

Shizofrenija

Vukušić, Nina

Undergraduate thesis / Završni rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Pula / Sveučilište Jurja Dobrile u Puli**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:137:668141>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-21**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository Juraj Dobrila University of Pula](#)



SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

NINA VUKUŠIĆ

SHIZOFRENIJA

Završni rad

Pula, 2023. godine

SVEUČILIŠTE JURJA DOBRILE U PULI
MEDICINSKI FAKULTET U PULI
Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

NINA VUKUŠIĆ

SHIZOFRENIJA

Završni rad

JMBAG: 0303089608, redoviti student

Studijski smjer: Preddiplomski stručni studij Sestrinstvo

Predmet: Psihijatrija i mentalno zdravlje

Znanstveno područje: Biomedicina i zdravstvo

Znanstveno polje: Kliničke medicinske znanosti

Znanstvena grana: Sestrinstvo

Mentor: Ivica Šain, dr. med.

Pula, 2023. godine



IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Ja, Nina Vukušić, kandidat za prvostupnika sestrinstva ovime izjavljujem da je ovaj Završni rad rezultat isključivo mogega vlastitog rada, da se temelji na mojim istraživanjima te da se oslanja na objavljenu literaturu kao što to pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da niti jedan dio Završnog rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz kojega necitiranog rada, te da ikoji dio rada krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za koji drugi rad pri bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili radnoj ustanovi.

Student

U Puli, 2023. godine



IZJAVA
o korištenju autorskog djela

Ja, Nina Vukušić, dajem odobrenje Sveučilištu Jurja Dobrile u Puli, kao nositelju prava iskorištavanja, da moj završni rad pod nazivom *Shizofrenija* koristi na način da gore navedeno autorsko djelo, kao cjeloviti tekst trajno objavi u javnoj internetskoj bazi Sveučilišne knjižnice Sveučilišta Jurja Dobrile u Puli te kopira u javnu internetsku bazu završnih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice (stavljanje na raspolaganje javnosti), sve u skladu s Zakonom o autorskom pravu i drugim srodnim pravima i dobrom akademskom praksom, a radi promicanja otvorenoga, slobodnoga pristupa znanstvenim informacijama. Za korištenje autorskog djela na gore navedeni način ne potražujem naknadu.

U Puli, _____ (datum)

Potpis

ZAHVALA

Zahvaljujem se svom mentoru dr. Ivici Šainu na stručnom vodstvu prilikom izrade završnog rada i svim predavačima na strpljenju i kvalitetno prenesenom znanju.

Veliko hvala mojoj obitelji na nesebičnoj potpori i motivaciji tijekom studiranja.

Hvala i mojim kolegicama/cimericama bez kojih ove godine studiranja ne bi bile tako zabavne.

Ovaj završni rad posvećujem svojoj majci, kao zahvali na bezuvjetnoj ljubavi i razumijevanju.

Sadržaj

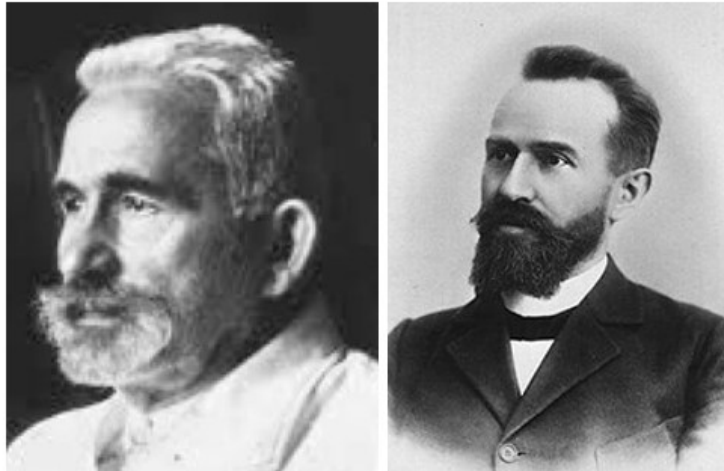
1. UVOD	1
2. CILJ RADA	3
3. SHIZOFRENIJA	4
3.1. Epidemiologija	4
3.2. Etiologija	5
3.3. Klinička slika shizofrenije	6
3.3.1. Iskrivljeno procjenjivanje i doživljavanje stvarnosti.....	8
3.3.2. Povlačenje iz stvarnosti	9
3.3.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti	9
3.3.4. Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti	11
3.4. Oblici shizofrenije	12
3.4.1. Paranoidna shizofrenija	12
3.4.2. Hebefrena shizofrenija.....	12
3.4.3. Katatona shizofrenija	13
3.4.4. Shizofrenija simplex.....	14
3.4.5. Rezidualna shizofrenija	14
3.4.6. Dječja shizofrenija	14
3.4.7. Postpartalna shizofrenija	15
3.4.8. Nediferencirana shizofrenija	15
3.4.9. Shizofreniformni poremećaj	15
3.4.10. Postshizofrena depresija	16
3.5. Dijagnoza shizofrenije	16
3.5.1. Dijagnostički kriterij za shizofreniju prema MKB-10	16
3.5.2. Dijagnostički kriterij za shizofreniju prema DSM-V.....	17
3.5.3. MR mozga osobe oboljele od shizofrenije	18
3.6. Tijek shizofrenije.....	19
3.7. Liječenje shizofrenije	20
3.7.1. Biološka terapija.....	20
3.7.2. Psihoterapija	23
3.7.3. Socioterapija	24
3.7.4. Uloga medicinske sestre/tehničara	25
3.8. Stigma shizofrenije	25
4. ZAKLJUČAK	27
5. SAŽETAK	29

6. SUMMARY	30
LITERATURA	31
POPIS KORIŠTENIH KRATICA	35
POPIS SLIKA I TABLICA	36

1. UVOD

Shizofrenija je jedna od najpoznatijih i najtežih duševnih poremećaja koja ima veliki utisak na oboljelog i njegovu okolinu. Postoje mišljenja da shizofrenija nije individualni duševni poremećaj, odnosno bolest, već heterogeni sindrom koji se sastoji od više duševnih poremećaja te koji nema točnu definiciju (Jakovljević, 2011). Radi heterogenosti shizofrenije ona je podijeljena u više tipova: paranoidni, hebefreni, katatoni, simplex, rezidualni, dječji, postpartalni i nediferencirani tip, te shizofreniformni poremećaj i postshizofrenu depresiju, koji su detaljnije opisani u nastavku rada. Riječ shizofrenija nastaje od grčke riječi *shizo* (cijepam) i *phren* (razum) te je prema jednoj od definicija, definirana poremećajem percepcije stvarnosti nastale radi biokemijskog disbalansa u mozgu. Najčešće je karakterizirana pogrešnom percepcijom stvarnosti, poremećajem mišljenja, smetnjama pamćenja i motivacije te poremećajem motoričke aktivnosti. „Oboljeli od shizofrenije ponekad ne znaju jesu li i sami stvarni jer im se čini kao da ih nema, stalno provjeravaju svoje postojanje na različite načine, zbog čega se primjerice mogu satima gledati u zrcalu.“ (Jakovljević, 2011), što upućuje na iskrivljeno opažanje stvarnosti pojedinca. Od shizofrenije najčešće obolijevaju osobe mlađe životne dobi i adolescenti. Zahvaća općenito 1% društva te otežava normalno svakodnevno funkcioniranje i normalnu kvalitetu života. Iako shizofrenija nema točno definiranu etiologiju te je i dalje nepoznato što ju točno uzrokuje, utvrđeni su čimbenici koji mogu pridonositi samom nastanku. Čimbenici koji mogu pridonositi nastanku shizofrenije su nepravilna prehrana, nedostatak vitamina D, zagađenost zraka, virusne infekcije i ostalo. Neke teorije navode da je shizofrenija kao duševni poremećaj bila nepoznata 1750.-ih godina, dok nije započela „epidemija ludila“ u razdoblju od 1780. i 1900. godine (Richardson-Andrews, 2009). „Valja ipak istaknuti kako se još u drevnim spisima mogu naći pojedini opisi koji upućuju na kliničku sliku shizofrenije (Read 2004) (Jakovljević, 2011). 1899. godine njemački psihijatar Emil Kraepelin je ovom poremećaju dao ime Dementia praecox. Iako je taj naziv već upotrijebio francuski psihijatar Bénédict Augustin Morel 1851. godine u vlastitim studijama, tek je 1911. godine švicarski psihijatar Eugen Bleuler počeo koristiti pojam shizofrenija. Danas postoje mišljenja kako pojam shizofrenija stigmatizira oboljele osobe, stoga bi se trebala zamijeniti drugim nazivom kao što je npr. Bleulerova bolest prema psihijatru Eugenu Bleuleru.

U ovom radu opisan je klinički dio shizofrenije (epidemiologija, etiologija, oblici shizofrenije, dijagnoza, klinička slika i liječenje shizofrenije), utjecaj stigmi i obitelji na oboljele od shizofrenije te uloga medicinske sestre/tehničara koja je kao dio tima uključena u liječenje pacijenta oboljelog od shizofrenije. Na kraju se nalaze cilj i zaključak ovog završnog rada.



Slika 1. Emil Kraepelin (lijevo) i Eugen Bleuler (desno)

(Izvor: <https://livingwithschizophreniauk.org/information-sheets/schizophrenia-a-brief-history/>)

2. CILJ RADA

Cilj ovog završnog rada bio je:

- Prikazati specifičnosti shizofrenije kao dijagnoze
- Objasniti funkcioniranje osoba oboljelih od shizofrenije
- Prikazati ulogu medicinske sestre/tehničara u pristupu i liječenju shizofrenije

3. SHIZOFRENIJA

Iako shizofrenija nema jedinstveno točnu definiciju, može se definirati kao duševni poremećaj ili bolest, koji je nastao kao posljedica disfunkcije mozga te koji može dovesti do poremećaja ponašanja i nekih od važnih psihičkih funkcija. Kao posljedica može doći do oštećenja u polju radnog, obiteljskog i socijalnog funkcioniranja pojedinca (Jakovljević, 2011).

3.1. Epidemiologija

Uzevši u obzir da je u većini slučajeva shizofrenija dijagnosticirana nakon 16 – te godine života, stopa prevalencije se najčešće odnosi na populaciju stariju od 16 godina, a ne na cjelokupnu populaciju (Mimica i Folnegović-Šmalc, 2006).

