

Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije - prikaz i usporedba slučajeva

Grozdek, Anamarija

Undergraduate thesis / Završni rad

2024

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:995341>

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

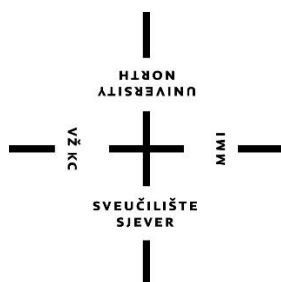
Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-22**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)





**Sveučilište
Sjever**

Završni rad br. 1816/SS/2024

**Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije – prikaz i
usporedba slučajeva**

Anamarija Grozdek, 0336056680

Varaždin, srpanj 2024. godine



**Sveučilište
Sjever**
Odjel za sestrinstvo

Završni rad br. 1816/SS/2024

**Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije – prikaz i
usporedba slučajeva**

Student

Anamarija Grozdek, 0336056680

Mentor

Tina Košanski, mag. med. techn., predavač

Prijava završnog rada

Definiranje teme završnog rada i povjerenstva

ODJEL	Odjel za sestrinstvo		
STUDIJ	preddiplomski stručni studij Sestrinstva		
PRISTUPNIK	Anamarija Grozdek	JMBAG	0336056680
DATUM	3.7.2024.	KOLEGIJ	Proces zdravstvene njege
NASLOV RADA	Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije - prikaz i usporedba slučajeva		
NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU	Nursing care among patients with schizophrenia - report and comparison of cases		

MENTOR	Tina Košanski, mag. med. techn.	ZVANJE	predavač
ČLANOVI POVJERENSTVA	1. dr.sc. Melita Sajko, predsjednica		
	2. Tina Košanski, mag. med. techn., mentorica		
	3. Valentina Novak, mag.med.techn., lanica		
	4. doc.dr.sc. Irena Canjuga, zamjenska lanica		
	5.		

Zadatak završnog rada

BROJ	1816/SS/2024
------	--------------

OPIS

U radu se opisuje shizofrenija i zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije. Shizofrenija je jedna od najtežih psihičkih poremećaja te utječe na svaki aspekt ljudskog funkcioniranja. Najčešće se razvija u adolescenciji, kroničnog je tijeka uz izmjene akutnih epizoda i kratkotrajnih remisija. Pravi uzrok shizofrenije još nije otkriven, no postoje brojne teorije i rizični čimbenici za koje se smatra kako zajedničkim djelovanjem mogu doprinijeti razvoju poremećaja. Svaka oboljela osoba ima jedinstvene simptome i znakove, no najčešće se pojavljuju vidne i slušne halucinacije te sumanute ideje koje dovode do radnog, socijalnog i obiteljskog propadanja oboljele osobe. Čest problem s kojim se suočavaju osobe oboljele od shizofrenije je stigmatizacija, stoga je u radu stavljen naglasak na aktivnosti medicinske sestre/tehničara u prevenciji iste. U radu su također prikazana, opisana i uspoređena dva slučaja osoba oboljelih od shizofrenije s vrlo različitim tijekom poremećaja i ishodom liječenja uz prikaz planova zdravstvene njege.

ZADATAK URUČEN

05.07.2024.



Košanski

Predgovor

Ovaj rad pisan je pod mentorstvom vrlo cijenjene Tine Košanski, mag. med. techn. u sklopu Odjela za sestrinstvo na Stručnom prijediplomskom studiju Sestrinstva Sveučilišta Sjevera u Varaždinu.

Željela bih se zahvaliti mentorici Tini Košanski na izrazito profesionalnom i empatičnom pristupu te korisnim savjetima. Iskreno sam zahvalna na pruženoj prilici, podršci i ohrabrenju te duboko cijenim vrijeme koje je uloženo u izradu završnog rada.

Posebno se zahvaljujem svojoj obitelji i zaručniku bez čije potpore i strpljenja nikada ne bih postigla svoje ciljeve.

Ovaj rad pisan je u ime svih osoba koje boluju od shizofrenije, prvenstveno mojim ujacima. Živjeti sa shizofrenijom izrazito je izazovno i divim se vašoj snazi. Zapamtite da nikada niste sami. Nitko ne može u potpunosti razumijeti kroz što prolazite, no uvijek imate nekoga kome se možete obratiti, obitelj s kojom možete podijeliti miran trenutak ili rame na koje se možete osloniti. Vaši su osjećaji i iskustva valjana, a vaša snaga u suočavanju s ovim poremećajem vrijedna je divljenja. Cijenjeni ste i voljeni, a vaše vas bolesti i poremećaji ne definiraju. Vaša vrijednost i potencijali su neograničeni. Svaki mali korak koji poduzmete je pobjeda. Slavite svaki napredak ma koliko god mali se činio. Pokazali ste nevjerojatnu otpornost i vjerujem u vašu sposobnost da nastavite ići naprijed u nove pobjede. Imate jedinstvenu i prekrasnu prisutnost koja svijet čini boljim mjestom. Zahvalna sam što vas imam u svom životu. Čuvajte se i znajte da sam tu za vas.

Sažetak

Shizofrenija je jedan od najtežih psihijatrijskih poremećaja koji utječe na cjelovitost ljudskog bića i ima učinak na svaki aspekt čovjekovog funkcioniranja. Tijek poremećaja kod većine oboljelih je kroničan. Shizofrenija je neizlječiva, no lijekovima i radnom terapijom moguće je smanjiti simptome koji su prisutni kod oboljelih osoba i omogućiti im samostalan život. Tijekom povijesti shizofreniju su nazivali raznim imenima, a najkontroverznije i najpogrešnije mišljenje o shizofreniji vladalo je tijekom razdoblja prije Kristova rođenja kada se smatralo da je poremećaj uzrokovan zlim duhovima, dok pravi uzrok poremećaja još uvijek nije otkriven. Shizofrenija je obilježena mnogim simptomima i znakovima koji se dijele u pet skupina, a to su pozitivni, negativni, kognitivni, depresivni i agresivni. Prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema, shizofrenija se dijeli u devet skupina, a najčešći oblik je paranoidna shizofrenija. U postavljanju dijagnoze koriste se osnovne metode poput promatranja ponašanja osobe, uzimanja anamneze i heteroanamneze pri čemu se koriste opći kriteriji prema desetoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema te kriteriji iz Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje uz laboratorijske pretrage, kompjutorizirane tomografije, scintigrafije mozga, magnetne rezonance te rendgenskih i ultrazvučnih pretraga koje se najčešće provode u svrhu isključenja organskog oštećenja ili bolesti koji bi mogli uzrokovati psihičke tegobe kod oboljelih osoba. Osnovni princip liječenja predstavlja psihofarmakoterapija uz psihoterapiju i socioterapiju. Osobe oboljele od shizofrenije često su stigmatizirane od strane okoline. Društvo ima negativne stavove koji su temeljeni na predrasudama, neznanju i diskriminaciji. Oboljele osobe često su degradirane jer društvo smatra kako su lijeni, neodgovorni i nasilni. Stigmatizacija i diskriminacija negativno utječu na razvoj poremećaja jer se osobe povlače u sebe čime se sprječava sudjelovanje i napredovanje u procesima resocijalizacije i uništava sklopljene odnose s drugim ljudima radi čega je potrebno educirati društvo o poremećaju te kako se ponašati prema oboljelim osobama. U zdravstvenoj njezi važan je individualizirani pristup. Medicinska sestra/tehničar u zdravstvenoj njezi brine se o svim potrebama oboljele osobe koju se prihvaća na temelju njezine osobnosti zajedno s prisutnim poremećajem. Fokus zdravstvene njege predstavljaju osnovne ljudske želje i potrebe koje mogu biti socijalne, psihološke, biološke i duhovne. U radu su razjašnjena i uspoređena dva prikaza slučajeva osoba oboljelih od shizofrenije s vrlo različitom anamnezom i ishodom liječenja.

Ključne riječi: shizofrenija, medicinska sestra/tehničar, zdravstvena njega, prikaz slučaja

Popis korištenih kratica

DSM	Dijagnostički i statistički priručnik za mentalne poremećaje
MKB	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema
MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – deseta revizija
mg	Miligram
tbl.	Tableta
Dom	Dom za odrasle osobe Lobor - grad

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Shizofrenija	2
3. Povijesni pregled shizofrenije	3
3.1. Antičko doba	3
3.2. „Demente precoce“	3
3.3. „Hebefrenija“ i „versania tipica“	4
3.4. „Dementia praecox“	4
3.5. Shizofrenija	5
3.6. Shizofrena reakcija	6
3.7. Dimenzionalni koncept shizofrenije	6
4. Epidemiologija	8
5. Etiologija	9
5.1. Genetski čimbenici	9
5.2. Biokemijski čimbenici	9
5.3. Strukturalne promjene mozga	10
5.4. Psihološki čimbenici	11
5.5. Neurodegenerativne i neurorazvojne promjene	11
5.6. Model vulnerabilnosti	11
5.7. Traumatski događaj	12
6. Klinička slika	13
6.1. Pozitivni simptomi	13
6.1.1. Poremećaji mišljenja	13
6.1.2. Pozitivni psihotični simptomi	14
6.1.3. Pozitivni simptomi dezorganiziranosti i smetenosti	16
6.2. Negativni simptomi	16

6.3. Kognitivni simptomi	18
6.4. Depresivni simptomi	18
6.5. Agresivni simptomi	19
7. Faze shizofrenije	20
8. Podtipovi shizofrenije	21
8.1. Paranoidna shizofrenija	21
8.2. Hebefrena shizofrenija	22
8.3. Katatona shizofrenija	22
8.4. Nediferencirana shizofrenija	24
8.5. Rezidualna shizofrenija	24
8.6. Obična shizofrenija	24
8.7. Druga shizofrenija	25
8.8. Nespecifična shizofrenija	25
8.9. Postshizofrena depresija	25
8.10. Shizofreniformni poremećaj	25
8.11. Shizoafektivni poremećaj	25
8.12. Ostali oblici	26
8.13. Podtipovi shizofrenije prema jedanaestoj reviziji MKB-10	26
9. Dijagnostika shizofrenije	27
9.1. Dijagnostički kriteriji	28
10. Liječenje shizofrenije	31
10.1. Psihofarmakoterapija	31
10.1.1. Psiholeptici	32
10.1.1.1. Antipsihotici	32
10.1.1.2. Anksiolitici	38
10.1.1.3. Hipnotici	38
10.1.1.4. Sedativi	38

10.1.2. Psihoanaleptici	39
10.1.3. Stabilizatori raspoloženja	39
10.2. Nuspojave psihofarmakoterapije	41
10.2.1. Nuspojave tipičnih antipsihotika	43
10.2.2. Nuspojave atipičnih antipsihotika	44
10.2.3. Nuspojave antidepresiva	45
10.2.4. Nuspojave stabilizatora raspoloženja	46
10.2.5. Shizofrenija otporna na psihofarmakoterapiju	46
10.3. Biološke metode liječenja	46
10.4. Psihoterapija.....	49
10.4.1. Obiteljska psihoterapija.....	49
10.5. Socioterapija	50
11. Prognoza shizofrenije	52
12. Stigmatizacija oboljelih osoba u društvu.....	55
13. Uloga medicinske sestre/tehničara u skrbi oboljele osobe	57
13.1. Pristup oboljeloj osobi tijekom hospitalizacije	57
13.2. Odnos između oboljele osobe i medicinske sestre/tehničara	58
13.3. Komunikacijske vještine medicinske sestre/tehničara	59
13.3.1. Verbalna i neverbalna komunikacija	59
13.4. Provođenje zdravstvene njege.....	60
14. Prikaz i usporedba slučajeva osoba oboljelih od shizofrenije	63
14. 1. Prikaz slučaja korisnika 1.	63
14.1.1. Obiteljska i životna anamneza.....	63
14.1.2. Prijašnje hospitalizacije	63
14.1.3. Farmakoterapija shizofrenije	64
14.1.4. Trenutno stanje	65
14.1.5. Sestrinske dijagnoze	65

14.1.5.1. Anksioznost	66
14.1.5.2. Visok rizik za opstipaciju	67
14.1.5.3. Socijalna izolacija	69
14.2. Prikaz slučaja korisnika 2.	70
14.2.1. Obiteljska i životna anamneza	70
14.2.2. Prijašnje hospitalizacije	70
14.2.3. Farmakoterapija shizofrenije	71
14.2.4. Trenutno stanje	72
14.2.5. Sestrinske dijagnoze	73
14.2.5.1. Poremećaj spavanja	73
14.2.5.2. Visok rizik za pad	74
14.2.5.3. Visok rizik za samoozljeđivanje	75
15. Zaključak	77
16. Literatura	78
Popis ilustracija	80
Popis tablica	81
Popis grafova	83

1. Uvod

Shizofrenija je klinički sindrom kognitivnog, emocionalnog i bihevioralnog oštećenja [1]. U medicinskom smislu primarno je neurobiološki ili neurokognitivni poremećaj, no sa pogleda psihijatrije puno je više od toga jer zahvaća sve dimenzije ljudskog postojanja. Dovodi do biokemijskih promjena u mozgu, poremećaja ponašanja te oštećenja obiteljskog, socijalnog i misaonog funkcioniranja [2]. Jedna je od najtežih, ali i najbolje opisanih psihoza. Ne postoji jedinstvena definicija, jasno definirane granice i uzrok poremećaja. Tijek poremećaja kod većine oboljelih je kroničan. Tek jedna četvrtina oboljelih na terapiju reagira na pozitivan način u smislu ostvarivanja remisije, jedna četvrtina nikad ne ozdravi, dok kod ostalih oboljelih simptomi ostaju prisutni do kraja života. Osobe oboljele od shizofrenije život provode između svijeta stvarnosti i obmane izražavajući osjećaje koji odudaraju od realne okoline u kojoj se nalaze što dovodi do izolacije osoba u svojem svijetu kojeg smatraju stvarnim. Često se čine odsutnima i sebe opisuju poput beživotnog tijela. Shizofrenija se najčešće razvija u adolescenciji ili mlađoj odrasloj dobi, kroničnog je rekurentnog tijeka uz česte izmjene akutnih epizoda s vrlo izraženim simptomima te djelomične ili kompletne, ali kratkotrajne remisije. Svaka izmjena akutnih epizoda s razdobljem remisije dovodi do pogoršanja simptoma i bolesnikova stanja. Svaka oboljela osoba ima specifične simptome, a mogu se javiti jako iskrivljenje doživljaja stvarnosti i sebe, gubitak veze sa stvarnim svijetom uz povlačenje u svijet kojeg osobe smatraju stvarnim, dezorganizirano ponašanje, transformacija ličnosti gdje se osoba osjeća kao neka druga osoba uz poremećaj psihičkih funkcija mišljenja, opažanja, volje, emocija i afektivnosti što dovodi do socijalnog, obiteljskog i radnog propadanja osobe. Zbog utjecaja okoline i jedinstvenosti svake oboljele osobe, tijek i ishod poremećaja mogu biti vrlo različiti, no svaki je oblik obilježen osiromašenjem, propadanjem i pustošenjem funkcija ličnosti [2].

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo 2016. godine u Hrvatskoj je zabilježeno više od 38 000 slučajeva hospitalizacije zbog psihičkih poremećaja od kojih je 15,6% slučajeva zbog shizofrenije [1]. Najčešći razlozi hospitalizacije su određivanje točne dijagnoze, praćenje stanja uz određivanje adekvatne terapije te ukoliko se procjeni da osoba predstavlja opasnost za sebe i okolinu [4]. Zadatak medicinske sestre/tehničara je provođenje terapijskih zajednica, planiranje, provođenje i evaluacija zdravstvene njege uz adekvatnu edukaciju. Značajna uloga u pružanju skrbi je pružanje individualne skrbi i uspostava komunikacije [2].

2. Shizofrenija

Shizofrenija je težak duševan poremećaj često neshvaćen od strane društva, a oboljele osobe u većini su slučajeva stigmatizirane bez ikakvog shvaćanja njihovog stanja. Nema jedinstvenu definiciju koju svi stručnjaci smatraju točnom ili adekvatnom, no definirana je kao duševni poremećaj čiji je uzrok najvjerojatnije disfunkcija mozga, a dovodi do poremećaja ponašanja i poremećaja psihičkih funkcija. Težak je i složen psihički poremećaj okarakteriziran različitim skupinama poremećaja sposobnosti razmišljanja uz poremećenu i otežanu percepciju stvarnosti što kod osoba dovodi do pojave neugodnih osjećaja i promjene ponašanja uz slabije i neadekvatno izražavanje emocija [5]. Dijagnoza se postavlja ukoliko je stanje kod osobe prisutno duže od šest mjeseci uz aktivne simptome barem mjesec dana [4]. Sam poremećaj oboljelim osobama onemogućuje razlikovanje realnih i nerealnih iskustava ili događaja, narušava njihovo društveno funkcioniranje i ometa u logičkom razmišljanju te izražavanju pozitivnih i negativnih osjećaja prema drugim osobama. Pojam shizofrenija sastoji se od riječi „*schizein*“ što znači rascjep i „*phren*“ što znači duša/razum čime u doslovnom prevođenju shizofrenija znači rascjep duše i razuma (Slika 2.1.). Očituje se snažnim, karakterističnim simptomima koji se javljaju već u dobi adolescencije, najčešće u periodu od 15. do 25. godine, a liječenjem se osobi može s vremenom osigurati normalan život. Shizofrenija je poremećaj često kroničnoga tijeka, a prvi puta je kao bolest prepoznaje francuski psihijatar Benedict Morel [1].



Slika 2.1. „*Rascjep duše*“ osobe oboljele od shizofrenije

Izvor: Bajraktarević, J. (2021.) *Shizofrenija*, Psihološko savjetovanje psychopractice, raspoloživo na: <https://jasnabajraktarevic.com/shizofrenija/> (pristupljeno 29.03.2024.)

3. Povijesni pregled shizofrenije

U pogledu psihijatrije, shizofrenija je jedan od najtežih poremećaja kako za dijagnostiku tako i za liječenje. Povijest shizofrenije pruža kompletan uvid u razvoj psihijatrije kao grane medicine. Prema mišljenju profesora Vladimira Hudolina, povijest shizofrenije predstavlja povijest svih psihoza i psihijatrije jer se shizofrene psihoze javljaju kod većine težih psihijatrijskih oboljenja čime predstavlja glavni problem psihijatrije [6].

3.1. Antičko doba

Najstariji zapisi koji opisuju shizofreniju javljaju se 1550. godine prije Krista u Ebersovom Papiirusu gdje se opisuje kao bolest koju su uzrokovali zli duhovi kako bi se osvetili čovjeku za njegova zla djela. U to vrijeme, psihičke bolesti nisu bile dobro shvaćene. Poremećaji poput shizofrenije nisu se razlikovali od mentalne retardacije. Ljudi su smatrali kako su psihičke bolesti uzrokovane nadnaravnim bićima, zlim duhovima i demonima, a liječile su se egzorcizmom i trepanacijom u svrhu ispuštanja zlih duhova iz glave [7].

Sistemnim pregledom Starog i Novog zavjeta uočeno je spominjanje termina „*ludilo*“ koje se povezuje sa shizofrenijom. U Starom je zavjetu kralj Nabukodonosor bolovao od stanja koje bi se danas prema dijagnostičkim kriterijima klasificiralo kao shizofrenija. Kralj Šaul bolovao je od paranoje zajedno s braćom Kainom i Abelom. U Ponovljenom zakonu spominje se Jahvino udaranje bjesnilom, sljepoćom i ludilom te ludovanje osobe od prizora koje će njegove oči gledati što se danas povezuje s vidnim halucinacijama. U razdoblju stare Grčke spominje se određena terminologija koja potencijalno opisuje osobu koja boluje od shizofrenije. Sam Hipokrat upotrebljavao je termine melankolije, manije i paranoje u kontekstu ludila. U starom Rimu za isto stanje koristio se termin demencije kod osoba koje su se do određenog trenutka ponašale normalno i uobičajeno sve do nagle i abnormalne promjene ponašanja. Demencija se koristila u kontekstu propadanja naučenog ponašanja, a ne kognitivnih sposobnosti uzrokovanih starenjem. Stanja koja bi se danas prema kliničkoj slici dijagnosticirale kao shizofrenija do 19. stoljeća dijagnosticirala su se kao demencija, paranoja i slično [6].

3.2. „Demente precoce“

Francuski psihijatar Benedict Augustin Morel 1848. godine izabran je za direktora jedne mentalne ustanove u francuskom gradu Marevillu gdje je odmah počeo uvoditi reforme usmjerene na sve osobe koje su oboljele od mentalnih poremećaja. Provodio je istraživanja gdje je promatrao sve oboljele osobe s naglaskom na njihovu obiteljsku povijest i različite aspekte koji su mogli u

kasnijem životu uzrokovati mentalna oboljenja poput tjelesnih ozljeda ili siromaštva u djetinjstvu. U svim svojim radovima kao glavne uzroke razvoja mentalnih oboljenja opisivao je alkoholizam i nasljeđe. Glavni sudionici njegovih istraživanja bili su mladi pacijenti u dobi do trideset godina radi čega je 1852. godine u jednoj kliničkoj studiji upotrijebio naziv „*dementia praecox*“ što u prijevodu znači rana demencija i prvi je poznati izraz kojeg se povezuje s poremećajem shizofrenije. Termin „*dementia praecox*“ označavao je psihički poremećaj koji započinje u adolescenciji bizarnim ponašanjem, pojavom sumanutih ideja uz ireverzibilan i deteriorirajući tijek. Kao temelj opisivanja termina Morelu je služio prikaz slučaja četrnaestogodišnjeg dječaka koji je iznenadno zapao u melankolično stanje s prisutnim mislima kako će ga vlastiti otac ubiti. Kako je poremećaj napredovao, dječak je postepeno zaboravljao sve što je tijekom života naučio, a njegovo intelektualno funkcioniranje znatno je propadalo. Za provođenje nekih aktivnosti nije bio zainteresiran, a često je ponavljao neke besmislene radnje. Nakon pregleda dječaka, Morel je postavio dijagnozu demencije koristeći termin „*dementia praecox*“. Morel u svojim djelima stanje „*dementia praecox*“ nije smatrao konačnom dijagnozom, već skupinom simptoma koja se pojavljuje u ludilu. Kao najizraženije poteškoće kod promatranih pacijenata, Morel je naveo tromost, ošamućenost i malaksalost uz težak poremećaj volje [6].

3.3. „Hebefrenija“ i „versania tipica“

Njemački psihijatar Karl Ludwig Kahlbaum, 1863. godine, u svojim je djelima opisao stanje kognitivnog propadanja koje započinje u razdoblju adolescencije s poremećajima mišljenja i afekta, no stanje nije imenovao. Tijek poremećaja bio je kroničan, a ime je dobio 1871. godine od strane Kahlbaumovog učenika Ewalda Hackera koji je dao naziv „*hebefrenija*“. Isto stanje od 1874. Kahlbaum je nazvao „*versania tipica*“ i opisao simptome koji se pojavljuju u katatoniji. Katatoniju je smatrao strukturnom bolešću mozga koja uzrokuje mentalno propadanje, mišićni rigiditet i stupor [6].

3.4. „Dementia praecox“

Emil Kraepelin njemački je psihijatar koji je prvi u svojim radovima opisao shizofreniju kao poremećaj koji započinje u adolescenciji, napreduje kroz život osobe i uzrokuje duševno propadanje oboljelih osoba [3]. Kraepelin je prihvatio Morelov naziv uz malu preinaku i 1899. godine u četvrtom izdanju vlastitog udžbenika iz psihijatrije spomenuo stanje „*dementia praecox*“ što u prijevodu znači mladenačko ludilo. Proveo je kratko istraživanje i sumirao sve poznate opise kliničkih slika spomenutih stanja prilikom čega je shvatio kako svi spomenuti autori opisuju isto stanje. Sve je simptome opisao u poremećaju kojeg je nazvao „*dementia praecox*“. Kraepelin je prvi psihijatar koji je odvojio afektivnu i kognitivnu dimenziju ljudske osobnosti na temelju čega

je i podijelio psihijatrijske poremećaje na poremećaje koji uzrokuju afektivno propadanje i poremećaje koji uzrokuju kognitivno propadanje ljudskih sposobnosti. Poremećaje kognitivnog propadanja podijelio je na one s ranim i kasnim početkom. Time je sagradio temelj psihijatrijske klasifikacije psihičkih poremećaja imenujući afektivne poremećaje i manično-depresivne psihoze kao poremećaje s afektivnim propadanjem te staračku demenciju s kognitivnim propadanjem. Nakon provedenih istraživanja, Kraepelin je za stanje „*dementia praecox*“ naveo simptome halucinatorne paranoje, katatonije i hebefrenije uz karakterističnu pojavu simptoma u adolescenciji i ranoj mladosti s kroničnim propadajućim tijekom kognitivnih funkcija po uzoru na tipičnu demenciju [6].

3.5. Shizofrenija

Švicarski psihijatar Eugen Bleuler vjerovao je kako se „*dementia praecox*“ ne pojavljuje uvijek u mladosti i kako ne mora nužno dovesti do demencije kod oboljelih osoba radi čega je naziv smatrao neprikladnim i 1908. godine predložio je naziv shizofrenije. Naziv je sastavljen od starogrčkih riječi „*schizein*“ i „*phren*“ što u prijevodu znači rascjep uma ili tijela [3]. Ime shizofrenija izabrao je kako bi ukazao na fragmentirano razmišljanje i mentalnu zbunjenost koja se javlja kod oboljelih osoba, no javnost je naziv shvatila kao ideju podvojene ličnosti i višestruke osobnosti što je dovelo do krivog shvaćanja poremećaja i stvaranja mitova o podvojenim ličnostima koji su još uvijek prisutni [7]. Naziv je službeno promijenjen 1911. godine nakon objave djela „*Dementia praecox ili grupa shizofrenije*“. Promjenom naziva Bleuler je promijenio i koncept shvaćanja poremećaja. Smatrao je kako shizofrenija nije zaseban poremećaj, već sindrom ili skupina različitih poremećaja sa sličnim tijekom i kliničkom slikom koja ne mora nužno rezultirati propadanjem sposobnosti oboljele osobe. Po uzoru na Kraepelina, Bleuler je u središte poremećaja stavio rascjep duše između misaonog i afektivnog tijeka života umjesto intelektualnog propadanja ili kognitivnog deficita [6]. Bleuler je uveo određene dijagnostičke kriterije koje je označio s „*Četiri A*“ u koje je ubrojio poremećaj asocijacije i afekta te pojavu ambivalencije i autizma [3]. Dijagnostički kriteriji „*Četiri A*“ prema Bleuleru nazivaju se i primarnim simptomima skupine poremećaja shizofrenije. Kao sekundarne simptome naveo je prisutnost halucinacija, sumanutosti i katatonih simptoma [6]. Zbog različite dobi razvoja shizofrenije i nedostatka progresivne demencije kod određenog broja pacijenata, Bleuler je osmislio pojam „*pucanja asocijativnih veza*“ kako bi pobliže utvrdio ključno svojstvo koje objedinjuje navedene poremećaje. U svojem je radu opisao kako su adekvatna komunikacija te učinkovito i k cilju usmjereno razmišljanje moguće samo u slučajevima kada je očuvana asocijativna veza što je dovelo do razvoja teorije o asocijativnim vezama kao mogućim uzrokom shizofrenije [3].

