieno simptomo ar požymio, kuris būtų išimtinai būdingas tik šizofrenijai.

Premorbidiniai bruožai . Šie bruožai gali pasireikšti anksčiau arba būti nepastebėti visą gyvenimą. Reikia pabrėžti, kad šizofrenija gali išsivystyti bet kokio tipo asmenybėms, tačiau yra įrodymų, kad jau vaikystėje pasireiškia specifiniai motoriniai, intelektiniai sutrikimai, neadekvačios emocijos, kitoks socialinis bei akademinis prisitaikymas. (16) Tai dažnai vadinama šizoidiniais / šizotipiniais bruožais. Dažniausiai pasitaikantys bruožai yra uždarumas, vengimas neformalaus bendravimo, apatiškumas. Šie asmenys vaikystėje ir paauglystėje turi mažai draugų, tačiau savo visą dėmesį skiria vienam specifiniam pomėgiui, fantazijoms. (17)

Prodromo laikotarpis. Asmenybės elgesio pokyčiai kartais pastebimi prieš kelias dienas ar savaites iki psichozės. Šiuo laikotarpiu dar nebūna išryškėję psichozės simptomai. Dažniausiai jie prasideda paauglystėje, pasitaiko nerimas, įtampa, somatinės problemos, nuotaikų, miego pokyčiai. Sutrinka socialinis bendravimas, mokymosi pažangumas. Artimieji pastebi, kad asmuo pasikeičia, su juo tampa sunkiau bendrauti, pats asmuo nebesugeba atlikti kasdinių darbų, apleidžia savo išvaizdą, turima darbą ar mokslus. (16) Tačiau vis dar neaišku ar šie subpsichoziniai simptomai manifestuos. 35 proc. asmenų per 2,5 metų ligą pasireiškia psichozės klinika. (18)

Šizofrenijos pradžia gali būti lėta. Visi simptomai, kurie būdingi prodromo laikotarpiu

paaštrėja. Buvę somatiniai sutrikimai gali tapti dismorfofobiniais kliesiais. (19) Gali atsirasti perdėtas susidomėjimas religiniais ir filosofiniais klausimais. Tokie žmonės gali pasakoti neįprastus išgyvenimus ir potyrius, keistas mintis bei keistai elgtis. Tačiau pasitaiko atveju, kai šizofrenijos klinika greitai išsivysto: per kelias dienas. Tai gali nutikti dėl didelio streso, apsigyvenus nepažįstamoje aplinkoje, vartojant narkotikus ar po ilgo alkoholio vartojimo. Prasideda kliesiai ir haliucinacijos. (16) Jie įsivaizduoja, kad yra sekami, jų mintys yra pavogtos, jiems balsai liepia žudyti. Staiga jie gali tapti visiškai asteniški, hipochondriški, pereiti iki stuporo. (20)

Vienas iš būdingiausių šizofrenijos simptomų – kliesiai. Šizofrenijos atveju kliesiai gali būti labai įvairūs: persekiojimo, didybės, religiniai, hipochondriniai, poveikio, santykio kliesiai. Gali pasitaikyti sisteminių įvairios apimties kliesių. Pacientas jaučia, kad nebevaldo savo minčių, jausmų ar valios ir kad jam daro įtaką ar jis yra kontroliuojamas kažkokios paslaptingos, svetimos jėgos. Mintys, kurios nepripažįstamos kaip jo paties, įdedamos į jo galvą, arba jo paties mintys pašalinamos, arba kažkaip tampa prieinamos kitiems žmonėms. (16)

Klausos haliucinacijas patiria nuo 40 iki 80 proc. pacientų. (21) Balsų tema yra apie pačius pacientus, jų turinys yra labai įvairus. Svarbu paminėti, kad dažnai sergantysis kalba apie balsą, tačiau jis jo negirdi ausimis, tas balsas būna jų galvoje. Dažnai ligoniai gali net nurodyti iš kurios smegenų dalies sklinda balsas. Balsas būna varginantis, atkaklus, bauginantis. (16) Regos haliucinacijos dažnai būna neaiškios, figūrų, spalvų, blyksnių pavidalu. Būdingos

uoslės ir skonio haliucinacijos, kurių metu pacientas jaučia blogą kvapą, bjaurų maisto skonį. (20) Somatinės haliucinacijos gali apimti lytėjimo, lytinio akto ar skausmo jausmus.