Danas u Hrvatskoj boravi oko 19 000 osoba oboljelih od shizofrenije, stoga stopa prevalencije iznosi 3,94/1000. Broj hospitaliziranih pacijenata radi shizofrenije kroz godine postepeno pada, prema podacima iz Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2010. godine broj hospitalizacija je iznosio 652, 2005. godine 893 hospitalizacije, 2000. godine 997, 1995. godine 1008 itd. Od sveukupnog broja hospitalizacija 2009. godine koje se odnose na duševne poremećaje, 31,1% se odnosi na shizofreniju (Jakovljević, 2011).

Veći postotak oboljelih od shizofrenije se primjećuje u razvijenijim zemljama kod osoba koje su nižeg socio – ekonomskog statusa i na koje utječu čimbenici poput manjka vitamina D, nepravilna prehrana, veća pojave infekcija, zagađenosti zraka i ostalog. (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011). U literaturi se također spominje učestalost shizofrenije ovisno o godišnjim dobima, naime osobe rođene za vrijeme zime ili ranog proljeća imaju veću mogućnost obolijevanja od shizofrenije radi veće mogućnosti intrauterinih ili perinatalnih oštećenja mozga uzrokovanih virusnim infekcijama, hipovitaminoze kao posljedice izmijenjene prehrane, nižih temperatura i sl. (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Od shizofrenije najčešće obolijevaju adolescenti i populacija mlađe životne dobi, odnosno žene u rasponu od 25 – te do 34 – te godine života te muškarci u dobi od 15 – te do 24 – te godine života. „U populaciji Hrvatske rizik obolijevanja za shizofreniju iznosi nešto više od 10 na 1000 živorođene djece. Drugim riječima, otprilike jedan od sto živorođenih oboljet će od shizofrenije tijekom svog života.“

(Mimica i Folnegović-Šmalc, 2006).

Životni vijek osoba oboljelih od shizofrenije je oko 15 – 20% kraći, a kao razlog je najčešće visok rizik za počinjenje samoubojstva. Oko 5% oboljelih od shizofrenije izvrši suicid što sveukupno označava životni vijek kraći za oko 10 – 12 godina života (Jakovljević, 2011), stoga je uloga medicinske sestre/tehničara od velike važnosti kako bi se taj problem na vrijeme prepoznao, intervenirao i spriječio.

3.2. Etiologija

Shizofrenija je „bolest bez krivca“, odnosno poremećaj nepoznate etiopatogeneze. Shizofrenija radi svoje heterogenosti nema točno definiranog uzročnika, no ima faktore koji mogu utjecati na njezin nastanak. Predisponirajući faktori za nastanak shizofrenije su genetski, porođajne komplikacije, virusne infekcije, stres, odnosi u obitelji i dr.

Genetska predispozicija – genetski čimbenici imaju važnu ulogu u nastanku shizofrenije. Provedene su mnoge studije u obitelji osoba oboljelih od shizofrenije, koje su dokazale da je rizik doista veći za osobe koje u bližnjoj obitelji imaju ili su imali osobe oboljele od shizofrenije. Također su provedena istraživanja dvojajčanih i jednojajčanih blizanaca te je ustanovljena stopa podudarnosti sa shizofrenijom. U dvojajčanih blizanaca stopa podudarnosti iznosi 12%, dok kod jednojajčanih blizanaca iznosi do 50% (Fortinash i Holoday Worret, 2004).

Tablica 1. Shizofrenija i genetski rizik

(Izvor: Fortinash i Holoday Worret, 2004).

Odnos s osobom oboljelom od shizofrenije	Genetski rizik razvoja shizofrenije
Jednojajčani blizanci	46%
Dijete (oba roditelja oboljela od shizofrenije)	50%
Dijete (jedan roditelj obolio od shizofrenije)	12%
Brat, sestra, roditelj	12%
Nećak, nećakinja ili unuk/a	5%
Rođak prvog koljena	2%

Porođajne komplikacije – u odnosu na cjelokupnu populaciju, oboljeli od shizofrenije imaju veću učestalost prenatalnih, perinatalnih i postnatalnih komplikacija. Fetalna

hipoksija mozga, hiperbilirubinemija, fetalni distres, prerani kao i produljeni porod su sve komplikacije koje mogu biti povezane s ranijim počecima shizofrenih poremećaja te muškim spolom (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Virusne infekcije – neke od teorija tvrde da je shizofrenija moguća posljedica infekcije sporih virusa tijekom majčine trudnoće ili ranije životne dobi. Već spomenuti spori virusi mogu biti godinama u stanju mirovanja, no kada dođe do pada imuniteta (odnosno otpornosti samog organizma) oni se mogu aktivirati i postati uzrok shizofrenije (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Odnosi u obitelji – jedan od uzroka može biti separacija djeteta od obitelji. Prema istraživanjima, odrasle osobe koje su u djetinjstvu na bilo koji način bile odvojene od svojih roditelja, imaju dva do tri puta veći rizik za nastanak shizofrenije. Osim separacije, nezdrava komunikacija unutar obitelji također može doprinijeti nastanku shizofrenije, ali i relapsu bolesti. Kognitivni razvoj djeteta može nastradati kao posljedica nezdrave komunikacije, zajedno sa psihosocijalnim razvojem djeteta stavljajući ga u rizičnu skupinu za razvoj shizofrenije (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011). „S druge strane, studije slikovnih neuroloških metoda (kompjuterizirana tomografija, magnetska rezonanca, itd.) pobudile su sumnju da je shizofrenija neurodegenerativni proces karakteriziran strukturalnim i funkcionalnim abnormalnostima mozga kod kojih je gubitak funkcije neurona progresivan tijekom cjelokupnog tijeka bolesti.“ (Ostojić, 2012).

3.3. Klinička slika shizofrenije

Simptomi shizofrenije su u nekim slučajevima teško uočljivi i sporog razvoja, dok su u drugim dramatičnog i iznenadnog početka s lako uočljivim simptomima. Podjela simptoma shizofrenije u današnje vrijeme najčešće je na pozitivne i negativne simptome. „Pozitivni simptomi održavaju suvišak ili iskrivljivanje psihičkih funkcija (sumanute ideje i halucinacije) a negativni su simptomi posljedica smanjenja ili gubitka normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti (alogija, abulija, anhedonija itd.)“ (Sedić, 2007).

Tablica 2. Pozitivni i negativni simptomi shizofrenije

(Izvor: Jakovljević, 2011).

Pozitivni simptomi (akutna faza shizofrenije)	Negativni simptomi (kronična shizofrenija)
<p><i>Halucinacije</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Senzorne percepcije nastale bez vanjskog podražaja - Slušne, vidne, taktilne, olfaktorne, gustatorne... 	<p><i>Afektivni poremećaj</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Neodgovarajuće izražavanje osjećaja - Izostanak kontakta očima, nedostatak gestikulacije, izraza lica...
<p><i>Promjena ponašanja</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Manirizmi, stereotipije, ehopraksija, agitirano i agresivno ponašanje... 	<p><i>Anhedonija</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gubitak životnog zadovoljstva i interesa - Asocijalnost
<p><i>Sumanute ideje</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Ideje proganjanja, čitanja misli, grandiozne ideje, religiozne ideje... 	<p><i>Alogija</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Siromaštvo govora
<p><i>Poremećaj mišljenja</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Misli mogu biti nelogične, nepovezane, ne razumijemo što nam osoba može reći, a može i preskakati s teme na temu 	<p><i>Apatija</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Stanje ravnodušnosti - Osobi nije stalo do funkcioniranja u svakodnevnom životu
	<p><i>Avolicija</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Gubitak volje za održavanje unaprijed postavljenog cilja
	<p><i>Smetnje pažnje</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Nedostatak pažljivosti i pažnje prilikom provođenja aktivnosti (npr. provođenje mentalnog statusa)

Uz pozitivnu i negativnu podjelu simptoma, navode se i podjele na:

1. Psihotične – nepsihotične simptome
2. Primarne – sekundarne simptome
3. Specifične – nespecifične simptome
4. Fundamentalne – sporedne simptome
5. Simptome I. i II. reda prema Schneideru
6. Kognitivne simptome

Bleuler za fundamentalne simptome navodi sindrom 4A: autizam (povlačenje iz stvarnosti i uvlačenje u svoj svijet fantazije), ambivalencija (istovremeno postojanje suprotnih osjećaja, primjerice ljubav i mržnja), afektivna neprimjerenost (afekt osobe nije primjeren trenutnoj situaciji ili sadržaju) i asocijativna slabost (mišljenje gubi slijed/cilj, cijepa se ili prekida). Dok za sporedne simptome navodi sumanute ideje, iluzije i halucinacije, poremećaje pamćenja i govora (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.3.1. Iskrivljeno procjenjivanje i doživljavanje stvarnosti

Iskrivljeno procjenjivanje i doživljavanje stvarnosti uzrokuju:

- Sumanute ideje – nerealne, čudne i nelogične ideje koje su doživljavanje stvarnosti osobe oboljele od shizofrenije. Na početku su nevjerovatne, ali s razvojem shizofrenije one postaju realne ideje osobe, te se njihovo ponašanje prilagođava novonastalim nelogičnim idejama. Sumanute ideje mogu biti autohtone ili na temelju sumanute interpretacije nekog podražaja. „Autohtona sumanuta ideja dolazi naglo iz intuicije i razvija se u jednom aktu, za razliku od sumanutosti percepcije gdje u prvom aktu nastaje percepcija, a u drugom njezina sumanuta interpretacija.“ (Jakovljević, 2011). Takve ideje slične su praznovjerju (djetelina s četiri lista donosi sreću), no temelje se na osobnom vjerovanju oboljelog. Više je vrsta sumanutih ideja, primjerice paranoidne sumanute ideje (knjige i novine pišu o njemu, a ostali mu žele nanesti štetu uhodeći ga), erotske sumanutosti (poželjni su među poznatim osobama i po noći se sastaju s njima u tajnosti), religiozne i mistične sumanutosti (posebni odnosi i komunikacija s Bogom), hipohondrijske sumanutosti (osjećaju bol bubnjića u stopalu, deformiraju im se dijelovi tijela) sumanutosti veličine (ideja o vladanju svijeta).
- Halucinacije i iluzije – percepcija oboljelog oko situacije ili stvari koja objektivno ne postoji. U shizofreniji su najčešće akustične (slušne) halucinacije koje mogu biti akoazmi (šumovi, pucketanja) te fonemi (razgovori i dijalози). Glas može biti muški/ženski/dječiji, može optuživati/zapovijedati, ali i tješiti. Osim akustičnih, halucinacije mogu biti olfaktivne, gustatorne, vidne, taktilne ili tjelesne haucinacije (npr. osjećaj da im netko dira crijeva).
- Depersonalizacija – osobni osjećaj oboljelog da mu neka vanjska osoba ili sila nameće ili čita misli, neprepoznavanje sebe u ogledalu jer se sami sebi čine čudni, osjećaj oboljelog da se u njemu nalaze dvije ili više individua te da je okolina čudna, da se promijenila. Oboljeli od shizofrenije također nerijetko negiraju postojanje bolesti, tvrde da im lijekovi nisu potrebni, odbijaju suradnju te poriču simptome (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.3.2. Povlačenje iz stvarnosti