Na temelju vlastitih istraživanja, njemački psihijatar Kurt Schneider 1938. godine objavio je vlastiti koncept shizofrenije. Simptome shizofrenije podijelio je na simptome prvog i drugog reda. Kao simptome prvog reda, naveo je ozvučene misli, osoba čuje glasove koji se svađaju, razgovaraju ili komentiraju, somatski je pasivna, prisutna je sumanuta percepcija i utjecaj tuđih iskustava na vlastito mišljenje uz stanja koja utječu na volju, impulse i afekt, dok je za simptome drugog reda naveo ostale poremećaje percepcije, perpleksiju, sumanute misli nagle pojave uz euforične i depresivne razmjene raspoloženja te osjećaj emocionalnog osiromašenja. Prema njegovom mišljenju ukoliko je kod osobe prisutan barem jedan simptom prvog reda dijagnoza shizofrenije se mora postaviti [6].

3.6. Shizofrena reakcija

Otac američke psihijatrije, Adolf Meyer, kritizirao je Bleulerovo shvaćanje shizofrenije i uvažavao je biološke, psihološke i socijalne faktore razvoja poremećaja. Shizofreniju nije smatrao poremećajem koji se pojavljuje zbog bolesti mozga, već kao negativnu reakciju na nagle promjene u životu pojedinaca koji se ne uspijevaju adekvatno prilagoditi nastalim promjenama radi čega se razvija dezorganizacija ličnosti. Time je promijenio naziv shizofrenije u shizofrenu reakciju koja je u prvom i drugom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM) služila kao dijagnostička kategorija, no u trećem izdanju vraćen je naziv shizofrenija. Schneiderovi kriteriji za postavljanje dijagnoze shizofrenije prihvaćeni su u izdanju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema (MKB). Kasnije su ostali psihijatri uočili dominaciju afektivnih simptoma, naglu pojavu poremećaja i podijelili stanja na bolesti s brzim povlačenjem ili jako dobrom prognozom na stanja s lošom prognozom [6].

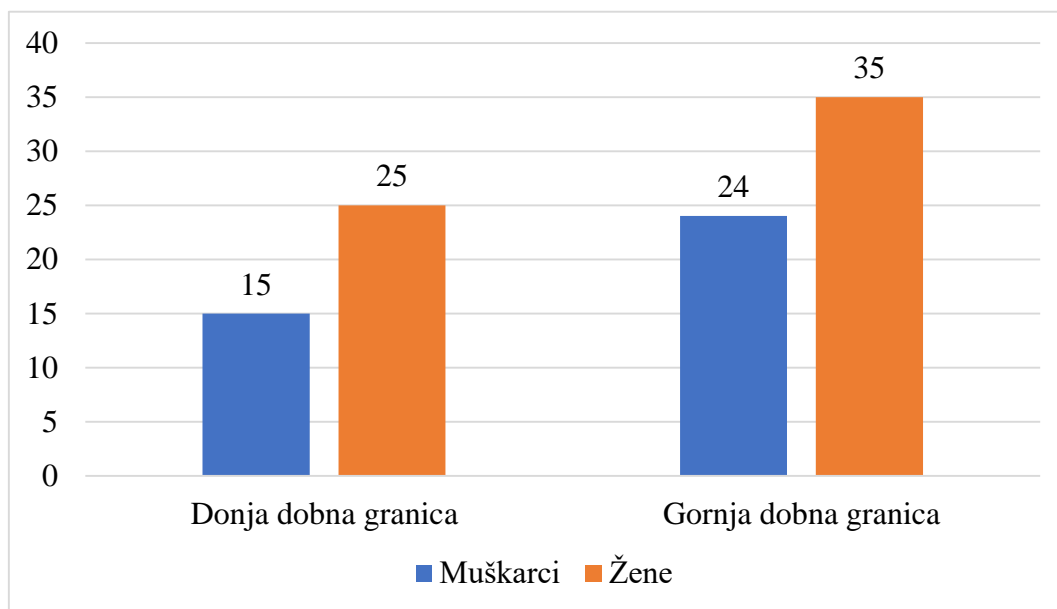
3.7. Dimenzionalni koncept shizofrenije

U 20. stoljeću uz pomoć faktorske analize psihologije izdvojene su dvije dimenzije ili simptomi shizofrenije koji se dijele na pozitivnu i negativnu dimenziju ili pozitivne i negativne simptome. Danas se izdvaja pet dimenzija simptoma u koje se ubrajaju pozitivni, negativni, kognitivni, depresivni ili anksiozni i agresivni ili impulzivni simptomi shizofrenije. U 20. stoljeću pojavio se pojam shizofrenog spektra koji je podijelio shizofreniju na *hard* dio u koji se ubrajaju akutna i kronična shizofrenija, dok u *soft* dio spektra spadaju shizoidni, shizotipni i paranoidni poremećaj ličnosti uz paranoidna stanja. Shizofreni spektar uvršten je u peto i zadnje izdanje DSM. Zadnju podjelu shizofrenije sastavio je britanski psihijatar Timothy John Crowa koji je podijelio shizofreniju na Tip jedan s akutnim početkom, povoljnijim ishodom i reakcijom oboljelih osoba na antipsihotike bez morfoloških promjena mozga uz prisutnost pozitivnih simptoma, halucinacija, sumanutosti i formalnog poremećaja mišljenja te na shizofreniju Tipa dva čiji je početak polagan,

ishod nepovoljniji, oboljele osobe loše reagiraju na antipsihotike i imaju promjene na mozgu uz dominantne negativne simptome, autizam, anhedoniju, avoliciju te siromaštvo afektivnog i verbalnog izraza [6].

4. Epidemiologija

Zastupljenost shizofrenije u općoj populaciji iznosi oko 1%, a trenutno diljem svijeta od shizofrenije boluje oko 45 milijuna ljudi. Podjednako se pojavljuje kod osoba oba spola, a najčešće između 15. i 35. godine života [2]. Po prosječnoj dobi razvoja shizofrenije razlikuje se pojavnost u muškaraca i žena. Tako se kod muškaraca shizofrenija najčešće razvija između 15. i 24., dok u žena od 25. do 35. godine života (Graf 4.1.) [8]. Shizofrenija se podjednako pojavljuje u svim dijelovima svijeta što ukazuje kako klima, kultura, boja kože, religija i inteligencija ne predstavljaju rizik od obolijevanja od shizofrenije [1]. Broj hospitalizacija zbog shizofrenije postepeno kroz godine pada. Tako je 2010. godine zabilježeno 652 slučajeva hospitalizacije, a 2005. godine 893. Najviše oboljelih zabilježeno je u razvijenim zemljama među osobama nižeg socioekonomskog statusa. U Hrvatskoj rizik od obolijevanja iznosi 10 na 1 000 živorođene djece što znači da jedno od sto živorođene djece tijekom života ima rizik obolijevanja od shizofrenije. Zbog karakterističnih simptoma i teške kliničke slike, jedan od najčešćih i najtežih problema kod osoba oboljelih od shizofrenije jest sklonost samoozljeđivanju ili izvršenje suicida. Otprilike 5% oboljelih počini suicid čime je životni vijek kraći za 15-20% radi čega je važno da medicinska sestra/tehničar na vrijeme prepozna problem [5].



Graf 4.1. Dob razvoja shizofrenije kod muškaraca i žena

Izvor: Štrkalj-Ivezić, S., Horvat, K. (2017.) *Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: Definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije*, Liječnički vjesnik, 2017., Izdanje 139, Broj 7-8, str. 234 – 240, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/279563> (pristupljeno 27.03.2024.)

5. Etiologija

Pravi uzrok shizofrenije i dalje nije u potpunosti poznat, no postoje brojne teorije i rizični čimbenici koji mogu doprinijeti razvoju poremećaja. Ni jedna teorija nije potvrđena, no smatra se kako su mogući uzroci genetski i biokemijski čimbenici, strukturalne promjene mozga, psihološki čimbenici, neurodegenerativne promjene te vulnerabilnost i traumatski događaj u životu [3].

5.1. Genetski čimbenici

Najveći broj istraživača i psihijatara slaže se kako je jedan od najvažnijih čimbenika za nastanak shizofrenije genetika. Što je srodstvo s osobom oboljelom od shizofrenije bliže, veći je i rizik od obolijevanja. Kod djece čija su oba roditelja oboljela od shizofrenije rizik od obolijevanja iznosi od 35% do 68%. U slučaju jednojajčanih blizanaca rizik da oba blizanca obole od shizofrenije iznosi 44,3%, dok kod dvojajčanih rizik iznosi 12,08%. Kako bi se utvrdila stvarna genetska veza u obolijevanju od shizofrenije, u 20. stoljeću provedeno je istraživanje u kojem je sudjelovalo 47 novorođenčadi koje se pratilo od rođenja pa do odrasle dobi. Sva djeca imala su majke koje su bolovale od shizofrenije i rođena su tijekom majčinog boravka u psihijatrijskoj ustanovi. Odmah nakon rođenja djeca su odvojena od majke i ostatka obitelji te dana na posvajanje. Kao kontrolan uzorak znanstvenici su promatrali 50 djece koja su odrastala u domovima, a da u obiteljskoj anamnezi nisu imala povijest shizofrenog obolijevanja roditelja ili ostatka obitelji. Kada su sva djeca odrasla, provedeni su kontrolni upitnici nad obje skupine. Osmero djece čije su majke oboljele od shizofrenije u adolescencskoj dobi razvili su simptome poremećaja, dok ni jedno dijete iz druge promatrane skupine djece koja su odrasla u domovima nije oboljelo od shizofrenije čime su znanstvenici djelomično isključili utjecaj okoline na razvoj shizofrenije i potvrdili hipotezu genetskog čimbenika. Istraživanja genetskih čimbenika prošla su s brojnim kritikama od strane zagovarača okolinskih čimbenika koji su smatrali kako u istraživanjima nije uzet u obzir mogući utjecaj okoline i zajedničkog odgoja [3].

5.2. Biokemijski čimbenici

Nakon otkrića shizofrenije, mnogi su kao uzrok poremećaja navodili biokemijske promjene u mozgu. Tako je Kraepelin smatrao kako je uzrok kemijska neravnoteža, dok su mnogi pretpostavljali kako je mogući uzrok nepoznati toksin „X“ kojega će se u budućnosti otkriti. Potreba za provođenjem biokemijskih istraživanja pokazala se nakon istraživanja o genetskim čimbenicima zato što se učinak gena na tijelo očituje kroz biološke i kemijske procese. Prva teorija koja se razvila bila je dopaminska teorija 1951. godine u Francuskoj nakon čega su liječnici primijetili jako dobar terapijski učinak lijeka klorpromazina u liječenju shizofrenije čiji se

terapijski učinak temelji na složenom antagonističkom djelovanju na neurotransmiter dopamin. Time se smatralo kako je mogući uzrok shizofrenije pojačana aktivnost neuronskog sustava u kojem sudjeluje i dopamin. Istraživanja su ukazala na složenu neravnotežu u određenim moždanim strukturama. Tako je moguće postojanje većeg broja dopamina u subkortikalnom prostoru mozga koji sudjeluje u emocijama i kogniciji, a kao posljedica razvijaju se pozitivni simptomi shizofrenije. Suprotno tome, preniska aktivnost neurotransmitera dopamina u prefrontalnom dijelu mozga uzrokuje razvoj negativnih simptoma zato što je to područje uključeno u organizirano ponašanje, motivaciju i pažnju. Korištenjem rendgenskih pregleda mozga kod osoba oboljelih od shizofrenije pronađene su presinaptičke dopaminergičke disfunkcije, no nije moguće ustanoviti je li promjena nastala prije ili poslije razvoja shizofrenije. Najveći nedostatak istraživanja o biokemijskim čimbenicima jest premali uzorak ispitanika da bi se početna hipoteza potvrdila. Problem predstavlja i utjecaj antipsihotičnih lijekova na neurotransmitere. Mnogi liječnici smatrali su kako dopaminska teorija uz sve ostale biokemijske teorije ne mora nužno biti teorija uzroka, već i moguća teorija patofiziologije ili tijeka bolesti. U vrijeme provođenja istraživanja nije bilo moguće odrediti je li promjena u neurotransmiterima nastala prije pojave bolesti i primjene antipsihotičnih lijekova ili poslije. Ukoliko je promjena razine dopamina uzrok shizofrenije, postavlja se pitanje što uzrokuje tu promjenu. Mogući uzrok predstavljaju genetske abnormalnosti te utjecaj virusa i stresa [3].

5.3. Strukturalne promjene mozga

Najčešće strukturalne promjene mozga koje su prisutne kod osoba oboljelih od shizofrenije su promjene u lateralnim moždanim komorama, prefrontalnoj kori mozga i limbičkom području. Postmortalna analiza osoba oboljelih od shizofrenije ukazala je na navedene strukturalne promjene mozga, no u vrijeme provođenja istraživanja nije bilo moguće utvrditi uzrok strukturalnih promjena i imaju li one utjecaj na razvoj shizofrenije ili ne. Novija istraživanja ukazala su na dva strukturalna nedostatka mozga kod oboljelih osoba, a to su manji prefrontalni korteks i veće moždane komore uz ispunjene prostore mozga likvorom. Prefrontalni korteks sudjeluje u govoru, planiranju, izražavanju emocija i socijalnim interakcijama. Strukturalno smanjeni prefrontalni korteks manje je aktivan kod provođenja određenih aktivnosti što se povezuje sa simptomima shizofrenije, dok proširene moždane komore ukazuju na atrofiju ostalog tkiva mozga što nije specifično za shizofreniju [3]. Prilikom rješavanja određenih neuropsihijatrijskih testova za koje je potrebna pojačana aktivacija frontalnih režnjeva, osobe koje su oboljele od shizofrenije postižu slabije rezultate nego što ih postižu osobe koje ne boluju od navedenog poremećaja [1]. Tijekom rješavanja zadataka mjeren je lokalni moždani protok krvi koji ukazuje na smanjeni ili potpuni izostanak aktivacije frontalnog područja. Kao mogući uzrok smanjene aktivnosti frontalnog

područja opisana je virusna infekcija mozga tijekom fetalnog razvoja ili u razdoblju djetinjstva [3]. Virusi godinama ostaju u stanju mirovanja, aktiviraju se pri padu imuniteta organizma i potencijalno mogu uzrokovati razvoj shizofrenije. Najčešća godišnja doba u kojima se rađaju osobe oboljele od shizofrenije su zima i proljeće, točnije godišnja doba u kojima su virusne infekcije kod djece učestalije [4].

5.4. Psihološki čimbenici

Tijekom povijesti razvijale su se teorije o socijalnom i psihološkom porijeklu shizofrenije, no sasvim je jasno kako one same po sebi ne mogu u potpunosti razjasniti etiologiju poremećaja. Korisne su u razumijevanju bihevioralnih i kognitivnih deficita koji su prisutni kod shizofrenije. Jedan od ključnih čimbenika za razvoj shizofrenije je obiteljski odnos. Iz navedene teorije proizlazi pojam „*shizofrenogene majke*“ gdje se majku koja boluje od shizofrenije opisuje kao hladnom, dominantnom, pretjerano zaštitničkom, odbojnom, samopožrtvovnom i neosjetljivom za tuđe osjećaje uz moralistički pogled na spolne odnose što potencijalno potiče razvoj shizofrenije u njene djece [3]. Predložena je teorija dvostruke prisile kojom se opisuje utjecaj roditelja koji boluju od shizofrenije na njihovu djecu u smislu traženja izrazite poslušnosti i samostalnosti što kod djece zbog njihove prirode nije moguće. Kao rezultat prevelikih očekivanja i pritiska od strane roditelja, nastaje poremećaj komunikacije i mišljenja što u teoriji dovodi do razvoja shizofrenije [9]. Navedene teorije nemaju znanstvenu osnovu i nemoguće ih je istraživanjima potvrditi [3].

5.5. Neurodegenerativne i neurorazvojne promjene

Tijekom 20. stoljeća pažnja o mogućem uzroku shizofrenije usmjerena je na neurodegenerativne procese i promjene s naglaskom na prisutnost glioze ili ožiljkastog tkiva na mozgu. Tijekom novijih istraživanja gliozna nije pronađena kod osoba oboljelih od shizofrenije, već kod osoba koje su bolovale od demencije čime je navedena teorija odbačena. Promatrajući činjenicu kako se najčešće kao prvi simptomi shizofrenije pojavljuju kognitivni i socijalni deficiti, razvile su se dvije neurorazvojne teorije. Prva teorija naglašava rani razvoj poremećaja, dok druga opisuje progresivni razvojni poremećaj. Prema prvoj teoriji, uzrok shizofrenije je poremećaj razvoja mozga tijekom prenatalnog i perinatalnog razdoblja, no prema drugoj teoriji uzrok je poremećaj mozga do pete godine života [3].

5.6. Model vulnerabilnosti

U svrhu konstrukcije modela vulnerabilnosti, korišteno je stajalište dijateza-stresa [3]. Dijateza-stres model tumači slijed događaja kod osobe koja ima genetsku predispoziciju za razvoj shizofrenije. Naime, kada navedena osoba bude izložena velikim razinama stresa i okolinskim

čimbenicima moguć je razvoj psihičkih poremećaja što uključuje i shizofreniju [10]. Model vulnerabilnosti uključuje sve psihološke, biološke i okolinske čimbenike te ukazuje na različite stupnjeve i oblike ranjivosti kod osoba oboljelih od shizofrenije koja se jednim dijelom nasljeđuje, a drugim dijelom uzrok je razvojnih anomalija. U modelu psihološka komponenta osobe igra ulogu hoće li se kod osobe razviti shizofrenije te, ukoliko se razvije, koliko će teško stanje biti. Osobe koje su vulnerabilnije na razvoj shizofrenije imaju veći rizik od razvoja poremećaja ukoliko su izloženi obiteljskim sukobima, zahtjevima okoline i ostalim stresorima [3].

5.7. Traumatski događaj

Jedna od novijih teorija razvoja shizofrenije jest utjecaj traumatskog događaja. Teška trauma poput smrti supružnika, djeteta ili bliske osobe i slična stanja koja uzrokuju veliku razinu stresa teoretski mogu dovesti do razvoja shizofrenije ako se osoba ne može suočiti sa stvarnim životom i prilagoditi nastalim promjenama [1]. Pretpostavlja se da slične posljedice na zdravlje ima i zlostavljanje koje se vrši nad osobom bilo to tjelesno, spolno ili verbalno [4].

6. Klinička slika

Shizofrenija je psihički poremećaj raznovrsna tijeka i oblika, a simptomi koji se kod oboljelih osoba pojavljuju po različitim autorima dijele se na pozitivne i negativne, psihotične i nepsihotične, specifične i nespecifične, primarne i sekundarne, sporedne i fundamentalne te simptome prvog i drugog reda [4]. U dijagnostici shizofrenije koristi se podjela simptoma na pozitivne, negativne, agresivne, depresivne i kognitivne promjene [8].

6.1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi (Tablica 6.1.1.) ne nazivaju se pozitivnima zato što su korisni za oboljele osobe, već zato što se lakše uočavaju od strane medicinskog tima. Kod pozitivnih simptoma iskrivljene su i pojačane normalne psihičke funkcije. Najčešće se pojavljuju kod osoba koje su tijekom života pretrpjele tešku traumu, a na psihofarmakoterapiju dobro reagiraju. Odrasli su iskrivljenja normalnih funkcija i djelatnosti, a dijele se na poremećaje mišljenja te pozitivne psihotične simptome i pozitivne simptome dezorganiziranosti i smetenosti [1].

6.1.1. Poremećaji mišljenja

Poremećaji mišljenja odnose se na poremećaje misaonog tijeka gdje misli kod oboljele osobe teku nepovezano tako da je nemoguće razumijeti njihove želje. Mogu biti nelogične, nabacane i međusobno nepovezane pa oboljela osoba prelazi s teme na temu bez da shvati kako njezine teme i misli međusobno nisu povezane. Ovi poremećaji dijele se na poremećaje mišljenja po formi i sadržaju [10].

U formalne poremećaje ubrajaju se rasulo misli, bijeg ideja, disocirano mišljenje, ubrzano ili usporeno mišljenje te blokada misli. Rasulo misli pokazuje se kao inkohherentno mišljenje, rastrgano i ne postoji veza između misli kod promijenjene ili sužene svijesti. No, ne mora nužno biti simptom samog poremećaja jer se kod oboljele osobe može javiti kao posljedica sedativa. Kod bijega misli, oboljeloj osobi misli brzo pritječu i subjektivno lako, ali je teško slijediti određeni cilj koji se neprestano mijenja. U pojavi disociranog mišljenja, asocijacije su nepovezane, a mišljenje bez cilja. Ono može biti vezano uz rasulo pojmova i povezivanje riječi u nove riječi koje samo oboljeloj osobi imaju neko posebno značenje. Blokada misli još se naziva salata od riječi i doživljava se kao prekid u misaonom tijeku i doživljaj potpune praznine u mišljenju. Nakon bloka javlja se nova misao koja nema veze s prethodnom, a kod shizofrenije blokovi se razvijaju ubrzano. U ubrzanom ili usporenom mišljenju misli oboljeloj osobi dolaze sporo ili ubrzano [10].

Poremećaji mišljenja po sadržaju su sumanute, precijenjene i prisilne misli te ideje proganjanja i odnosa. Sumanute misli su zablude nastale na bolesnoj osnovi i nisu podložne

korekciji. Kad su prisutne precijenjene misli, oboljela osoba svoje viđenje ili tumačenje pojava podvrgava sadržaju precijenjene ideje, dok kod prisilnih misli uviđa besmislenost i nenormalnost sadržaja misli, ali se od nje ne može osloboditi. Ideje proganjanja oboljela osoba doživljava kao da ju se truje, hipnotizira ili uništava aparatima te postepeno postaju toliko brojne i opsežne da tvore cijeli paranoidni sustav. Ideje odnosa manifestiraju se mišljenjem oboljele osobe kako se sve odnosi na nju, drugi govore o njoj, podsmjehuju joj se, pokazuju na nju te joj daju određene znakove [10].

6.1.2. Pozitivni psihotični simptomi

U pozitivne psihotične simptome ubrajaju se halucinacije i sumanutosti [4].

Halucinacije su nenormalne percepcije uzrokovane čujnim i spoznajnim psihičkim faktorima koje prodiru duboko u život pojedinca. Osim psihijatrijskih poremećaja, halucinacije se pojavljuju kod organskog oštećenja živčanog sustava i ne postoji realan podražaj iz okoline. Kvalitativni su poremećaj percepcije gdje osoba stvari koje ne postoje doživljava stvarnima [1]. Halucinacije se javljaju kroz različita osjetila. Kod shizofrenije se pojavljuju slušne i vidne, njušne ili olfaktorne, okusne ili gustatorne te cenestetičke i kinestetičke [1].

Slušne halucinacije vrlo su karakteristične za shizofreniju. Različiti su oblici slušnih halucinacija koje se javljaju kod oboljelih osoba. Često čuju glasove koji im prijete i naređuju da povrijede sebe ili drugoga [4]. Kod slušnih halucinacija čuju glasove osoba koje se ne nalaze s njima u prostoriji. Glasovi ih često grde, kritiziraju i naređuju im. Osim tuđih glasova, oboljele osobe često čuju vlastiti glas koji ih kritizira, čuju pucketanje tijekom razgovora na telefonu te različite šumove [1]. Kako bi se potvrdila dijagnoza shizofrenije, slušne halucinacije moraju se javiti tijekom stanja čiste sensorike, a ne u trenucima buđenja ili uspavlivanja. Neke oboljele osobe čuju glasove samo za vrijeme buke ili šuma (kao na primjer glazbe, prometne gužve, protjecanja vode iz slavine) te se ti glasovi nazivaju funkcionalnim halucinacijama. Najopasnije slušne halucinacije su imperativne, to jest halucinacije zapovjednog karaktera gdje glasovi oboljeloj osobi naređuju da ubije svoju sestru, majku, brata ili počini neko drugo djelo [4]. Često čuje razgovore koje netko o njoj vodi, čuje nekoga kako joj se obraća i osjeća kako joj netko nameće svoje misli, a ona sama na to ne može utjecati [3]. U ranijem stadiju poremećaja osobe burno reagiraju na slušne halucinacije i posve su pod njihovim utjecajem što u njima pobuđuje vrlo burne reakcije [2].

Vidne ili optičke halucinacije česte su prisutne kod poremećene svijesti gdje oboljela osoba vidi stvari koje ne postoje. Također može vidjeti neke objekte uvećano (makropsija) ili umanjeno (mikropsija) u usporedbi s njihovom stvarnom veličinom. Kod ekstrakampinih halucinacija, oboljela osoba vidi neku osobu iza sebe, izvan vidnog polja, a kod autoskopskih vidi vizije samoga

sebe [4]. Njušne i okusne halucinacije često se pojavljuju zajedno [1]. Gustatorne ili okusne halucinacije manifestiraju se kao čudan okus hrane u ustima poput okusa metala, kiselosti ili slanosti, a olfaktorne ili mirisne kao miris raspadajućeg mesa, truleži, goruće gume [4]. Cenestetičke halucinacije oboljela osoba osjeća na vlastitom tijelu. Bizarni su doživljaji koji se najčešće pojavljuju na unutarnjim organima. Lažni su i neugodni osjećaji često povezani s nekim oblikom seksualnog obilježja. Tako osobe osjećaju kako im netko vadi spermu, čupa crijevo i pušta struju kroz mozak [1]. Kinestetičke halucinacije vrste su halucinacija gdje oboljela osoba misli da joj se neki dijelovi tijela pomiču, da lete ili padaju u ponor [4].