Keičiasi ir pacientų kalba. Kalba gali būti monotoniška, paviršutiniška, nenuosekli, padrika, netvarkinga. Jų kalboje pasitaiko naujadarų, preservacijų. Kalba gali pereiti į visišką mutizmą. Manoma, kad netvarkinga kalba atspindi nesugebėjimą tiksliai apdoroti stimulų ir nuosekliai bei logiškai susieti minčių ar idėjų. (20) Būdingi kiti įvairūs mąstymo sutrikimai – minčių šuoliavimas, simbolinis, paviršutiniškas, autistiškas mąstymas.

Šios ligos atveju nukenčia ir emocijos. Jos tampa monotoniškos, skurdžios, šaltos. Ligonis reaguoja neadekvačiai: esant nelaimingiems įvykiams gali pradėti kikenti, o kitose situacijose būti liūdnas. (21) Sunkiais atvejais pasitaiko visiška apatija. Galimi ir afektiniai sutrikimai. Nuotaikos ir nerimo sutrikimai atsiranda dažniau nei tarp kitų gyventojų. (16)

Atitinkamai pasikeičia ir šizofreniko elgesys. Ankstyvos ligos metu įprasta veikla gali sulėtėti arba nutrūkti. Veiksmai gali būti kintantys, priklausomai nuo nuotaikos. Kartais gali būti potraukių suintensyvėjimas arba iškrypimas, echolalijos, pika, stereotipiškumas. Kartais veikla pereina iki abulijos ar katatonijos. (21)

Be to, šizofrenija pažeidžia ir kognityvines funkcijas. Lėtėja informacijos apdorojimo greitis, sutrinka dėmesio koncentravimas, mokymasis, atmintis. (20)

Aptinkamas reikšmingas ryšys tarp šizofrenijos ir savižudybių. Net 32 proc. sergančių yra save žaloję, 10 proc. – nusižudę. (13) Dažniausiai mirštama pirmaisiais ligos metais. Žmogžudystė,

nepaisant žiniasklaidos skleidžiamos informacijos, yra reta. Šizofrenikai yra linkę į smurtinius ir nesmurtinius nusikaltimus, tačiau nusikaltimai yra labiau paplitę tarp sveikų šeimos narių.

Klinikinės formos:

Yra žinomos keturios klasikinės šizofrenijos formos (16):

- Paprastoji – retas sutrikimas, kuriam būdingas progresuojantis elgesio, emocijų sutrikimas, besivystantis pasyvumas, nesant akivaizdžių psichozės simptomų. Pradžia – paauglystė.
- Paranoidinė – dažniausiai pasitaikanti klinikinė forma, kurios metu vyrauja kliesdesiai ir haliucinacijos. Serga vyresni negu 25 metų asmenys.
- Katatoninė – vyrauja valios sutrikimai, ryškūs psichomotorikos sutrikimai, galintys svyruoti nuo automatinio paklusnumo iki negatyvizmo. Būdingos kūno pozos, rigidiškumas, vaškinis lankstumas. Susergama sulaukus pilnametystės.
- Hebefreninė – ryškūs afektiniai sutrikimai, keistas elgesys, haliucinacijos ir kliesdesiai neišreikšti. Liga pasireiškia 15-25 metų.

### Diagnostika

Šizofrenijos diagnozei nustatyti būtini šiam sutrikimui būdingi simptomai, tokie kaip kliesdesiai, haliucinacijos, neorganizuota kalba ar elgesys ir neigiami simptomai kartu su socialiniais ar profesiniais sutrikimais trunkančiais mažiausiai 6 mėnesius, jei nėra kitos diagnozės, kuri geriau atspindėtų sutrikimą. (7)

Pagal „Psichikos sutrikimų diagnostinio ir statistinio vadovo“ penktąjį leidimą pateikiami šizofrenijos diagnostikos kriterijai:

A. Du ar daugiau charakteringų simptomų, pasireiškiančių didelę dalį laiko per mėnesį (kliesdesiai, haliucinacijos, netvarkinga, nenuosekli kalba, neadekvatus, katatoniškas elgesys, neigiami simptomai (sumažėję emocijos, kalbos skurdumas, sumažėjęs potraukis)).