Povlačenje iz stvarnosti uzrokuju:

- Autizam – povlačenje u osobni svijet, može biti potpuni prekid sa stvarnošću, a može biti i slabije izražen. Oboljele osobe u svom svijetu mogu tvrditi da su vladari svijeta, najveći bogataši, kraljevi i kraljice, ali u isto vrijeme izgledati zapušteno i neuredno te prositi novac na ulici. Autistični simptomi najčešće nastaju kada osoba nema dovoljno obrambenih mehanizama, pa pobjegne u vlastiti svijet kako bi izbjegao dodir sa stvarnošću.
- Katatoni stupor – osoba oboljela od shizofrenije prestaje odgovarati na vanjske podražaje, odbija hranu. Pri svijesti je i sve registrira, ali kao da ne čuje što mu se pokušava reći (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.3.3. Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti

Dezorganizacija psihičkih funkcija i dezintegracija ličnosti može dovesti do poremećaja mišljenja i ponašanja.

Dezorganizirano i disfunkcionalno mišljenje:

- Disocijacija (rascijepjenost misli) – oboljeli od shizofrenije se nerijetko žale o nemogućnosti povezivanja vlastitih misli, o tome kako znaju imati previše misli istovremeno te kako ne mogu neku misao privesti kraju. Bleuler navodi da je to poremećaj asocijacija, odnosno poremećaj u stvaranju i oblikovanju istih radi nedostatka centralne ideje (Jakovljević, 2011). Oboljeli svoje misli ili dijelove misli oblikuju na bazi slučajnih asocijacija (nebitni detalji ili zvučnost) radi kojih misli nastanu zbrkane, nelogične i nepovezane. Nekada misao može imati smisla, ali nije nužno povezana s pričom, stoga često dolazi do salate riječi.
- Raspad pojmova – besmisleno slaganje riječi „salata riječi“, pojmovi gube značenje te dobivaju nova značenja jasna jedino oboljelome od shizofrenije.
- Mehanizam kondenzacije – ideje se povezuju bez obzira na smisao i logičnost, iako su na neki način povezane.
- Procesi zamjene i istiskivanja pravilnog pojma – kada se ideja oboljelog isprepliće i zamjenjuje ispravnu ideju.
- Simbolizam – krivi simboli u konkretnom značenju. U razgovoru se čini kao da oboljeli ima dvije nepovezane misli gdje je jedna u svezi s trenutnom

situacijom, a druga s fantazijom.

- Ideoafektivna asocijacija – disbalans emocija i mišljenja, npr. osoba oboljela od shizofrenije se može smijati dok prepričava priču o smrti neke osobe. (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Afektivna dezorganizacija:

- Afektivna ambivalencija – oboljeli istovremeno ima suprotne emocije prema situacijama, osobama, događajima. Mogućnost osobe da u isto vrijeme želi i odbija ili mrzi i voli.
- Afektivna inverzija – paratimija i paramimija. Paratimija je suprotno izražavanje emocija, ono što bi osobu trebalo razveseliti ju ubiti rastuži. Paramimija je kada osoba osjeća jedno a mimikom pokazuje drugo, primjerice osoba je tužna, ali ima osmeh na licu i smije se (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Dezorganizirano ponašanje:

- Katatono motoričko ponašanje – smanjen motorički odgovor ili hiperaktivnost na podražaj. Stanje u kojem oboljeli bude tijekom smanjenog motoričkog odgovora na podražaj je stupor ili semistupor, radi kojega može nastati katatoni rigiditet (stalni položaj i opiranje kretnji), aktivni i pasivni katatoni negativizam (aktivan ili pasiva otpor na očekivanja) te katalepsija i katatono držanje (zauzimanje nepravilnog/neodgovarajućeg položaja). Pojačano katatono motoričko ponašanje (hiperaktivnost) može dovesti do vulgarnog i agresivnog ponašanja oboljelog od shizofrenije.
- Manirizam – neuobičajene kretnje. Drže se teatralno i uzvišeno.
- Stereotipije – stereotipno ponavljanje istih pokreta ili govora.
- Ehopraksija i eholalija – ehopraksija je zrcaljenje pokreta drugih osoba, a eholalija ponavljanje riječi druge osobe.
- Automatska pokornost – osoba izvršava naredbe bez obzira o čemu je riječ.
- Impulsivne reakcije – kada oboljeli od shizofrenije reagira na impuls, primjerice lupi glavom u zid ili udari nekoga.
- Psihomotorička hiperkinezija – od blagog katatonog nemira i hiperaktivnosti do katatone pomame.
- Katatona pomama – jaka psihomotorična aktivnost, uzbuđenost, bijes ili agresivnost s mogućim izmjenjivanjem katatonog stupora. Oboljeli je verbalno

i fizički agresivan (psuje, dere se, razbija, ruši).

- Heboidno ponašanje – luckasto i blesasto ponašanje (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.3.4. Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti

Osiromašenje psihičkih funkcija i ličnosti uzrokuje emocionalno osiromašenje, oboljeli od shizofrenije su prema okolini tupi i hladni, a to se može opisati kao:

- Emocionalno povlačenje – oboljeli se čine nezainteresirani za okolinu, „čudni“ i hladni stoga se s njima teško komunicira te postavlja emocionalna veza što može prouzročiti njihovim povlačenjem u sebe.
- Afektivna krutost – nemogućnost prilagođavanja osjećaja u trenutno novonastaloj situaciji.
- Anhedonija – gubitak životnog zadovoljstva i interesa koja se postepeno razvija s bolešću.
- Atimija – ravnodušnost i prekid preostale afektivne komunikacije s okolinom.
- Atimohormija – „jako slabljenje ili odsutnost instinktivnih i afektivnih životnih dinamizama“ (Sedić, 2007).
- Avolicija – slabljenje volje (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Osiromašenje psihomotorike:

- Negativizam – neselektivno odbijanje naloga/zamolbi. Aktivni negativizam je kada oboljeli radi sve suprotno od zatraženog.
- Psihomotorna hipokinezija – nedostatak kretnji, varira od blage usporenosti do stupora.
- Katalepsija – držanje dijela ili cijelog tijela u istom položaju duže vrijeme.
- Voštana savitljivost – otpor mišića kod nevoljnog pomicanja udova (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Kognitivno osiromašenje:

- Alogija – siromaštvo govora.
- Stereotipno mišljenje – ponavljanje istih tema, fraza ili ideja.
- Slabljenje apstraktnog mišljenja – oboljeli nije u mogućnosti razumjeti poslovice, sve shvaća doslovce.
- Slabost pažnje – slaba koncentracija za neku aktivnost.

- Anhormija – oboljelog sve počinje opterećivati, smanjuje se volja za svakodnevnom aktivnostima i povećava se rizik za samoubojstvo (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

Poremećaji ponašanja i socijalnog funkcioniranja:

- Paranoidno ponašanje – sumanute ideje.
- Autodestruktivno ponašanje – samoozljeđivanje.
- Agresivno ponašanje – katatona shizofrenija (Sedić, 2007).

Uz spomenute specifične simptome moguća je prisutnost i nespecifičnih simptoma: depresija, anksioznost, seksualne disfunkcije (hiposeksualnost, promiskuitetnost, nekrofilija, sadomazohizam...).

3.4. Oblici shizofrenije

3.4.1. Paranoidna shizofrenija

Paranoidna shizofrenija je jedan od najučestalijih oblika shizofrenije za koju je uobičajena pojava sumanutih ideja i slušnih halucinacija. Sumanute ideje su najčešće ideje veličine, proganjanja i/ili odnosa, a slušne halucinacije neprijateljski i podrugljivi glasovi. Osobe dijagnosticirane paranoidnom shizofrenijom su hladne, nezadovoljne, razdražljive, pomalo sarkastične i ljute na osobe oko sebe, u akutnoj fazi bolesti mogu biti opasnost za sebe i okolinu. Paranoidni oblik shizofrenije se češće javlja u kasnijim dvadesetim ili ranijim tridesetim godinama.

Liječenje psihofarmacima dobro djeluje na simptome i remisije se relativno brzo postižu, stoga je tijekom bolesti u većini slučajeva povoljan (Fortinash i Holoday Worret, 2004; Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.4.2. Hebefrena shizofrenija

Hebefrena shizofrenija je i dalje najteži tip shizofrenije karakteriziran neuobičajenim (blesastim) ponašanjem, osjećajnom tupošću i nepovezanim govorom. Neuobičajeno ponašanje može biti neprimjereno, promjenjivo ili nepredvidivo, a govor nepovezan te praćen mimikom koja je također nepovezana uz govor (smijehom, kreveljenjem). Uz simptome koji karakteriziraju hebefrenu shizofreniju, mogu biti prisutni i simptomi iz ostalih oblika shizofrenije (sumanute ideje, halucinacije). Radi navedenih simptoma

osoba može izgubiti sposobnost obavljanja svakodnevnih aktivnosti, primjerice smanjena mogućnost brige o sebi. Jedni od prvih znakova hebefrenije mogu biti: opsjednutost određenim sadržajima/temama, povećana potištenost, depersonalizacija, derealizacija te mogući pokušaji samoubojstva koji su impulzivni i pretjerano teatralni. Napredovanjem bolesti kroz neko vrijeme klinička slika počinje biti jasnija i ponašanje postaje djetinjastije, nepovezanije i dolazi do pretjerane samouvjerenosti, koja kasnije lako može preći u ideje veličine, hipohondrijske ideje, manirizme i ostalo. Hebefreni oblik shizofrenije se češće javlja u doba adolescencije ili puberteta.

