

REMISIJA V SHIZOFRENIJI

*Miloš Židanik**

Izvleček: Izrazit napredek na polju psihofarmakoterapije shizofrenije v zadnjih letih nam omogoča zahtevnejše terapevtske cilje. Pri tem so nam v pomoč kriteriji za remisijo v shizofreniji, ki nam dajejo orientacijo glede dosežene stopnje umiritve bolezni. Začasno sprejeti kriteriji zahtevajo, da je opazovani bolnik brez ali z največ blagimi pozitivnimi ali negativnimi simptomi bolezni v časovnem razponu vsaj šestih mesecev.

UVOD

Izrazit napredek v razumevanju shizofrenije v zadnjih letih, tako njenih vzrokov, kot poteka in zdravljenja, je na površje potegnil potrebo tako laične javnosti, še posebej bolnikov in njihovih svojcev, pa tudi pravnikov in strokovnjakov, po jasni definiciji tako kliničnega stanja bolezni, kot izboljšanja, vključno s pojmom remisije in ozdravitve. Kriterije potrebujemo, ker nam nudijo večjo jasnost pri ciljeh zdravljenja. Hkrati so ključnega pomena za načrtovanje in evaluacijo rezultatov kliničnih raziskav in preko tega za primerjalno ugotavljanje, katere terapevtske poti so najbolj učinkovite (1). Postavljeni kriteriji predstavljajo izziv za terapevte, da prilagodijo svoja terapevtska pričakovanja, zastavijo ambicioznejše cilje za dolgoročni izid shizofrenije in jih sporočajo bolnikovim družinskim članom. Na ta način lahko bolnikom in njihovim svojcem pomagamo, da bolj optimistično zrejo na bolezen in da vidijo shizofrenijo kot bolezen, ki jo lahko nadzorujejo (2). Tisti bolniki, ki dosežejo remisijo, uspejo z višjo stopnjo izobrazbe, so praviloma zaposleni, imajo več vsakodnevnih aktivnosti, so bolj zadovoljni s terapijo in terapevtskim odnosom, imajo boljše družinske in socialne stike, živijo zunaj institucij, so manj obremenjujoči za sorodnike in psihiatrično službo (3).

Naloga kriterijev za remisijo v shizofreniji je precej zahtevna zaradi velike različnosti možnih potekov bolezni skozi čas in zaradi različne pojavnosti odklonov od običajnega, tako na polju simptomatike, kot splošnega življenjskega in kognitivnega funkcioniranja. Zato lahko tudi kriterije, ki jih navajam v tem prispevku, razumemo kot nekaj prehodnega, kot nekaj, kar se bo z leti še spreminjalo glede na podatke in spoznanja, ki bodo še sledili (1).

KRITERIJI ZA REMISIJO V SHIZOFRENIJI

Remisija ni isto kot ozdravitev, ki predstavlja dolgoročni cilj zdravljenja. Kljub temu, da kriteriji niso zastavljeni zelo visoko, pa ne bodo vsi bolniki dosegli te stopnje izboljšanja. V zadnjem času sta dve delovni skupini, ena ameriška in druga evropska, predlagali kriterije za remisijo v shizofreniji (2). Ameriška je pohitela in svoje delo pred kratkim

* asist. mag. Miloš Židanik, dr. med., Dispanzer za psihohigieno, Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, E-pošta: Milos.Zidanik@zd-mb.si

objavila. Predlagani kriteriji vsebujejo dvoje elementov: simptomatsko orientirani kriteriji pokrivajo jedrne simptome v shizofreniji (nizki dosežki na osmih postavkah lestvice PANSS, ki upošteva tako pozitivne, kot negativne simptome) ter časovni kriterij (trajanje vsaj šest mesecev). Sicer je možno kriterije zajeti tudi z drugimi lestvicami, vendar avtorji menijo, da je uporaba PANSS lestvice najenostavnejša, ker pokrije vse pomembne simptome. Diagnostične postavke za shizofrenijo po DSM-IV (4) so pokrite s sledečimi postavkami lestvice PANSS (1):

- blodnje – postavki P1 (blodnje) in G9 (neobičajne miselne vsebine)
- zaznavne motnje – postavka P3 (vedenje pod vplivom zaznavnih motenj)
- dezorganiziran govor – postavka P2
- dezorganizirano ali katatono vedenje – postavka G5
- negativni simptomi – postavke N1 (čustvena splitvenost), N4 (socialni umik) in N6 (nespontnost)

Bolnika moramo označiti kot »blago bolnega« ali boljšega na vseh postavkah (3 ali manj na PANSS lestvicah), da izpolni kriterije za remisijo (1, 2).

RAZPRAVA

Najprej se lahko ustavimo že pri vprašanju, ali je definicija remisije ustrezna glede na to, da so dovoljeni blagi simptomi. Avtorji menijo, da gre tu za kompromis, ker bi bili strožji kriteriji težko dosegljivi za velik del bolnikov. Hkrati pa sodijo, da blagi simptomi ne motijo posameznikovega funkcioniranja (1). Njihovi kritiki vračajo vprašanje, ali sploh lahko pričakujemo remisijo pri bolnikih s shizofrenijo. Običajno namreč ne pričakujemo, da bi v obdobju remisije v polnosti dosegli normalno življenjsko funkcioniranje. Povsem biološki učinki in razvojne naloge odraščanja in staranja se prepletajo s posledicami trpljenja za boleznijo, tako zaradi simptomov, stranskih učinkov zdravljenja kot družbene stigmatizacije, čemur lahko dodamo še praviloma slabo premorbidno funkcioniranje. Pri večini bolnikih s shizofrenijo opažamo moteno kognitivno funkcioniranje že iz dobe zgodnjega otroštva (5). Vidimo, da gre pri tej razpravi bolj za vprašanje naših lastnih profesionalnih predstav o shizofreniji, njenem poteku, vplivu na človeka in njegovo življenje.

