

ТРИ СЛУЧАЯ НА ШИЗОФРЕНИЯ ПРИ ЮНОШИ С МИНИМАЛНИ ФИЗИЧЕСКИ АНОМАЛИИ И ЗАЕКВАНЕ

Е. Иванова¹ и П. Манолова-Колева²

¹Клиника по психиатрия, УМБАЛ „Александровска” – София

²Център за психично здраве – Пловдив

Резюме. Представени са три случая на юноши със заекване, с последващ дебют на шизофрения. Тримата пациенти са лекувани с risperidone (INN) в дози до 4,5 mg. И тримата имат прояви на минимални физически аномалии (МФА) – готическо небце. Пациентите с шизофрения и по-голям брой МФА по-често са с неблагоприятен ход на протичане на психичното заболяване и прояви на терапевтична резистентност.

Ключови думи: шизофрения, готическо небце и заекване

THREE CASES OF SCHIZOPHRENIA IN ADOLESCENTS WITH MINIMAL PHYSICAL ANOMALIES AND STUTTERING

E. Ivanova¹ and P. Manolova-Koleva²

¹Clinic of Psychiatry, University Multiprofile Hospital for Active Treatment “Alexandrovskia” – Sofia

²Center for Mental Health – Plovdiv

Abstract. Three cases of adolescents with stuttering, with a subsequent debut of schizophrenia. The three patients were treated with risperidone (INN) at doses up to 4.5mg. All three have minimal physical anomalies (MPA), a gothic palate. Patients with schizophrenia and a large number of MPA more likely to have an unfavorable course of mental illness and manifestations of therapeutic resilience.

Key words: schizophrenia, gothic palate and stuttering

Шизофренията представлява група от разстройства, характеризиращи се с клиничен полиморфизъм, протичане и изход. Дебютът на шизофренията при мъжкия пол е в по-ранна възраст, по-често се установява фамилна обремененост, с по-тежко клиничното протичане е и прогнозата е по-лоша. Проучвания сред шизофренни популации сочат, че при тези пациенти по-често се установяват минимални физически аномалии (МФА), насочващи към нарушено развитие на ектодермалните структури по време на ембриогенезата [3]. Мозъчните структури имат общ ембрионален произход с други ектодермални структури: главата, устата, очите, ушите, ръцете и краката. Тези случаи позволяват шизофренията да се разглежда, като „аномалия на развитието”.

Представяме три случая на юноши със заекване, МФА – високо твърдо (готическо) небце, с последващ дебют на шизофрения. Пациентите са проследени за период от 2 години.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

За оценка на интелект, памет и внимание бяха използвани стандартизирани методи. Логопедичната оценка включваше изследване на самостоятелната (устна и писмена) реч: четене, съпроводена, отразена, шепотна, диалогична, автоматизирана и ритмична реч; речево дишане, фонация, артикулационен апарат, импресивна и експресивна реч. Определено беше ниво на „логофобия” по Моссуловин [2].

ПЪРВИ СЛУЧАЙ

Юноша (М.Г.Б.) на 17 години, ученик в професионална гимназия е без съпътстващо телесно заболяване и без фамилна обремененост с психични разстройства.

От анамнезата: Роден е от първа нормално протекла бременност и раждане. Прохожда и проговаря навреме. Тазоворезервоарните функции са овладени в рамките на нормата. Отглеждан е в семейна среда с хармонични отношения между родителите. Посещава детска ясла и градина, с добра адаптация. Общителен е и обича да играе с другите деца. Започва училище на 7-годишна възраст, умее да спазва правила и граници. С отлични оценки в училище е до една година преди явяването си в Клиниката, когато понижава успеха си, трудно се концентрира, отказва да посещава училище и не общува със съучениците си. Отрича да употребява психоактивни вещества.

Когато пациентът е на 10-годишна възраст, е търсена консултация с логопед по повод на заекване. Логопедичната терапия е кратка и не води до трайни ремисии.