Odgovarajućim liječenjem može doći do dobre remisije u prvih nekoliko godina bolesti, no sve kasnije prognoza je sve lošija (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.4.3. Katatona shizofrenija

Obilježja katatonog tipa su psihomotorične smetnje koje mogu biti stupor/rigidnost ili katatona uzbuđenost. Manifestacije psihomotoričnih smetnja uključuju mutizam (izostanak govora), negativizam (odbojnost), eholaliju (stereotipno ponavljanje riječi/fraza), ehopraksiju (zrcaljenje/imitiranje pokreta), neobične voljne pokrete, katalepsiju (mišićna ukočenost) i imobilizaciju.

Oboljela osoba u katatonom stuporu može nepomično ležati ili stajati satima, gledajući u jednu točku, odbijajući hranu i piće. Ista osoba odbija komunicirati i nema reakcije na nikakve podražaje. Tu se mogu primijetiti fenomen katalepsije, psihičkog jastuka i voštane savitljivosti. Fenomen katalepsije je kada osoba oboljela od katatone shizofrenije drži dio tijela ili cijelo tijelo u nefiziološkom položaju bez ikakvog umora. Kod fenomena psihičkog jastuka oboljeli leži na leđima, ali drži gornji dio prsnog koša i glavu uzdignuto od jastuka i kreveta. Dok je fenomen voštane savitljivosti otpor mišića prilikom primjerice vraćanja ekstremiteta u prirodan položaj, koji podsjeća na savijanje voska. Kod maligne katatonije dolazi do halucinacija, porasta tjelesne temperature (posljedično dehidracija) koja ne odgovara na rad antipiretika, jakog psihomotornog ukočenja ili uzbuđenja, naglog gubitka tjelesne težine i specifične sivkaste boje lica te smrtnog ishoda unutar dva do tri tjedna.

Početak bolesti je u većini slučajeva nagao, najčešće u dobi između 20 i 30 godina, no može nastati i ranije. Tijek bolesti je s dobrim recidivima i remisijama te prikladnim liječenjem prognoza može biti relativno dobra, osim ako nije riječ o malignoj katatoniji (Fortinash i Holoday Worret, 2004; Jakovljević, 2011; Milinović i Todorović, 2020).

3.4.4. Shizofrenija simplex

Shizofrenija simplex je najčešće postupnog početka i kroničnog tijeka bolesti. Karakterizirana je negativnim ili neproaktivnim simptomima, bolesnik se postupno povlači iz društva i u samog sebe, gubi motivaciju za svakodnevne aktivnosti, zapašta vlastiti izgled te dolazi do emocionalne ravnodušnosti ili preosjetljivosti. Moguća je pojava halucinacija i iluzija (iako znaju biti rijetke), derealizacije i depersonalizacije. Moguće je da oboljela osoba postane opterećena besciljnim teorijama i idejama, te da se žali na promjenu svoje osobnosti – da mu je okolina nepoznata i misli mu više nemaju smisla. Bolest s vremenom ne napreduje, već se pogoršava i bez recidiva/remisija najčešće prelazi u kronični oblik. Liječenje psihofarmacima daje relativno slabe ili loše rezultate (Sedić, 2007; Jakovljević, 2011).

3.4.5. Rezidualna shizofrenija

Kod rezidualne shizofrenije u većini slučajeva nedostaju simptomi poput halucinacija, sumanutih ideja, nepovezanog govora ili dezorganiziranog ponašanja. Ona je kronična faza razvoja shizofrenije. Iako se simptomi poput halucinacija ili sumanutih misli mogu pojaviti, nisu ni približno uočljive kao kod drugih oblika shizofrenije. Osoba koja je bar jednom u životu imala epizodu shizofrenije s nekim od negativnih simptoma, a nema pozitivne simptome dijagnosticirana je rezidualnom shizofrenijom. Simptomi rezidualne shizofrenije su češće ireverzibilni. Osoba oboljela od rezidualne shizofrenije morala je imati bar četiri negativna simptoma: osjećajna tupost, smanjena aktivnost/psihomotorna usporenost, pasivnost, siromaštvo govora, neverbalne komunikacije i socijalne komunikacije te zapaštanje izgleda i osobne higijene. Tijekom rezidualne shizofrenije mogu se izmjenjivati faze razvijenih rezidualnih simptoma s fazama potpunog povlačenja simptoma. Ovaj oblik shizofrenije može trajati godinama s ili bez pogoršanjem bolesti (Fortinash i Holoday Worret, 2004; Jakovljević, 2011).

3.4.6. Dječja shizofrenija

Dječja shizofrenija poznata kao i schizophrenia praecocissima je vrlo rijetka bolest, čija se klinička slika uvelike razlikuje od one u odraslih osoba. Rani znaci dječje shizofrenije su:

- Miješanje realnosti s filmovima ili snovima
- Sklonost iracionalnim i iznenadnim promjenama raspoloženja
- Pretjerana strašljivost i anksioznost
- Problemi tijekom sklapanja i održavanja prijateljstva
- Slušne i vidne halucinacije
- Neprimjereno ponašanje u vidu dobi

Iako postoje literature gdje se opisuju slučajevi i u dobi od četiri godine života, opisuju se i tri klinička tipa shizofrenije u djece: Kannerov sindrom (autizam), Mahlerov sindrom (simbiotički psihotični sindrom) i psihoza nalik na shizofreniju u odraslih osoba (Jakovljević, 2011).

3.4.7. Postpartalna shizofrenija

Postpartalna shizofrenija ili schizophrenia postpartalis je psihički poremećaj nastao najčešće između trećeg i petnaestog dana nakon poroda. Osoba postane konfuzna s nepovezanim izjavama (salata od riječi), anksiozna, sumnjičava, a nakon nekog vremena dođe i do slušnih halucinacija te sumanutih ideja. Na početku je klinička slika paranoidne shizofrenije, no može doći i do miješane slike ili katatone shizofrenije (Jakovljević, 2011).

3.4.8. Nediferencirana shizofrenija

Nediferencirana shizofrenija ima opće kriterije za shizofreniju, ali nema zadovoljene kriterije za hebefreni, paranoidni ili katatoni oblik shizofrenije. Prema nekim literaturama tu se mogu uvrstiti pseudopsihopatske i pseudoneurotske slike shizofrenije (Jakovljević, 2011).

3.4.9. Shizofreniformni poremećaj

Gabriel Langfeldt je 1939. godine uveo koncept shizofreniformnog poremećaja definirajući ga povoljnim ishodom, ali naglim početkom te zamagljenom stvarnosti i promjenom raspoloženja. Obilježja shizofreniformnog poremećaja su kraće trajanje bolesti te ne nužno oštećenje radnog ili socijalnog funkcioniranja. Trajanje shizofreniformnog poremećaja je najmanje jedan mjesec (iako simptomi mogu trajati i samo jedan dan – kratki psihotični poremećaj) do šest mjeseci. Dijagnoza može biti privremena u slučaju da se simptomi uspiju eliminirati kroz šest mjeseci od pojave simptoma pomoću terapije. Dijagnostički kriteriji prema DSM-V su halucinacije,

deluzije, smeteni govor, katatono ponašanje, avolicija. Minimalno dva simptoma moraju biti prisutna u periodu od mjesec dana, ako simptomi traju duže od šest mjeseci dijagnoza shizofreniformnog poremećaja prelazi u dijagnozu shizofrenije. Prema MKB-10 klasifikaciji dijagnoza shizofrenije postavlja nakon samo mjesec dana trajanja simptoma. Samo se 1/3 oboljelih oporavi u potpunosti, dok 2/3 oboljelih dobije dijagnozu shizofrenije (Fortinash i Holoday Worret, 2004; Jakovljević, 2011).

3.4.10. Postshizofrena depresija

Postshizofrena depresija je depresivna epizoda kao produljenje bolesti u kojoj shizofreni simptomi mogu i dalje postojati (pozitivni i negativni), nestati ili oslabiti. Kod oboljelih od postshizofrene depresije je visok rizik za samoubojstvo (Jakovljević, 2011).

3.5. Dijagnoza shizofrenije

Dijagnoza shizofrenije postavlja se na temelju općih i dijagnostičkih kriterija. Opći kriteriji su prema MKB-10 i DSM-V, dok dijagnostički kriteriji ovise o obliku shizofrenije. MKB-10 i DSM-V se kao dijagnostički sustavi dosta podudaraju. U Hrvatskoj se upotrebljava MKB-10, dok se u SAD-u i prilikom istraživanja koristi DSM-V.

Osim općih i dijagnostičkih kriterija, dijagnoza se temelji i na dobroj anamnezi, mentalnom statusu, znakovima i simptomima. Dijagnoza može biti i otežana od strane oboljelog jer osobe oboljele od shizofrenije imaju tendenciju prikrivanja simptoma ili ih jednostavno sami ni ne prepoznaju, stoga je važno podatke o oboljelome prikupiti i iz drugih izvora (obitelj, prijatelji, suradnici).

3.5.1. Dijagnostički kriterij za shizofreniju prema MKB-10

Za pravilno postavljenu dijagnozu shizofrenije prema MKB-10, simptomi moraju biti prisutni mjesec dana (ili dulje). Mora biti prisutan minimalno jedan simptom iz grupe od „a“ do „d“ i najmanje dva simptoma grupe od „e“ do „h“. Kriterij „i“ se odnosi na shizofreniju simplex, čiji simptomi traju minimalno godinu dana.

1. Grupa simptoma od „a“ do „d“:

Minimalno jedan simptom prisutan:

- a) Jeka misli, nametanje/oduzimanje ili prenošenje misli.

- b) Sumanute ideje upravljanja/kontrole, utjecaja ili pasivnosti, koje se jasno odnose na specifične misli, postupke ili senzacije, kretnje ekstremiteta/tijela, sumanute percepcije.
- c) Glasovne halucinacije koje komentiraju bolesnikovo ponašanje, ili međusobno razgovaraju o njemu, te glasovi koji dolaze iz nekog dijela tijela.
- d) Kontinuirane sumanute ideje druge vrste, kulturno neprimjerene i sasvim nemoguće (o vjerskom ili političkom identitetu, nadljudskoj moći i sposobnostima); sposobnost upravljanja meteorološkim pojavama ili komuniciranje s vanzemalcima (Mimica i sur., 2006; Jakovljević, 2011).