Sumanutosti su pogrešna vjerovanja koje nemaju svoju potvrdu u stvarnosti, a oboljelu je osobu od njih nemoguće razuvjeriti [4]. Dije se prema obliku i temi. Prema temi, dijele se na sumanutosti proganjanja, veličine i na somatske sumanutosti. Tijekom somatskih sumanutosti oboljela je osoba uvjerena kako boluje od neizlječive bolesti. Prema obliku dijele se na sumanuta opažanja, sumanuto raspoloženje, sumanuti sustav i sumanute ideje. Tijekom sumanutog opažanja oboljela osoba ima krivu procjenu aktivnosti, objekata i stvari koje su oko njega. Svakodnevna opažanja imaju drugačija značenja. Tako svjetla na semaforima osobe upozoravaju na moguće progonitelje, dok pokrete rukama shvaćaju kao iskaz ljubavi. Iz sumanutog raspoloženja proizlaze sumanute misli, opažanja i ideje. U takvom stanju osobe normalnim stvarima ili objektima zadaju posebna značenja te su obuzeti neugodnim i ugrožavajućim osjećajem. Sumanuti sustav nastaje povezivanjem sumanutog opažanja i sumanutih misli koje stvaraju sustav određenih misli koje se logički nadopunjuju. Oboljelu osobu kod koje su prisutne sumanutosti ne može se razuvjeriti od njegovih zabluda, ne može je se umiriti. Sumanutosti su jače od razuma [1].

Sumanute ideje, deluzije ili sumanutosti sadržajni su poremećaj mišljenja, no ubrajaju se i u psihotične simptome. Kod sumanutih ideja prisutno je pogrešno uvjerenje, dok je opažanje nepromjenjivo. Posljedica su temporolimbicke disfunkcije i ne mogu se promijeniti uvjeravanjem ili predočavanjem [8]. Sadržaj sumanute ideje ili sumanutosti odnosi se na širok spektar tema [3]. Najčešće sumanute ideje koje se pojavljuju su paranoidne, religiozne, erotske, mistične, hipohondrijske te sumanutosti veličine i proganjanja [8]. Najčešće se kod oboljelih osoba pojavljuju ideje proganjanja gdje pacijenti misle kako ih netko proganja, prati, muči, vrijeđa i ismijava. Smatraju kako nemaju kontrolu nad samim sobom, već ih kontrolira netko drugi. Ako je oboljela osoba uvjerena da je najbolja i najbogatija na svijetu te precjenjuje svoje sposobnosti, prisutne su sumanute ideje veličine [3].

Osobe sa sumanutim idejama uvjerenе su da im netko čita misli, da se članci u novinama odnose na njih i da drugi kontroliraju njihove osjećaje. Sumanute ideje najčešće se pojavljuju u akutnoj fazi poremećaja i potrebno ih je na vrijeme prepoznati kako bi se pravovremeno započelo liječenje [2]. Sumanute ideje odnosa ili veličine okarakterizirane su pacijentovim uvjerenjem kako

se sve vrti oko njega. Svaka vijest na televiziji, svaka pjesma, svaki tekst govori o njemu, bilo to na pozitivan ili negativan način. Kod ideja proganjanja pacijent je uvjeren kako mu svi žele nauditi, seksualno iskoristiti, oteti i ubiti. Osobe koje im žele nauditi mogu biti stvarne i nestvarne. U slučaju religioznih sumanutih ideja oboljele osobe uvjerenе su kako mogu pričati s Bogom, pogrešno tumače religiozna uvjerenja i izmišljaju nova. Mesijanske sumanutosti vrlo su slične religijskim, no u ovom slučaju osobe su uvjerenе kako su one izabrane i poslane na svijet kako bi ga promijenile i spasile od propasti, one su besmrtnе i središnja su ličnost svijeta. Erotomanske ili erotske sumanutosti zabluda je osobe koja smatra kako ih određena osoba voli i u njih je zaljubljena. Najčešće se ova vrsta sumanutih ideja javlja kod žena koje su uvjerenе kako je u njih zaljubljen stariji muškarac koja je najčešće poznata ličnost [10].

Sumanute ideje ne mogu se povezati sa kulturom i razinom obrazovanja. Postoje dvije vrste sumanutih ideja, a to su bizarne i nebizarne. Primjer bizarnih sumanutih ideja predstavlja uvjerenje osobe kako joj je netko izvadio organe i zamijenio ih tuđim organima, dok ožiljak na tijelu ne postoji [4].

6.1.3. Pozitivni simptomi dezorganiziranosti i smetenosti

Poremećaj ponašanja javlja se u različitim oblicima. Tako se neke oboljele osobe vraćaju u djetinjstvo pa se ponašaju ko djeca, dok su druge toliko uzbuđene da im se djela ne mogu predvidjeti. Javljaju se problemi prilikom svakog izvođenja aktivnosti koja je usmjerena na neki cilj [3]. U potpunosti su dezorganizirane, ne brinu za sebe ni osobne stvari te često ne mogu adekvatno provoditi svakodnevne aktivnosti poput obavljanja osobne higijene, kuhanja ručka ili spremanja vlastitih stvari radi čega im je osobni prostor često razbacan i neorganiziran. Uz dezorganizaciju često se javljaju dezorijentacija prema vremenu, prostoru i samome sebi [4].

Osobe su neprijateljski nastrojene, agitirane, djetinjasto se ponašaju i ne mogu kontrolirati impulse što dovodi do katatonije [2]. Kao posljedica javlja se katatono motoričko stanje gdje su reakcije na okolinu izuzetno smanjene [3]. Katatono ponašanje zapravo je smanjena reaktivnost oboljelih osoba na okolinu do te mjere da su osobe često nesvjesne svoje okoline i drugih osoba, zadržavaju određeni položaj iz kojeg se ne žele pomaknuti i pružaju otpor pri svakom pokušaju promjene položaja od strane druge osobe [4].

6.2. Negativni simptomi

Negativni simptomi su posljedica sniženja ili potpunog gubitka normalnih svakodневnih aktivnosti. Nespecifični su za postavljanje dijagnoze shizofrenije jer se pojavljuju kod poremećaja raspoloženja i kao posljedica uzimanja pojedinih lijekova, pozitivnih simptoma i socijalne izolacije [3]. Negativni simptomi često imaju gori učinak na oboljele od pozitivnih. Loše reagiraju

na psihofarmakoterapiju, traju duže od pozitivnih simptoma, produžen je boravak oboljelih u bolnici i liječenje traje duže. Simptomi nisu toliko izraženi i dramatični poput pozitivnih, no oni često određuju ishod bolesti i funkcioniranje oboljelih osoba [2]. Javljaju se postupno, gotovo neprimjetno za oboljelu osobu i okolinu, a mogu ostati neprepoznati i do nekoliko godina. Budući da su neki drugi dijelovi psihičkog funkcioniranja očuvani, dolazi do zbunjenosti kod članova obitelji i okoline koji takvo ponašanje tumače kao lijenost. Kod shizofrenije najčešće se pojavljuju poremećaj afektivnosti, alogija, avolicija, anhedonija i apatija [8].

Afektivni simptomi odnose se na emocionalno stanje oboljele osobe, osjećaje i raspoloženje te se u njih ubrajaju depresivno raspoloženje, anksioznost, osjećaj krivnje, napetost, iritabilnost i zabrinutost. Osobe kod kojih je prisutan poremećaj afektivnosti prema okolini su udaljeni i hladni. Nezainteresirani su za svoju okolinu i ne pružaju emocionalan odgovor svojoj okolini. Javlja se u dva oblika, a to su paratimija i paramimija. Paratimija je poremećaj kod kojeg raspoloženje oboljele osobe nije u skladu s misaonim sadržajem, dok kod paramimije mimika lica ne odgovara raspoloženju određenog misaonog sadržaja. Paratimija i paramimija često se javljaju uz alogiju [10].

Alogija ili siromaštvo govora poremećaj je misaonog tijeka okarakteriziran usporenim mišljenjem. Oboljela osoba na postavljena pitanja odgovara s vrlo kratkim odgovorima, tijekom razgovora koristi malo riječi, šutljiva je i ne potiče sugovornika na razgovor, a tijekom govora često radi dugotrajne pauze [10].

Avolicija ili gubitak motivacije poremećaj je usko povezan s anhedonijom, a predstavlja nemogućnost započinjanja i održavanja određenog ponašanja ili aktivnosti što dovodi do gubitka socijalnih aktivnosti, interakcija i inicijative za sklapanje novih odnosa [10]. Oboljele osobe nemaju energije i ne zanima ih izvođenje aktivnosti. Teško im je ujutro ustati iz kreveta kako bi otišli u školu ili na posao, a najviše vremena potroše na besposleno sjedenje [3].

Anhedonija ili gubitak životne radosti jedan je od kvalitativnih poremećaja afektivnosti. Obilježena je gubitkom interesa za život. Oboljela osoba ne osjeća zadovoljstvo i više ne uživa u aktivnostima koje je prije razvoja shizofrenije voljela raditi što uključuje fizičku aktivnost, hobije i spolne odnose. Kako osoba gubi volju za izvođenjem aktivnosti, tako se anhedonija sve više razvija i napreduje. Problem se javlja kod budućeg planiranja aktivnosti [10]. Kod oboljelih osoba kod kojih je prisutna anhedonija gotovo nema podražaja ili aktivnosti koja bi kod njih izazvala emocionalnu reakciju bilo to pozitivnu ili negativnu. Lice osobe je nepokretno, tijekom razgovora ne održava kontakt očima, govor tijela je smanjen, a na postavljena pitanja odgovara monotonim tonom [3].

Apatija je psihičko stanje bezvoljnosti, potištenosti, ravnodušnosti, gubitka čuvstvenosti i afekta. To je bolesno stanje kod kojega vanjski događaji ne pobuđuju nikakvo subjektivno doživljavanje, a oboljela se osoba osjeća prazno i bezvoljno [8].

6.3. Kognitivni simptomi

Kognitivna oštećenja različitog intenziteta nalaze se gotovo kod svih oboljelih. Nije ih jednostavno tumačiti jer su izraženija za vrijeme postojanja pozitivnih simptoma poremećaja. Kognitivni simptomi slični su negativnim, a najistaknutiji simptom je poremećena kontrola nad impulsima [8]. Uzrok kognitivnih simptoma najčešće su halucinacije [1]. Mogu biti privremeni i trajni [10]. Oboljela osoba vrši impulzivne kretnje bez razmišljanja o mogućim posljedicama. U kognitivne simptome još se ubrajaju neusklađeno ponašanje i egzibicionizam. Egzibicionizam poremećaj je gdje oboljele osobe teže ka vlastitom pokazivanju i isticanju same sebe. Prisutno je i nastrano ponašanje seksualne prirode gdje oboljele osobe pokazuju spolne organe osobama koje se nalaze oko njih. Pokazivanje spolnih organa kod oboljelih osoba uzrokuje zadovoljavanje i spolni užitak, a u najtežem je obliku popraćeno masturbiranjem [8]. Kognitivni simptomi utječu na kognitivne sposobnosti oboljelih osoba što uključuje pamćenje, učenje, percepciju, pažnju, načine rješavanja problema i koncentraciju. Kognitivni simptomi pojavljuju se i kod drugih bolesti poput demencije i mentalne retardacije, no razlikuje se kod shizofrenije. Osobe oboljele od shizofrenije imaju poteškoće u pažnji i koncentraciji, dok su vigiletet i tenacitet pažnje prema vanjskom svijetu promijenjeni. Otežana je obrada informacija, a jednostavne zadatke teško pamti. Kognitivne poteškoće uočljive su kada se oboljela osoba ne može sjetiti osnovnih informacija o sebi, ne može učiti nove stvari te teško razumije jednostavne informacije i zadatke [1]. Kognitivne poteškoće osobama onemogućavaju razlikovanje bitnog od nebitnog. Osobe sa težim kognitivnim oštećenjima teže nalaze posao, teše se osamostaljuju i postaju neovisni, teže funkcioniraju u društvu i zajednici i imaju slabije razvijen društveni život [4].

6.4. Depresivni simptomi

Depresivni simptomi često su prvi simptomi shizofrenije, no prepoznaju se tek nakon pojave negativnih i pozitivnih simptoma. Utječu na cjelokupni život oboljele osobe i njezine okoline. Uzrokuju obiteljske, bračne, socijalne i poteškoće na poslu. Kod osoba se mogu pojaviti manji znakovi poput tuge uz održanu koncentraciju i doživljaj zadovoljstva što im omogućuje normalno druženje s prijateljima i obitelji [8].

Kod većine oboljelih osoba javljaju se teži simptomi depresije poput osjećaja krivnje, razočaranja i tuge. Smatraju kako su na teret svojoj obitelji i okolini, a za sve nevolje koje im se dogode u životu krive samo sebe. Često su tjeskobne, razdražljive i napete te vrlo temperamentne.

Izbjegavaju svaka socijalna druženja i kontakt s okolinom što posljedično uzrokuje socijalnu izolaciju i povlačenje u sebe. Osjećaju se umrtvljeno i otupljeno, a aktivnosti koje su im prije pružale zadovoljstvo više ne provode. Gube interes za bilo kakvo druženje, imaju sve manje energije, provođenje svakodnevnih aktivnosti predstavlja im veliki izazov i napor te često odustaju od hobija koje su prije pojave simptoma s oduševljenjem obavljali. Pamćenje je izrazito smanjeno, a koncentracija otežana. Sami sebe zaokupljaju lošim sjećanjima i tijekom razgovora prisjećaju se samo loših događaja. Usredotočeni su samo na vlastite životne probleme koje često preuveličavaju i odbijaju bilo kakvu mogućnost njihovog rješavanja. Sami simptomi uzrokuju poremećaj tjelesnih funkcija poput poremećaja spavanja u obliku otežanog usnivanja i čestog buđenja tijekom noći, a libido i apetit često su smanjeni. Pojava depresivnih simptoma najčešća je tijekom jutarnjih sati, a razlog nije u potpunosti razjašnjen. Oboljele osobe odbijaju bilo kakvu pomoć i ne vjeruju kako se simptomi mogu izliječiti. Zbog pogoršanja simptoma često zanemaruju provođenje osobne higijene i svakodnevno se nalaze u stanju beznađa. Najveći problem kod pojave depresivnih simptoma predstavlja povećani rizik o počinjenju samoubojstva zbog preopterećenosti smrću. Oboljele osobe rijetko kada verbaliziraju misli o samoubojstvu radi čega je potrebno pružiti im adekvatnu potporu, prepoznati razvoj depresivnih simptoma i omogućiti razgovor s ostalim članovima multidisciplinarnog tima poput psihologa ukoliko je to potrebno [8].

6.5. Agresivni simptomi

Agresivno ponašanje uglavnom je povezano s pojavom i prisutnošću raznih simptoma kao što su ideje utjecaja, različite prisilne misli te paranoidne misli poput onih kako mu okolina želi naškoditi i ozlijediti ga. Također je povezano s imperativnim halucinacijama gdje oboljele osobe smatraju da nemaju izbora i moraju učiniti kako im je rečeno. U agresivne simptome ubrajaju se hostilnost, verbalna i fizička agresivnost, autodestruktivno i suicidalno ponašanje te impulzivnost i seksualno acting-out reagiranje. Važno je napomenuti kako osobe oboljele od shizofrenije nikada nisu namjerno agresivne, već se agresija javlja zbog ostalih simptoma poremećaja. Zbog halucinacija ili sumanutih ideja u drugim osobama često mogu vidjeti neku pretnju [4].

7. Faze shizofrenije

Tijek shizofrenije kod oboljelih osoba uvelike ovisi o tipu poremećaja od kojeg boluju, no sam razvoj poremećaja dijeli se na četiri faze, a to su asimptomatska, prodromalna, aktivna ili akutna i kronična. Asimptomatska faza zapravo je faza u kojoj nisu prisutni simptomi psihičkog obolijevanja, a započinje odmah od rođenja pa sve do pojave prvih simptoma kada nastupa prodromalna faza. Tijekom asimptomatske faze moguće su određene promjene koje se kod osobe događaju, no nisu toliko izražene da bi ih osoba ili njezina okolina primijetila. Asimptomatska faza razlikuje se kod djece zato što djeca često boluju od kratkih i prolaznih epizoda psihoze različitih vrsta i oblika što se smatra prvim simptomima shizofrenije iako pravi simptomi još nisu vidljivi. Najčešće je to reakcija na traumatsku i stresnu situaciju koje uzrokuju emocionalnu nestabilnost, oštećuju interpersonalne vještine i onemogućuju sklapanje i održavanje prijateljstava s vršnjacima što dovodi do poremećaja mišljenja. Dakle, simptomi psihičkog obolijevanja su prisutni, no specifični simptomi koji bi ukazivali na shizofreniju nisu prisutni radi čega se u pogledu shizofrenije navedeno razdoblje smatra asimptomatskom fazom [5].

Kada se kod osobe razviju prvi simptomi koji ukazuju na shizofreniju, tada nastupa prodromalna faza. Ovisno o vrsti shizofrenije, prodromalna faza najčešće ima progresivan i nagli početak uz brzo pogoršanje simptoma i funkcioniranje pojedinaca. Osim specifičnih, najčešće je okarakterizirana nespecifičnim simptomima poput autodestruktivnog ponašanja, zlorabe psihoaktivnih supstanci i pokušaja suicida. Javlja se u doba adolescencije pa sve do ranih dvadesetih godina života osobe. Osobe su često napete i depresivne radi čega postoji rizik od postavljanja krive dijagnoze. Teško se koncentriraju, imaju probleme na poslu, sklone su čestim promjenama raspoloženja s izljevima gnjeva i zapuštaju vlastiti izgled [5].

Aktivna ili akutna faza javlja se u dvadesetim godinama gdje je zapravo prisutna prava klinička slika shizofrenije uz sve navedene simptome. Okarakterizirana je pozitivnim simptomima te čestim remisijama i relapsima. Ukoliko je prepoznata na vrijeme, ne dovodi do funkcionalnog oštećenja i propadanja oboljele osobe, no najčešće prelazi u kroničnu fazu. Kronična faza ispunjena je negativnim i kognitivnim simptomima s povremeno prividnim, no kratkotrajnim poboljšanjem stanja. Liječenje se u toj fazi obavezno provodi psihofarmakoterapijom koja uzrokuje određene nuspojave, a nerijetko se povećava tolerancija na antipsihotike radi čega je potrebno svakih nekoliko mjeseci posjećivati psihijatra u svrhu korekcije, točnije povećanja doze ili zamjene terapije ukoliko osoba nije hospitalizirana. U slučajevima kada je osoba hospitalizirana u specijaliziranim ustanovama korekcija terapije moguća je na mjesečnoj bazi [5].

8. Podtipovi shizofrenije

Do 1992. godine koristila se Bertillonova klasifikacija ili međunarodni popis uzroka smrti u kojima su bile opisane sve bolesti koje su do tog razdoblja otkrivene, no upravo 1992. godine klasifikacija je zamijenjena MKB. Razvila se na njezinom temelju i s godinama se nadopunjavala novim bolestima i poremećajima, no kratica je svake godine ostajala ista sve do desetog izdanja ili desete revizije koja je u Republici Hrvatskoj objavljena 1995. godine na hrvatskom jeziku pod imenom Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema – deseta revizija (MKB-10). Svjetska zdravstvena organizacija s godinama je dodavala nove bolesti i poremećaje koji su otkriveni, no temeljita revizija nije predviđena, već je 2004. godine tiskano drugo dopunjeno izdanje MKB-10 koje je u Republici Hrvatskoj u suradnji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i Medicinske naklade izdano 2011. godine. Svi psihički poremećaji uvršteni su pod kategoriju F od F00 do F99. Shizofrenija sa poremećajima sličnih shizofreniji i sumanutim stanjima svršena je u kategorije pod oznakom od F20 do F29. Diljem svijeta shizofreniju se označava oznakom F20 [11]. Prema MKB-10, shizofrenija kao zaseban poremećaj dijeli se na 9 oblika, a to su paranoidna (F20.0.), hebefrena (F20.1.), katatona (F20.2.), nediferencirana (F20.3.), rezidualna (F20.5.), obična (F20.6.), druga (F20.8.) i nespecifična shizofrenija (F20.9.) te postshizofrena depresija (F20.4.), dok prema četvrtom izdanju DSM klasifikacije postoje samo paranoidna, dezorganizirana, katatona, nediferencirana i rezidualna shizofrenija te shizofreniformni i shizoafektivni poremećaj [5].

8.1. Paranoidna shizofrenija

Jedan od najčešće dijagnosticiranih oblika shizofrenije jest paranoidna shizofrenija. Okarakterizirana je trajnim slušnim i vidnim halucinacijama te sumanutim idejama različitih vrsta, no najčešće se javljaju ideje proganjanja i veličine, dok su neorganizirani govor i poremećaj izražavanja emocija manje izraženi. Osobe misle kako ih drugi proganjaju, da im žele zlo i da ih truju. Ovaj oblik često se dijagnosticira između 20. i 30. godine života. Osobe su nezadovoljne okolinom i svojim životom, hladne, razdražljive te ljute na sebe i okolinu, a u akutnoj fazi često predstavljaju opasnost za okolinu i sebe zbog naglo nastupajućih simptoma. Tijek poremećaja je većinom povoljan jer osobe reagiraju dobro na terapiju psihofarmacima, dok se remisije lagano i brzo postižu. Oboljele osobe često se uspijevaju ponašati adekvatno u socijalnim situacijama, dok im inteligencija u područjima koja nisu zahvaćena psihozom ostaje netaknuta [5].

8.2. Hebefrena shizofrenija

Najteži oblik shizofrenije je hebefrena shizofrenija gdje se osobe prema okolini ponašaju neuobičajeno, emotivno su nedostupni, dok je govor nepovezan uz neprimjerenu mimiku [5]. Hebefrena shizofrenija često se naziva i dezorganiziranom shizofrenijom zbog specifičnih simptoma koji se pojavljuju kod oboljelih osoba [11]. Tijek poremećaja je često kroničan s naglim nastupanjem simptoma drugih oblika shizofrenije poput halucinacija i sumanutih ideja radi čega je postavljanje dijagnoze otežano [5]. Sam oblik može započeti postepeno gdje su od simptoma izraženi negativni ili može započeti akutno u obliku halucinatorno-paranoidnog sindroma te se pojavljuju fenomeni depersonalizacije i derealizacije, dok su sumanutosti i halucinacije prolazne i fragmentirane, a sami simptomi javljaju se bez povoda, u toku toksoinfektivnih oboljenja ili emocionalne reakcije [11].

Osobe gube sposobnost brige o sebi i ne mogu samostalno obavljati aktivnosti svakodnevice. Prvi znakovi koji se kod osoba pojave su neobična opsjednutost nekim temama i sadržajima, osobe su potištene uz prisutnu derealizaciju i depersonalizaciju, dok su pokušaji samoubojstva česti i teatralni. Kako napreduje poremećaj tako je klinička slika jasnija. Osobe se ponašaju djetinjasto i pretjerano su samouvjerene [5]. Raspoloženje oboljelih osoba je povišeno i neprimjereno, a njihovo držanje opisuje se kao luckasto i blesavo. Skloni su neumjesnim šalama i filozofskim temama te teže socijalnoj izolaciji [11]. Za razliku od paranoidne, hebefrena shizofrenija javlja se u doba adolescencije. Uz odgovarajuće liječenje u rijetkim slučajevima moguća je remisija, no prognoza za oboljele osobe najčešće nije povoljna zato što se negativni simptomi vrlo brzo i naglo razvijaju [5].

8.3. Katatona shizofrenija

Katatona shizofrenija obilježena je psihomotoričnim smetnjama od uzbuđenosti pa do kompletnog stupora. Izrazito je rijedak oblik, javlja se naglo između 20. i 30. godine života, a oboljela osoba može biti u potpunosti ukočena ili nepokretna. Osobe su potpuno odsutne, ne govore, odbijaju društvo drugih osoba, stereotipno ponavljaju fraze i riječi koje čuju, imitiraju tuđe pokrete, mišići su im ukočeni i često su „*imobilizirani*“. Dok se nalaze u katatonom stuporu, oboljele osobe nepomično stoje i leže satima, gledaju u jednu točku na zidu te odbijaju svaku hranu i piće. Ne žele komunicirati, ne odgovaraju na postavljena pitanja i ne reagiraju na vanjske podražaje. Negativistički stupor prekida se naglim i impulzivnim postupcima oboljele osobe te tada može biti jako opasan za sebe i okolinu što se naziva katatonom pomamom. U nekim slučajevima uzrokovana je zapovjednim slušnim halucinacijama. Dok je oboljela osoba u katatonom stanju, može biti prisutan negativizam u obliku otpora prema svojim ili tuđim

namjerama. U katatonij shizofreniji može doći do katalepsija. Fenomen katalepsije (Slika 8.3.1.) okarakteriziran je držanjem tijela u bilo kojem nefiziološkom položaju koji ne izaziva umor kod oboljele osobe. To je pojava gdje osobe svoje tijelo ili pojedine dijelove dovede u neprirodan položaj zadržavajući ga dugo i bez umora, a kada se pokuša vratiti ga u prirodan, normalan položaj dolazi do otpora mišića podsjećajući na savijanje voska što se naziva fenomenom voštane savitljivosti [5].



Slika 8.3.1. Fenomen katalepsije

Izvor: Holland, N. R. (2013.) *Malingering and Conversion Disorder, What's the Difference?*, Neurology update, raspoloživo na: <https://mmcneuro.wordpress.com/2013/12/09/malingering-and-conversion-disorder-whats-the-difference/> (pristupljeno 29.03.2024.)

Ova vrsta shizofrenije opasna je zbog vrlo rijetkog oblika, takozvane perniciozne ili smrtne katatonije gdje oboljele osobe gube na tjelesnoj težini, imaju sivkasto-zemljanu boju lica, povišenu tjelesnu temperaturu koju nije moguće sniziti antipireticima, a unutar tri tjedna dolazi do smrtnog ishoda uslijed neke infekcije. Kod manjeg broja oboljelih vidljivi su prodromalni znakovi par tjedana prije samog početka perniciozne ili smrtne katatonije, a manifestiraju se bezvoljnošću, osjećajem odbačenosti, zakočenim misaonim tokom, raznim tjelesnim tegobama i jakom glavoboljom, a osoba je uznemirena, uzbuđena, čupa si kosu, udara glavom o zid, povlači se u sebe te je amimična i mutistična. Ukoliko kod oboljele osobe nije prisutna maligna katatonija, liječenje ima pozitivnu prognozu i moguće je postići remisiju [5].

8.4. Nediferencirana shizofrenija

Dijagnoza nediferencirane shizofrenije postavlja se kada su kod oboljelih osoba prisutni osobni kriteriji ili simptomi za postavljanje dijagnoze shizofrenije, no nisu prisutni specifični simptomi kojima bi se postavila dijagnoza paranoidnog, hebefrenog ili katatonog oblika. Prisutni su svi opći simptomi poput halucinacija, afektivne tuposti i depersonalizacije uz simptome ostalih oblika shizofrenije, no nema ni jedne skupine simptoma koja bi kod osobe prevladala kako bi se postavila adekvatnija dijagnoza [5].