B. Didelę laiko dalį nuo sutrikimo pradžios sumažėjęs darbingumas, tarpasmeniniai santykiai, rūpinimasis savimi. Prasidėjus vaikystėje, nepasiekiamas norimas tarpasmeninių, akademinų ar profesinių pasiekimų lygis.

C. Simptomai nepertraukiamai išlieka mažiausiai 6 mėnesius. Šis laikotarpis turi apimti bent mėnesį A kategorijos simptomų, gali būti ir prodrominių bei likutinių simptomų, jei liga yra gydoma. Šiais prodrominiais ar likusiais laikotarpiais sutrikimo požymiai gali pasireikšti tik neigiamais simptomais arba dviem ar daugiau simptomų, išvardytų A kategorijoje, susilpnėjusia forma (keisti įsitikinimai, neįprasti suvokimo išgyvenimai).

D. Šizoafektinis sutrikimas ir nuotaikos sutrikimas su psichozės simptomais buvo atmesti, nes kartu su aktyvios fazės (A kategorijos) simptomais nebuvo jokių didelių depresijos, manijos ar mišrių epizodų arba jei nuotaikos epizodai atsirado esant aktyvios fazės simptomams, visa jų trukmė buvo trumpa, palyginti su aktyvaus ir likusio periodo trukme.

E. Sutrikimas nėra susijęs su tiesioginiu fiziologiniu medžiagos (piktnaudžiavimo narkotikais ar vaistų

vartojimu) ar bendrosios sveikatos būklės poveikiu.

F. Jei pacientas turi autizmo sutrikimą ar kitą išplitusį raidos sutrikimą, papildoma šizofrenijos diagnozė nustatoma tik tuo atveju, jei bent mėnesį (arba mažiau, jei liga sėkmingai gydoma) taip pat yra ryškių kludiesių ar haliucinacijų. (22)

## Gydymas

Šizofrenija yra lėtinė liga ir šiuo metu ji yra neišgydoma. Pagrindiniai gydymo tikslai yra apsaugoti pacientą, kontroliuoti psichozės epizodus, palengvinti simptomus, užkirsti kelią atkryčiui ir palaikyti pacientą savarankiškai. (4) Gydymas apima vaistų skyrimą, psichoterapiją, psichosocialines intervencijas, šeimos paramą, bendradarbiavimą su pirminės sveikatos priežiūros gydytojais.

Nefarmakologinė terapija: Daugumai šizofrenija sergančių pacientų reikia reikšmingos socialinės paramos, tačiau esamos paramos paslaugos yra nepakankamos. Šizofrenija sergantys pacientai sudaro beveik trečdalį visų benamių. Jie yra netekę darbo, gyvenamosios vietos. Psichosocialinė rehabilitacija, apimanti ir bendruomenės švietimą, socialinių įgūdžių ugdymą, profesinę rehabilitaciją ir kognityvinę rehabilitaciją, gali padėti maksimaliai padidinti pacientų psichosocialinį funkcionavimą, integruotis į visuomenę, suteikia persikvalifikavimo galimybę ir palaiko žmogaus savarankiškumą. Šeimos nusišukimas nuo paciento gali sukelti dažnus atkryčius ir bloginti ligos eigą. Įrodyta, kad paciento šeimos / paramos sistemos įtraukimas į priežiūrą,

įskaitant terapiją šeimoje ir psichoedukaciją, padidina vaistų laikymosi režimą ir sumažina ligos atkryčio rodiklius. Psichosocialinės intervencijos, kai jos naudojamos kartu su medikamentais, yra veiksmingesnės nei vien tik antipsichoziniai vaistai. Psichoterapija, įskaitant pažintinę -elgesio terapiją, palaikomąją terapiją ir grupinę terapiją, skatina geresnę ligos valdymą. (23)

Pirma pagalba ūmios psichozės atveju. Pirmo pasirinkimo vaistai yra antipsichoziniai, greito veikimo. Pirmos kartos antipsichoziniai vaistai (dar žinomi kaip tipiniai), palyginti su naujesniais vaistais, labiau linkę sukelti ekstrapiramidinį nepageidaujamą poveikį (ty, distonines reakcijas, parkinsonizmą, akatiziją, vėlyvą diskineziją). Vartojant antros kartos vaistus (atipikus) ekstrapiramidinė simptomatika pasireiškia rečiau, tačiau su jų vartojimu gali didėti svoris ir rizika susirgti metaboliniu sindromu. (24) Benzodiazepinai gali būti naudojami laikinai, jei pacientas yra susijaudinęs.