2. Grupa simptoma od „e“ do „h“

Najmanje dva prisutna simptoma:

- e) Trajne halucinacije bilo kojeg osjetilnog sustava koje se događaju svakodnevno u trajanju od mjesec dana, praćene prolaznim ili sumanutim idejama bez jasnog afektivnog sadržaja i precijenjenim idejama.
- f) Neologizmi, blokovi misli ili ubacivanje u tijek misli, što rezultira nepovezanim ili irelevantnim govorom.
- g) Katatono ponašanje (psihomotorno uzbuđenje, zauzimanje neprirodnog položaja (katapleksija), voštana savitljivost udova, negativizam, stupor i mutizam.
- h) Negativni simptomi poput izrazite apatije, oskudnog govora, tuposti ili neprimjerenost emocija, što obično uzrokuje socijalno povlačenje i pad socijalne efikasnosti. Ne smiju biti simptomi depresije ili posljedica antipsihotika.
- i) Promjena ukupne kvalitete nekih aspekata osobnog ponašanja koje se izražava kao bitan gubitak interesa, pasivnost, besciljnost, zaokupljenost sobom i povlačenje iz okoline tj. društva (Mimica i sur., 2006; Jakovljević, 2011).

3.5.2. Dijagnostički kriterij za shizofreniju prema DSM-V

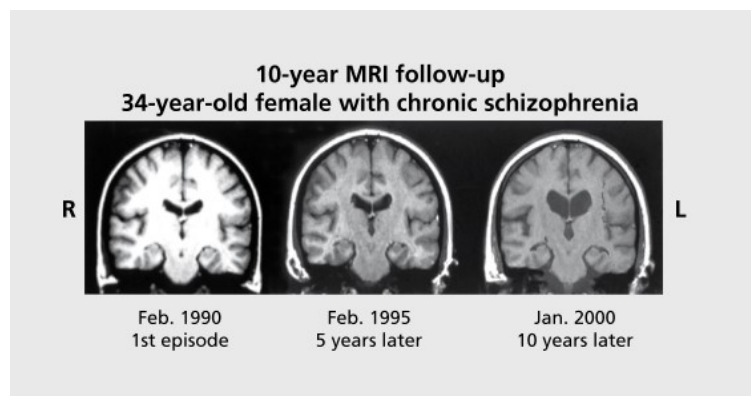
Dijagnostički se kriteriji za shizofreniju prema DSM-V sastoje od a), b), c) i d) kriterija:

- a) Karakteristični simptomi (dva ili više, trajanje bar mjesec dana): sumanute ideje, halucinacije, smeten govor, jako smeteno ili katatono ponašanje i negativni simptomi (osjećajna/afektivna tupost, alogija ili avolicija).

- b) Trajanje: od jednog dana do mjesec dana (kratki psihotični poremećaj), od jednog mjeseca do šest mjeseci (shizofreniformni poremećaj), šest mjeseci uz prodromalni stadij (shizofrenija). Prilikom pojave tegoba moguće je smanjenje razine socijalnog, privatnog ili radnog funkcioniranja.
- c) Ako navedene tegobe ne rezultiraju ili ne objašnjavaju neke druge poremećaje.
- d) Isključenje shizoafektivnog poremećaja i poremećaja raspoloženja (Begić, Jukić i Medved, 2015).

3.5.3. MR mozga osobe oboljele od shizofrenije

Prema provedenim istraživanjima (Karlović, Solter i Kalousek, 2003; DeLisi i sur., 2006) uočene su razlike u strukturi i veličini mozga u osoba oboljelih od shizofrenije. Prema istraživanju DeLisi i sur. Iz 2006-te godine, snimljen je MR mozga pacijentice (u dobi od 34 godine) koja je hospitalizirana s prvom epizodom shizofrenije te je nakon deset godina praćenja, snimljen MR iste pacijentice, ali s dijagnozom kronične shizofrenije (s pretežito negativnim simptomima). Na temelju MR-a uočene su patološke promjene mozga: povećanje ventrikula (komora ispunjenih cerebrospinalnom tekućinom) te smanjenje cijelog volumena hemisfere.

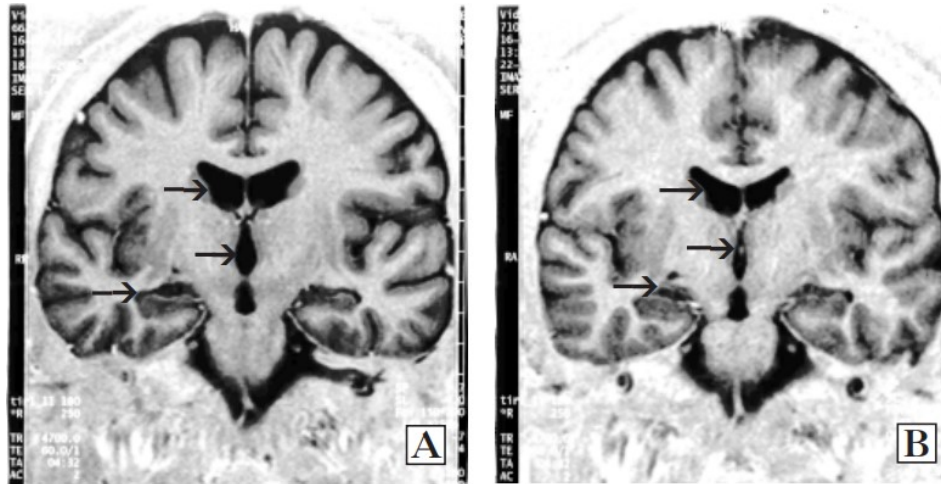


Slika 2. MR mozga pacijentice oboljele od shizofrenije kroz 10 godina

(Izvor: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181763/#!po=12.5000>)

Provedeno je istraživanje i na jednojajčanim blizancima (Karlović, Solter i Kalousek, 2003), gdje samo jedan blizanac boluje od shizofrenije. 25-godišnji jednojajčani blizanci u anamnezi nemaju nikakvih osobitosti (samci, nezaposleni, žive s roditeljima i u dobrim su odnosima, urednog psihomotornog razvoja). Jedan od blizanaca je s 21 godinom razvio simptome shizofrenije: slušne imperativne halucinacije, neorganizirane motoričke radnje i govor, sumanute ideje te zadovoljio kriterij za

paranoidni oblik shizofrenije prema MKB-10. MR mozga ukazao je na difuznu kortikalnu atrofiju frontalnog, parijetalnog i temporalnog režnja u oba blizanca, iako je bila izraženija u oboljelog. I nakon provedenog istraživanja stoji pitanje ima li i drugi blizanac rizik za razvoj shizofrenije ili su te promjene genetski uvjetovane?



Slika 3. Blizanac sa (A) i blizanac bez (B) shizofrenije

(Izvor: <https://hrcak.srce.hr/clanak/25509>)

3.6. Tijek shizofrenije

Prema nekim literaturama shizofrenija je heterogeni sindrom koji se sastoji od više duševnih poremećaja, stoga može imati različiti tijek bolesti. Shizofrenija je na početku dosta progresivna bolest i dovodi do slabljenja svakodnevnog funkcioniranja u društvu, zanemarivanja odnosa, ali i samog sebe. Nakon progresije shizofrenija je sklona zastoju, stoga se izloženost shizofreniji u žena kroz godine može i smanjiti. Dobar tijek bolesti i njegova prognoza uvelike su uvjetovani tipom shizofrenije, redovitim uzimanjem ordinirane terapije i relativno dobrim funkcioniranjem oboljele osobe prije bolesti. Tijek bolesti se dijeli na asimptomatsku, prodromalnu, aktivnu i kroničnu fazu. Asimptomatska faza traje od rođenja do početka prodromalne faze i u njoj nema točnih znakova koji bi mogli ukazati na nastanak shizofrenije. Iako neke studije (Driver, Gogtay i Rapoport, 2013) tvrde da postoje simptomi u dječjoj dobi koji djeluju kao predisponirajući faktori za nastanak shizofrenije, a to su: kratke, prolazne epizode psihoze i perceptivnih poremećaja, obično kao odgovor na stres; gotovo svakidašnje situacije koje izazivaju emocionalnu nestabilnost; oštećenje interpersonalnih vještina, unatoč želji za uspostavljanjem prijateljstava s vršnjacima; slabo kognitivno funkcioniranje (pažnja i procesuiranje informacija) te poremećaji

mišljenja. Prodromalna faza je karakterizirana promjenom funkcioniranja pojedinca te nespecifičnim simptomima (autodestruktivno, suicidalno ponašanje i zlouporabe opojnih sredstava), a javlja se u ranim dvadesetim godinama i u doba adolescencije (Ostojić, 2012). Osobe u ovoj fazi su napete, depresivnog raspoloženja, slabog funkcioniranja na radnom mjestu, imaju poteškoće s koncentracijom, zapuštaju sebe i veze s drugim ljudima te su sklone lako promjenjivom ponašanju s izljevima bijesa (Jakovljević, 2011). Aktivna faza je u dvadesetim godinama, karakterizirana je remisijama, relapsima i pozitivnim simptomima. U većini slučajeva ne dolazi do prvobitnog stanja funkcioniranja oboljelog. Nakon aktivne faze nastupa kronična. U kroničnoj fazi dolazi do kognitivnih i negativnih simptoma s povremenim poboljšanjem stanja, također je moguć razvoj terapijske rezistencije na antipsihotike (Ostojić, 2012).

3.7. Liječenje shizofrenije

O cjelovitosti liječenja shizofrenije ovisi prognoza bolesti, a cjelovitost liječenja ovisi o razumijevanju nastalog problema i definiranju ciljeva liječenja (Jakovljević, 2011).

Cilj liječenja osoba oboljelih od shizofrenije je liječenje simptoma u akutnoj fazi kako bi se spriječila ponovna pojava akutne bolesti (Luderer, 2006). Da bi se taj cilj postigao potrebna je dobra suradnja između oboljelog i medicinskog osoblja, redovito uzimanje ordinirane terapije i pridržavanje uputa liječnika. Shizofrenija se kao bolest ne može u potpunosti izliječiti, ali se njeni simptomi mogu kontrolirati. Liječenje je usmjereno na poboljšanje svakodnevnog funkcioniranja oboljelog, odnosno postizanju njemu postavljenih ciljeva kao što su napredovanje u karijeri, završavanje obrazovanja i poboljšanja međusobnih odnosa.