Доведен е в Клиниката за консултация от майката по повод нарушен сън (инверсия), самоизолация, кататонно субступорни симптоми, отказ от включване в дейности, ограничаване на интересите и заниманията, трудности в обучителния процес.

Соматични особености – високо “готическо” небце.

Психичен статус. Пациентът е в ясно съзнание, с добър външен вид. Отговаря кратко на зададените въпроси, дистантен и некомуникативен е. Налице е мисловна разкъсаност. Гледа втренчено надолу и избягва очен контакт. Има редуцирана лицева експресия и липса на жестава комуникация. Отсъства интерес към обкръжението, емоционално хладен е. Вниманието му е неустойчиво.

От психологичното изследване. Интелектът на пациента е в норма. Установени са нарушена фиксационна памет, мисловна разкъсаност, със запазена граматическа структура на речта; неустойчивост на вниманието и намалена работоспособност.

При логопедично изследване са констатираны нарушения на темпа и интонацията, монотонност на гласа, брадилалия, недостатъчна сила на гласа, назалитет и артикулационни особености. Спазмите са съчетани артикулационни и

дихателни. Писмената реч е с леко нарушение в графизма.

Лечение: Предписан му е risperidone (INN), титриран до 4 mg дневно със сравнително добър начален терапевтичен ефект. Поддържаща терапия е със същия медикамент – 3,5 mg дневно за период от 2 години. Понастоящем пациентът 8 години след първоначалната оценка провежда лечение с lеропех (INN) – 350 mg дневно.

ВТОРИ СЛУЧАЙ

Юноша (А.Г.Р.) на 15 години, ученик в езикова гимназия, е с фамилна обремененост – вуйчо с шизофрения.

От анамнезата. Пациентът е второ дете в семейството. Има сестра една година по-голяма от него. Роден е от втора нормално протекла бременност и раждане. Няма данни за нарушения в ранното нервно-психично развитие. Отглеждан е в семейна среда до 3-годишна възраст. Социализиран е в детска градина със сравнително добра адаптация. Енергично дете е, общително, лесно се сприятелява с връстниците – много обича да играе футбол и тенис. Има предложения за прием в спортно училище, но родителите го насочват към общообразователно. По желание на родителите започва училище на 6-годишна възраст, „за да бъде в един клас със сестра си”. Поради смъртта на майката двамата със сестра му посещават психолог за период от 6 месеца.

На 8 години пациентът е воден на логопед по повод заекване и е включен в логопедична програма – два пъти седмично, с добър ефект.

Доведен е за консултация от бащата (майката загива при пътно-транспортно произшествие, когато пациентът е 9-годишен). Повод за консултацията са самоизолация, отказ от общуване дори с най-близките, агресивно поведение спрямо сестрата. Без причина преустановява тренировките по любимия си спорт (футбол). Не се справя в училище, понижава успеха си по всички предмети. Започва да чете езотерична литература. Проявява избирателност към храни, които подбира по цвят. Скита по парковете, за да търси „източници на природна енергия”. Занемарява хигиена си. Отрича да употребява психоактивни вещества.

Соматични особености – високо “готическо” небце.

Психичен статус. Пациентът е в ясно съзнание по време на прегледа при нас. Външният му

вид е занемарен. На зададените въпроси отговаря кратко. Отбягва очен контакт. Отказва контакт, неколкостранно изразява желание да си ходи. Вниманието му е неустойчиво. Емоционално нивелиран е и се наблюдава мисловна разкъсаност.

От психологичната оценка. Интелектът на пациента е в норма за възрастта. Налице са обаче нарушения във фиксационната памет; мисловна разкъсаност; неустойчивост на вниманието с бързо изчерпване.

Логопедична оценка. Наблюдават се дистемпоритмия – тахилалия, недостатъчна сила на гласа – затихващ, лек назалитет и артикулационни нарушения; смесени – дихателни, гласови и артикулационни спазми. Няма изразена „логофобия“. Писмената реч е без данни за нарушения.

