

DOI 10.7251/PSY1901058S ; UDK 616.895-008.45:159.97

2019; 8(1-2): 58-61

DELUZIONI POREMEĆAJ – SOMATSKI TIP

Rusmir Softić¹
Sadina Osmanović²
Mitra Mirković Hajduković³
Elvir Bećirović³

¹Klinički Centar Univerziteta u Sarajevu, Psihijatrijska klinika

²JZU „Zdravstveni Centar Brčko“

³Univerzitetski klinički centar Tuzla, Klinika za psihijatriju

Prikaz slučaja

Sažetak

Deluzioni poremećaj spada u kategoriju psihotičnih poremećaja. Nekada smatran rijetkim, u psolejdnje vrijeme pomjeren je u centar kliničke pažnje. Još uvijek nema dokaza o efikasnom tretmanu ovog poremećaja. Somatski tip deluzionog poremećaja je posebno intrigantan jer pacijenti odbijaju prihvatiti da su psihički oboljeli i, po pravilu se protive psihijatrijskom liječenju. Prikaz slučaja: pacijent dobi od 40 godina primljen je na Kliniku za psihijatriju sa tegobama vezanim uz somatske sisteme. Čvrsto je vjerovao da ima intracerebralnu aneurizmu. Predhodno je podvrgavan obimnim medicinskim ispitivanjima i pregledima koji su bili negativni. Započet je tretman sa malim dozama risperidona i paroksetina bez ikakvog pozitivnog učinka tokom tri sedmice liječenja. Pacijent je insisitirao na otpustu navodeći da želi biti podvrgnut detaljnijim dijagnostičkim procedurama. Nakon otpusta prekinuo je sa medikacijom i nije se pojavio na zakazanim kontrolnim pregledima. Zaključak: iako rijedak, somatski tip deluzionog poremećaja je prisutan u kliničkoj praksi, posebno na nepsihijatrijskim odjeljenjima. S obzirom na teškoću prihvaćanja psihičkog porijekla tegoba, očekivan je jednostrani prekid terapijskog odnosa od strane pacijenta.

Ključne riječi: deluzioni poremećaj, somatski tip

UVOD

Nekada nazivan paranoja deluzioni (sumanut) poremećaj je klasificiran u kategoriju psihotičnih poremećaja. Prema važećim klasifikacijskim sistemima dijagnoza deluzionog poremećaja se postavlja kada pacijent prezentira nebizarne deluzije koje traju najmanje mjesec dana, a isključena je

dijagnoza shizofrenije ili afektivnog poremećaja (1). Ličnost pacijenta je obično očuvana, bez masivne destrukcije kakvu vidamo u shizofreniji (2). Procjenjuje se da se javlja u 0.3-0.5% hospitaliziranih psihijatrijskih pacijenata, te da čini 2.7% od svih „funkcionalnih“ psihoza. Prevalenca se procjenjuje na 24-30/100000 (3, 4) U vrijeme početka bolesti pacijenti su nešto stariji u

odnosu na one sa shizofrenijom i za većinu oboljelih to je raspon od 34-45 godina starosti (5). Yamada i saradnici izvještavaju da oboljeli od persekutornog tipa imaju najviše godina na početku bolesti, a oboljeli od somatskog tipa najmanje (6). Čini se da se javlja nešto više u žena. Somatski tip deluzionog poremećaja (DDST) je jedan od sedam podtipova deluzionog poremećaja (7). Karakterišu ga sistematizirane deluzije koje se manifestuju kao tjelesne tegobe.

Za opisivanje ovog poremećaja ranije se upotrebljavao termin monosimptomatska hipohondrijska psihoza, a diferenciranje od ostalih hipohondrijskih stanja vršeno je po stepenu narušenosti testiranja realiteta (8). Munro (9) je diferencirao tri osnovna tipa DDST i to: sumanutosti infestacije različitim infektivnim agensima što uključuje i deluzionalne parazitoze (Ekblom's syndrome) što bi, u odsustvu drugih psihijatrijskih simptoma, bila jedna od najčešćih manifestacija ovog poremećaja. Drugi tip je dismorfofobija koja se manifestira uvjerenjem o sopstvenom ružnom izgledu, promjenjenoj veličini određenih dijelova tijela itd. Treći osnovni tip DDST je halitosis ili deluzija o produkciji neugodnog tjelesnog mirisa, obično iz vagine ili nekog drugog tjelesnog otvora.