3.7.1. Biološka terapija

Prije uporabe lijekova, shizofrenija se tretirala inzulinom i lobotomijom. Sredinom 1930-ih godina, berlinski je psihijatar Manfred J. Sakel tvrdio da se simptomi shizofrenije mogu poboljšati korištenjem velikih doza inzulina. Nakon nekog vremena, teorija inzulina nije davala zadovoljavajuće rezultate jer je izazivala rizik od kome i smrti te je ubrzo napuštena. Druga teorija je bila prefrontalna lobotomija koju je 1935. godine uveo portugalski psihijatar Antonio E. Moniz. Prefrontalna lobotomija je kirurški postupak uništavanja živčanih puteva koji čone reznjeve spajaju s drugim područjima mozga, koji je 1950-ih godina također napušten radi loših rezultata.

Prema literaturama, obje teorije su na početku bile uspješne i veliki je broj oboljelih osoba podvrgnulo ovim metodama. Iako su se neke osobe oboljele od shizofrenije smirile, većina je postala bezvoljna i tupa, izgubila kognitivne sposobnosti te završila fatalno.

Glavni razlog zapuštanja lobotomije, bio je uvod lijekova i EKT (Davidson i Neale, 1999).

EKT je uvedena 1938. godine od strane talijanskog psihijatra Ugo Carletti i njegovog studenta Luco Bini, a provodi se na način da se postave elektrode na sljepoočnice (ili jednu) te primjeni napon električne struje (70 – 130 V). Ona dovodi do toničko – kloničkih grčeva (konvulzija) nakon koje nastupa gubitak svijesti. U današnje se vrijeme shizofrenija više liječi lijekovima jer se EKT na kraju iskazala ne toliko učinkovitom (iako je i dalje metoda odabira za duboko depresivne pacijente) (Davidson i Neale, 1999).

Priprema za EKT se svodi na psihološku i fizičku pripremu pacijenta, pripremu potrebnog pribora za izvođenje EKT, asistiranje i skrb pacijenta. Psihološka priprema se sastoji od razgovora s pacijentom, objašnjavanja postupka i odgovaranjem na sva moguća pitanja. Pregled bolesnika uz EKG, EEG, Rtg srca i pluća (prema potrebi kralježnice, CT mozga i dr.), laboratorijske pretrage krvi i urina, pregled očne jabučice i internistički pregled. U provođenju EKT-a sudjeluju psihijatar, anesteziolog, anesteziološka sestra/tehničar i psihijatrijska sestra/tehničar (interdisciplinarni tim). Na dan EKT-e pacijent mora biti natašte, prazna mokraćna mjehura (ukloniti nakit, zubalo i sl.) te se preporučuje davanje atropina (antikolinergik) za smanjenje salivacije i aritmija (Sedić, 2007).

Potreban pribor:

- Komprese od gaze (vlažna)
- Elektrokonvulzator
- Anesteziološki pribor (npr. tiopental+sukcinilkolin)
- Antišok terapija
- Boca s kisikom
- Aspirator
- Špatula omotana gazom/gumena cijev

Lijekovi koji se koriste za tretiranje shizofrenije zovu se neuroleptici, odnosno antipsihotici. Antipsihotici se dijele na tipične (klorpromazin, haloperidol, promazin i flufenazin) i atipične (klozapin, risperidon, amisulprid, olanzapin, aripiprazol,

kvetiapin, ziprasidon). Tipični antipsihotici imaju dobar učinak na pozitivne simptome, ali slab na negativne. Oni imaju snažan afinitet za dopaminske receptore i zato izazivaju ekstrapiramidne nuspojave (nuspojave koje izgledaju kao simptomi Parkinsonove bolesti: tremor, rigidnost, nestabilan hod, hipersalivacija). Atipični antipsihotici imaju podjednak učinak na pozitivne i negativne simptome, te manje izazivaju nastanak ekstrapiramidnih nuspojava (iako većina izaziva metabolički sindrom). Radi tih razloga su atipični antipsihotici metoda izbora za liječenje shizofrenije (Varda i Srkalović Imširagić, 2008; Živković, 2017).

Tablica 3. Tipični antipsihotici

(Izvor: Varda i Srkalović Imširagić, 2008; Sampford i sur., 2016; Živković, 2017).

Tipični antipsihotici	<i>Klorpromazin</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Prvi neuroleptik - Izaziva neuroleptički sindrom (stanje mirnoće, sedacije uz sačuvanu svijest i nezainteresiranost od vanjskih podražaja)
	<i>Haloperidrol</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Indikacija kod pozitivnih simptoma koje prati agresivnost - Nema učinka na negativne, kognitivne i afektivne simptome
	<i>Promazin</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Kratkotrajno liječenje umjerenog ili akutnog psihomotornog nemira
	<i>Flufenazin</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Češća pojava nuspojava (poremećaj kretanja) stoga se smanjilo njegovo korištenje

Tablica 4. Atipični antipsihotici

(Izvor: Curran i Perry, 2001; Varda i Srkalović Imširagić, 2008; Živković, 2017).

Atipični antipsihotici	<i>Klozapin</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Izostanak ekstrapiramidnih nuspojava - Izaziva reverzibilnu agranulocitozu (ukidanje lijeka) - Učinkovit kod osoba oboljelih od shizofrenije koji ne pokazuju terapijski odgovor na neke druge antipsihotike
	<i>Risperidon</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Dobra apsorpcija - Neke od indikacija su akutna faza shizofrenije, terapija održavanja u adolescenata, liječenje iritabilnosti (autizam) - Najčešća primjena u djece i adolescenata - Neke od nuspojava: tjeskoba, agitacija, glavobolja, nesanica, mučnina
	<i>Amisulprid</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Učinkovitiji od haloperidola - Jednako učinkovit za negativne simptome poput risperidona
	<i>Olanzapin</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Neke od indikacija: akutna faza shizofrenije, održavanje, agitacija (shizofrenija ili manija) - Nema učinka na kognitivno funkcioniranje - Neke od nuspojava: povećanje tjelesne težine, ortostatska hipotenzija, sedacija
	<i>Aripiprazol</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Koristi se i kao dodatna terapija za liječenje manije i agitiranosti - Rijetko uzrokuje povećanje mase
	<i>Kvetiapin</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Neke od indikacija: liječenje shizofrenije, depresivne i manične epizode (bipolarni poremećaj raspoloženja) - Ima antidepresivno djelovanje - Koristi se u liječenju anksioznih poremećaja, tvrdokorne nesаницe, unipolarne depresije (terapijski rezistentne) - Neke od nuspojava: ortostatska hipotenzija, pospanost, smušenost, povećanje tjelesne težine
	<i>Ziprasidon</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Apsorpcija je bolja kada se konzumira uz hranu

3.7.2. Psihoterapija

Psihoterapija je definirana (Davidson i Neale, 1999) interakcijom između obrazovanog stručnjaka i osobe oboljele od duševne bolesti (u ovom slučaju shizofrenije) s ciljem da joj se pomogne suočiti sa svojim stanjem i bolešću, te (Luderer, 2006) promjene osjećaje i ponašanja. Psihoterapija nije način prevencije duševnih poremećaja već pomoć pri liječenju uz ispravno uzimanje unaprijed ordiniranih lijekova. Psihoterapija se može provoditi individualno i u grupi, a njen

učinak uvelike odnosi o oboljelome, njegovoj motivaciji i želji za napredovanjem. Za dobar ishod bolesti važno je uključiti i obitelj u psihoterapiju (obiteljska psihoterapija). Obitelj na početku negira nastanak bolesti jer se osjećaju kao uzrok iste, stoga je važno i njih educirati o bolesti te načinu na koji će postupati prema oboljelome. Važno je educirati obitelj da se prema oboljelome ne smiju ponašati previše zaštitnički već s nižim EE faktorom te objasniti načine pomoću kojih se mogu sučeljavati s bolešću na pozitivniji način. Neki od tih načina su strategija distrakcije (roditelj djeteta pozove na kavu kako bi se djetetu odvušla pažnja od činjenice da čuje kako se o njemu priča na radiju) ili strategija testiranja realiteta (sin oca koji je uvjeren da ga se promatra kroz utičnicu predloži da istu rastavi i zaključi je li to zaista tako kako je on mislio) (Štrkalj-Ivezić i Martić-Biočina, 2010). Iako obitelj nužno nije uzrok nastanka shizofrenije, poremećeni odnosi u obitelji i loša komunikacija mogu biti. Frida Reichmann je navela „shizofrenogenu majku“ (agresivna, dominantna majka koja može biti u braku sa slabim, pasivnim muškarcem koji nema pravo glasa) kao „proizvođača shizofrene djece“. Također, odnos oca u obitelji i njegov način ponašanja prema majci. „Patogeni otac“ je u stalnoj svađi s partnerom, neprijateljski nastrojen ili agresivan prema djetetu, možda nema svoje mjesto u kući ili osjeća paranoidnu grandioznost (Sedić, 2007). Odnos u obitelji je još jedan od razloga uključivanja u psihoterapiju, pokušavaju se prikupiti podatci o oboljelome i njegovom prvobitnom stanju kao i podatci o obitelji te njihovom funkcioniranju.

3.7.3. Socioterapija

Socioterapija je skupina aktivnosti koja se primjenjuje u fazi rehabilitacije (resocijalizacije), čiji je cilj priprema oboljeloga na povratak u njegovu okolinu. Osobu oboljelu od shizofrenije se priprema na mogući stres i pritisak sredine u kojoj će se nalaziti te ga se educira o načinima koji će mu pomoći prilikom savladavanja istih (prevencija vraćanja u stanje akutne bolesti). Najvažniji zadatak je uključivanje oboljele osobe u liječenje i ostvarivanje osjećaja kontrole. Socioterapija se može provoditi u instituciji i izvan nje (npr. socijalno-medicinske ustanove) kao glazboterapija, radna i okupacijska terapija, učenje socijalnih vještina, terapijska zajednica, ples i ostale aktivnosti. Ona se rijetko provodi individualno, najčešće je u grupama s osobama istog ili sličnog problema i terapeutom (voditeljem). Terapeut kao voditelj grupe članovima pruža pomoć stručnjaka, a članovi dijele svoja iskustva i ponašanja te na

taj način vrše resocijalizaciju. Izvaninstitucionalna rehabilitacija ima prednosti u odnosu na bolničko liječenje – jednako je učinkovita, a jeftinija – iako je kod takve rehabilitacije stigma osoba oboljelih od shizofrenije i dalje prisutna (Ružić i sur., 2009).