8.5. Rezidualna shizofrenija

U rezidualnu shizofreniju još se ubrajaju kronična nediferencirana shizofrenija i shizofreno rezidualno stanje zbog njenog kroničnog tijeka. Za razliku od ostalih oblika, kod rezidualne shizofrenije jasno je vidljiva svaka progresija simptoma [11]. Kod rezidualne shizofrenije simptomi poput dezorganiziranog ponašanja, halucinacija, nepovezanog govora i sumanutih ideja najčešće izostaju. Halucinacije i sumanute ideje kod osoba se mogu pojaviti, ali su gotovo neprepoznatljive i nisu toliko uočljive koliko u drugih oblika shizofrenije. Dijagnoza rezidualne shizofrenije postavlja se kod osoba kod kojih su barem jednom u životu bili prisutni negativni, ali ne i pozitivni simptomi. U najviše slučajeva simptomi su ireverzibilni i ne mogu se terapijom smanjiti. Kako bi se postavila dijagnoza rezidualne shizofrenije, moraju biti prisutna barem četiri negativna simptoma poput osjećajne tuposti, smanjene aktivnosti, smanjenog govora i neverbalne komunikacije uz smanjenje socijalnih aktivnosti i zapuštanja vanjskog izgleda [5].

8.6. Obična shizofrenija

Obična, jednostavna ili shizofrenija simplex poremećaj je postupnog i polaganog početka, no većinom kroničnoga tijeka. Kod oboljelih osoba pojavljuju se negativni simptomi, neproduktivnost, postupno i na koncu kompletno povlačenje iz društva te gubitak motivacije za izvođenje svakodnevnih aktivnosti što dovodi do zapuštanja vlastitog izgleda i emocionalne ravnodušnosti. Osobe su osjetljive na bilo kakvu kritiku i često na upute ili zahtjeve burno reagiraju. Halucinacije, depersonalizacija i derealizacije vrlo se rijetko pojavljuju. Osobe su opterećene teorijama zavjere i raznim sumanutim idejama, žale se na promjene vlastite osobnosti, okolina im je nepoznata i shvaćaju kako im misli „*nemaju smisla*“, točnije nepovezane su jedna s drugom. Tijek poremećaja je kroničan, simptomi se pogoršavaju, remisije se rijetko postižu, a same osobe jako loše reagiraju na terapiju čime je prognoza ovog oblika vrlo loša [5].

8.7. Druga shizofrenija

U drugu shizofreniju ubraja se shizofreniformni poremećaj i shizofrenija kod koje su prisutne cenestetičke halucinacije, no vrlo se rijetko dijagnosticira radi čega nije u potpunosti razjašnjena [11].

8.8. Nespecifična shizofrenija

Nespecifična shizofrenija svaki je oblik shizofrenije kod kojih su prisutni određeni simptomi različitih oblika shizofrenije, no, isto kao i druga shizofrenija, dijagnoza se rijetko postavlja i sam poremećaj nije dovoljno specificiran i razjašnjen [11].

8.9. Postshizofrena depresija

Postshizofrena depresija klasificira se kao depresivna epizoda koja produljuje tijekom shizofrenije [5]. Često nastaje kao posljedica pojedinog oblika shizofrenije. Razlog postavljanja dijagnoze postshizofrene depresije, a ne velike depresivne epizode ili klasične depresije jest nepostojanje dovoljno teških i ekstenzivnih simptoma depresije. Kako bi se postavila dijagnoza, moraju biti prisutni negativni i pozitivni simptomi koji s vremenom nestaju ili slabe [11]. Kod osoba kojima je postavljena dijagnoza postshizofrene depresije potrebna je izrazito oprezna i opsežna sestrinska skrb zbog povećanog rizika od pokušaja samoubojstva [5].

8.10. Shizofreniformni poremećaj

U shizofreniformnom poremećaju javljaju se simptomi shizofrenije koji traju otprilike šest mjeseci, a od shizofrenije se razlikuje po trajanju simptoma. Ako simptomi traju dulje od šest mjeseci, oboljela osoba više po tome ne zadovoljava potrebna dijagnostička mjerila shizofreniformnog poremećaja zato što to onda ukazuje na shizofreniju. Akutna psihoza može se razviti u bipolarni ili shizoafektivni poremećaj, a za postavljanje dijagnoze i liječenje potrebno je promatranje. Liječenje se provodi antipsihoticima i potporom psihosocijalne skrbi, a nakon povlačenja simptoma, primjena lijekova nastavlja se još godinu dana nakon čega se postupno smanjuje [5].

8.11. Shizoafektivni poremećaj

Shizoafektivni poremećaj obilježavaju značajni simptomi raspoloženja, psihoza i ostali simptomi shizofrenije, a od shizofrenije se razlikuje po pojavi jednog ili više napada simptoma depresije ili manije. Kako bi se uopće posumnjalo na ovaj poremećaj, kod oboljele osobe se trebaju prvo primijetiti simptomi raspoloženja, a za dijagnostiku je potrebna istodobna prisutnost

depresivnih ili maničnih simptoma i specifičnih simptoma shizofrenije. Prognoza je bolja nego kod shizofrenije, no lošija nego kod poremećaja raspoloženja zato što dovodi do dugotrajne onesposobljenosti pa je potrebno opsežno liječenje lijekovima, psihoterapijom i potporom zajednice. Dok je oboljela osoba u maničnom stanju, od lijekova mu se daju antipsihotici zajedno s litijem, karbamazepinom ili valproatom, dok se kod depresivnog stanja antipsihotici daju u kombinaciji s antidepressivima [5].

8.12. Ostali oblici

Najrjeđi oblik shizofrenije jest dječja shizofrenija ili „*schizophrenia praecocissima*“ koja se uvelike razlikuje od shizofrenije koja se pojavljuje u odraslih osoba. Djeca miješaju realan svijet sa svijetom mašte, snovima ili filmovima, sklona su iznenadnim i neracionalnim izmjenama raspoloženja, pretjerano su anksiozna i strašljiva, imaju probleme kod sklapanja prijateljstava, a ukoliko ih i sklope teško ih održavaju. Od halucinacija prisutne su vidne i slušne, djeca se neprimjereno ponašaju [5].

Postpartalna shizofrenija psihički je poremećaj koji nastaje u prvih petnaest dana u postpartalnom periodu. Trudničine misli i izjave su nepovezane, često prelazi s jedne teme na drugu, anksiozna je, sumnjičava u osoblje koje se skrbi za nju i ostale ljude oko sebe što s tijekom i razvojem poremećaja dovodi do pojave sumanutih misli i najčešće slušnih halucinacija. Ukoliko nije na vrijeme prepoznata, postpartalna shizofrenija često prelazi na paranoidnu ili katatonu [5].

8.13. Podtipovi shizofrenije prema jedanaestoj reviziji MKB-10

Svjetska zdravstvena organizacija objavila je jedanaestu reviziju MKB-10 2018. godine čime su uvedene određene promjene u klasifikaciji psihičkih i organskih oboljenja, no u Republici Hrvatskoj jedanaesta revizija još nije u uporabi jer nije prevedena na hrvatski jezik. Dijagnostičke kategorije su smanjene, a dijagnostički kriteriji pojednostavljeni kako bi se omogućilo kvalitetnije postavljanje dijagnoze. Naziv kategorije u kojoj se prema MKB-10 nalazi shizofrenija promijenjen je u „*Poremećaje iz spektra shizofrenije i druge primarne psihotične poremećaje*“ uz novu šifru 6A2. Prema jedanaestoj reviziji, u klasifikaciju se ubraja primarni psihotični poremećaj čime se razlikuje od primarnih i sekundarnih poremećaja koji se razvijaju kod zlouporabe psihoaktivnih supstancija i somatskih oboljenja. U subtipove ili oblike shizofrenije više se ne ubrajaju paranoidna, katatona, hebefrena, nediferencirana i rezidualna shizofrenija zato što nisu primjereni pokazatelji shizofrenije, nisu stabilna stanja za dijagnostiku zbog simptoma koji se pojavljuju u određenom trenutku, mijenjanju se u daljnjem tijeku poremećaja te nemaju određenu nasljednu komponentu i prognoza je ograničena. Sve dok se jedanaesta revizija ne prevede, u dijagnostici i razlikovanju shizofrenije u Republici Hrvatskoj se i dalje koristi MKB-10 [11].

9. Dijagnostika shizofrenije

U interesu psihijatrijske skrbi je postavljanje dijagnoze shizofrenije na samom začetku u prodromalnoj fazi poremećaja ili kod prve psihotične epizode kako bi se na vrijeme otkrili čimbenici koji potencijalno utječu na ishod i tijek poremećaja što omogućuje sprječavanje funkcionalnog pogoršanja poremećaja. Jednom kada se kod osobe razvije prva psihotična epizoda ishod poremećaja je često kroničnog tijeka. Tako je cilj pravovremene dijagnostike otkrivanje i pružanje pravih intervencija kod oboljelih osoba kako bi se usporilo i/ili preveniralo pogoršanje stanja. Iako ne postoji specifični dijagnostički postupak kojim se može utvrditi shizofrenija, u postavljanju dijagnoze koriste se osnovne metode u koje se ubrajaju promatranje ponašanja osobe, uzimanje anamneze i obavezno heteroanamneze pri čemu se koriste opći kriteriji prema MKB-10 i DSM uz provođenje dijagnostičkih postupaka poput uzimanja uzoraka krvi za laboratorijske pretrage, kompjutorizirana tomografija, scintigrafija mozga, magnetna rezonanca te rendgenske i ultrazvučne pretrage. U većini slučajeva dijagnostički postupci koriste se kako bi se isključilo postojanje organskih oštećenja koja uzrokuju slične simptome kao što su na primjer epilepsija ili tumor mozga, iako prema nekim teorijama razvoja shizofrenije promjene u određenim dijelovima mozga potencijalno mogu upućivati na postojanje shizofrenije [2].

Magnetnom rezonancom kod određenih oboljelih osoba uočene su razlike u strukturalnoj građi mozga. Primijećeno je povećanje komora ispunjenih sa cerebrospinalnim likvorom, no sama promjena ne može biti dijagnostički kriterij zato što se navedene promjene tijekom postmortalnog pregleda mozga ne pronalaze kod svih oboljelih osoba, a i upitno je u kojem razdoblju života nastaju navedene promjene, točnije nastaju li promjene prije obolijevanja od shizofrenije ili poslije [5]. Često osobe nisu ni svjesne promjene ponašanja ili prisutnosti određenih simptoma smatrajući kako žive u normalnom svijetu radi čega je iznimno važno u postavljanje dijagnoze uključiti prikupljanje podataka od okoline osobe uključujući obitelj, partnera ili prijatelje [5].

Kako bi se spriječilo pogoršanje stanja i hospitalizacija oboljele osobe, potrebna je čim ranija dijagnostika i liječenje. Ako dođe do pojave simptoma poremećaja, oboljela osoba bi obavezno trebala otići liječniku. Kod tog posjeta, liječnik osobu ispituje o osobnoj anamnezi i povijesti bolesti, simptomima, koliko dugo su trajali, jesu li se simptomi mijenjali tijekom vremena te postoje li kakvi okidači za pojavu simptoma. Kada su prisutne sumnje da se radi o shizofreniji, dijagnoza se postavlja na temelju klasifikacija MKB-10 te četvrtom i petom izdanju DSM. U Hrvatskoj se najviše koriste dijagnostički kriteriji prema MKB-10, dok se u Sjedinjenim Američkim Državama koristi peto izdanje DSM klasifikacije budući da je autor navedene klasifikacije Američka psihijatrijska udruga [5].

9.1. Dijagnostički kriteriji

Da bi se postavila dijagnoza shizofrenije po klasifikaciji MKB-10, simptomi i znakovi kod oboljele osobe trebaju biti prisutni barem jedan mjesec ili dulje te je potreban barem jedan simptom iz grupe od „A“ do „D“ (Tablica 9.1.1.) ili dva simptoma grupe od „E“ do „H“ (Tablica 9.1.2.). Postoji i kriterij „I“, no taj se kriterij koristi za dijagnozu isključivo jednostavne ili obične shizofrenije gdje simptomi moraju trajati minimalno godinu dana. U kriterij „I“ ubraja se promjena ukupnih kvaliteta određenih funkcija i aspekata ponašanja osobe, a izražava se gubitkom interesa za izvođenje svakodnevnih aktivnosti, pasivnošću, besciljnim hodanjem, zaokupljenošću samim sobom i povlačenjem iz društva. Cijela dijagnostika uvelike se temelji na Bleulerovim simptomima primarnog oblika [5].

Tablica 9.1.1. Simptomi iz grupe od „A“ do „D“

Grupa simptoma	Pripadajući simptomi i znakovi
Grupa „A“	- jeka i emitiranje misli, umetanje ili oduzimanje misli
Grupa „B“	- sumanute ideje upravljanja, utjecaja, pasivnosti ili kontrole, misli koje se odnose na specifične ideje, postupke ili osjećaje, sumanuto percipiranje događaja, fokusiranost na izvođenje određenih kretnji ekstremiteta
Grupa „C“	- slušne halucinacije gdje halucinatorni glasovi komentiraju bolesnikovo stanje i ponašanje, razgovaraju o njemu uz glasove koji mogu potjecati iz nekog drugog dijela tijela osobe
Grupa „D“	- trajne sumanute ideje koje su kulturno neprimjerene i nemoguće poput vjerskih ideja, političkom identitetu te nadljudskim sposobnostima i moći osobe), osobe su uvjerene kako upravljaju meteorološkim pojavama i komuniciraju s izvanzemaljcima

Izvor: Mimica, N. (2006.) *Klasifikacija shizofrenije*, Medix – specijalizirani medicinski dvomjesečnik, raspoloživo na: https://www.researchgate.net/profile/Ninoslav-Mimica/publication/299533754_Klasifikacija_shizofrenije/links/5f15f030a6fdcc3ed718f242/Klasifikacija-shizofrenije.pdf (pristupljeno 27.04.2024.)

Tablica 9.1.2. Simptomi iz grupe od „E“ do „H“

Grupa simptoma	Pripadajući simptomi i znakovi
Grupa „E“	- halucinacije trajnog tijeka bilo kojeg oblika zajedno s prolaznim i/ili sumanutim idejama koje nemaju jasan afektivni sadržaj uz prisutnost precijenjenih ideja što se ponavlja svakodnevno barem mjesec dana
Grupa „F“	- prekid i blokade misli ili ubacivanje nepovezanih tema u tijek misli radi čega nastaje govor, osoba stvara neologizme, točnije nove riječi koje samo njoj imaju neko smisljeno značenje
Grupa „G“	- katatono ponašanje u smislu pretjeranog uzbuđenja, zauzimanja neprirodnog ili nefiziološkog položaja cijelog tijela ili pojedinog ekstremiteta, voštane savitljivosti ekstremiteta uz razvoj negativizma i katatonog stupora što rezultira mutizmom ili nemogućnošću govora
Grupa „H“	- negativni simptomi - izrazita apatija, oskudan govor, tupost, nesklad emocija što rezultira socijalnim povlačenjem i padom socijalne efikasnosti - mora biti jasno kako nije riječ o simptomima koji nastaju kod depresije ili kao posljedica terapije antipsihoticima

Izvor: Mimica, N. (2006.) *Klasifikacija shizofrenije*, Medix – specijalizirani medicinski dvomjesečnik, raspoloživo na: https://www.researchgate.net/profile/Ninoslav-Mimica/publication/299533754_Klasifikacija_shizofrenije/links/5f15f030a6fdcc3ed718f242/Klasifikacija-shizofrenije.pdf (pristupljeno 27.04.2024.)

Osim te klasifikacije, koristi se i četvrto izdanje DSM klasifikacije koja ima slične elemente kao i klasifikacija MKB-10, no ipak se uvelike razlikuju. Za postavljanje dijagnoze po četvrtom izdanju DSM klasifikacije, koriste se dijagnostički kriteriji od „A“ do „F“ gdje „A“ predstavlja skupinu karakterističnih simptoma, „B“ socijalne i/ili radne smetnje, „C“ period trajanja simptoma, „D“ isključenje poremećaja raspoloženja, „E“ isključenje zdravstvenog stanja ili konzumacije psihoaktivnih droga kao uzrok poremećaja te „F“ veza s određenim razvojnim poremećajem. Od karakterističnih simptoma potrebna je prisutnost barem dva ili više simptoma, a to su deluzije, halucinacije, dezorganizirani govor, katatono ponašanje i negativni simptomi. U slučajevima kada su kod osobe prisutne prisilne halucinacije koje ga tjeraju na određene stvari i utječu na njegovo mišljenje, navedeni simptom sam po sebi dovoljan je za postavljanje dijagnoze. Socijalne i/ili radne smetnje utječu na osobu na način da smanjuju razinu međuljudskih odnosa i rada osobe tijekom trajanja poremećaja, a uvelike se razlikuju od funkcioniranja prije njegovog razvoja. Kako bi se postavila adekvatna dijagnoza, simptomi iz skupine „A“ trebaju biti prisutni tijekom jednomjesečnog razdoblja, a tijekom razdoblja od šest mjeseci u koje je uključen

jednomjesečni period aktivnih simptoma, trebaju biti prisutni prodromalni ili blagi znakovi bolesti uz društvene i profesionalne poremećaje te poremećenu skrb o samome sebi. Kako bi se spriječilo krivo postavljanje dijagnoze, potrebno je odmah na početku dijagnostike isključiti prisutnost poremećaja raspoloženja, konzumaciju psihoaktivnih tvari ili neki organski poremećaj koji može biti uzrok psihičkih smetnji. Ukoliko u anamnezi postoji prisutnost razvojnog ili pervazivnog poremećaja poput autizma, kod osobe se postavlja dijagnoza shizofrenije samo kada su prisutne izrazito jake sumanute ideje ili halucinacije tijekom mjesec dana. Tijekom potpuno razvijene forme ili oblika shizofrenije postavljanje dijagnoze po navedenim kriterijima izrazito je lagano, no takvi su slučajevi rijetki. Lako je postaviti dijagnozu kod osoba koje su već u toliko razvijenom obliku poremećaja da ne mogu samostalno funkcionirati kada je često liječenje otežano, a prognoza poremećaja loša. Osobe često zbog straha od stigmatizacije sakrivaju određene simptome koje okolina može primijetiti što također predstavlja izazov u postavljanju dijagnoze [3].

Revidirana verzija priručnika objavljena je 2022. godine gdje se spominju samo dijagnostički kriteriji od „A“ do „D“ kako bi se pojednostavio i skratio period dijagnosticiranja poremećaja. Dijagnostički kriterij „A“ nije se promijenio, dok ostali jesu. Tako kriterij „B“ označava trajanje simptoma gdje period od jednog mjeseca predstavlja kratki psihotični poremećaj, do šest mjeseci shizofreniformni poremećaj, a sve dulje od šest mjeseci kriterij je za postavljanje dijagnoze shizofrenije. Kriterij „C“ služi kako bi se isključio uzrok tegoba od strane organskih ili drugih oštećenja, dok kriterij „D“ služi za isključenje poremećaja raspoloženja i shizoafektivnog poremećaja [5].

10. Liječenje shizofrenije

Nakon postavljene dijagnoze, slijedeći korak jest pronalazak adekvatne metode liječenja što uključuje psihofarmakoterapiju, psihoterapiju i socioterapiju. Primjena lijekova osnova je liječenja osoba oboljelih od shizofrenije kako bi se postigla redukcija ili remisija simptoma što omogućuje primjenu drugih terapijskih postupaka poput spomenute psihoterapije i socioterapije [2]. Liječenje je dugotrajan i kontinuiran proces koji se u akutnim fazama najčešće provodi u bolnici ili ostalim specijaliziranim zdravstvenim i socijalnim ustanovama, a kod nekih oboljelih osoba može trajati doživotno zahtijevajući liječenje u specijaliziranim ustanovama. Važno je naglasiti kako ne postoji jedinstveni lijek koji će otkloniti simptome i izliječiti osobe zato što je shizofrenija još uvijek neizlječivi i jedinstveni poremećaj [3].

Cilj terapije ili liječenja poremećaja je ublažavanje i smanjenje izraženosti simptoma dok je kod oboljele osobe prisutna akutna ili aktivna faza te spriječiti ponovnu pojavu iste faze uz postizanje remisije ili stanja kod oboljelih osoba gdje ne predstavljaju opasnost za sebe i svoju okolinu uz normalno funkcioniranje u svakodnevnim aktivnostima što je vrlo težak zadatak za sve članove medicinskog tima [4].

10.1. Psihofarmakoterapija

Dugogodišnja istraživanja pokazala su kako najvažniji period liječenja predstavlja prvih pet godina gdje je cilj smanjenje deteorizacije oboljele osobe. To je presudno razdoblje gdje je najčešće već vidljiv tijek samog poremećaja, a adekvatnim intervencijama liječenja mogu se spriječiti nepovoljni ishodi [8]. Prvi i najvažniji korak nakon dijagnosticiranja shizofrenije kod oboljele osobe jest započeti liječenje lijekovima, no to nije tako lagano zato što nisu sve oboljele osobe iste. Zbog nejasnog uzroka shizofrenije liječenje samog poremećaja temelji se na smanjenju i/ili eliminaciji prisutnih simptoma [1]. Zlatni standard liječenja shizofrenije predstavlja psihofarmakoterapija koja se najčešće određuje tijekom prve hospitalizacije oboljele osobe dok je prisutna teška, akutna ili aktivna faza poremećaja s jasno izraženim simptomima psihičkog poremećaja [4].

Razlikuju se tri faze u liječenju shizofrenije. Prva faza sastoji se od liječenja akutne epizode, druga faza naziva se terapija održavanja, a treća faza profilaktičke primjene psihofarmaka. Kod propisivanja i davanja lijekova važno je dobro doziranje i davanje u pravilno vrijeme. Tako premala doza lijekova uzrokuje nedovoljan terapijski odgovor i izostanak potpune remisije, dok su prijevremeni prestanak uzimanja i preveliko smanjenje doze najčešći uzroci relapsa simptoma i recidiva poremećaja. Na temelju kliničke slike propisuje se terapija. Tako o vrsti terapije ovisi podatak o simptomima koji prevladavaju kod osoba, bilo to pozitivni ili

negativni, zatim ima li osoba suicidalne misli ili namjere, koje su popratne dijagnoze koje osoba ima, kakvog je raspoloženja, je li riječ o prvoj psihotičnoj epizodi ili ne, je li osoba agresivna ili agitirana, kakav ima apetit, ima li poteškoće sa spavanjem te koju je terapiju do sad uzimala uz dokumentiranu reakciju na te lijekove. Pažnja kod psihofarmakoterapije pruža se upravljanju akutnog psihotičnog stanja, kontroli nuspojava i prevenciji recidiva simptoma [11]. Kao osnovni preduvjet redukcije simptoma shizofrenije predstavlja uporaba psihofarmaka [8]. Psihofarmaci su psihotropne lijekovite tvari koje djeluju na psihološke ili psihičke procese u ljudskom organizmu i primjenjuju se u liječenju psihičkih poremećaja i bolesti. Svojim djelovanjem, ovisno o načinu primjene i dozi, mijenjaju psihičko stanje oboljele osobe. Dijele se na više skupina, a to su psiholeptici, psihoanaleptici te lijekovi koji se koriste za liječenje vrtoglavice i ovisnosti o opioidima i alkoholu. U liječenju shozofrenije koriste se psiholeptici i psihoanaleptici. Važno je da je izabran psihofarmak koji može kontrolirati psihotične simptome i uzrokovati što manje nuspojava [12].

10.1.1. Psiholeptici

Psiholeptici su lijekovi koji djeluju direktno na ponašanje oboljele osobe [13]. Prema načinu djelovanja dijele se na antipsihotike, anksiolitike, hipnotike i sedative [12].

10.1.1.1. Antipsihotici

Antipsihotici ili neuroleptici djeluju na psihoze, halucinacije, sumanutosti i agresivno ponašanje uzrokujući smirenost i osjećaj ravnodušnosti. Oni ne liječe, već samo smanjuju simptome i znakove shizofrenije [13]. Psihomotorno uspore oboljelu osobu, uzrokuju emocionalnu razvnodušnost i smiruju neugodne osjećaje. Imaju izrazito pozitivan učinak u liječenju simptoma shizofrenije, no uzrokuju niz opasnih i teških nuspojava [14]. Velika prekretnica u liječenju poremećaja predstavlja otkriće lijekova antipsihotika klorpromazina 1952. godine što je dovelo do drastičnog smanjenja broja hospitaliziranih osoba i liječenja poremećaja u kućnim uvjetima [1]. Ovisno o suradnji oboljelih osoba, propisuju se lako topljivi lijekovi koji se konzumiraju samo jednom dnevno kod osoba koje nisu suradljive i teško uzimaju terapiju, dok se kod osoba koje su suradljive propisuje terapija koja se konzumira više puta dnevno [11]. Uvođenje lijekova u liječenje shizofrenije započelo je 50-tih godina 20. stoljeća skupinom lijekova antipsihoticima [3].

Antipsihotici svojim djelovanjem mijenjaju tijek poremećaja i povećavaju mogućnost boljeg terapijskog ishoda tijekom dugogodišnjeg tretmana. Antipsihotici se uvijek uvode postepeno unutar terapijskih granica od nižih do viših doza sve dok se ne postigne zadovoljavajući terapijski učinak [8]. U liječenju shizofrenije mogu se koristiti kao samostalna terapija, no najčešće

ih se kombinira s hipnoticima, benzodijazepinima, antidepresivima i stabilizatorima raspoloženja ovisno o vrsti shizofrenije i popratnim bolestima oboljele osobe [11]. Zbog svojeg djelovanja, antipsihotici oboljelim osobama omogućuju povratak u svakodnevni život radi čega je važna pravilna i redovita upotreba. Problem nastaje kada osobe prestanu uzimati lijekove. Najčešći razlog tome je nestanak simptoma poremećaja. Osobe smatraju kako su sada izliječene i da im lijekovi više ne trebaju. Prestanak uzimanja terapije dovodi do naglog povratka simptoma shizofrenije što vrlo često rezultira hospitalizacijom osoba radi čega je važno redovito uzimanje terapije neovisno o prisustvu simptoma. Antipsihotici se dijele u nekoliko skupina [4]. Ovisno o potenciji lijekova, dijele se na visoko, srednje i niskopotentne. Antipsihotici visoke potencije pozitivan učinak na simptome poput disociranog mišljenja postižu vrlo niskim dozama, dok je za postizanje pozitivnog učinka kod antipsihotika srednje i niske potencije potrebna puno veća doza lijeka [1]. Osnovna podjela antipsihotika je podjela na tipične i atipične antipsihotike ili antipsihotike prve i druge generacije. U nekim literaturama antipsihotici se dijele na tri generacije, no u svijetu se najčešće koristi podjela na dvije [4].