Usprkos napretku u istraživanju etiologije psihičkih oboljenja, modernim klasifikacijama bolesti i naporima stručnjaka da unaprijede dijagnostikovanje, kliničari su uglavnom loše informirani o ovom poremećaju i registrišu tek nekoliko slučajeva tokom svoje prakse (10). O etiologiji deluzionog poremećaja, a tako i DDST nedovoljno se zna. Biološki orijentirane teorije ukazuju na mogućnost postojanja hipoperfuzije temporalnih i parijetalnih lobusa mozga u pacijenata sa DDST (11, 12). Postoje izvještaji o izrazitom proširenju lateralnih ventrikula, nađenim u MRI studijama u oboljelih, a autori ističu da je to proširenje izraženije čak i u odnosu na pacijente sa shizofrenijom (13). Pronađeni su i određeni genetski markeri poput varijacije gena za dopaminski D4 receptor, te neki drugi (14, 15). Iako se smatra rijetkim DDST često ne bude prepoznat. Osobe koje pate od ovog poremećaja, ukoliko uopšte dođu do ljekara, uglavnom se liječe kod dermatovenerologa,

interniste, infektologa ili plastičnog hirurga dok simptomi mogu biti shvaćeni i kao blaga forma shizofrenije (16). Opasnost od suicida je realna, a utoliko je veća, ukoliko se poremećaj ne liječi adekvatno.

PRIKAZ SLUČAJA

Pacijent bez istorije ranijih psihijatrijskih smetnji i liječenja, u dobi od 40 godina hospitaliziran je u klinici za psihijatriju u Tuzli zbog izraženog uvjerenja da je tjelesno obolio. Uporno se žalio na glavobolju i slabost, tvrdeći da u krvnim sudovima mozga ima „aneurizmu“ koja se „puni krvlju“ zbog čega ima „oscilacije krvnog pritiska“. Smetnje su intenzivno prisutne tokom posljednjih šest mjeseci i, preokupirajući ga, bitno su uticale na svakodnevno funkcioniranje pacijenta u radnom i porodičnom okruženju.

Pacijent je oženjen, otac jednog djeteta, fakultetski obrazovan, a zaposlen je kao vlasnik privatne firme. Nije bilo aktualnih psihosocijalnih stresora koje bi koincidirali za početkom bolesti. Somatski i neurološki pregled bili su uredni. U psihičkom statusu konstatuje se čvrst deluzioni sistem, paranoički po strukturi, a hipohondrijski po tematici. Nije bilo poremećaja perceptivnih funkcija, kognitivne funkcije bile su uredne. Osnovno raspoloženje nešto sniženo, u skladu sa sadržajem mišljenja. Pacijent je bio visoko anksiozan i napet, zabrinut za svoje (tjelesno) zdravlje. Rezultati osnovnih laboratorijskih pretraga bili su u referentnim vrijednostima. CT mozga i EEG su takođe bili uredni. Pacijent nije reagovao na razuvjeravanje i negativne dijagnostičke testove, uvijek iznova insistirajući na novim, sofisticiranijim pregledima i pretragama. Uvedena je terapija malim dozama risperidona (2 mg/d), te paroksetinom u dozi od 20 mg/d. Pacijent je terapiju podnosio dobro, a nusfekti nisu registrirani. Usprkos terapiji deluzioni sadržaj mišljenja perzistira. Nakon tri sedmice hospitalnog tretmana pacijent insistira na demisiji koja se protivno savjetu ljekara i učini. Na kontrolni pregled nikada se nije javio.

DISKUSIJA

Osnovna karakteristika deluzionog poremećaja jeste tvrdokornost nebizarnih deluzija. I drugi autori izvještavaju da su pacijenti sa DDST „dobro njegovani“, bez pada u sferi generalne funkcionalnosti kakvu bi očekivali u oboljelog od shizofrenije (17). Naš pacijent je funkcionisao relativno dobro u porodičnom okruženju. Uspješno je vodio porodični biznis. Visok nivo ankisoznosti bio je rezultat preokupacije morbidnim sadržajem mišljenja. Ovakvi pacijenti često su i socijalno izolovani, uglavnom zbog osjećaja stida i straha od fatalnih posljedica „bolesti“. U sferi crta ličnosti našli smo naglašen egocentrizam, rigidnost kognitivnih shema i sklonost argumentiranju. Slične opise nalazimo i u izvještajima drugih autora koji su se bavili ovom tematikom (18, 19). Početak bolesti može koincidirati sa stresnim životnim događajem ili gubitkom, a deluzije mogu biti shvaćene kao pokušaj reuspostavljanja narušenog samopoštovanja i pozitivnog self

imagea. U našeg pacijenta nismo našli anamnestički podatak koji bi govorio o nesvakidašnjem stresnom događaju i/ili gubitku.

Usprkos činjenici da je deluzioni poremećaj prepoznat u važećim dijagnostičkim klasifikacijama, jako je malo kvalitetnih istraživanja koji bi adresirali ovaj entitet. Takođe je malo dokaza na osnovu kojih bi formirali smjernice za tretman ove bolesti, te se oslanjamo na terapijske pristupe koje inače koristimo u tretmanu ostalih psihijatrijskih poremećaja. Budući da je riječ o psihotičnom poremećaju, u terapiji koristimo slične pristupe koji su preporučeni za tretman drugih psihotičnih poremećaja (20).

ZAKLJUČAK

Somatski podtip deluzionog poremećaja je psihotični poremećaj za kojeg, za sada, nema dokazano efikasnog tretmana. Suradljivost pacijenta je najčešće upitna što kompromituje rezultate liječenja.