3.7.4. Uloga medicinske sestre/tehničara

Prema literaturi Carpenito – Moyet iz 2010-te godine, shizofrenija se spominje kod neučinkovitog suočavanja, socijalne izolacije, rizika za samoću, samoozljeđivanja i komplikacije neuroloških/senzornih disfunkcija. Sestrinskim intervencijama medicinska sestra/tehničar može utjecati na ishod situacije u kojoj se oboljeli nalazi, primjerice kod rizika za samoozljeđivanje može učiniti sljedeće:

1. Reći pacijentu: "Siguran si."
2. Koristiti tihi, umirujući glas.
3. Prilagoditi način govora ako je pacijent uzeo neke psihoaktivne tvari. Ako se uznemirenost pojača, odmah prestati.
4. Prema potrebi orijentirati pacijenta. Istaknuti pogrešne percepcije osjetila/okoline bez omalovažavanja njegovih/njezinih strahova ili indiciranje na neodobravanje verbalnih izraza (odgovora).
5. Uvjeriti pacijenta da je i to prolazno.
6. Pripaziti na znakove pojačanih sumanutih ideja i/ili halucinacija (može doći do povećane tjeskobe, agitacije, razdražljivosti, tahikardije, pojačane uznemirenosti) (Carpenito – Moyet, 2010).

3.8. Stigma shizofrenije

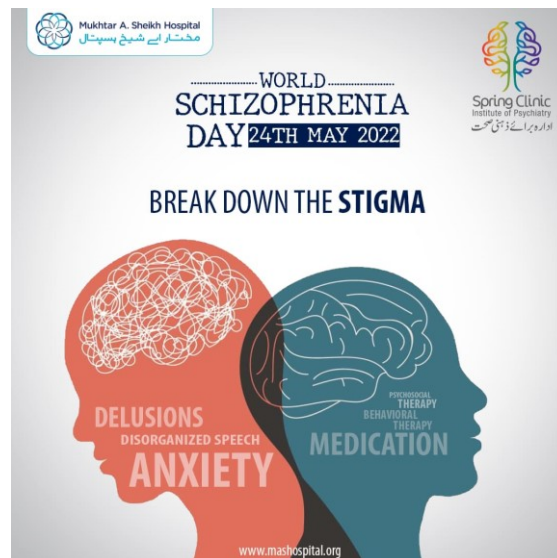
Stigma shizofrenije se odnosi na negativno obilježavanje osoba oboljelih od shizofrenije, odnosno, negativno postavljeni stavovi temeljeni na neznanju, predrasudama i diskriminaciji oboljelih. Društvo često degradira osobe s duševnim poremećajima poput shizofrenije jer ih smatraju lijenima, nesposobnima, neodgovornima, nasilnima i agresivnima. Većina populacije također nije upoznata s činjenicom da se shizofrenija kao bolest liječi te duševne poremećaje povezuje s osjećajem straha i nelagode.

Diskriminacija je posljedica stigme i spada u teško kršenje ljudskih prava. Radi stigmatiziranja i diskriminiranja osoba oboljelih od shizofrenije, one se povlače u svoj

svijet gdje su izolirani i emocionalno zakinuti što onemogućava njihovo napredovanje i sudjelovanje u metodama liječenja ili resocijalizacije, ali i uništava međuljudske odnose. Stigmatizacijom se smanjuje mogućnost rehabilitacije, povratka u zajednicu, a s time normalnog života i radnog funkcioniranja oboljelog (Sulejmanpašić-Arslanagić, 2015).

Provedena su brojna istraživanja (Arbanas i Bagarić, 2019; Chiu i sur., 2022; Jilka i sur., 2022) koja tvrde da je shizofrenija jedna od najstigmatiziranih duševnih poremećaja. Arbanas i Bagarić su 2019-te godine proveli istraživanje stigmatizacije shizofrenije, depresije i PTSP-a kod medicinskih sestara/tehničara, liječnika i laika. U istraživanju je sudjelovalo 270 medicinskih sestara/tehničara, 30 liječnika i 87 laika. Radi nejednakog broja medicinskih sestara/tehničara, doktora i laika podatci mogu odstupati, no sveukupni rezultat upućuje na to da je shizofrenija najstigmatiziranija, a zatim je PTSP pa depresija. Također je uočeno da osobe čiji su bližnji (obitelj, prijatelji) dijagnosticirani shizofrenijom imaju manje stigmi od ostalih. Chiu i suradnici su proveli istraživanje o promjeni naziva shizofrenije i došli do zaključka da je stigmatizacija smanjena nakon promjene naziva.

Edukacija medicinskog osoblja i šire populacije o antistigma programu, rasprave, debate, razgovori o strahovima i predrasudama oboljelih od shizofrenije, uništavanje stigmi putem medija/društvenih mreža, češći kontakti s osobama oboljelih od shizofrenije i promjena naziva pojma shizofrenije su samo neki od načina na koji se mogu smanjiti i uništiti predrasude/stigme društva.



Slika 4. 24. svibanj - Dan shizofrenije

(Izvor: <https://twitter.com/mashospital/status/1528980061721862150>)

4. ZAKLJUČAK

Shizofenija je heterogeni sindrom koji se sastoji od više duševnih poremećaja, stoga nema točno definiranog uzročnika i podijeljena je u više tipova. Najčešće je naglog i progresivnog početka, no nakon nekog vremena uđe u fazu stanke.

Oboljeli od shizofrenije su najčešće mlađe životne dobi iz razvijenijih zemalja, ali nižeg socio-ekonomskog statusa te je na njih moguć utjecaj čimbenika kao što su nepravilna prehrana ili nedostatak vitamina D. Životni vijek oboljelih od shizofrenije je kraći i postoji visok rizik za suicid, stoga je uloga medicinske sestre/tehničara prepoznati takvo ponašanje i prevenirati negativni ishod. Shizofrenija nije uzrokovana specifično jednim čimbenikom, već na nju utječe više njih koji mogu poticati njen nastanak (genetski, stres). Dijagnostika se temelji na dobrom uzimanju anamneze, mentalnom statusu, prepoznavanju simptoma i znakova te na temelju MKB-10 ili DSM-V kriterija. Najčešća podjela simptoma shizofrenije je na pozitivne (pojačanje i poremećaj normalnih životnih funkcija) i negativne (smanjenje i gubitak normalnih životnih funkcija). Radi svoje heterogenosti, shizofrenija nikad nema isti tijek bolesti, ali se uvijek dijeli na asimptomatsku, prodromalnu, aktivnu i kroničnu fazu. Liječenje shizofrenije je psihoterapijom, socioterapijom i biološkom terapijom (EKT, lijekovi) te je tijekom liječenja važno uključiti obitelj. Važnost uključivanja obitelji u liječenje i tijek bolesti je za dobrobit pacijenta, ali i njih samih jer se u većini slučajeva osjećaju odgovorno za nastanak bolesti. Radi predrasuda, stereotipa i stigmi vezanih za shizofreniju da je ona neizlječiva i da su svi oboljeli agresivni, društvo postaje odbojno i s time smanjuje učinkovitost liječenja, rehabilitacije i resocijalizacije oboljelog. Kako bi društvo prihvatilo osobe oboljele od duševnih bolesti važna je edukacija i promicanje načina prevencije stigmatizacije na način kao što su rasprave, razgovori, antistigma programi, ali i mediji koji imaju veliki utisak u današnjoj svakodnevnici. Jedan od mogućih načina prevencije stigmi oboljelih od shizofrenije je i mijenjanje naziva u primjerice Bleulerovu bolest (prema psihijatru Eugenu Bleuleru koji je prvi počeo koristiti ime shizofrenija).

Medicinska sestra/tehničar je član psihijatrijskog tima koja svojim intervencijama osobi oboljeloj od shizofrenije može pružiti podršku i potporu u svim fazama bolesti. Ima neizostavnu ulogu u procesu zdravstvene njege i aktivno se zalaže za oboljele i njihove probleme. U većini slučajeva oboljeli stvore vezu ovisnosti s medicinskim sestrama/tehničarima s očekivanjem da će oni odlučivati umjesto njih – što educirano

osoblje razumije i oboljelog potiče na samostalnost, kako bi se u fazi resocijalizacije lakše uklopilo u zajednicu i samostalno provodilo svakodnevne zadatke.

“Postoji niz stvari koje obitelj i prijatelji mogu učiniti kako bi pomogli osobi oboljeloj od shizofrenije. Jedan od najjednostavnijih i najučinkovitijih je stvoriti pozitivno okruženje oko osobe.”

– Milt Grk

5. SAŽETAK

Emil Kraepelin je 1899. godine ovaj duševni poremećaj nazvao *Dementia praecox*, a 1911. godine Eugen Bleuler je taj naziv promijenio u shizofreniju. Shizofrenija je duševna bolest koja radi svoje heterogenosti nema točno definiranu etiologiju. Podijeljena je u više tipova (paranoidni, hebefreni, katatoni, simplex i dr.) i svaki od njih ima individualne specifičnosti na temelju kojih se postavlja konačna dijagnoza. Za postavljanje dijagnoze koriste se DSM-V i MKB-10 kriteriji uz dobro postavljenu anamnezu, mentalni status i prepoznate simptome. Simptomi shizofrenije imaju više podjela, a najkorištenija je na pozitivne i negativne simptome. Korištenje psihoterapije, socioterapije i biološke terapije usmjereno je na tretiranje simptoma oboljelog i postizanje njegovih ciljeva na način da se poboljša njegovo svakodnevno funkcioniranje, ali i da napreduje dalje u životu. U psihijatrijskom timu, uz psihijatra, važna je i uloga medicinske sestre/tehničar. Uloga medicinske sestre/tehničara je promatranje osoba oboljelih od shizofrenije, utvrđivanje simptoma iz zdravstvene njege, sastavljanje sestrinskih intervencija te stvaranje plana zdravstvene njege na temelju sakupljenih podataka. Ona mora biti empatična, asertivna, dobrih komunikacijskih vještina i pružati potporu oboljelome u svim fazama njegove bolesti. Za uspješno liječenje potreban je dobar odnos između medicinske sestre/tehničara i oboljelog, pridržavanje liječničkih uputa i redovito uzimanje prepisane terapije. Utjecaj obitelj također ima veliku ulogu u tijeku bolesti jer edukacijom i sudjelovanjem pomaže oboljelome, ali i sebi.