Tipični antipsihotici još se nazivaju i antipsihoticima prve generacije (Tablica 10.1.1.1.1.). Glavno djelovanje im je ublažavanje ili uklanjanje psihotičnih simptoma poremećaja poput sumanutih ideja, halucinacija, poremećaja percepcije i agitacije [3]. Tipični antipsihotici uzrokuju teže nuspojave radi čega se sve više za liječenje koriste atipični [11]. Uobičajene dnevne doze pojedinih lijekova specifična je za svaki lijek, a ovisi o simptomima koji se kod oboljelih osoba pojavljuju, mogućim organskim bolestima i terapijskom odgovoru [10].

Tablica 10.1.1.1.1. Tipični antipsihotici

Tipični antipsihotici		
Klorpromazin	Promazin	Flufenazin
Zuklopenthiksol	Levopromazin	Haloperidol

Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V*, Naknada Slap, 2013., str. 1 - 980

Do 20. stoljeća nije postojao djelotvoran lijek za liječenje shiozofrenije. Oboljele osobe najčešće su bile hospitalizirane cijeli svoj život. Tijekom 1950-ih godina u Francuskoj su znanstvenici pokušavali pronaći lijek koji bi produbio anesteziju kako bi pacijenti tijekom operacije bili anestezirani, sedirani i uspavani. Jedna skupina istraživača promatrala je lijek klorpromazin i tijekom istraživanja primijetili su kako se kod pacijenata koji su ga dobili prije operacije smanjila razina tjeskobe i straha. U malim je dozama postigao terapijski učinak bez

gubitka svijesti. Pacijenti su bili mirni, sedirani i očuvane svijesti, no u isto vrijeme nezainteresirani za svoju okolinu i vanjske podražaje. Zbog terapijskog učinka postao je prvi neuroleptik. U to je vrijeme bio učinkovit u smanjenju psihotičnih simptoma i mnoge osobe mogle su se liječiti kod kuće, no nije dovodio do trajnog poboljšanja stanja. Klorpromazin je najstariji antipsihotični lijek koji se koristi za liječenje psihotičnih poremećaja poput shizofrenije, bipolarnog poremećaja, ozbiljnih problema u ponašanju djece, poremećaja hiperaktivnosti s deficitom pažnje, mučnine, povraćanja, anksioznosti prije operacije i štucanja te se može davati oralno, injekcijom u mišić ili u venu. Za liječenje simptoma shizofrenije propisuje se u dozama od 25 do 100 miligrama (mg), no u liječenju agitiranih osoba maksimalna dnevna doza iznosi 300 mg [15].

Promazin se koristi za liječenje shizofrenije i snižavanja krvnog tlaka kod životinja koje boluju od laminitisa i zatajenja bubrega te se lako otapa u alkoholu. Promazin se najčešće koristi kod liječenja akutnog psihomotornog ili kratkotrajnog umjerenog nemira u dozama od 25 do 100 mg. Rijetko se koristi zbog sintetiziranog lijeka klorpromazina [5].

Flufenazin je tipični antipsihotik koji se koristi za liječenje psihoza kao što su shizofrenija, bipolarni poremećaj, agitacija i demencija te pomaže u kontroli simptoma blokiranjem ili smanjenjem učinka dopamina. Zbog čestih nuspojava rijetko se koristi, no kada ni jedan drugi antipsihotik ne postiže terapijski učinak kod oboljele osobe propisuje se u dnevnoj dozi od 1 do 5 mg [5].

Zuklopentiksol je lijek koji se koristi kod liječenja shizofrenije, akutne bipolarne manije i ostalih psihotičnih poremećaja, a ovisno o bolesti, daje se u dozama do 600 mg [5]. Levopromazin antipsihotik je male snage s jakim analgetičkim, hipnotičkim i antiemetičkim svojstvima koji se koristi u palijativnoj skrbi, liječenju mučnine i povraćanja, bipolarnog poremećaja, shizofrenije i ostalih psihotičnih poremećaja. Za liječenje shizofrenije propisuje se u dozama od 25 do 200 mg [5].

Haloperidol je antipsihotik koji se koristi u liječenju shizofrenije, tikova kod Touretteovog sindroma, manije kod bipolarnog poremećaja, mučnine, povraćanja, delirija, uznemirenosti, akutne psihoze i halucinacija kod povlačenja alkohola. Koristi se kada su prisutni pozitivni simptomi uz agresiju, no na negativne, afektivne i kognitivne simptome nema učinka. Može se koristiti oralno ili injekcijom u mišić ili venu, a djeluje u roku od 30 do 60 minuta. Za liječenje shizofrenije propisuje se u dozama od 2 do 10 mg [5].

Atipični antipsihotici ili antipsihotici druge generacije nastali su potragom za lijekovima koji će eliminirati ili imati manje ekstrapiramidne nuspojave i dobar učinak na negativne simptome shizofrenije (Tablica 10.1.1.1.2.). U nekim literaturama risperidon i olanzapin svrstavaju se u

zasebnu kategoriju, to jest u antipsihotike treće generacije koji su nastali ciljanom potragom za što djelotvornijim antipsihotikom sa što manjim nuspojavama [3].

Tablica 10.1.1.1.2. Atipični antipsihotici

Atipični antipsihotici		
Amisulpirid	Ziprasidon	Paliperidon
Klozapin	Kvetiapin	Aripiprazol
Risperidon	Olanzapin	

Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V*, Naknada Slap, 2013., str. 1 - 980

Atipični antipsihotici djelotvorniji su od tipičnih jer poboljšavaju kliničku sliku oboljelih osoba i znatno im povećavaju kvalitetu života [3]. Dugotrajnom primjenom atipičnih antipsihotika sprječava se rizik od recidiva simptoma poremećaja. Sam recidiv ne mora nužno biti izazvan negativnim životnim događajima i emocionalnim stresom, već i pozitivnim životnim iskustvima koje nije moguće izbjeći radi čega je važno redovito uzimanje terapije kako bi razina antipsihotika u organizmu ostala nepromijenjena jer padom koncentracije antipsihotika raste rizik od razvoja simptoma [11]. Kao i kod tipičnih antipsihotika, uobičajene dnevne doze pojedinih lijekova specifične su za svaki lijek [10].

Amisulpirid je antiemetički i antipsihotični lijek koji se u manjim dozama koristi za prevenciju i liječenje postoperativne mučnine i povraćanja, a u većim dozama za liječenje shizofrenije i akutnih psihotičnih epizoda. Najčešće se oboljelim osobama daje u dozi od 50 do 300 mg [5].

Ziprasidon je antipsihotik koji se koristi za liječenje shizofrenije, bipolarnog poremećaja i agitacije u slučaju demencije u dozama od 40 do 200 mg [5]. Lijek ima anksiolitičko i antidepresivno djelovanje i ne uzrokuje ekstrapiramidalne nuspojave. Kao nuspojava javlja se povećanje tjelesne mase pa se u nekim slučajevima koristi u liječenju poremećaja prehrane poput anoreksije. Djeluje na pozitivne i negativne simptome shizofrenije, najbolje se apsorbira ukoliko se konzumira uz hranu i uzima se dva puta dnevno [15].

Paliperidon je dopaminski antagonist koji se koristi za liječenje manije, bipolarnog poremećaja, shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja. Najnoviji je antipsihotik i za liječenje shizofrenije odobren je u Sjedinjenim Američkim Državama 2006. godine. Preporučena dnevna doza je od 50 do 150 mg [4].

Klozapin djeluje na pozitivne simptome shizofrenije. Lijek djeluje odmah po primjeni i to sedativno i anksiolitički, a nakon dva tjedna ima antipsihotički učinak gdje oboljela osoba postaje pristupačnija za ostale metode liječenja te je dokazano da smanjuje suicid i agresivno ponašanje te ublažava i otklanja simptome tardivne diskinezije [15]. Pojavom prve psihotične epizode osobu se najčešće hospitalizira gdje se liječenje započinje antipsihoticima druge generacije od kojih je najučinkovitiji klozapin [10]. Klozapin ne uzrokuje ekstrapiramidalne smetnje i učinkovit je u liječenju osoba kod kojih ni jedan drugi lijek ne smanjuje simptome poremećaja [5]. Sintetiziran je 1959. godine, no za liječenje shizofrenije u Europi se počeo koristiti 70-ih godina 20. stoljeća. U ranom liječenju nije uzrokovao ekstrapiramidalne nuspojave radi čega je njegova uporaba bila široko rasprostranjena sve dok je nekoliko pacijenata 1975. godine u Finskoj preminulo zbog agranulocitoze koja je bila povezana s uporabom klozapina radi čega je povučen iz uporabe. Nakon ukidanja lijeka, ustanovljeno je kako je agranulocitoza reverzibilna nakon prestanka ili smanjenja doze klozapina, a pokazao se izrazito korisnim u liječenju shizofrenije kod oboljelih osoba gdje terapijski učinak nije postignut ni jednim drugim psihofarmakom. Smanjivao je pozitivne i negativne simptome poremećaja na toliko učinkovit način da su takav učinak prozvali buđenjem. Provedena su brojna istraživanja kako bi se ustanovila štetnost i učinkovitost lijeka, a najpoznatije istraživanje provedeno je 1986. godine u kojem je sudjelovalo 318 osoba oboljelih od shizofrenije koje su konzumirale samo klozapin. U gotovo 60% oboljelih osoba simptomi su se gotovo u potpunosti povukli, a krvna slika kontrolirala se jednom mjesečno. Agranulocitoza primijećena je kod 2% oboljelih, no uz redovitu kontrolu i liječenje nije došlo do smrtnog ishoda, već je agranulocitoza izliječena. Klozapin je iz tog razloga indiciran u liječenju shizofrenije koja je rezistentna na ostale vrste antipsihotika i oboljelih gdje je u kliničkoj slici primijećena suicidalna namjera. Najčešće se oboljelim osobama daje u dozi od 50 do 300 mg [15].

Kvetiapin pokazuje dobro antipsihotičko djelovanje na sve skupine simptoma shizofrenije. Kao lijek za liječenje shizofrenije počeo se koristiti 1996. godine. Životni vijek u plazmi mu je 3-5 sati, no terapijski učinak je oko 12 sati radi čega se uzima dva puta dnevno. Kvetiapin je prvi antipsihotik službeno registriran kao lijek za liječenje depresije kod bipolarnog poremećaja raspoloženja [15]. Zbog antidepresivnog djelovanja lijeka, često se koristi za liječenje unipolarne depresije, točnije depresije koja je rezistentna na klasičnu antidepresivnu terapiju [5]. Koristi se za liječenje psihoze kod Parkisonove bolesti, a zbog sedativnog učinka propisuje se kod liječenja teške nesаницe i anksioznih poremećaja. Nisu zabilježene negativne posljedice u interakciji s drugim lijekovima pa je pogodan za kombinirano psihofarmakološko liječenje shizofrenije [15]. Preporučane doze su od 150 do 750 mg, no u nerijetkim slučajevima propisuje se i do 1000 mg [5].

Olanzapin je antipsihotik širokog farmakološkog profila te djeluje na brojne neurotransitorske receptore zbog čega je često dostatan u monoterapiji shizofrenije i terapiji održavanja. Pokazuje dobar učinak na pozitivne i negativne simptome, a daje se u dozama od 5 do 20 mg. Daje se u obliku tableta, oralno topljivih tableta i kroz intramuskularnu injekciju tijekom akutnih stanja. Olanzapin se primjenjuje od 1996. godine, a kemijskom strukturom sličan je klozapinu. Peroralno se primjenjuje, izuzetno se dobro apsorbira i u plazmi maksimalne vrijednosti postiže 5-8 sati nakon primjene. U plazmi je prisutan oko 30 sati radi čega je moguća primjena jednom dnevno [15]. Olanzapin se primjenjuje u liječenju akutne faze shizofrenije i agitiranog stanja te ne utječe negativno na kognitivno funkcioniranje oboljele osobe. Ima sedacijski učinak [5]. Kao nuspojava lijeka javlja se povećanje tjelesne mase radi čega se često koristi u liječenju poremećaja prehrane poput anoreksije gdje je poželjno povećanje mase [15]. Budući da je praćenje stanja oboljelih osoba dovelo do spoznaje kako uzrokuje povećanje tjelesne mase, ubrzo su se razvile nove skupine atipičnih antipsihotika poput aripiprazola [11].

Aripiprazol je prema djelovanju dopaminergički parcijalni agonist što znači da svojim djelovanjem snižava koncentraciju dopamina kada je ona visoka i podiže koncentraciju dopamina u neuronu kada je ona niska. Postoji u obliku oralne i parenteralne primjene te u obliku depo pripravka. Vrlo je podnošljiv lijek te je pogodan za dugogodišnje liječenje shizofrenije i brojnih drugih psihotičnih poremećaja. Primjenjuje se u dozama od 5 do 30 mg. Osim pozitivnih učinaka na simptome shizofrenije, aripiprazol se koristi za liječenje agitiranog stanja i manije. Zbog produljenog djelovanja moguće je uzimanje jednom dnevno [15].

Risperidon je u kliničku uporabu u Hrvatskoj uveden 1996. godine, a ima dobar učinak na pozitivne i negativne simptome shizofrenije. Ovaj antipsihotik veće je sigurnosti i podnošljivosti od klozapina, a u liječenju shizofrenije daje se u dozama od 0,5 do 6 mg [15]. Risperidon je lijek jako dobre apsorpcije i koristi se u liječenju akutne faze shizofrenije [5]. Veže se na bjelančevine koje se nalaze u plazmi i zahvaljujući svojim aktivnim metabolitima u plazmi je aktivan oko 20 sati radi čega se može uzimati jednom dnevno [15]. Najčešće se primjenjuje kod adolescenata i djece [5]. Zajedno s olanzapinom, klozapinom i amisulpiridom jedan je od najučinkovitijih antipsihotika. Primjenjuje se u obliku tableta, lako topljivih oralnih tableta, otopina i u obliku intramuskularnog pripravka s dugodjelujućim učinkom [15].

Antipsihotici se unose peroralno i parenteralno. Najčešće se kroz intramuskularnu injekciju primjenjuju antipsihotici s produljenim djelovanjem, takozvani depo antipsihotici koji se daju jednom svakih par tjedana [10]. Dugodjelujući ili depo antipsihotici primjenjuju se kod oboljelih osoba koje su nesuradljive i ne žele konzumirati lijekove. Također se koriste kod izvaninstitucijske skrbi ili oboljelih osoba koje uz shizofreniju imaju neki oblik demencije radi čega zaboravljaju popiti lijekove. Depo terapija olakšava proces liječenja poremećaja, postiže dužu

remisiju, poboljšava funkcioniranje i eliminira rizik od prestanka uzimanja terapije kod oboljelih osoba, no doza antipsihotika se ne može precizno dozirati kao kod tableta [4]. U svrhu procjene potrebe za uporabom dugodjelujućih ili depo antipsihotika, 2021. godine psihijatar Ifteni Petru sa svojim suradnicima sastavio je tablicu „*Rating Opportunity for Long Acting Injectable Antipsychotic Initiation Indeks*“ koja služi kao alat za procjenu adekvatnosti oboljelih osoba za uvođenje depo terapije. Sastoji se od sedam kriterija, a to su dob oboljelih osoba, trajanje simptoma poremećaja, relapsi, terapijski učinak ili odgovor oralnih antipsihotika, socijalna podrška oboljelim osobama, formulacija antipsihotika i adherencija terapije. Svaki kriterij ima tri domene koje se boduju s 1, 3 i 5 bodova. Ukoliko po tablici oboljela osoba ostvari od 25 do 35 bodova time je uvođenje depo terapije snažno indicirano što znači da su velike šanse za potpuni funkcionalni oporavak oboljele osobe uz prevenciju hospitalizacije i relapsa poremećaja. Raspon bodova od 15 do 23 označava srednju indikaciju za uvođenje depo terapije, dok je raspon bodova kod niske indikacije od 7 do 13 [16]. U Republici Hrvatskoj kao depo terapija koriste se Xeplion, Zypadhera, Rispolept, Moditen i Haloperidol čija su generička imena paliperidon, olanzapin, risperidon, flufenazin i haloperidol. Najčešće se daju u mišić stražnjice [4].

10.1.1.2. Anksiolitici

Osnovno djelovanje anksiolitika je suzbijanje osjećaja razdražljivosti, tjeskobe, straha, uznemirenosti, psihičke napetosti i smirenje oboljele osobe. Najčešće se u liječenju koriste podskupine benzodiazepina poput diazepam, oksazepam, lorazepam, alprazolam te medazepam i bromazepam [13].

10.1.1.3. Hipnotici

Hipnotici se još nazivaju somniferama jer donose san oboljelim osobama, a osnovno im je djelovanje smirenje oboljelih osoba kod poremećaja spavanja. Dije se na blaga sredstva u koja se ubrajaju derivati mokraćevine te na sredstva s jačim djelovanjem poput barbiturata, paraldehida, amilenhidrata i kloralhidrata. Uzrokuju blagu ovisnost i duljom konzumacijom njihov učinak slabi radi čega je potrebno stalno povisivati doze lijeka ili mijenjati skupine. Zbog značajnog utjecaja na psihofizičke sposobnosti oboljele osobe tijekom konzumacije hipnotika izrazito je zabranjeno upravljanje strojevima i motornim vozilima [17].

10.1.1.4. Sedativi

Sedativi su sredstva koja uzrokuju smirenje oboljelih osoba. Ne koriste se za liječenje poremećaja spavanja, no kao nuspojavu uzrokuju pospanost. Svojim djelovanjem u organizmu povisuju podražljivost i uzrokuju smirenje nadraženog srednjeg živčanog sustava. Koriste se

tijekom dana za smanjenje uznemirenosti i nevoljkosti. Sedativni učinak uzrokuju razni lijekovi poput benzodiazepina, barbiturata i hipnotika [18].

10.1.2. Psihoanaleptici

U psihoanaleptike ubrajaju se antidepresivi, nootropici, psihostimulansi i lijekovi za liječenje demencije. Osnovno terapijsko djelovanje je podizanje i poboljšavanje raspoloženja oboljele osobe [19].

Antidepresiv je psihijatrijski lijek koji se koristi za ublažavanje poremećaja raspoloženja poput kliničke depresije i distimije te anksioznih poremećaja poput socijalne fobije. Imaju različite kemijske strukture i mehanizme djelovanja, no zajednički cilj im je otkloniti depresiju te svojim djelovanjem podižu raspoloženje te stimuliraju i poboljšavaju sposobnost radovanja životu, no njihovo djelovanje započinje tek nakon 4 tjedana konzumacije. U svrhu procjene uspješnosti koristi se Hamiltonova ljestvica, a pozitivnim odgovorom na terapiju smatra se smanjenje simptoma kod oboljelih osoba za 50%. Najbolji oporavak vidljiv je kod osoba s depresivnim raspoloženjem, suicidalnim idejama i psihomotornom usporenošću. Trajanje liječenja ovisno je o broju epizoda. Nakon prve epizode, liječenje kod bolesnika traje od 6 do 9 mjeseci, nakon druge od jedne do dvije godine, a nakon treće i više epizoda uvodi se kao trajna terapija [1]. Antidepresivi djeluju na kompletan živčani sustav oboljele osobe tako da otklanjaju simptome depresije neovisno o uzroku nastanka poremećaja te smanjuju osjećaje uznemirenosti, tjeskobe i panike. Osim depresije, koriste se kod liječenja poremećaja budnosti i spavanja, alkoholizma i poremećaja prehrane poput anoreksije i bulimije. Psihostimulansi i nootropici povećavaju razinu motivacije i/ili budnosti kod oboljelih osoba, a jedan od oblika koji se najčešće svakodnevno konzumira u vrlo malim dozama je kofein koji se nalazi u kavi. Za liječenje demencije najčešće se koriste preparati acetilkolina poput memantina, donepezila i rivastigmina [19].

10.1.3. Stabilizatori raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja lijekovi su koji svojim djelovanjem sprječavaju intenzivne, nagle promjene raspoloženja iz manije u depresiju i obrnuto. Najčešće se koriste u liječenju bipolarno afektivnog poremećaja, no liječenje je indicirano u ostalim psihijatrijskim bolestima i poremećajima poput kliničke depresije, graničnog poremećaja ličnosti i shizofrenije. U liječenju shizofrenije koriste se ukoliko su kod oboljelih osoba prisutni simptomi manije i depresije. Ciljevi terapije su prevencija relapsa i novih epizoda nakon uspostavljanja dugotrajne i stabilne remisije. Ovisno o vrsti bolesti ili poremećaja, stabilizatori se mogu kombinirati s antipsihoticima, antidepresivima, hipnoticima i anksioliticima, a izbor lijekova ovisi o dominantnom simptomu poremećaja koji prevladava u kliničkoj slici. Stabilizatori raspoloženja dijele se na dvije skupine: stabilizatori raspoloženja A i B klase (Tablica 10.1.3.1.). Stabilizatori raspoloženja A klase djeluju

na raspoloženja iznad osnovnog nivoa, točnije kod stanja manije, dok stabilizatori raspoloženja B klase djeluju na raspoloženja ispod osnovnog nivoa, točnije stanja depresije [20].

Tablica 10.1.3.1. Stabilizatori raspoloženja A i B klase

Stabilizatori raspoloženja A klase	Stabilizatori raspoloženja B klase
- valproat - karbamezapin	- lamotrigin - gabapentin - topiramata
Litij	

Izvor: Mihaljević-Peješ, A., Šagud, M., Jakovljević, M. (2002.) *Antiepileptici kao stabilizatori raspoloženja*, Klinika za psihijatriju, KBC Rebro, Medicus, Zagreb, Izdanje 11, Broj 2, str. 171-175, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/31261> (pristupljeno 27.03.2024.)

Litijum ili litij je lijek koji se koristi za liječenje shizofrenije, alkoholizma, odvikavanja od pušenja, kofeina, marihuane, depresije, predmenstrualne depresije, demencije, periodičnog agresivnog ponašanja, čestih promjena raspoloženja, hipertireoze i drugih poremećaja štitnjače te se smatra da ima pozitivan učinak u liječenju Alzheimerove bolesti, no zbog svojih toksičnih djelovanja bolesnici s uznapredovalim bolestima bubrega i srčanim bolestima ih ne smiju konzumirati. Ono što je specifično za litijum jest to da se u određenim količinama može koristiti kao stabilizator raspoloženja i A i B klase [20].

Karbamezapin lijek je prvotno odobren za liječenje epilepsije, no kasnijim istraživanjima pokazao se izuzetno korisnim u liječenju neuropatske boli, bipolarno afektivnog poremećaja i shizofrenije. Sporo se i nejednoliko apsorbira, maksimalnu koncentraciju postiže 2-8 sati nakon konzumacije lijeka, a na simptome poremećaja djeluje za 2-4 dana. Dnevna doza lijeka je od 200 do 400 mg do maksimalnih 1 500 mg [20].

Valproat te njegovi oblici valproična kiselina i natrijev valproat lijekovi su koji se koriste za liječenje epilepsije, bipolarnog poremećaja, shizofrenije i prevenciju migrenskih glavobolja. Valproat se za liječenje epilepsije počeo koristiti u Europi 1960.-ih godina, a za liječenje bipolarno afektivnog poremećaja počeo se koristiti 1966. godine. Veže se za bjelančevine u plazmi i djeluje 8-17 sati. Uobičajena terapijska doza je od 750 do 1 500 mg do maksimalnih 2 000 mg. Može se davati intravenozno ili oralno [20].

Lamotrigin se primarno koristi za liječenje epilepsije, no pozitivno djeluje na liječenje manije i depresije. Brzo se resorbira, djeluje 30 sati, a maksimalnu koncentraciju postiže 2-4 sata

nakon konzumacije. Ima antiepileptičko i antidepresivno djelovanje. Propisuje se u dozama od 25 do 200 mg dnevno.

Gabapentin jedan je od najnovijih antiepileptika i djeluje 5-10 sati. Ima izraziti antiagitacijski, sedativni i anksiolitički učinak radi čega je učinkovit u liječenju shizofrenije i raznih poremećaja sna. Najčešće se koristi kao dodatna terapija u kombinaciji s drugim lijekovima. Početna terapijska doza je 300 mg do maksimalnih 3 600 [20].

Topiramatom je također primarno antiepileptik. Brzo se apsorbira, djeluje 21 sat i izlučuje se mokraćom. Početna terapijska doza je 25 mg, a maksimalna 400. Terapijski učinak sličan je gabapentinu pa se kao i on koristi kao dodatna terapija. U liječenju simptoma shizofrenije kombinira se s antidepresivima [20].

10.2. Nuspojave psihofarmakoterapije

Unatoč pozitivnim učincima psihofarmaka, gotovo da ne postoji skupina lijekova koja ne uzrokuje nuspojave. Nuspojave antipsihotika dijele se na neneurološke i neurološke (Tablica 10.2.1.) [3].

Tablica 10.2.1. Neneurološke nuspojave antipsihotika

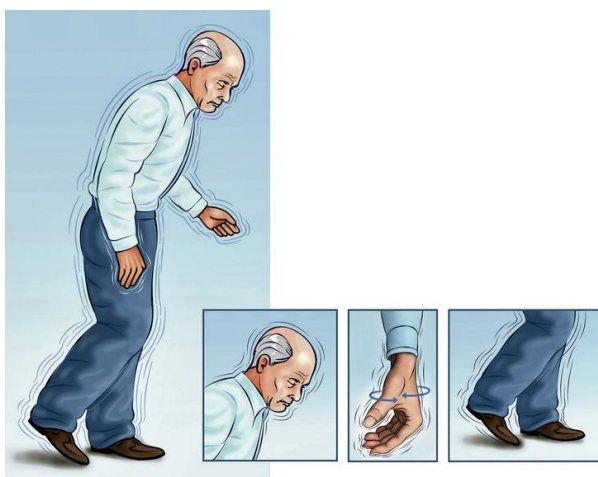
Neneurološke nuspojave	Simptomi
- učinak na autonomni živčani sustav	- suhoća usta, zamagljen vid, opstipacija, mučnina, povraćanje, retencija urina, pojačana salivacija, dijareja, grčevi u trbuhu
- kardiovaskularne smetnje	- ortostatska hipotenzija, poremećaj rada srčanog ritma
- hematološke promjene	- leukopenija, agranulocitoza, eozinofilija
- dermatološke smetnje	- urtikarija, alergijski dermatitis, fotosenzitivnost
- endokrinološke promjene	- galaktoreja, amenoreja, poremećaj potencije ili libida, poremećaj metabolizma - porast tjelesne mase, koncentracije kolesterola i triglicerida, prolazno povećanje jetrenih enzima

Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V*, Naknada Slap, 2013., str. 1 - 980

Jedna od najtežih neneuroloških nuspojava koja se može pojaviti jest maligni neuroleptički sindrom kojeg karakteriziraju opistotonus, povišena tjelesna temperatura, mišićna rigidnost, distonija, akinezija, mutizam, agitacija, znojenje, ubrzan puls, povišen krvni tlak, povišene vrijednosti leukocita, kreatinina i jetrenih enzima te poremećaj svijesti koji može dovesti do smrti oboljelih osoba. Može se pojaviti u bilo koje vrijeme te se odmah treba prekinuti davanje

antipsihotika i pratiti somatski status osobe. Oboljele osobe s malignim neuroleptičkim sindromom liječe se u jedinici intenzivne skrbi ili na internom odjelu, a smrtnost je 10-20% [3].