Evropski avtorji ugotavljajo, da so trenutni ameriški kriteriji osredotočeni predvsem na jedrne simptome. Tudi drugi pojavi bi lahko bili del kriterijev za remisijo v shizofreniji, kot npr. kognitivni deficiti, psihosocialno funkcioniranje in samomorilnost. Vendar sprejmejo možnost, da določeni simptomi niso diagnostično pomembni ali značilni za motnjo in jih zato ne vključijo med kriterije. Kajti srečujemo visoke različnosti izida bolezni, ki je pogojena z drugimi dejavniki, kot npr. zaradi možnosti zdravstvene oskrbe in kulturne pogojenosti, kar ustvarja veliko geografskih in socioekonomskih razlik. Dokler se ti fenomeni ne definirajo zadovoljivo in dokler ne obstaja univerzalno uporaben instrument, ki bi te dejavnike uspešno zajemal, vključitev med kriterije za remisijo ni smiselna (2).

Kot rečeno, remisija še ne pomeni ozdravitve, ker dopušča blage simptome. S tem se shizofrenija približuje drugim kroničnim telesnim boleznim, ki tudi poznajo svoje zagone

in remisije, kot npr. multipla skleroza, kjer je remisija povezana z residualno simptomatiko (6). Seveda to, da je bolnik v simptomatski remisiji, še ne pomeni, da dobro funkcionira, ker lahko drugi elementi bolezni (kognitivne in motnje čustvovanja) bistveno vplivajo na njegovo kakovost življenja. Vendar je ta definicija simptomatske remisije klinično pomembna, dosegljiva za velik del bolnikov v vsakodnevni klinični praksi in se jo lahko ugotavlja kadarkoli med potekom bolezni. Remisija je nujen korak naprej k ozdravitvi, ki zahteva še izboljšanje na drugih področjih človekovega udejstvovanja in se kaže v kvaliteti življenja in dobrem psihosocialnem funkcioniranju (2)

In prve številke?

S prvimi aplikacijami omenjenih kriterijev so pokazali, da približno dve tretjini bolnikov, ki so bili »klinično stabilni« ne dosegata kriterijev za remisijo. Od teh jih je po spremembi terapije in uvedbi depojske oblike risperidona v remisijo prešlo še 20,8 %, delež ljudi brez znakov bolezni, tistih z zelo blago in blago obliko bolezni, pa je z 39 narasel na 88 % (7). Ti rezultati kažejo na pomen, ki jih imajo postavljeni kriteriji za remisijo, da se kot terapevti pri bolnikih ne zadovoljimo s »stabilno remisijo«, temveč poskušamo najti ustrežnejšo terapijo za boljši izid zdravljenja (2). V isti raziskavi se je depojska oblika risperidona pokazala tudi kot zelo učinkovit preparat za preprečevanje ponovitve bolezni: od tistih bolnikov, ki so bili že na začetku raziskave v remisiji glede na postavljene kriterije (n = 184/578), jih je kar 84,8 % ohranilo remisijo po letu dni zdravljenja (7). Opazovane rezultate glede doseganja remisije v shizofreniji s pomočjo depojske oblike risperidona so potrdili tudi v drugih raziskavah (8), kar pomeni, da že imamo na voljo odličen preparat, ki bistveno in dolgoročno izboljša psihično stanje velikega dela bolnikov ter preko tega izboljša terapevtsko sodelovanje in njihovo splošno življenjsko funkcioniranje.

ZAKLJUČEK

Pri veliki depresiji so raziskovalci predstavili koncept remisije že pred petnajstimi leti (9) in remisija je danes realen cilj zdravljenja, ne le pri veliki depresiji, temveč tudi pri anksioznih motnjah, ne glede na njen potek. Danes se srečujemo s predlaganimi kriteriji za remisijo v shizofreniji. Spodbujajo nas, da spremenimo lastna pričakovanja glede izida zdravljenja bolnikov s shizofrenijo in postavimo ambicioznejše cilje. Upam, da bomo čez petnajst let lahko rekli, da je remisija v shizofreniji realen cilj ter da je bila postavitve kriterijev za remisijo eden od pomembnih pomnikov na tej poti.

LITERATURA

- 1 Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 441–449.
- 2 Van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J et al. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2006; 113(2): 91–5.

- 3 Helldin L. Data presented at the 18th Congress of the European College of Neuropsychopharmacology (ECNP). Amsterdam, 2005.
- 4 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.
- 5 Jeste DV, Twamley EW. Understanding and Managing Psychosis in Late Life. *Psychiatric Times* 2003; XX (3).
- 6 Miller JR. Multiple Sclerosis. In: Rowland P, ed. *Merritt's neurology*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000: 778–787.
- 7 Lasser RA, Bossie CA, Gharabawi GM, Kane JM. Remission in schizophrenia: results from a 1-year study of long-acting risperidone injection. *Schizophrenia Research* 2005; 77: 215–227.
- 8 Kissling W et al. Direct transition to long-acting risperidone – Analysis of long term efficacy. *J Psychopharmacol* 2005; 19(Suppl. 1): 15–21.
- 9 Frank E, Prien RF, Jarrett RB. Conceptualization and rationale for consensus definition of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 851–5.