Ključne riječi: shizofrenija, psihoterapija, medicinska sestra/tehničar, sestrinske intervencije.

6. SUMMARY

In the year 1899, Emil Kraepelin called this mental disorder Dementia praecox, and in the year 1911 Eugen Bleuler changed its name to schizophrenia. Schizophrenia is a mental illness that, due to its heterogeneity, does not have a precisely defined etiology. It is divided into several types (paranoid, hebephrenic, catatonic, simplex, etc.) and each of them has individual specifics on which the final diagnosis is made. DSM-V and ICD-10 criteria are used for the diagnosis, along with a well-established anamnesis, mental status and recognized symptoms. Schizophrenia symptoms have several divisions, and the most widely used are positive and negative symptoms. The use of psychotherapy, sociotherapy and biological therapy is aimed at treating the patient's symptoms and achieving his goals in such a way as to improve his daily functioning, but also to progress further in life. In the psychiatric team, in addition to the psychiatrist, the role of the nurse/technician is also important. The role of the nurse/technician is to observe people suffering from schizophrenia, determine the symptoms from health care, compose nursing interventions and create a health care plan based on the collected data. She must be empathetic, assertive, have good communication skills and support the patient in all stages of his illness. Successful treatment requires a good relationship between the nurse/technician and the patient, adherence to the doctor's instructions and regular use of the prescribed therapies. The influence of the family also plays a big role in the course of the disease, because through education and participation, it helps the patient, as well as themselves.

Key words: schizophrenia, psychotherapy, nurse/technician, nursing interventions.

LITERATURA

Arbanas, G. i Bagarić, Š. (2019) THE ATTITUDES OF MEDICAL DOCTORS, NURSES AND LAY PEOPLE TOWARDS SCHIZOPHRENIA, DEPRESSION AND PTSD. *Psychiatria Danubina*. [Online] 31 (suppl. 1). str. 84-91. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/262725> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Begić, D., Jukić, V. i Medved, V. (ur.) (2015.) *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.

Carpenito-Moyet, L. (2010) *Nursing Diagnosis*. 13 edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Chiu, Y. H. i sur. (2022) Renaming Schizophrenia and Stigma Reduction: A Cross-Sectional Study of Nursing Students in Taiwan. *International journal of environmental research and public health*. [Online] 19(6). str. 3563. Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/ijerph19063563> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Curran, M. P., i Perry, C. M. (2001) Amisulpride: a review of its use in the management of schizophrenia. *Drugs*. [Online] 61(14). str. 2123–2150. Dostupno na: <https://doi.org/10.2165/00003495-200161140-00014> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

DeLisi, L. E. i sur. (2006) Understanding structural brain changes in schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*. [Online] 8(1). str. 71–78. Dostupno na: <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.1/ldelisi> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Driver, D. I., Gogtay, N., i Rapoport, J. L. (2013) Childhood onset schizophrenia and early onset schizophrenia spectrum disorders. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. [Online] 22(4). str. 539–555. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.04.001> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Fortinash, K. i Holoday Worret, P. (2003) *Psychiatric mental health nursing*. Third edition. Mosby.

Jakovljević, M. (2011) *SHIZOFRENIJA: U teoriji i praksi*. Knjiga 1: Ontologija i klinička fenomenologija, Etiopatogeneza i klinička slika. Zagreb: Pro Mente d.o.o.

Jilka, S. i sur. (2022) Identifying schizophrenia stigma on Twitter: a proof of principle model using service user supervised machine learning. *Schizophrenia (Heidelberg, Germany)*. [Online] 8(1). str. 1. Dostupno na: <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00197-6> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Karlović, D., Silić, A. (2019) Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija. *2. međunarodni znanstveno-stručni skup: Mozak i um: promicanje dobrobiti pojedinca i zajednice*. Zagreb, Hrvatska, 12.12.2019. - 14.12.2019. Zagreb: CrosBi. Str. 29-39.

Karlović, D., Solter, V. i Kalousek, M. (2003) Snimanje mozga magnetskom rezonancom i neuropsihologijsko testiranje u jednojajčanih blizanaca nesukladnih na shizofreniju. *Acta clinica Croatica*. [Online] 42 (4). str. 0-0. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/14697> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Kendler K. S. (2020) The Development of Kraepelin's Mature Diagnostic Concept of Catatonic Dementia Praecox: A Close Reading of Relevant Texts. *Schizophrenia bulletin*. [Online] 46(3). str. 471–483. Dostupno na: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz101> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Luderer, H. (2006) *SHIZOFRENIJA: Kako naučiti nositi se s bolešću*. Zagreb: Naklada slap.

Milinović, M. i Todorović, M. (2020) Sindrom katatonije. *Naučni časopis urgentne medicine - Halo 194*. 26 (2). str. 55 – 61.

Mimica, N. i Folnegović-Šmalc, V. (2006) Epidemiologija shizofrenije. *Medix : specijalizirani medicinski dvomjesečnik*. [Online] 62/63. str. 74-75. Dostupno na: [\(PDF\) Epidemiologija shizofrenije \(researchgate.net\)](#) (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Mimica, N. i sur. (2006) Klasifikacija shizofrenije. *Medix : specijalizirani medicinski*

dvomjesečnik. [Online] XII, 62/63. str. 70-73. Dostupno na: [\(PDF\) Klasifikacija shizofrenije \(researchgate.net\)](#) (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Ostojić, D. (2012) PRVA EPIZODA SHIZOFRENIJE – VAŽNOST RANOG OTKRIVANJA BOLESTI: ŠTO O TOME TREBAJU ZNATI SOCIJALNI RADNICI?. *Ljetopis socijalnog rada*. [Online] 19 (1). str. 53-72. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/82947> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Owen, M. J., Sawa, A., i Mortensen, P. B. (2016) Schizophrenia. *Lancet (London, England)*. [Online] 388(10039). str. 86–97. Dostupno na: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01121-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01121-6) (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Richardson-Andrews R. C. (2009) The sunspot theory of schizophrenia: further evidence, a change of mechanism, and a strategy for the elimination of the disorder. *Medical hypotheses*. [Online] 72(1). str. 95–98. Dostupno na: <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2008.07.053> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Ružić, K. i sur. (2009) Rehabilitacija u psihijatriji - socioterapija. *Medicina Fluminensis*. [Online] 45 (4). str. 338-343 Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/45853> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Sampford, JR. I sur. (2016) Usporedba učinkovitosti starijih antipsihotika (flufenazin) s novijim antipsihoticima za liječenje shizofrenije. *Schizophrenia Group*. [Online] (2). Dostupno na: [Usporedba učinkovitosti starijih antipsihotika \(flufenazin\) s novijim antipsihoticima za liječenje shizofrenije | Cochrane](#) (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Sedić, B. (2007) *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zagreb: Zdravstveno veleučilište Zagreb.

Sulejmanpašić-Arslanagić, G. (2015) SHIZOFRENIJA, STIGMA, SEKSUALNOST. *Zdravstveni glasnik*. [Online] 1 (2). str. 68-72. Dostupno na: <https://doi.org/10.47960/2303-8616.2015.2.68> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Štrkalj-Ivezić, S. i Horvat, K. (2017) NEDOSTATAK UVIDA KOD OBOLJELIH OD

SHIZOFRENIJE: DEFINICIJA, ETIOLOŠKI KONCEPTI I TERAPIJSKE IMPLIKACIJE. *Liječnički vjesnik*. [Online] 139 (7-8). str. 0-0. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/189793> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Štrkalj-Ivezić, S. i Martić-Biočina, S. (2010) Reakcije obitelji na psihičku bolest člana obitelji. *Medicina Fluminensis*. [Online] 46 (3). str. 318-324. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/59258> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Thibaut, F. (2014) ACUTE TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA: INTRODUCTION TO THE WORD FEDERATION OF SOCIETIES OF BIOLOGICAL PSYCHIATRY GUIDELINES. *Psychiatria Danubina*. [Online] 26 (1). str. 0-11. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/162019> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Varda, R. i Srkalović Imširagić, A. (2008) Atipični antipsihotici u kliničkoj praksi. *Medicus*, 17. (2_Sumamed). Str. 107-112. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/40830> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Vidović, D., Brečić, P., Vilibić, M. i Jukić, V. (2016) Insight and Self-Stigma in Patients with Schizophrenia. *Acta clinica Croatica*. [Online] 55. (1.). str. 23-27. Dostupno na: <https://doi.org/10.20471/acc.2016.55.01.4> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

Žarković Palijan, T., Kovačević, D., Vlastelica, M., Dadić-Hero, E. i Sarilar, M. (2017) QUALITY OF LIFE OF PERSONS SUFFERING FROM SCHIZOPHRENIA, PSORIASIS AND PHYSICAL DISABILITIES. *Psychiatria Danubina*. [Online] 29 (1). str. 60-65. Dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/178605> (Pristupljeno: 11. veljače 2022.)

POPIS KORIŠTENIH KRATICA

DSM-V – Dijagnostički i statistički priručnik mentalnih poremećaja (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, Fifth Edition)

MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema

SAD – Sjedinjene Američke Države

EKT – Elektrokonvulzivna terapija

EE faktor – Faktor povišene ekspresije emocija (engl. Expressed Emotions)

PTSP – Posttraumatski stresni poremećaj

MR – Magnetska rezonanca

EKG – Elektrokardiogram

Rtg – Rentgensko snimanje, radiografija

EEG – Elektroencefalografija

CT – Kompjutorska tomografija

POPIS SLIKA I TABLICA

Slika 1. Emil Kraepelin (lijevo) i Eugen Bleuler (desno).....	2
Slika 2. MR mozga pacijentice oboljele od shizofrenije kroz 10 godina.....	18
Slika 3. Blizanac sa (A) i blizanac bez (B) shizofrenije	19
Slika 4. 24. svibanj - Dan shizofrenije.....	26
Tablica 1. Shizofrenija i genetski rizik.....	5
Tablica 2. Pozitivni i negativni simptomi shizofrenije	7
Tablica 3. Tipični antipsihotici	22
Tablica 4. Atipični antipsihotici.....	23