Najčešće i najopasnije neurološke nuspojave su parkinsonizam, akutna distonija, tardivna diskinezija, akatizija akinezija ili hipokinezija i rigidnost koje spadaju u skupinu ekstrapiramidalnih nuspojava. Parkinsonizam u početnom stadiju izgleda poput slabog mišićnog tremora, no kako bolest napreduje tremor zahvaća gotovo sve mišiće tijela što posljedično uzrokuje otežano kretanje, izvođenje nekontroliranih pokreta i oslabljenu ili neadekvatnu mimiku lica (Slika 10.2.1.) [11].



Slika 10.2.1. Parkinsonizam

Izvor: Život (2018.) *Parkinsonova bolest kad vam život drhti: ne može se izleciti, ali se može usporiti njeno napredovanje*, Kurir, raspoloživo na: <https://www.kurir.rs/zabava/zivot/3011927/parkinsonova-bolest-kad-vam-zivot-drhti-ne-moze-se-izleciti-ali-se-moze-usporiti-njeno-napredovanje> (pristupljeno 27.03.2024.)

Akutna distonija zapravo je stanje dugotrajne nevoljne i nekontrolirane kontrakcije mišića bilo kojeg dijela tijela što može trajati od nekoliko sati do nekoliko dana [11]. Javlja se zbog sporih i trajnih mišićnih kontrakcija. Takve mišićne kontrakcije mogu dovesti do nevoljnih pokreta vrata u obliku tortikolisa i retrokolisa, do nasilnog otvaranja čeljusti što može uzrokovati iščašenje zgloba, protruziju i izvijanje jezika, pokreta očiju prema gore i lateralno te opistotonusa cijelog tijela, a kod oboljele osobe izaziva strah, tjeskobu i anksioznost. Javlja se u prvih nekoliko sati ili dana liječenja [3]. Tardivna diskinezija je učestalo ponavljanje nevoljnih pokreta mišića ekstremiteta i lica poput nevoljnih pokreta rukama i jezikom. Javlja se dosta često i to čak kod 20-30% oboljelih osoba koji duže vrijeme uzimaju antipsihotike, no da bi se utvrdila tardivna diskinezija, potrebna je konzumacija antipsihotika, većinom prve generacije, barem tri mjeseca te ju karakteriziraju kretnje slične tikovima. Javljaju se nevoljni pokreti jezika, čeljusti, ekstremiteta

i trupa, pokreti žvakanja, pućenja usana i mljackanja te povremeni crvoliki pokreti u obliku plaženja, uvlačenja i uvijanja jezika. Akatiziju ili psihički nemir često se zamjenjuje nervozom ukoliko nije poznato koje lijekove osoba uzima. Naime, ispunjena je ponavljajućim nervoznim pokretima dijelova tijela poput ljuljanja na stolcu ili krevetu, pomicanju nogama naprijed nazad ili lijevo i desno te tapšanjem rukama ili nogama po podu. Hipokinezija ili akinezija manifestira se smanjenom motornom aktivnošću, točnije siromaštvom i usporenošću pokreta. Rigidnost je pojačana napetost, mišićna ukočenost cijelog tijela ili njegovih dijelova koja je izazvana jednoličnim povišenjem tonusa, a često se javlja kao simptom malignog neuroleptičkog sindroma. Navedena stanja često se nikada ne izliječe do kraja jer je za to potrebno u potpunosti ukinuti terapiju što pogoršava simptome shizofrenije i stanje oboljelih osoba, stoga se liječenje sastoji od smanjenja doze antipsihotika i dodavanjem lijekova poput antikolinergika i antiparkinsonika [11].

10.2.1. Nuspojave tipičnih antipsihotika

Glavni nedostatak tipičnih antipsihotika jesu pojava brojnih teških nuspojava koje su zabilježene kod 40% oboljelih osoba (Tablica 10.2.1.1.) [11].

Tablica 10.2.1.1. Nuspojave pojedinog tipičnog antipsihotika

Antipsihotik	Nuspojave
- klorpromazin	- tardivna diskinezija, akatizija, povećanje tjelesne mase, smanjeni krvni tlak, parkinsonizam, vrtoglavice
- promazin	- glavobolja, hipotermija, znojenje, tahikardija, alergija, pospanost
- flufenazin	- akatizija, glavobolja, zamagljen vid, povećan krvni tlak, povećana tjelesna masa, alergijski dermatitits, aritmija
- zuklopentiksol	- akatizija, hipokinezija, hiperkinezija, tahikardija, palpitacija, vrtoglavica, povećana salivacija, mučnina, povraćanje, bol, povećan apetit, tremor
- levopromazin	- vrtoglavica, pospanost, suha usta, akatizija, pojačano znojenje, hipotenzija, povećanje tjelesne mase
- haloperidol	- akatizija, parkinsonizam, hipotenzija, suha usta, anemija, glavobolja, hipotenzija, nesanic, plućna embolija, osip, depresija, alergijske reakcije

Izvor: Rašan, P. (2023.) *Shizofrenija – tipovi, razvoj i liječenje*, Pregledni rad, Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju, Zagreb, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/448673> (pristupljeno 27.03.2024.)

10.2.2. Nuspojave atipičnih antipsihotika

Atipični antipsihotici novija su generacija lijekova u liječenju shizofrenije. Učinkovitiji su od tipičnih antipsihotika zato što djeluju na pozitivne i negativne simptome te uzrokuju manje nuspojave koje nisu toliko opasne poput osjećaja sedacije, seksualne disfunkcije i porasta tjelesne mase. Nuspojave određenih lijekova ne moraju nužno biti negativna stavka. Tako, na primjer, antipsihotik olanzapin uzrokuje sedaciju pa ga liječnici mogu prepisati kod osoba koje boluju od agitacije i nesanice. U slučaju povećanja tjelesne mase propisana terapija mijenja se kod pojave metaboličkih poremećaja poput inzulinske rezistencije, povećanog rizika od razvoja dijabetesa melitusa, hiperlipoproteinemije i izrazito velikog povećanja tjelesne mase u vrlo kratkom periodu. Svaki lijek ima specifične nuspojave [11].

Ovisno o dnevnim dozama, risperidon djeluje kao tipični antipsihotik iako se ubraja u atipične. Tako ovisno o dozama uzrokuje određene nuspojave. Poput ostalih tipičnih antipsihotika uzrokuje ekstrapiramidalne nuspojave ako se daje u visokim dozama, dok u nižim dozama uzrokuje stanje agitacije, tjeskobu, mučninu, nesanicu, ortostatsku hipotenziju te glavobolju i povećanje tjelesne mase [15].

Nuspojave koje se pojavljuju kod liječenja olanzapinom su ortostatska hipotenzija, pretjerana sedacija i povećanje tjelesne mase [15].

Kvetiapin u dugotrajnoj uporabi uzrokuje stanje pospanosti i smušenosti uz ortostatsku hipotenziju, no na navedene nuspojave brzo se javlja tolerancija. Poput olanzapina uzrokuje povećanje tjelesne mase. Istraživanja su pokazala kako u pasa uzrokuje povećani rizik od razvoja mreke radi čega se kod oboljelih osoba koje konzumiraju kvetiapin preporuča redoviti pregled kod okulista. Zbog svojih terapijskih učinaka, često se zlouporabi kod ovisnika o drogama [15].

Ziprasidon poput olanzapina uzrokuje povećanje tjelesne mase, no najčešće kod oboljelih osoba s tjelesnim indeksom mase koji je manji od 27. Isto tako može uzrokovati i smanjenje tjelesne mase ovisno o metabolizmu i jedinstvenosti oboljele osobe koja konzumira lijek. Najteža nuspojava lijeka je produljenje QT intervala u elektrokardiogramu. Navedeni interval predstavlja duljinu jedne sistole srca ili stezanje srca čime se iz klijetki krv izbacuje u krvne žile. Stanje produljenog intervala opasno je stanje jer uzrokuje nepravilne otkucaje srca čime se povećava rizik od nesvjestice ili iznenadne srčane smrti. Stoga je lijek kontraindiciran u liječenju oboljelih osoba kod kojih je u anamnezi prisutno prijašnje stanje produljenog intervala i u osoba koje su preboljele dekompenzaciju ili infarkt srca [15].

Najčešće nuspojave klopazina su hipersalivacija i sedacija što je često razlog prestanka uzimanja ili smanjenja doze lijekova [15]. Također uzrokuje porast tjelesne mase, nesanicu, dijabetes, poremećaje seksualnih funkcija i glavobolju [4]. Tijekom povijesti zabilježene su nuspojave poput agranulocitoze koja je uzrokovala smrt kod velikog broja oboljelih osoba radi

čega je neko vrijeme lijek ukinut, no ponovno je vraćen u uporabu radi reverzibilnosti agranulocitoze. Agranulocitoza je poremećaj kod kojeg ljudsko tijelo nema sposobnost dovoljne proizvodnje bijelih krvnih stanica neutrofila čija je glavna uloga obrana organizma od bakterijskih infekcija. Po život je opasno stanje jer osobe umiru od slabe infekcija koju bi osobe s normalnim brojem neutrofila preboljele i bez uporabe antibiotika radi čega je potrebna redovita kontrola krvne slike svih osoba koje su na terapiji klozapinom [15].

U početnim stadijima amisulpirida često su bile zabilježene alergijske reakcije i epileptični napadaji, no preinakom lijekova navedena stanja izrazito se rijetko javljaju. Ostale nuspojave koje lijek uzrokuje su aritmije, infarkt miokarda, tromboza, oticanje usana i slabljenje imunološkog sustava što organizam čini podložnijim obolijevanju od bakterijskih i ostalih infekcija [15].

Paliperidon najnoviji je antipsihotik, no unatoč tome uzrokuje mnoge nuspojave poput poremećaja spavanja, oticanja dojki kod muškaraca, poremećaja spolnih funkcija, porasta ili smanjenja tjelesne mase, dijabetesa, parkinsonizma i osjećaja tjeskobe. U manjem broju slučajeva zabilježena je hipersalivacija i povišenje krvnog tlaka, no poteškoće često odlaze nakon prestanka uzimanja ili smanjenja doze lijeka [15].

Aripiprazol rijetko uzrokuje nuspojave, no najčešće dolazi do povećanja tjelesne mase, dijabetesa te osjećaja umora, pospanosti, uznemirenosti, tjeskobe i ošamućenosti. Navedene nuspojave češće su zabilježene kod djece i adolescenata nego kod odraslih osoba [5].

10.2.3. Nuspojave antidepresiva

Antidepresivi uzrokuju simptome koji se očituju u cijelom tijelu (Tablica 10.2.3.1.) [1].

Tablica 10.2.3.1. Nuspojave antidepresiva

Nuspojave	Simptomi
- neurološke smetnje	- konvulzije
- psihijatrijske smetnje	- delirantno stanje, smetnje pamćenja, provociranje maničnih poremećaja, psihotičnih stanja, hipersedacija, nemir, pobuđenost
- kardiovaskularni problemi	- hipotenzija, tahikardija, aritmija, srčani zastoje
- gastrointestinalne smetnje	- mučnina, povraćanje, bolovi u želucu
- hematološke promjene	- leukocitoza, eozinofilija, trombocitopenija, purpura
- endokrinološke promjene	- galaktoreja, amenoreja
- oftalmološke smetnje	- zamućenje vida, povišen intrakranijalni tlak
- dermatološke promjene	- osip na koži

10.2.4. Nuspojave stabilizatora raspoloženja

Stabilizatori raspoloženja uzrokuju brojne neurološke nuspojave. Neke od mogućih nuspojava litijuma su oticanje određenog dijela tijela, porast tjelesne težine, gubitak apetita, anoreksija, povećana razina kalcija, magnezija ili šećera u krvi, tremor, vrtoglavica te osjećaj ošamućenosti i nemogućnost jasnog razmišljanja. Karbamezapin uzrokuje osjećaj sedacije, vrtoglavicu, diplopije i brojne hematološke poremećaje poput agranulocitoze i anemije radi čega je važna redovita kontrola krvne slike. Najčešći štetni učinci valproata su osjećaj mučnine i povraćanje uz gubitak kose i povećanje tjelesne mase. Neke uobičajene i ozbiljne nuspojave uključuju pospanost, osip na koži, smanjenu funkciju koštane srži, samoubilačke misli, zbunjenost te kod trudnica može naštetiti djetetu, a kod bolesnika s bolestima bubrega i jetre pogoršati stanje i napraviti još veće oštećenje. Zabilježeno je kako lamotrigin u gotovo 10% oboljelih osoba uzrokuje eritem i osipe u prva tri tjedna konzumiranja. Također se pojavljuju mučnina, vrtoglavica, povraćanje, anemija, tremor, problemi s koordinacijom, osip, povećani rizik od samoubojstva, alergijske reakcije te oštećenje djeteta tokom trudnoće. Poput ostalih stabilizatora raspoloženja, gabapentin i topiramata najčešće uzrokuju vrtoglavicu, somnolenciju, umor, parestezije te povećanje ili gubitak tjelesne mase i tremor. Topiramata je izrazito opasan u kombinaciji s alkoholom prilikom čega uzrokuje izrazitu sedaciju [20].

10.2.5. Shizofrenija otporna na psihofarmakoterapiju

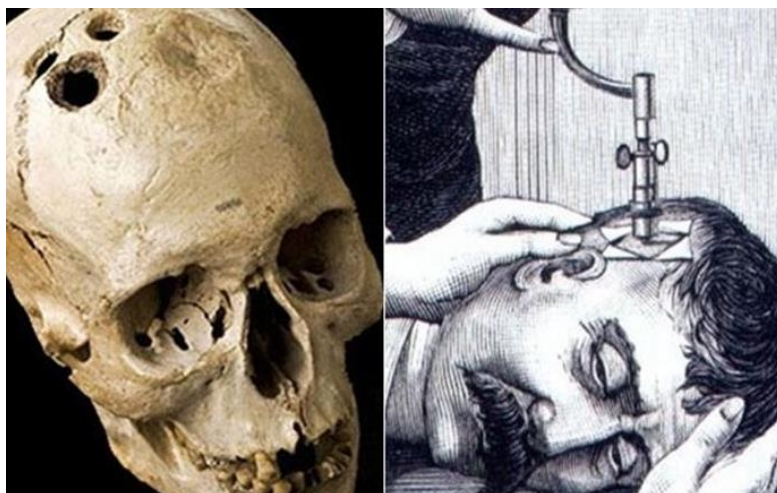
Unatoč napretku medicine, procjenjuje se kako je 34% oboljelih osoba kod kojih su glavni simptomi pozitivni zapravo otporni na liječenje, točnije psihofarmakoterapija ne dovodi do smanjenja pozitivnih simptoma unatoč kombinaciji različitih antipsihotika i ostalih lijekova [11].

10.3. Biološke metode liječenja

U biološke metode ubrajaju se terapija inzulinom, lobotomija i elektrokonvulzivna terapija. U prošlosti se koristila elektrokonvulzivna terapija u kombinaciji s terapijom inzulinom ili svaka terapija pojedinačno, no s otkrićem psihofarmaka navedene terapije su zapuštene zato što nisu imale terapijski povoljan ishod, već su kod oboljelih osoba stvarale brojne probleme s često smrtnim ishodima [3].

Manfred Joshua Sakel poznati je berlinski psihijatar koji je sredinom 1930-ih godina uveo terapiju inzulinom u svrhu liječenja psihičkih poremećaja. Provedena su brojna nehumana istraživanja nad osobama koja su oboljela od shizofrenije i ostalih psihičkih poremećaja koja su

uključivala induciranje inzulinske kome. Osobama su injicirane izrazito visoke doze inzulina koje su rezultirale komom. Istražitelji su tvrdili kako su se kod 75% oboljelih simptomi oboljenja smanjili, no zapravo je inzulinska koma toliko oštetila ljudsko tijelo da često osobe nisu mogle funkcionirati nakon provedene terapije [3]. U isto vrijeme brojni liječnici provodili su mukotrpan postupak prefrontalne lobotomije (Slika 10.3.1.) pri čemu su kirurški razarali neuralne puteve [3].



Slika 10.3.1. Prefrontalna lobotomija

Izvor: Lals (2019.) *Jezivi zahvati - Trepanacija – bušenje lubanje 'na živo' bila je česta praksa, najpoznatiji primjeri u Ludbregu!*, Sjever.hr, raspoloživo na: <https://sjever.hr/2019/08/29/jezivi-zahvati-trepanacija-busenje-lubanje-na-zivo-bila-je-cesta-praksa-najpoznatiji-primjeri-u-ludbregu/> (pristupljeno 27.03.2024.)

Kao terapiju za liječenje 1935. godine uveo ju je portugalski psihijatar António Caetano de Abreu Freire Egas Moniz. Postupak se na početku smatrao izrazito uspješnim jer su se simptomi agresije kod osoba koje bi postupak preživjele izrazito smanjili, no uzrokovao je brojna kognitivna oštećenja i gotovo uvijek rezultirala smrtnim ishodom što je vidljivo na jednom od najpoznatijih slučajeva lobotomije u cijelom svijetu. Rose Marie Kennedy bila je treće dijete od devetero djece obitelji Kennedy i sestra 35. predsjednika Sjedinjenih Američkih Država Johna Fitzgeralda Kennedya. Naime, tijekom poroda došlo je do određenih komplikacija radi čega je Rose rođena s psihičkim poremećajem koji nikad nije do kraja definiran, no razlika u rastu i razvoju između nje i ostale djece bila je očita. Zbog velikog utjecaja Crkve u to doba, a i imućnog statusa obitelji Kennedy u društvu, Rose je bila odbačena i često sakrivena od okoline. Zbog svojih je ispada gotovo cijeli život provela u odgojnim institucijama, no uvijek je svoju obitelj pratila na važnim događajima kako bi se javnost zavaralo o pravoj istini sve dok se 1941. godine njezin otac bez pristanka majke odlučio kćer podvrgnuti postupku lobotomije. Postupak je bio neuspješan, a Rose je ostala neprepoznatljiva. Nakon zahvata mentalno je bila na razini dvogodišnjeg djeteta, nije

mogla hodati, govoriti, samostalno jesti ni kontrolirati mokrenje i defekaciju. Njen slučaj jedan je od zadnjih javno zabilježenih postupaka lobotomije, no to ne znači da se postupak nije provodio diljem svijeta u tajnosti [3].

Glavni razlog zapuštanja terapije inzulinom i lobotomije je uvođenje elektrokonvulzivne terapije 1938. godine. Elektrokonvulzivna terapija jest terapijska procedura kojom se mozak oboljele osobe stimulira provođenjem serije kontroliranih i kratkotrajnih električnih impulsa koje se postiže elektrodama smještenim na glavi osobe gdje dolazi do dvominutne moždane kljenuti. Talijanski psihijatar Ugo Carletti sa svojim je studentom Lucom Biniem provodio terapiju postavljajući posebno dizajnirane elektrode na desnu i lijevu sljepoočnicu osobe nad kojom se provodila terapija. Izvodila se tako što su se osobama stavljale elektrode prekrivene vlažnim spužvastim jastučićima preko kojih se puštala struja. Nakon prestanka puštanja struje, osoba je izgubila svijest i prolazila kroz dvije faze grčeva. Prvo je slijedila faza toničkog grča u trajanju od 10 sekundi, a zatim faza kloničkih u trajanju od 30 do 40 sekundi nakon čega je slijedila kratkotrajna apneja i buđenje osobe. Od komplikacija javljale su se anksioznost, luksacije, frakture i amnezija. Osim kod shizofrenije, elektrokonvulzivna terapija primjenjuje se kod velikih depresivnih poremećaja, bipolarno afektivnog poremećaja te postporođajne depresije. Za terapijski učinak koristi se struja napona 70 - 130 volta u trajanju 0,1 - 0,5 sekundi. Terapija se kod oboljelih osoba provodila od dva do tri puta tjedno u trajanju od otprilike 4 tjedana, no broj potrebnih tretmana određuje se prema težini simptoma i brzini uspješnog odgovora na terapiju te je stoga moguće trajanje od dva tjedna, ali i dva mjeseca. Prvi znakovi poboljšanja vidljivi su već nakon trećeg tretmana u obliku povećanja aktivnosti, poboljšanog spavanja i blagog porasta apetita. Ovisno o području mozga koji se stimulira, vremenu odgovora i mogućim nuspojavama, primjenjuju se unilateralna i bilateralna elektrokonvulzivna terapija. Kod unilateralne terapije na glavu se stavljaju dvije elektrode, jedna na tjeme, a druga na nedominantu hemisferu mozga što znači na primjer, ako je osoba dešnjak, elektroda se postavlja na desnu sljepoočnicu i obrnuto. Ova vrsta terapije povezana je s manjim psihičkim nuspojavama. Suprotno od unilateralne terapije, kod bilateralne obje elektrode stavljaju se na sljepoočnice te je indicirana kod teških psihičkih bolesti, depresije, bipolarnog poremećaja, shizofrenije i katatonije [5].

Danas se elektrokonvulzivna terapija vrlo rijetko koristi, no svejedno je prisutna u slučajevima kada ni jedan drugi oblik liječenja nije učinkovit. Najčešće se koristi kao metoda liječenja kod duboko depresivnih osoba. Provodi se pod strogom kontrolom više stručnjaka uz kratku narkozu i primjenu lijekova koji kod osoba uzrokuju opuštanje mišićne mase u svrhu sprječavanja lomljenja kostiju što je u prošlosti bila česta posljedica terapije. Elektrode se postavljaju na isti način kao i 1938. godine [3].

10.4. Psihoterapija

Psihoterapija je svaka interakcija između osobe koja boluje od psihičkih bolesti ili poremećaja i obrazovanog stručnjaka s ciljem da se oboljeloj osobi olakša suočavanje s novonastalim stanjem [5]. Ova metoda liječenja jedna je od najstarijih, a predstavlja istraživanje psihičkog života oboljelih osoba, oslobađanje njegovih smetnji ili olakšavanje njegovih tegoba. Vrlo je učinkovita, no iziskuje puno vremena i truda. Psihoterapijom se oboljelu osobu liječi putem razgovora, a ne nekim fizičkim sredstvima ili lijekovima. U velikom broju oboljelih osoba vidljiv je napredak upravo razgovorom zato što osobe postupno počinju bolje razumijevati sebe i svoje stanje te kako ga kontrolirati. Terapeut osim liječnika, može biti i medicinska sestra/tehničar koja je završila odgovarajuću izobrazbu [3]. Psihoterapija usko je povezana sa psihofarmakoterapijom. Tako psihofarmakoterapija tijekom aktivne faze poremećaja pomaže oboljelim osobama u prihvaćanju novog načina života i psihosocijalnim navikama, dok im u fazi održavanja stanja psihoterapija omogućuje poboljšanje kvalitete života [11]. Psihoterapijski postupci koji se u liječenju shizofrenije koriste su psihoedukacija, obiteljska terapija i psihoanaliza [3]. Intervencije psihoterapije izrazito su korisne kod osoba koje ne reagiraju dobro na psihofarmakoterapiju ili odbijaju njenu konzumaciju. Psihoterapija može biti grupna i individualna, a obitelj oboljelih osoba ima pravo na psihoedukaciju kako bi što lakše i bolje shvatili stanje oboljele osobe i prilagodili se novonastalom stanju. Tijekom psihoterapije oboljele osobe educira se o raznim vještinama poput verbalne i neverbalne komunikacije čime im se olakšava samostalan život. Obiteljsko sudjelovanje izrazito olakšava liječenje i oporavak oboljelih osoba zato što je osoba svjesna kako nikad nije sama, već ima podršku cijele obitelji. Tijekom obiteljske edukacije najčešće se članove educira o određenim komunikacijskim vještinama i rješavanju određenih problema koji se mogu javiti tijekom skrbi za oboljelu osobu kako bi se sukobi unutar obitelji smanjili [11].

10.4.1. Obiteljska psihoterapija

U kojoj mjeri će obitelj biti uključena u liječenje oboljelih osoba odlučuju same oboljele osobe uz procjenu terapeuta što ovisi o vrsti poremećaja te stabilnosti i strukturi kompletne obitelji. Glavni cilj obiteljske psihoterapije jest uspostava stabilnog odnosa između terapeuta i oboljelih osoba što podrazumijeva razmjene svih informacija o prognozi i liječenju stanja. Svaki član obitelji, ukoliko na to pristane, dolazi kod terapeuta na individualan razgovor nakon čega slijede zajedničke terapije svih članova obitelji uključujući i oboljelu osobu. Istraživanja su pokazala kako obiteljska psihoterapija ima velike pozitivne učinke samo u slučajevima kada simptomi kod oboljelih osoba nisu uvelike izraženi, točnije ukoliko je ustanovljena dijagnoza lakše shizofrenije s lakšim simptomima i kada sama želi surađivati s terapeutom. Tijekom savjetovanja, članove

obitelji educira se o izbjegavanju neugodnih emocionalnih stanja poput sukoba ili svađa ispred oboljelih osoba što dokazano može djelovati vrlo neugodno na njegovo stanje i pogoršati tijekom samog poremećaja te kako na miran način riješiti međusoban sukob ili problem. Obiteljska psihoterapija pogodnija je u slučajevima kada su oboljele osobe odrasle zato što su istraživanja pokazala kako je djeci i adolescentima puno teže nakon prve psihotične epizode vratiti se na prvobitno stanje u smislu uspjeha u školi, društvu, socijalne integracije i komunikacije s okolinom ili članovima obitelji jer se u većini slučajeva povlače u sebe i odbijaju pomoć druge osobe [11].