Pirmas pasirinkimas ilgalaikiai terapijai yra monoterapija antros kartos antipsichotiku. Nėra konkrečių įrodymų, kuris vaistas yra veiksmingesnis. Pasirinkimas atliekamas atsižvelgiant į asmens širdies ir kraujagyslių ligas, tikėtiną veiksmingumą ir toleravimą. Šalutinis poveikis vaistų skirtingas, tačiau paprastai jie apima metabolinį poveikį (svorio padidėjimą, dislipidemiją ir gliukozės disreguliaciją), nepageidaujamą poveikį širdies laidžiajai sistemai (tachikardija; QT intervalo pailgėjimas), hiperprolaktinemiją ir sedaciją. (25) Olanzapinas, risperidonas, ir kvetiapienas dažniausiai vartojami vaistai. (26)



Rekomenduojamas nuolatinis palaikomasis gydymas: mažiausiai vienerius metus po pirmojo epizodo ir 2–5 metus sergant recidyvuojančia liga. Tačiau daugumai pacientų vaistus vartoti reikia visą gyvenimą. (27)

Jei gydymo antipsichoziniais vaistais metu, jis yra neveiksmingas arba nepageidaujamas poveikis yra netoleruotinas, keičiama monoterapija kitu antipsichoziniu vaistu. Keičiami vaistai į kitą grupę. Reiktų apsvarstyti galimybę pereiti prie ilgai veikiančių injekcinių antipsichozinių vaistų pacientams, kuriems dažni recidyvai (haloperidolis, olanzapinas, paliperidonas). (24) Tikėtina, kad klozapinas bus veiksmingas pacientams, kuriems atsparus gydymas po kelių antipsichozinių vaistų skyrimo, tačiau pavojingas neigiamas poveikis yra agranulocitozė (0,8 proc.) ir miokarditas (1 proc.). (27)

Elektrokonvulsinis gydymas gali būti skiriamas, kai psichoziniai simptomai, katatonija ir (arba) mintys apie savižudybę nereaguoja į farmakologinę terapiją, įskaitant klozapino skyrimą. (26)

### Išvados

Apibendrinant galima teigti, kad šizofrenijos paplitimas pasaulyje siekia 1% ir kasmet 10000 žmonių tenka 1,5 naujas ligos atvejais. Šizofrenija sergantiems dažniau nei sveikiems pasireiškia depresija, nerimo sutrikimai, bei šie žmonės dažniau bando nusižudyti. Nėra nei vieno specifinio klinikinio simptomo, kuris patvirtintų diagnozę. Todėl dažnai diagnozė nustatoma naudojantis tam tikrais klinikiniais kriterijais. Tam reikia

ne tik apklausti ir stebėti pacientą, bet ir bendradarbiauti su jo artimaisiais ir draugais, siekiant gauti kuo daugiau informacijos apie buvusius simptomus. Svarbu, kad gydymo procese dalyvautų šeima, rekomenduojama lankytis palaikymo grupėse. Šeimos bendradarbiavimas ir laikymasis paskirto gydymo režimo padeda pacientams ilgiau išlikti funkcionaliems.