Literatura

1. World Health Organization: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders - Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva, WHO; 1992.
2. Munro A. Persistent delusional symptoms and disorders. In: Gelder M, Andreasen N, Lopez-Ibor J, Geddes J editor(s). New Oxford Textbook of Psychiatry. 2nd Edition. Vol. 1, Oxford University Press; 2009. p. 609-28.
3. Winokur G. Delusional Disorder (Paranoia). Comprehensive Psychiatry. 1977; 18: 511-521.
4. Manschreck, TC. Delusional Disorder and Shared Psychotic Disorder. In: Sadock BJ, Sadock V (eds.). Comprehensive Textbook of Psychiatry- Seventh Edition 2000; 1243-1262.
5. Grover S, Gupta N, Mattoo SK. Delusional disorders: An overview. German J Psychiatry. 2006; 9: 62-73.
6. Yamada N, Nakajima S, Noguchi T. Age at onset of delusional disorder is dependent on the delusional theme. Acta Psychiatrica Scandinavica. 1998; 97: 122-124.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
8. Kay J, Tasman A. Essentials of Psychiatry. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2006.
9. Munro A. Phenomenological aspects of monodelusional disorders. The British Journal of Psychiatry. 1991; 159 (Suppl 14): 62-64.
10. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott and Williams & Wilkins Publishers; 2000.
11. Narumoto J, Ueda H, Tsuchida H, Yamashita T, Kitabayashi Y, Fukui K. Regional cerebral blood flow changes in a patient with delusional parasitosis before and after successful treatment with risperidone: a case report. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry. 2006; 30: 737-40.
12. Wada T, Kawakatsu S, Komatani A, Okuyama N, Otami K. Possible association between delusional disorder, somatic type and reduced regional cerebral blood flow. Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry. 1999; 23: 352-71.
13. Howard RJ, Almeida O, and Levy R et al. Quantitative MRI volumetry distinguishes delusional disorder from late onset schizophrenia. British Journal of Psychiatry. 1994; 165: 478-480.
14. Catalano M, Noobile M, Novelli E. Distribution of a novel mutation in the first exon the human dopamine D4 receptor gene in psychotic patients. Biological Psychiatry. 1993; 34: 459-464.
15. Zenner MT, Nobile M, Henningsen R, Smeraldi E, Civelli O, Hartman DS, Catalano M. Expression and characterization of a dopamine D4R variant associated with delusional disorder. FEBS Lett. 1998; 422: 146-150.
16. Jacobson L J, Jacobson A. Psychiatric Secrets (The Secrets Series). 2nd ed. Philadelphia: Hanley & Belfus Inc.; 200.
17. Kepska A, Hawro T, Krupinska- MK, Zalewska A. Somatic-type Delusional Disorder: A Case Report and Comments. Acta Derm Venerol. 2011; 193-194.
18. Manschreck TC. Delusional disorder: the recognition and management of paranoia. J Clin Psychiatry. 1996; 57 (Suppl 3): 32-38.

19. de Portugal E, González N, Haro JM, Autonell J, Cervilla JA. A descriptive case-register study of delusional disorder. *Eur Psychiatry*. 2008; 23: 125–133.

20. Skelton M, Khokhar W, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; Issue 5.

SOMATIC-TYPE DELUSIONAL DISORDER

Rusmir Softić¹
Sadina Osmanović²
Mitra Mirković Hajduković³
Elvir Bećirović³

¹ Clinical Center of the University of Sarajevo, Clinic for Psychiatry

² Public Health Institution "Health Center Brčko"

³ University Clinical Center Tuzla, Clinic for Psychiatry

Abstract

Delusional disorder is classified with schizophrenia and other psychotic disorders. After being considered rare and unworthy of clinical care, recently the delusional disorder has been moved to the center of clinical attention. However, there is no clinical evidence for the treatment of this disorder. The somatic type of delusional disorder is particularly intriguing because patients are not considered mentally ill and, as a rule, are opposed to psychiatric treatment. Case Report: Patient 40 years old has been admitted to the psychiatry department with complaints about somatic systems. He firmly believed that he had an intracerebral aneurysm. Prior to that, he was subjected to extensive medical examinations that were all negative. Treatment with small doses of risperidone and paroxetine was introduced without any positive effect during three weeks of psychiatric hospitalization. The patient insists on discharge, explaining that he wants a more sophisticated diagnostic tests. After the discharge, he stopped psychiatric treatment and did not come to follow up sessions. Conclusion: Although a rare, somatic type of delusional disorder can be present in clinical practice, especially in non-psychiatric departments. Given the difficulties in accepting the psychic origin of the disorder, one-sided termination of the therapeutic relationship is highly expected.

Key words: delusional disorder, somatic type

Autor za korespondenciju:

Rusmir Softić, Klinički centar univerziteta u Sarajevu, Psihijatrijska klinika, Bolnička 25, 71000 Sarajevo,
telefon: +387 61 135 241, e mail: dr.softic@gmail.com