U edukaciji obitelji za sprječavanje prezaštitničkog ponašanja koriste se strategije distrakcije i testiranja realiteta. Teorija testiranja realiteta korisna je kod sumanutih ideja ili halucinacija gdje je na primjer dijete uvjereni kako se u nekom predmetu nalazi duh ili demon koji ga proganja. Kao rješenje roditeljima se u toj situaciji savjetuje da dijete samostalno rastavi predmet i uvidi da u tom predmetu ne postoji demon. Strategija distrakcije također je korisna kod sumanutih ideja i halucinacija gdje djeca mogu preko radija čuti ili pročitati u novinama članak za kojeg smatraju kako se odnosi na njega. U tom trenutku roditelji koriste strategiju distrakcije gdje dijete pozivaju na izvođenje drugih aktivnosti poput čišćenja sobe ili pospremanja igračkica kako bi smetnuli pažnju s glasova koje čuju [5].

10.5. Socioterapija

Socioterapija obuhvaća skup aktivnosti koje se primjenjuju tijekom rehabilitacije oboljelih osoba gdje se raznim metodama djeluje na njega i njegovu okolinu s ciljem da ga se uključi u liječenje. Najčešće i najefikasnije metode su ples i glazba, terapijska zajednica, rekreacija te okupacijska i radna terapija. Sudjelovanjem oboljelih osoba u takvim aktivnostima potiče ga se na organizaciju i provođenje zadanih aktivnosti korištenjem zdravih dijelova na taj način da kontrolira bolesni dio. Plesom se osobu potiče na neverbalnu komunikaciju, dok se glazbom stvara zajednički grupni osjećaj kroz buđenje zajedničkih impulsa melodija i ritma. U terapijskoj zajednici (Slika 10.5.1.) osobu se uključuje u zajednički život ustanove te ga se na taj način nastoji priviknuti na radne navike, uspostavljanje bolje veze s obitelji i održavanje veze s radnom sredinom. Kao metoda liječenja, koristi se aktivna organizacija grupnog života, sredine i zakonitosti života unutar grupe što omogućuje komunikaciju u vanjskom svijetu. Rekreacijom oboljeloj osobi omogućena je kontrolirana regresija, a uz rekreativnu terapiju zadovoljavaju se njihove želje te im je omogućeno jačanje ličnosti. Okupacijska i radna terapija čini sponu između raznih oblika rekreacije i rada u stvarnom životu. Okupacijskom terapijom osobi se pruža veća sloboda u izboru rada i dozvoljava mu uništavanje materijala s kojim radi sa svrhom kanaliziranja agresije, dok radna terapija omogućuje oboljeloj osobi privikavanje na povratak u radnu sredinu [5].



Slika 10.5.1. Okupacijska terapija korisnika doma Lobar-grada

Izvor: Dom Lobar-grad (2020.) *Križni put u domu Lobar – grad*, Lobar grad, Dom za odrasle osobe, raspoloživo na: <https://www.lobor-grad.hr/novosti.html> (pristupljeno 27.03.2024.)

11. Prognoza shizofrenije

U prvoj godini nakon postavljanja dijagnoze, prognoza je povezana s pridržavanjem uzimanja propisanih psihoaktivnih lijekova te su rezultati provedenih istraživanja različiti. Kod trećine oboljelih osoba pokazuje se tokom nekog vremena znakovito i trajno poboljšanje, u trećine dolazi do izvjesnog poboljšanja, no simptomi poremećaja povremeno se ponovno pojavljuju i otežavaju im svakodnevno funkcioniranje, a kod zadnje trećine pojavljuje se teška i trajna onesposobljenost radi koje ne mogu samostalno funkcionirati i obavljati svakodnevne aktivnosti. Od sveukupnog broja oboljelih osoba samo oko 15% ih se oporavi u potpunosti te funkcioniraju i žive isto kao i prije pojave poremećaja [3].

Istraživanja su pokazala kako najtežu prognozu imaju oboljele osobe kod kojih su se prvi simptomi shizofrenije razvili prije navršene 14. godine života. Pretpostavlja se kako je razlog tome hormonski disbalans i burne emocionalne promjene tijekom razdoblja adolescencije. Najbolja prognoza javlja se kod oboljelih osoba kod kojih su se simptomi razvijali ubrzano zato što spora manifestacija simptoma poput sumanutih ideja i halucinacija stvara dugotrajno oštećenje kognitivnih funkcija oboljele osobe i prolongira pravovremenu dijagnozu i liječenje stanja. Bolju prognozu također imaju osobe koje su u premorbidnoj fazi opisane kao dobro integrirane, društvene i inteligentne osobe, dok lošiju imaju osobe kod kojih su prije manifestacije simptoma shizofrenije već bili prisutni određeni kognitivni poremećaji, sramežljivost ili introvertiranost. Uključenost obitelji u proces liječenja za oboljele osobe također pokazuje bolji ishod i tijekom poremećaja [11].

Prvih 5 godina od pojave simptoma smatra se kao jedno od najtežih razdoblja u kojem može doći do nemogućnosti ili otežanosti normalnog funkcioniranja, društvenog i radnog umijeća te zanemarivanja skrbi o samome sebi. Kasnije tijekom života izraženost poremećaja može se smanjiti što je uvelike prisutno kod žena čemu doprinosi bolje reagiranje žena na lijekove. Može doći do razvijanja spontanijih poremećaja pokreta u oboljelih osoba s teškim negativnim simptomima i spoznajnom disfunkcijom. Kod oboljelih osoba s paranoidnom shizofrenijom prisutna je manja razina onesposobljenosti te oni bolje odgovaraju na dostupna liječenja, dok su oboljeli s deficitarnim tipom jače onesposobljeni, imaju lošiju prognozu i otporniji su na liječenje, no točan razlog nije u potpunosti razjašnjen [3].

Osim što se pojavljuje sama, može se pojaviti uz druge psihičke poremećaje. Tako kad je povezana sa opsesivno-kompulzivnim simptomima ima osobito lošu prognozu, dok je uz simptome graničnog poremećaja osobnosti prognoza bolja. Skoro sve oboljele osobe, oko 80%, imat će tokom života najmanje jedan napadaj teške depresije te se razlikuju čimbenici koji su povezani s dobrom i lošom prognozom (Tablica 11.1.) [3].

Tablica 11.1. Čimbenici povezani s dobrom i lošom prognozom bolesti

Čimbenici povezani s dobrom prognozom	Čimbenici povezani s lošom prognozom
- dobro funkcioniranje prije bolesti, kasni i/ili nagli početak bolesti, poremećaji raspoloženja osim shizofrenije u obiteljskoj anamnezi, minimalno spoznajno oštećenje, malo negativnih simptoma, paranoidni ili nedeficitarni tip bolesti	- početak bolesti u ranoj životnoj dobi, loše funkcioniranje prije bolesti, shizofrenija u obiteljskoj anamnezi, dezorganizirani ili deficitarni podtip s mnoštvom negativnih simptoma

Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V*, Naknada Slap, 2013., str. 1 - 980

Zbog korištenja droga, kod oboljelih se osoba javlja narkomanija i to čak kod 50%. Oboljele osobe uzimaju halucinogene tvari iz mnogih razloga što je izuzetno loše za njih zato što samo pogoršavaju njihovo stanje i simptome. Sama narkomanija za liječenje ima jako lošu prognozu jer može dovesti do nesuradljivosti pri uzimanju lijekova, brojnih recidiva, čestih hospitalizacija, smanjene funkcije i gubitka društvene potpore te beskućništva [11].

Osobe oboljele od shizofrenije imaju očekivano smanjen životni vijek za 12–15 godina čemu je glavni razlog pretilost koja se javlja zbog povećanog apetita uzrokovanog korištenjem lijekova, sjedilački način života, pušenje i samoubojstva koja su prisutna kod oboljelih. Shizofrenija je važan uzrok invalidnosti, a tome svjedoči podatak da otprilike tri četvrtine oboljelih ima dijagnosticiran, točnije zakonski ustanovljen jedan od oblika invalidnosti. Vezano uz stope samoubojstva, prijašnjih godina smatralo se da je stopa otprilike 10%, no najnovija istraživanja procjenjuju ju na 4,9% što je i dalje vrlo veliki postotak, dok je postotak oboljelih osoba koji su barem jednom tijekom života pokušali počinuti samoubojstvo puno veći te iznosi između 20 i 40%. Rizični faktori za samoubojstvo kod oboljelih od shizofrenije su muški rod, depresija i visoki koeficijent inteligencije [7].

Pušenje je vrlo česti oblik ovisnosti kod oboljelih. Procijenjeno je da od 80% do 90 % oboljelih od shizofrenije spada u redovite pušače i biraju cigarete sa što višim sadržajem nikotina zbog sve većeg rasta ovinosti i praga tolerancije radi čega svakodnevno konzumiraju sve veće količine cigareta [5].

Shizofrenija predstavlja relativno umjerenu opasnost od nasilnog ponašanja gdje se umjesto opasnog ponašanja javljaju prijetnje nasiljem i manji agresivni ispadi. Jako je rijetko da će oboljela osoba sa shizofrenijom napasti ili ubiti nekoga koga smatra da je izvor njegovih tegoba, već će prije prijetiti s nasiljem kako bi došli do hrane, krova nad glavom ili potrebnom skrbi. Agresivnost i nasilje ne javlja se kod svih oboljelih osoba, no veća vjerojatnost da se takvo nešto

dogodi postoji kod oboljelih koji su narkomani, imaju deluzije proganjanja ili imperativne halucinacije te koji ne uzimaju propisane lijekove. Provedeno je istraživanje kod oboljelih koji su prikazali agresiju prema drugim ljudima ili ih napali, ozlijedili i slično. Njihovi odgovori doveli su do zaključka kako oni nisu htjeli napasti tu osobu, već su se štitili od nje. Pozitivni simptomi koje osoba doživljava navode ga da se štiti od te osobe te ga napadne prije nego što on naudi njemu zato što čuju glasove ili vide oblike u ljudima za koje smatraju kako žele nauditi njima ili njihovim voljenim osobama. Dakle, agresivni ispadi nikad nisu rezultat poremećaja, već rezultat simptoma koje on uzrokuje [7].

12. Stigmatizacija oboljelih osoba u društvu

Stigmatizacija nastaje međudjelovanjem raznih čimbenika poput stereotipa, predrasuda i diskriminacije. Stereotip je sklop pretjeranih i pojednostavljenih osobina koje se nepravедno pripisuju članovima određenih društvenih skupina. Oni odražavaju kulturalno vjerovanje i sadrže emocionalnu komponentu. Predrasude su unaprijed donesena mišljenja o nečem nepoznatom bez ikakvog prijašnjeg iskustva. Zasnovane su na unaprijed zasnovanim stereotipnim stavovima te nedokazanim i lažnim tvrdnjama o određenim članovima društva. Vrlo su tvrdokorne jer se najčešće uče od starijih i utjecajnijih članova društva. Duboko su ukorijenjeni te zajedno sa stereotipima dovode do razvoja diskriminacije [5].

Diskriminacija je nejednako ponašanje prema određenim pojedincima u društvu ili cijelim društvenim skupinama. Predstavlja nepravедnu i samovoljnu podjelu društva na manje skupine. Diskriminacija sadrži ponašajnu komponentu, a može biti spolna, rodna, dobna, nacionalna, profesionalna, obrazovna i slično. Praćena je nepisanim i pisanim pravilima ponašanja. Iako se smatra kako je sve manje zemalja u kojima se vrši diskriminacija, istraživanja su pokazala kako je stopa diskriminacije u porastu [9].

Stigma ili stigmatizacija negativno je značenje čime se diskreditira osobu. Utemeljena je na pogrešnim činjenicama i odnosi se na lažno pripisivanje atributa i obilježja koja omalovažavaju osobu. Često nastaju zbog straha i nedostatka znanja te krivog shvaćanja bolesti ili poremećaja. Društveni je, etički i medicinski problem koji negativno utječe na oboljele osobe i otežavaju prihvaćanje poremećaja, traženje pomoći i integraciju u društvo [5].

Osobe oboljele od psihičkih poremećaja često su stigmatizirane od strane okoline pa tako i osobe oboljele od shizofrenije. Društvo ima negativne stavove koji su temeljeni na predrasudama, neznanju i diskriminaciji. Oboljele osobe često degradiraju jer smatraju kako su lijeni, neodgovorni, nesposobni, agresivni i nasilni. Diskriminacija predstavlja teško kršenje osnovnih ljudskih prava i posljedica je stigmatizacije. Stigmatizacija i diskriminacija kod osoba oboljelih od shizofrenije negativno utječe na razvoj poremećaja jer se osobe povlače u sebe čime se sprječava sudjelovanje i napredovanje u procesima resocijalizacije i uništava sklopljene odnose s drugim ljudima. Stigmatizacija smanjuje rehabilitaciju, povratak u zajednicu i normalno radno funkcioniranje. Brojna istraživanja provedena su na temu stigmatizacije psihičkih poremećaja. Gotovo sva istraživanja pokazala su kako je shizofrenija najstigmatiziraniji psihički poremećaj u društvu. Najmanja sklonost stigmatizaciji prisutna je kod osoba kojima je član obitelji ili prijatelj obolio od shizofrenije. Osim u društvu, stigmatizacija je često prisutna i kod zdravstvenih djelatnika. Neke od metoda smanjenja stigmatizacije i razvoja predrasuda su edukacija zdravstvenih djelatnika i ostalih članova društva, vođenje otvorenih razgovora i debata o mogućim

strahovima prema psihičkim poremećajima te češće druženje i kontakt s osobama koje boluju od shizofrenije [5].

Možda najteža posljedica stigmatizacije jest posljedično negativno vjerovanje oboljele osobe o vlastitim sposobnostima. Oboljele osobe same sebe stigmatiziraju i smatraju se nasilnim, agresivnim, manje vrijednim i nesposobnim za provođenje svakodnevnih aktivnosti. Sam proces samostigmatizacije sastoji se od percepcije diskriminacije oboljelih osoba i svijesti o prisutnim stereotipima. Zbog straha od diskriminirajućeg ponašanja okoline, oboljele osobe ponašaju se defanzivno i izbjegavaju bilo kakav kontakt s okolinom što dovodi do neugodnih i napetih socijalnih interakcija, suženja socijalnih mreža, gubitka posla i smanjenja kvalitete života oboljele osobe. Zbog povlačenja iz društva, povećava se osjećaj smanjene vrijednosti, propadaju socijalne vještine, uništava se društveni položaj i pogoršavaju se simptomi poremećaja. Upravo zbog toga povećavaju se razlike između oboljelih osoba i okoline čime se povećava rizik od razvoja buduće stigmatizacije što stvara začarani krug stigmatizacije. Samostigmatizacija povezana je sa češćim hospitalizacijama, neprikladnim ponašanjem i zanemarivanjem vlastitog izgleda [21].

Zbog internalizacije stigmatizacije te negativne promjene u ponašanju i samopercepciji oboljele osobe, kroz 2013. i 2014. godinu provedeno je istraživanje u kojima je sudjelovalo 80 osoba oboljelih od shizofrenije tijekom njihove institucionalizacije u Klinici za psihijatriju „Vrapče“ i Domu za odrasle osobe „Lobor – grad“ te osobe koje nisu institucionalizirane, a članovi su kluba „Svitanje“. Sudionici su odgovarali na sociodemografska pitanja te pitanja koja su povezana uz psihičke poremećaje i njihovo liječenje nakon čega su individualno ispitani korištenjem Ljestvice opažanja socijalne samoeфикаsnosti, Ljestvice samostigmatizacije i Ljestvice percipacije socijalne diskriminacije. Kao kriteriji uključivanja osoba u istraživanje bili su postavljena dijagnoza shizofrenije i procjena socijalnog radnika o sposobnosti razumijevanja pročitanih čestica. Svakom je sudioniku objašnjeno kako je provođenje istraživanja anonimno i dodijeljene su im šifre u svrhu zaštite identiteta. Za sve sudionike koji su lišeni radne sposobnosti suglasnost za provođenje istraživanja dobivena je od strane njihova skrbnika. Od 80 sudionika, 43 je bilo muškog, a 37 ženskog roda. Prosječna dob sudionika iznosila je 52 godine. gotovo svi sudionici, njih 77, imalo je dijagnosticiranu paranoidnu shizofreniju, dok su ostala 3 sudionika bolovala od shizoafektivne psihoze. Provedeno istraživanje pokazalo je kako je 30 sudionika prema ispunjenim obrascima pokazivalo prisutnost samostigmatizacije radi čega je važno na vrijeme prepoznati određene simptome samostigmatizacije i spriječiti njezin razvoj [21].

13. Uloga medicinske sestre/tehničara u skrbi oboljele osobe

Kako liječnik tijekom procesa obrade psihijatrijskog pacijenta osobu promatra kroz biološko, psihološko i socijalno stanje, tako i medicinska sestra/tehničar postavlja sestrinske dijagnoze za svaku oboljelu osobu na temelju svojih opažanja i shvaćanja osobe u svakom pogledu kako bi se zadovoljile osnovne ljudske potrebe. Cilj zdravstvene njege jest smanjenje neurotoksičnih, sociotoksičnih i psihotoksičnih posljedica poremećaja na zdravlje oboljele osobe, stoga je zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije izuzetno složena [2].

13.1. Pristup oboljeloj osobi tijekom hospitalizacije

U zdravstvenoj njezi za osobe oboljele od psihičkih poremećaja važan je individualizirani pristup i pridržavanje određenih načela, a to su poimanje oboljele osobe kao cjelovitog bića, poštivanje osobe kao jedinstvenog bića, uvažavanje i čuvanje tajne uz podupiranje samopoštovanja, pružanje pomoći kod usvajanja novih vještina i oblika ponašanja te terapijska komunikacija. Medicinska sestra/tehničar u zdravstvenoj njezi brine se o svim potrebama oboljele osobe. Oboljelu se osobu prihvaća na temelju njegove osobnosti zajedno s prisutnim poremećajem. Fokus zdravstvene njege predstavljaju osnovne ljudske potrebe koje mogu biti socijalne, psihološke, biološke i duhovne. Oboljelu se osobu prihvaća onakvom kakva ona jest uz sve njegove mane, različitosti, vrijednosti i osobitosti. Bez obzira na psihički poremećaj, oboljelu se osobu mora poštivati i ne smije se narušavati njezina privatnost. Ovo se načelo najčešće narušava u akutnim stadijima poremećaja gdje se oboljelu osobu mora fizički imobilizirati zbog njezine zaštite i zaštite okoline. Tijekom liječenja osobu se potiče na prihvaćanje novih oblika ponašanja koji se odnose na liječenje te odnos s obitelji i okolinom [4].

Prema kliničkoj praksi, zdravstvena njega uključuje procjenu stanja pacijenta prije uvođenja farmakoterapije, uzimanje sestrinske anamneze i postavljanje sestrinskih dijagnoza. Medicinska sestra/tehničar prilikom prvog primitka u zdravstvenu ustanovu educira oboljelu osobu te njegovu obitelj ili skrbnika o tijeku i simptomima poremećaja, koji je učinak simptoma na osobu i na koji način se poremećaj tretira. Prilikom razgovora važno je prilagođavanje rječnika, točnije stručnu medicinsku terminologiju pretvoriti u jednostavan jezik koji je razumljiv oboljeloj osobi i njegovoj obitelji ili skrbniku. Ukoliko je to moguće, oboljeloj osobi liječnik daje uvid u liječenje i tijek poremećaja te zašto je važno uzimati psihofarmakoterapiju ukoliko simptomi poremećaja nisu prisutni. Adekvatna edukacija i pružanje uvida u tijek poremećaja oboljeloj osobi omogućava razumijevanje zašto mora uzimati određene lijekove, kako izgleda tijek liječenja te koji su mogući ishodi. Na taj način oboljela osoba više sudjeluje u liječenju i ima osjećaj određene kontrole nad svojim stanjem [2].

13.2. Odnos između oboljele osobe i medicinske sestre/tehničara

Hospitalizacija je veliki izazov za sve oboljele osobe gdje se najčešće javljaju razni neugodni osjećaji poput straha, napetosti i nepovjerenja. Zbog oštećenja ličnosti i psihopatoloških doživljaja oboljela osoba nije u mogućnosti adekvatno sudjelovati u svojoj okolini. Kvaliteta odnosa između oboljele osobe i medicinske sestre/tehničara ima veliki utjecaj na prihvaćanje bolničke sredine. Oboljela osoba prihvaćanjem sredine u kojoj se nalazi prihvaća i liječenje čime se u pozitivnom smislu mijenja odnos oboljele osobe prema sebi i poremećaju od kojeg boluje. Na odjelu na kojem se osoba nalazi između nje i medicinske sestre/tehničara moguće je uspostaviti terapijski, antiterapijski i neutralan odnos. Terapijski odnos svaki je odnos koji na oboljelu osobu i tijekom liječenja ima pozitivan utjecaj, dok se antiterapijski odnos negativno reflektira na oboljelu osobu i liječenje. Neutralan odnos na oboljelu osobu i tijekom liječenja nema nikakvog utjecaja. Najpoželjniji odnos je upravo terapijski koji se uspostavlja prilikom boravka u zdravstvenoj ustanovi. U početnim stadijima liječenja oboljele su osobe prema medicinskoj sestri/tehničaru često indiferentni, ignoriraju je i pretvaraju se kako ona ne postoji, dok su u rjeđim slučajevima susretljivi i previše intimni. Vrlo je važno da svaka medicinska sestra/tehničar ima pozitivno mišljenje o osobama i samom poremećaju bez nekog straha i predrasuda. Najvažnije odlike u radu s osobama koje boluju od psihičkih poremećaja su tolerantnost, strpljivost, odgovornost i humanost [4].

Odnos prema oboljelim osobama vrlo je važan jer se kod oboljele osobe prema kojoj je medicinska sestra/tehničar puna poštovanja razvija osjećaj samopouzdanja što se kod velikog broja osoba pokazalo kao važan čimbenik u uspješnom liječenju. Osobe oboljele od psihičkih poremećaja daleko su sumnjičavije i nepovjerljivije od osoba koje boluju od nekih organskih bolesti i često su nekritični prema vlastitom poremećaju radi čega je izrazito važno da se između medicinske sestre/tehničara i oboljele osobe izgradi odnos povjerenja. Oboljela osoba mora vjerovati kako mu osoblje želi samo pomoći prevladati svoj poremećaj, mora biti siguran u njihove dobre namjere i steći osjećaj pripadanja u odjelu na kojem se nalazi. Medicinska sestra/tehničar mora tvoriti okolinu koja je prijateljska i topla kako bi se oboljela osoba osjećala ugodno. Ponašanje prema oboljeloj osobi uvijek treba biti profesionalno i ugodno poštujući njegovu ličnost i prava. Sve aktivnosti koje se provode nad oboljelom osobom trebaju biti usmjerene na njegovu dobrobit. Svaka medicinska sestra/tehničar treba kontrolirati vlastite emocije i ponašati se racionalno u trenucima kada oboljela osoba pokazuje neke negativne osjećaje poput ljutnje, kritike i mržnje ili suprotno ljubav i pretjerano divljenje [4].

13.3. Komunikacijske vještine medicinske sestre/tehničara

Komunikacijske vještine medicinske sestre/tehničara jedne su od najvažnijih vještina prilikom pružanja zdravstvene njege osobama koje boluju od psihičkih poremećaja zbog složenosti samog stanja. Osobe često ne mogu razumjeti što se oko njih događa radi čega su važne razvijene komunikacijske vještine kako bi shvatili što im medicinsko osoblje želi reći. Komunikacijskim vještinama ostvaruju se dobri međuljudski odnosi između oboljele osobe i medicinskog osoblja čime se olakšava zdravstvena njega i cjelokupna zdravstvena skrb. Osim verbalne komunikacije, medicinska sestra/tehničar tijekom svake interakcije treba promatrati neverbalnu komunikaciju oboljele osobe i prilagoditi se njezinom ponašanju. Kako bi se pružila što bolja zdravstvena njega, potrebno je stalno usavršavati komunikacijske vještine i usvajati nova znanja. Kako bi stekla povjerenje oboljele osobe, medicinska sestra/tehničar mora s oboljelom osobom uspostaviti kvalitetnu interakciju i odnos što je moguće samo putem komunikacije. Potrebno je zanimanje za oboljelu osobu te njegove potrebe, okolinu i probleme. U trenucima kada osoba ne odgovara na postavljena pitanja važno je nastaviti s komunikacijom jer upravo u tim trenucima kod osobe se postižu željeni učinci. Snažan učinak na negativno i pozitivno ponašanje oboljele osobe ima način na koji s njim komunicira medicinska sestra/tehničar. Kvalitetna komunikacija doprinosi pozitivnoj okolini u kojoj se oboljele osobe osjećaju ugodno i mogu lakše funkcionirati [2]. Komunikacijske vještine izrazito su bitne kod skrbi za oboljelu osobu koja je sklona samoozljeđivanju ili je medicinska sestra/tehničar zatekne u pokušaju suicida. U takvim je situacijama važno osobi pokazati kako je sigurna, koristiti miran i tihi glas, način govora prilagoditi stanju osobe, orijentirati ga ukoliko ne zna gdje se nalazi i obavezno prestati s komunikacijom ukoliko se primijeti kako se stanje osobe pogoršava [5].

13.3.1. Verbalna i neverbalna komunikacija

Pri prvom kontaktu s oboljelom osobom, medicinska sestra/tehničar treba se predstaviti, objasniti mu svoju ulogu u zdravstvenoj njezi, svoja očekivanja i dogovoriti se o pravilima ponašanja, točnije što osoba smije, a što ne smije. Bez obzira na starost oboljele osobe, sve punoljetne osobe oslovljavaju se s „Vi“ osim ako osoba želi da ga se oslovljava na drugačiji način. Medicinska sestra/tehničar s oboljelom osobom komunicira kad god je kraj nje, no ne u smislu tumačenja ponašanja ili psihoterapije. Komunikacija između osoblja i oboljele osobe može biti terapijska kada osoba tijekom razgovora usvaja nova znanja, stječe nove vještine, dobiva uvid u poremećaj od kojeg boluje, raste joj samopoštovanje i povjerenje u druge i u sebe, postaje samostalnija u izvođenju aktivnosti, smanjuje se razina anksioznosti, popravljaju joj se raspoloženje, otklanja agresivno ponašanje te je bolje orijentirana u vremenu i prostoru. Osim verbalne, izrazito je važna i neverbalna komunikacija koja uključuje govor tijela, mimiku, kontakt očiju,

gestikulacije, dodire, način odijevanja te ponašanje u prostoru i vremenu. Često je oboljela osoba na neverbalnu komunikaciju osjetljivija nego na verbalnu te prilično dobro osjeća i zapaža neverbalnu komunikaciju između članova osoblja. Prati njihovu mimiku i prema tome zaključuje kakvo je stvarno mišljenje osoblja prema njoj. Osjetljivije su na dodire, smeta im podizanje kažiprsta i gestikulacije rukama, vole kada ih se tijekom razgovora gleda u oči te imaju određene vremenske i prostorne zone u koje ne žele da im drugi zalaze. Tako okolina nije uvijek dobrodošla kada im se pokuša približiti bili to članovi osoblja, obitelji ili druge oboljele osobe [4].