### Literatūros sąrašas

1. Radhakrishnan R, Ganesh S, Meltzer HY, Bobo W V, Heckers SH, Fatemi HS, et al. Schizophrenia. In: Ebert MH, Leckman JF, Petrakis IL, editors. Current Diagnosis & Treatment: Psychiatry, 3e [Internet]. New York, NY: McGraw-Hill Education; 2019.
2. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. The Lancet [Internet]. 2016 Jul;388(10039):86–97. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6)
3. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev. 2008 ;30:67–76.
4. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. Schizophr Res. 2007 May;92(1–3):41–9.
5. Cantor-Graae E et al: Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. Am J Psychiatry.162(1):12-24, 2005 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental

- Disorders. American Psychiatric Association; 2013 . 271–279 p.
6. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. Vol. 22, International Review of Psychiatry. 2010. p. 417–28. Clarke MC, Harley M, Cannon M. The role of obstetric events in schizophrenia. Schizophr Bull. 2006 Jan ;32(1):3–8.
  7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. American Psychiatric Association; 2013 . 271–279 p.
  8. Werbeloff N, Levine SZ, Rabinowitz J. Elaboration on the association between immigration and schizophrenia: a population-based national study disaggregating annual trends, country of origin and sex over 15 years. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2012 ;47(2):303–11.
  9. Clarke MC, Harley M, Cannon M. The role of obstetric events in schizophrenia. Schizophr Bull. 2006 Jan ;32(1):3–8.
  10. Brown AS, Derkits EJ. Prenatal infection and schizophrenia: a review of epidemiologic and translational studies. Am J Psychiatry . 2010 Mar ;167(3):261–80.
  11. Mortensen PB, Nørgaard-Pedersen B, Waltoft BL, Sørensen TL, Hougaard D, Torrey EF, et al. Toxoplasma gondii as a Risk Factor for Early-Onset Schizophrenia: Analysis of Filter Paper Blood Samples Obtained at Birth. Biol Psychiatry. 2007 Mar 1;61(5):688–93.
  12. Riordan-Eva P. Anatomy & Embryology of the Eye. In: Riordan-Eva P, Augsburger JJ, editors. Vaughan & Asbury's General Ophthalmology, 19e . New York, NY: McGraw-Hill Education; 2017.
  13. Brown AS, Schaefer CA, Quesenberry CP, Shen L, Susser ES. No evidence of relation between maternal exposure to herpes simplex virus type 2 and risk of schizophrenia? Am J Psychiatry. 2006;163(12):2178–80..
  14. Kong A, Frigge ML, Masson G, Besenbacher S, Sulem P, Magnusson G, et al. Rate of de novo mutations and the importance of father's age to disease risk. Nature . 2012 Aug 23 ;488(7412):471–5.
  15. Kringlen E. Twin studies in schizophrenia with special emphasis on concordance figures. Vol. 97, American Journal of Medical Genetics - Seminars in Medical Genetics. 2000. p. 4–11.
  16. Allen DN, Strauss GP, Barchard KA, Vertinski M, Carpenter WT, Buchanan RW. Differences in developmental changes in academic and social premorbid adjustment between males and females with schizophrenia. Schizophr Res. 2013 May;146(1–3):132–7.
  17. Buchanan R.W., Carpenter W.T.: Schizophrenia and other psychotic disorders. Sadock B.J. Sadock V.A.. 2005. Lippincott Williams and Wilkins Philadelphia: pp. 1329-1345.
  18. Varese F et al: Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. Schizophr Bull. 38(4):661-71, 2012.
  19. American Psychiatric Association: Delirium. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013:596-601

20. Freudenreich O et al: Psychosis and schizophrenia. In: Stern TA et al, eds: Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry. Philadelphia, PA: Elsevier, 2016: 307-33.e7.
21. Thomas P, Mathur P, Gottesman II, Nagpal R, Nimgaonkar VL, Deshpande SN. Correlates of hallucinations in schizophrenia: A cross-cultural evaluation. *Schizophr Res.* 2007 May;92(1-3):41-9.
22. Cermolacce M, Sass L, Parnas J. What is bizarre in bizarre delusions? A critical review. *Schizophr Bull* 2010; 36:667.
23. Sin J, Norman I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: A mixed-method systematic review. Vol. 74, *Journal of Clinical Psychiatry. Physicians Postgraduate Press Inc.*; 2013. p. e1145-62.
24. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *Lancet.* 2009 Jan 3;373(9657):31-41.
25. Ames D et al: Detecting and managing adverse effects of antipsychotic medications: current state of play. *Psychiatr Clin North Am.* 39(2):275-311, 2016
26. Hasan A et al: World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia - a short version for primary care. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 21(2):82-90, 2017
27. Lieberman JA et al: Psychotic disorders. *N Engl J Med.* 379(3):270-80, 2018