Лечение. Назначен му е risperidone (INN), титриран до 4,5 mg дневно със сравнително добър начален терапевтичен ефект. Поддържащата терапия е със същия медикамент – 3,5 mg дневно за период от 2 години. Днес пациентът (8 години след от първоначалната оценка) провежда лечение с leronex (INN) – 350 mg дневно.

ТРЕТИ СЛУЧАЙ

Юноша (Г.Д.С.) на 16 години е на индивидуална форма на обучение в IX клас и не посещава училище през последните 6 месеца.

От анамнезата: Пациентът е дете от втора, нормално протекла бременност. Има по-голям брат. Роден е чрез секцио. Няма нарушения в ранното му нервно-психично развитие. Прохожда и проговаря около едногодишна възраст. Отглеждан е предимно от майката. Бащата напуска семейството, когато Г.Д.С. е на 10 месеца. Посещава детска ясла, но често боледува от респираторни инфекции, поради което посещенията са преустановени. От 3-годишна възраст е записан в детска градина, с добра адаптация. Започва училище на 7 години. Общителен е, играе с другите деца и има приятели.

На 9 години е консултиран с логопед по повод заекване, към момента на прегледа при нас заекването персистира.

Минали заболявания – операции по повод на апендицит и респираторни инфекции. Фамилно обременен – дядо по бащина линия и баща с алкохолна злоупотреба.

Повод за консултацията при нас са промени в поведението през последните няколко месеца, пре-

карва по-голямата част от времето в стаята си и не общува с никого. По данни от майката до VII клас се справя добре, но след това често е напрегнат и раздразнителен, трудно се справя с обучението. През последните месеци е твърде конфликтен, отправя заплахи към майка си и брат си. Заплашва ги с физическа саморазправа. Настоява майката да приготвя храна само за него, след което често отказва да се храни с твърдението, че усеща миризма, която не трябва да е там. Пали хартия в кухнята, за да премахне миризмата от храната. През последните месеци не допуска никого в стаята си, а стените са изрисувани със знаци, пентаграми и символи. Нощният му сън е нарушен. Не проявява никакъв интерес към учебни предмети и не може да се справи със самоподготовката за предстоящите изпити. Отрича да приема психоактивни вещества.

Соматични особености – високо „готическо“ небце.

Психичен статус. Пациентът е с добре поддържан външен вид, чист. Формално показва желание за сътрудничество и колаборира в изследването. С подредено поведение, спазва правила и граници. Емоционално хладен е, с неустойчив очен контакт. Трудно вербализира проблемите си, склонен е да персеверира обясненията си за отказ от посещаване на училище и общуване с връстници, свързвайки го единствено със стрес. „Не е нито болест, нито криза, а като лошо преживяване. Не, не съм по различен от другите, има и други деца, които са частни ученици.“ Безкритичен е към проблемите си и отхвърля възможността за наличие на психична болест.

От психологичната оценка. Интелектът на момчето е в норма. Забелязват се нарушения във фиксационната памет; мисловни нарушения – при довършването на разказ, изведената поука не отговаря на посланието и съдържанието; персевирации и мисловна разкъсаност при запазена граматическа структура на речта. По отношение на вниманието се наблюдава нестабилна концентрация, повишена уморяемост и намалена работоспособност.

От логопедичната оценка. Установени са дистемпоритмия – брадилалия, немодулиран глас (тонов обхват, височина и тембър), лек назалитет, дислалия и редуция на гласни. Налице са смесени, преобладаващо гласови и артикулационни, спазми. Наблюдават се леки съдвижения на веждите при спазъм. Липсва изразена „логофобия“. Писмената реч е с леко нарушение в графизма.

Лечение. На пациента е предписан risperidone (INN), титриран до 4 mg дневно със сравнително добър начален терапевтичен ефект. Поддържащата терапия е със същия медикамент – 3,5 mg дневно за период от 2 години. Осем години след първоначалната оценка пациентът провежда лечение с lеропех (INN) – 400 mg дневно.

ОБСЪЖДАНЕ

Шизофренната психоза и при тримата юноши е с негативни симптоми: афективно изравняване с бедна мимика и жестове, избягване на очен контакт; забавен и монотонен говор, бедна по съдържание и значително редуцирана спонтанна реч, прояви на дезорганизирана (разкъсана) реч, мисловни нарушения; нестабилна концентрация на вниманието, повишена уморяемост и намалена работоспособност; социална дисфункция и други.

Тримата юноши бяха проследени за период от 2 години, без да се достигне преморбидното ниво на функциониране. Психозата прие неблагоприятен (прогредиентен) хроничен ход на протичане, коаето наложи провеждането на лечение с lеропех (INN) в дневни дози между 350 mg и 400 mg. И при трите случая имаме данни за наличието на високо твърдо (готическо) небце като част от проявите на минимални физически аномалии (МФА).

При пациенти с шизофрения са описани МФА, които представляват нарушения по време на ембриогенезата и определят отклонения в развитието на отделни структури в областта на: глава („нежна електрична коса“, абнормни въртели на косата, абнормна обиколка на главата), очи (епикантус и хипер-/хипотелоризъм), уши (ниско разположени уши, прираснали ушни висулки, малформативни, асиметрични, меки и гъвкави уши), уста (високо/сводесто небце и набразден език), ръце (клинодактилия и аномална IV бразда на дланта) и краката (трети пръст равен на втори или по-дълъг от него; частична синдактилия между II и III пръст; раздалечен I и II пръст), отразени в скалата за оценка на МФА на Waldrop [5].

При проведени изследвания на МФА сред шизофрено болни е установена статистически значима разлика между пациентите с дезорганизирана/не-

диференцирана шизофрения и тези с параноидна шизофрения за два от маркерите на МФА – високо небце и набразден език [1].

Според някои изследователи шизофренията е ”заболяване на развитието”, като е необходимо да се преосмисли възгледът за нея през „траекторията на болестта” с начало в пре- или перинаталния период и проява на психозата на по-късен етап от живота [4].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Откриването на дисморфологични белези при пациентите с шизофрения насочва към нарушения в ембриогенезата. При пациентите с шизофрени психози и по-голям брой на МФА се предполага по-неблагоприятно протичане, по-голяма тежест на клиничната картина, лоша прогноза и евентуални прояви на терапевтична резистентност на психичното разстройство.

Библиография

1. Мантарков М, Попов-Ахмед Ф, Акабалиев В и съавт. Честота на индивидуални минимални физически аномалии при шизофрения – параноиден тип и шизофрения – недиференциран/дезорганизиран тип. Съюз на учените в България – Пловдив, Научни трудове, Серия Г, Медицина, Фармация и Дентална медицина, том XII, 2011, 77-83.
2. Моссуловин ЛЯ, Патоморфоз заикания, Санкт Петербург, Союз, 2002, 90-97.
3. Сивков С, Акабалиев В. Невроонтогенетични основи на шизофренията, дисморфологични маркери за ранна дисонтогенеза при шизофрено болни, Пловдив, ИК Хермес, 2003.
4. Insel TR, Rethinking schizophrenia, Nature, 2010, 468 (7321): 187-193.
5. Waldrop MF, Pedersen FA, Bell RQ. Minor physical anomalies and behavior in preschool children. Child Dev, 1968, 39: 391-400

✉ Адрес за кореспонденция:

Д-р Елена Иванова
Клиника по психиатрия
УМБАЛ „Александровска”
ул. „Св. Г. Софийски” № 1
1431 София
GSM: 0895472527
e-mail: helen_aivan@abv.bg