13.4. Provođenje zdravstvene njege

U skrbi osoba oboljelih od psihičkih poremećaja medicinska sestra/tehničar uključuje se provođenjem zdravstvene njege. Uloga medicinske sestre/tehničara jest pružanje zdravstvene njege oboljelim osobama kroz sve faze poremećaja. Svako oboljeloj osobi pristupa se individualno ovisno o njezinim potrebama. Prilikom pojave prvih simptoma ili prve hospitalizacije, medicinska sestra/tehničar osoba je koja najviše komunicira ne samo s oboljelom osobom, već i s njezinom obitelji i okolinom. Ovisno o stanju oboljele osobe, tijekom hospitalizacije provode se razne socioterapijske aktivnosti u obliku individualnih i grupnih postupaka kako bi se osobu motiviralo i uključilo u proces liječenja. Svaka educirana medicinska sestra/tehničar pomaže u radu s obitelji kako bi se uključili u proces liječenja, ali i smanjila stigmatizacija oboljele osobe [2]. Zbog osobitosti shizofrenije, najčešće je zdravstvena njega usmjerena prema održavanju osobne higijene, udobnosti i prehrani oboljele osobe, podjeli terapije, kontroli vitalnih i fizioloških funkcija, cjelovitom promatranju stanja i pripremi za provođenje dijagnostičkih pretraga [4].

Za osobe oboljele od shizofrenije karakteristično je zapuštanje vlastitog vanjskog izgleda i zanemarivanje osobne higijene zbog smanjenja volje, nemoći i otuđenosti od realnosti. Dužnost je svake medicinske sestre/tehničara da svakodnevno potiče oboljelu osobu na tuširanje, kupanje i pranje zubi. Ako osoba ne želi obavljati navedene aktivnosti, ne smije je se forsirati na njihovo provođenje, već pokušati kasnije ili drugi dan. Ukoliko se osoba nalazi u stuporu, njegu u potpunosti provodi medicinska sestra/tehničar, dok je sve pokretne oboljele osobe važno poticati na samostalno presvlačenje i namještanje kreveta. Udobnost na odjelu podrazumijeva udobnost kreveta, sobe i ambijenta u kojem osobe borave tijekom liječenja [4].

Često su kod oboljelih osoba prisutni poremećaji prehrane. Neki u potpunosti odbijaju uzimanje hrane radi čega je potrebno uvođenje nazogastrične sonde, dok ostali konzumiraju i više hrane nego što im je potrebno. Hrana koja je osobama servirana mora biti oku privlačna i topla. Tijekom objedovanja osoba koje imaju poremećaje prehrane važno je prisustvo medicinske sestre/tehničara kako bi se uvjerali i na vlastite oči vidjeli koliko je hrane osoba konzumirala. Neki

od razloga odbijanja uzimanja hrane mogu biti oslabljen ili u potpunosti izgubljen apetit, prisutnost sumanutih ideja kako je hrana otrovana, psihomotorna usporenost, pretjerana aktivnost i psihomotorni nemir gdje osobe smatraju kako za jelo nemaju vremena ili imaju nihilističke sumanute ideje gdje vjeruju kako nemaju želudac ili usta [4].

Podjela terapije strogo je kontrolirana. Neke oboljele osobe uzimaju terapiju bez problema, dok je drugi u potpunosti odbijaju. Osobe koje su sklone samoozljeđivanju ili suicidu često sakupljaju lijekove i iskorištavaju ih u svrhu suicida. Ne žele uzimati terapiju jer smatraju kako se dobro osjećaju te im lijek ne treba, poriču postojanje poremećaja i ne žele sami sebi priznati kako boluju od poremećaja. Lijekovi im zadaju neugodne nuspojave ili su prije imali neugodna iskustva u liječenju, strah ih je lijekova i ne razumiju zašto ih moraju uzimati. Svaku terapiju i svaki lijek oboljela osoba mora uzeti uz prisustvo medicinske sestre/tehničara. Tijekom primjene lijekova medicinska sestra/tehničar u direktnom je kontaktu s oboljelom osobom gdje je potrebno prije primjene terapije procijeniti stanje osobe i provjeriti je li oboljela osoba popila lijekove ili ne. Nakon primjene lijekova, medicinska sestra/tehničar mora pratiti djelovanje lijekova na oboljelu osobu i pojavu mogućih nuspojava radi čega je potrebno znanje o djelovanju psihofarmakoterapije na cijeli organizam. Osim djelovanja psihofarmakoterapije, kako bi medicinska sestra/tehničar mogla na adekvatan način planirati i provoditi zdravstvenu njegu kod oboljelih osoba, potrebno je posjedovanje znanja o etiologiji, simptomima, tijeku i ishodu poremećaja te dijagnostičkim kriterijima i psihosocijalnom pristupu oboljeloj osobi. Važno je posjedovanje znanja nuspojava terapije jer je moguće pomiješati nuspojave psihofarmaka sa simptomima shizofrenije. Ukoliko se primijete određene nuspojave, potrebno je na vrijeme obavijestiti liječnika u svrhu promjene ili smanjenja doze određenog psihofarmaka. U velikoj većini slučajeva potrebno je zamoliti osobu da otvori usta kako bi se osoblje uvjerilo da su lijekovi progutani. Lijekovi se nikad ne ostavljaju na ormariću, već se daju direktno na žlicu, ruku ili u usta oboljelim osobama. Kolica s terapijom trebaju biti pod stalnim nadzorom kako ne bi osobe uzele tuđe lijekove i pokušale se predozirati te time počinili suicid. Ukoliko osoba odbija uzeti terapiju, terapija se daje intramuskularnim ili intravenskim putem. Često se daju i depo preparati kako bi se izbjegla svakodnevna aplikacija lijeka parenteralnim putem [4].

Važna uloga medicinske sestre/tehničara jest pravovremeno spriječiti zlouporabu alkohola i droge te educirati oboljelu osobu o štetnostima duhanskih cigareta kako bi se smanjila njihova konzumacija. Droge i alkohol otežavaju liječenje oboljele osobe, nepovoljno utječu na tijek poremećaja te se povezuju s češćim hospitalizacijama i pojavom simptoma poremećaja nakon postizanja remisije. Prekomjerno pušenje često je prisutno kod osoba koje boluju od psihičkih poremećaja, no važno je da se osobu educira o štetnostima duhanskih proizvoda zato što snižavaju koncentraciju antipsihotika u krvi i povećavaju rizik od razvoja kardiovaskularnih bolesti.

Konzumacija alkohola i droga utječe negativno na oboljelu osobu jer mogu pogoršati simptome poremećaja i uzrokovati ponovnu pojavu suicidalnih misli [4]. Prisutnost suicidalnih misli zahtijeva poseban oprez od strane medicinskog osoblja zato što se uvelike povećava rizik od provođenja suicida. Istraživanja su pokazala kako je barem jedna trećina oboljelih osoba tijekom života barem jednom pokušala izvršiti suicid, dok oko 5% svih oboljelih osoba umire upravo zbog suicida. Rizik od počinjenja suicida češći je u ranijim stadijima poremećaja. Rizik povećavaju depresija, akatizija, impulzivnost te zlouporaba alkohola i droge [2].

Nakon otpuštanja iz bolnice, medicinska sestra/tehničar educira oboljelu osobu o danjem liječenju i pruža joj podršku. Najčešće život nastavlja s ostatkom obitelji, no nerijetko je potreban smještaj u specijalizirane ustanove. Medicinska sestra/tehničar sudjeluje u procesu procjene poslovne ili radne sposobnosti gdje daje detaljniji uvid u tijek liječenja tijekom hospitalizacije. Kada se oboljela osoba vrati u društvo, često je okolina stigmatizira što je potrebno na vrijeme prepoznati i spriječiti budući da je jedan od glavnih ciljeva rehabilitacije destigmatizacija čime se pokušava postići poboljšanje kvalitete života i funkcioniranje oboljele osobe na razini na kojoj je funkcionirala prije razvoja poremećaja. Rehabilitacija je situacijski uvjetovana pa je potrebno i poželjno u nju uključiti prijatelje, obitelj, poslovne kolege i susjedstvo pri čemu je važno objediniti aktivnosti koje je oboljela osoba provodila skroz od hospitalizacije, postavljanja dijagnoze, početka liječenja te praćenja funkcioniranja u zajednici i uspostavi socijalnih i radnih odnosa. Medicinska sestra/tehničar pri tome u obzir uzima socijalnu podršku okoline koji je jedan od najvažnijih procesa liječenja [2].

14. Prikaz i usporedba slučajeva osoba oboljelih od shizofrenije

U nastavku rada bit će prikazana i uspoređena dva slučaja korisnika oboljelih od paranoidne shizofrenije koji su smješteni u Dom za odrasle osobe Lobor – grad (Dom). Za korištenje medicinske dokumentacije korisnika u svrhu izrade završnog rada dobivena je suglasnost uprave Doma. U prikazima slučajeva nisu navedeni osobni podaci korisnika koji bi se s njima mogli povezati i narušiti njihovu anonimnost.

14. 1. Prikaz slučaja korisnika 1

Korisnik 1 rođen je 1975. godine. Nije oženjen te nema djece. Korisnikova osnovna psihijatrijska dijagnoza je paranoidna shizofrenija uz generalizirani anksiozni poremećaj. Lišen je poslovne sposobnosti. Bio je u udomiteljskim obiteljima te je smješten u Dom 2017. godine.

14.1.1. Obiteljska i životna anamneza

Korisnik 1 rođen je u inozemstvu gdje je živio godinu dana nakon čega se s obitelji preselio u drugu državu. Ima jednu mlađu te jednu stariju sestru. Navodi kako mu je otac bio alkoholičar te je tukao njega i majku što mu ne može oprostiti, dok je majčin otac psihički obolio, no ne zna od čega. Za vrijeme rata je s ocem radio na građevini. Jednom prilikom ušao je u fizički konflikt s drugim radnikom nakon čega je liječen na psihijatrijskom odjelu 12 dana. Psihičke tegobe kod korisnika pogoršale su se kada se 1997. godine preselio s majkom u Hrvatsku. Počeo je mrziti ljude, specifično Hrvate nakon čega su se javile slušne halucinacije. Smještaj u udomiteljske obitelji pozitivno je prihvatio, no reakcija na smještaj u Dom Lobor – grad bila je vrlo burna. Korisnik je smješten u Dom 2017. godine nakon čega je isti dan pokušao počinuti suicid prilikom čega je zadobio fizičke ozljede. Liječen je u bolnici. Prema procjeni psihijatra u svrhu vlastite zaštite upućen je na liječenje u Kliniku za psihijatriju „Vrapče“ nakon čega je vraćen u Dom.

14.1.2. Prijašnje hospitalizacije

Od 1997. do 2022. godine korisnik hospitaliziran u Klinici za psihijatriju „Sveti Ivan“ i Klinici za psihijatriju „Vrapče“ (Tablica 14.1.2.1.). Zadnji put je hospitaliziran 2022. godine u Klinici za psihijatriju „Vrapče“ zbog pogoršanja psihičkog stanja uz pojavu suicidalnih misli.

Tablica 14.1.2.1. Prijašnje bolničke hospitalizacije

Mjesto hospitalizacije	Broj hospitalizacija
Klinika za psihijatriju „Sveti Ivan“ Zagreb	11 hospitalizacija
Klinika za psihijatriju „Vrapče“	3 hospitalizacije

14.1.3. Farmakoterapija shizofrenije

Osim paranoidne shizofrenije i generaliziranog anksioznog poremećaja, korisnik boluje od kronične opstruktivne plućne bolesti te svakodnevno uzima propisanu terapiju uz prisustvo medicinskog osoblja (Tablica 14.1.3.1.).

Tablica 14.1.3.1. Popis korisnikovih lijekova

Lijek	Terapijska doza	Terapijske indikacije	Najčešće nuspojave prisutne kod korisnika
Bretaris Genuair 322 mikrograma, prašak inhalata	1,0,1 – 2 udaha dnevno	Kronična opstruktivna bolest pluća	Glavobolja, suha usta, mučnina
Dulcolax 5 mg obložene tablete (tbl.)	0,0,2 utorkom i četvrtkom	Konstipacija, opstipacija	Grčevi i bol u abdomenu, proljev, mučnina
Leponex 100 mg tbl.	1,1,2 – 400 mg dnevno	Shizofrenija rezistentna na terapiju	Agranulocitoza, leukopenija, leukocitoza, eozinofilija, konstipacija
Mirzaten Q-Tab 15 mg raspadljive tbl. za usta	0,0,1 – 15 mg dnevno	Veliki depresivni poremećaj kod odraslih	Suha usta, sedacija, umor, povećani apetit, mučnina, anksioznost
Normabel 10 mg tbl.	0,0,1 – 10 mg dnevno + 1 tableta po potrebi	Anksioznost udružena s nesanicom, mišićni spazam	Umor, omamljenost, mučnina, hipersalivacija, konstipacija
Prazine 100 mg obložene tbl.	1,1,1 – 300 mg dnevno	Agitacija, anksioznost, nemir	Agranulocitoza, leukopenija, pospanost, konstipacija
Pregabalin Belupo 150 mg tvrde kapsule	2,0,2 – 600 mg dnevno	Generalizirani anksiozni poremećaj	Konstipacija, mučnina, proljev
Teotard 200 mg kapsule s produljenim djelovanjem	1,0,1 – 400 mg dnevno	Astma, kronični opstruktivni bronhitis	Grčevi i bol u abdomenu, proljev, mučnina

Svaki lijek koji korisnik konzumira ima određene nuspojave. U slučaju pojave bolova korisniku se daje analgetik po potrebi kojeg propisuje liječnik opće medicne. Zbog nuspojava Leponex i Prazine tbl. svakih 90 dana korisniku se vadi uzorak krvi za biokemijske pretrage kako bi se na vrijeme uočile moguće poteškoće poput agranulocitoze i leukopenije. Prilikom korisnikovog smještaja u par navrata došlo je do razvoja navedenih stanja, no tijekom praćenja stanja korisnikova krvna slika bila je uredna.

14.1.4. Trenutno stanje

Korisnikovo stanje praćeno je od ožujka do svibnja 2024. godine. Korisnik je svjestan vlastitog stanja i zna da bez lijekova ne može funkcionirati. Samostalno provodi aktivnosti samozbrinjavanja i nije mu potrebna tuđa pomoć. Ponekad čuje glasove koji ga tjeraju na povlačenje iz društva zbog straha kako bi drugima mogao nauditi. Navodi kako ga vrag tjera da psuje, no on to ne želi. Nerijetko verbalizira slušne paranoidne halucinacije i suicidalne misli. Smatra kako su njegove halucinacije krive za njegovo loše funkcioniranje u društvu. Nalazi se u stanju remisije od 2022. godine. Vrijeme provodi sam, no voli pričati s medicinskim osobljem o temama koje ga zanimaju. Vrlo je pristojan i poštuje svo osoblje koje radi u Domu te nikada nije imao probleme s drugim korisnicima. Osim medicinskih sestara/tehničara, u Domu su zaposleni socijalni radnici, fizioterapeuti, radni terapeuti, radni instruktori te rehabilitator i psiholog koji svakodnevno rade sa svim korisnicima te planiraju razne aktivnosti. Korisnik sudjeluje u socioterapijskim aktivnostima koje se provode u Domu ukoliko u njima ne sudjeluje previše ljudi te voli održavati okolinu Doma. Voli kositi i sakupljati travu oko Doma, no izbjegava društvene događaje prilikom čega je okružen s velikim brojem ljudi uključujući zdravstveno osoblje i druge korisnike. U sklopu radne terapije voli peglati vlastito rublje, no aktivnosti s drugim korisnicima poput igranja nogometa ga ne zanimaju. Od ostalih korisnika je distanciran, a prilikom sugeriranja za sudjelovanjem u aktivnostima koje ga ne zanimaju reagira socijalnim povlačenjem te ispoljavanjem simptoma i znakovima depresije. Unatoč ponekad prisutnim simptomima poremećaja, korisnik vrlo pozitivno reagira na psihofarmakoterapiju i u određenom stupnju može samostalno funkcionirati te je trenutno u stadiju remisije.

14.1.5. Sestrinske dijagnoze

Kako bi se zdravstvena njega provodila cjelovito, medicinska sestra/tehničar mora postaviti sestrinske dijagoze koje su prisutne kod pacijenata i korisnika za koje se skrbi te izraditi plan zdravstvene njege. Prije postavljanja sestrinskih dijagoza, medicinska sestra/tehničar uzima sestrinsku anamnezu kojom prikuplja važne podatke, kritične ili rizične čimbenike koji uzrokuju ili pridonose razvoju sestrinske dijagnoze, vodeća obilježja, simptome ili znakove koji su kod

korisnika prisutni. Potom postavlja ciljeve te provodi sestrinske intervencije i na posljatku evaluaciju ciljeva i plana zdravstvene njege[4].

Kod osoba koje boluju od shizofrenije moguć je niz sestrinskih dijagnoza, no kod korisnika 1 mogu se izdvojiti anksioznost, visok rizik za opstipaciju i socijalna izolacija.

14.1.5.1. Anksioznost

Anksioznost je stanje gdje je kod oboljele osobe prisutan subjektivan osjećaj straha i/ili neugode. Osim psihomotorne napetosti, praćena je fiziološkim simptomima i znakovima poput panike, tjeskobe te gubitkom sigurnosti i kontrole [22].

Prije provođenja sestrinskih intervencija, medicinska sestra/tehničar kod korisnika procjenjuje stupanj anksioznosti, kroz razgovor s korisnikom i njegovom obitelji procjenjuje korisnikove metode s kojima se suoćava s nastalim strahom i anksioznošću, koja su prethodna stanja dovodila do osjećaja anksioznosti te fizikalnim pregledom treba ustanoviti moguće postojanje znakova samoozljeđivanja [22].

Kritični ili rizićni ćimbenici koji uzrokuju osjećaj anksioznosti su provođenje medicinskih i dijagnostićkih procedura ili postupaka, vanjska prijetnja vlastitoj emocionalnoj i fizićkoj cjelovitosti, nagla promjena obiteljske ili drušćvene uloge, promjena svakodnevnne rutine i okoline, osjećaj izoliranosti, strah od smrti ili nekih neugodnih događaja, subjektivan osjećaj nemogućnosti kontroliranja okoline te interpersonalni konflićti i prijetnja vlastitom socioekonomskog statusu [22]. Rizićni ćimbenici koji su prisutni kod korisnika su nagla promjena obiteljske i drušćvene uloge, promjena rutine i okoline te strah od smrti ili nekih neugodnih događaja.

Anksioznost se manifestira nizom znakova i simptoma poput razdražljivosti, umora, tahikardije, hipertenzije i tahipneje, osjećaja bespomoćnosti, otežanom koncentracijom, verbalizacijom napetosti i straha, otežanim sućeljavanjem s novonastalom situacijom i/ili problemom, smanjenjem komunikacije, mućninom, proljevom, glavoboljom, poteškoćama sa spavanjem, plaćljivošću, pojaćanim znojenjem, ućestalim mokrenjem te povećanom sklonošću za samoozljeđivanjem i vrtoglavicom [22]. Kod korisnika najviše su prisutni simptomi i znakovi poput umora, razdražljivosti, otežane koncentracije i smanjenje komunikativnosti.

Prije provođenja sestrinskih intervencija, postavljaju se mogući ciljevi zdravstvene njege. Kod korisnika je postavljeni cilj zdravstvene njege: „Korisnik će verbalizirati i/ili pokazati smanjenu razinu anksioznosti tijekom narednih 7 dana.“ [22].

U radu s korisnikom važno je stvoriti profesionalan i empatijski odnos, no površna potpora, žaljenje i tješjenje izbjegava se. Potrebno mu je pokazati kako su njegovi osjećaji vidljivi i shvaćeni.

Kako bi se bolje osjećao, nužno je stvoriti osjećaj sigurnosti i povjerenja te biti uz korisnika kada mu je potrebna tuđa pomoć. Tijekom razgovora i rada s korisnikom opažaju se neverbalni znakovi anksioznosti. Korisnika je potrebno upoznati s nepoznatom okolinom, aktivnostima koje pruža ustanova u kojoj se nalazi, s ostalim korisnicima te medicinskim i ostalim osobljem. Prije provođenja dijagnostičkih i terapijskih tretmana, korisnika je potrebno informirati o njihovom provođenju te kada će se provoditi. Prilikom informiranja i poučavanja korisnika koristi se njemu razumljiv jezik. Kako bi se korisnik prilagodio na svoju okolinu, važno je održavati predvidljivost i red u svakodnevnim aktivnostima. Ukoliko korisniku smeta buka, osigura mu se tiha i mirna okolina uz primjenu umirujuće glazbe. Kako bi imao osjećaj kontrole nad svojim životom i aktivnostima, omogućava mu se sudjelovanje u donošenju određenih odluka poput sudjelovanja u nekim aktivnostima. Važno je da se sve korisnikove kulturološke razlike prihvaćaju bez osuđivanja. Prilikom razgovora korisnika se potiče na verbalizaciju osjećaja, prepoznavanje čimbenika koji mu uzrokuju osjećaj anksioznosti te na traženje pomoći od medicinskog osoblja u trenucima kada anksioznost nastupi ukoliko mu je pomoć potrebna. Uz pomoć terapeuta korisnika se podučavaju postupci koji smanjuju anksioznost poput vizualizacije trenutaka koji mu stvaraju osjećaj ugone, vježbi relaksacije i dubokog disanja, okupacijske terapije kao što su likovna ili glazboterapija. Zbog postizanja učinkovitog djelovanja terapije, potrebno je nadzirati i kontrolirati uzimanje terapije. Učinkovitost terapije prati se uz kontrolu simptoma i znakova anksioznosti. Ukoliko se stanje pogoršava, predlaže se psihijatrijska procjena i tretman u svrhu promjene terapije. Da bi se korisnika i njegovu okolinu zaštitilo u trenucima izrazite anksioznosti, iz okoline se uklanjaju predmeti kojima bi korisnik mogao nauditi sebi ili drugima [22].

Evaluacija se provodi nakon provedenih sestrinskih intervencija i kod korisnika je cilj postignut. Korisnik je verbalizirao i pokazao smanjenu razinu anksioznosti nakon 7 dana [22].

14.1.5.2. Visok rizik za opstipaciju

Visok rizik za opstipaciju stanje je povećanog rizika za smanjenje učestalosti ili potpuni izostanak stolice popraćeno nepotpunim i/ili otežanim pražnjenjem sadržaja iz crijeva [22].

Medicinska sestra/tehničar kod korisnika prikuplja podatke o danu posljednje defekacije, koje su bile karakteristike stolice, koje su korisnikove uobičajene navike vezane uz defekaciju, koje lijekove konzumira uključujući i laksative, kakve su mu prehrambene navike te koliko tekućine unosi. Procjenjuje se stupanj pokretljivosti, prikupljaju podaci o mogućim neurološkim oboljenjima i podaci o stanju kože oko anusa [22].

Kritični ili rizični čimbenici koji mogu dovesti do opstipacije su promjena svakodnevne okoline, nedostatak privatnosti, naglo smanjenje pokretljivosti, smanjenje motiliteta probavnog

trakta, zatamljivanje ili zanemarivanje osjećaja za defekaciju, smanjenje fizičke aktivnosti, slabljenje muskulature abdomena, neadekvatan unos prehrambenih vlakana te ostale hrane i tekućine, smanjen volumen tekućine, psihički čimbenici, uporaba određenih skupina lijekova poput diuretika, psihofarmaka i analgetika, prekomjerna uporaba ili zlouporaba laksativa, disbalans elektrolita, trudnoća, hemoroidi, osjećaj nelagode i/ili boli prilikom defekacije te bolesti debelog crijeva poput postoperacijske opstrukcije ili tumora [22]. Rizični čimbenici koji su prisutni kod korisnika su promjena svakodnevne okoline, smanjenje fizičke aktivnosti, neadekvatan unos tekućine, psihički čimbenici te uporaba psihofarmaka i analgetika.

Postavljeni cilj zdravstvene njege kod korisnika je: „Korisnik će imati eliminaciju formirane stolice minimalno svaka tri dana.“ [22].

U svrhu sprječavanja opstipacije, korisnika se svakodnevno potiče na unošenje barem 1 500-2 000 mililitara tekućine. Korisniku se omogućuje izražavanje želja o konzumiranju određene tekućine, točnije hoće li piti čaj, vodu ili sok. Uz doručak svakodnevno mu se ponudi topli napitak poput čaja ili kave. Na ormariću pokraj kreveta i na stolu u korisnikovoj sobi uvijek se nalaze čaše i vrčevi koji su napunjeni vodom kako bi korisnik nadohvat ruke imao potrebnu tekućinu. Prehrana je raznovrsna i svakodnevno se korisniku omogućava pet obroka dnevno uz barem jedan obrok koji se sastoji od voća i povrća. Korisnika se svakodnevno potiče na sudjelovanje u jutarnjoj tjelovježbi koju provode fizioterapeuti. Važno je poticati ga na tjelesnu aktivnost u trajanju od barem 15-20 minuta dnevno. Ukoliko nije imao stolicu jedan ili dva dana, savjetuje mu se i omogućuje konzumacija namirnica i napitaka koji potiču defekaciju poput suhih šljiva, smokava, mineralnih napitaka i sjemenki. Korisnik samostalno ustaje iz kreveta i provodi jednostavne vježbe koje su u skladu s njegovim mogućnostima te odlazi na šetnje oko Doma. Važno je osigurati privatnost prilikom defekacije te pružiti uredan i čist toalet kako bi se izbjegla nelagoda. Zvono se korisniku stavlja nadohvat ruke kako bi mogao pozvati medicinsko osoblje u pomoć ukoliko mu je ona potrebna. Potiče ga se na defekaciju sukladno svakodnevnim i uobičajenim navikama uz odlazak na toalet prilikom svakog podražaja. Svaku defekaciju se dokumentira uz karakteristike stolice. U svrhu prevencije opstipacije, korisniku se daju laksativi dva puta tjedno prije spavanja [22].

Kod korisnika je cilj postignut. Korisnik je imao stolicu svaki ili svaki drugi dan tijekom praćenja stanja [22].

14.1.5.3. Socijalna izolacija

Socijalna izolacija stanje je u kojem se osoba subjektivno osjeća usamljeno te iskazuje želju i potrebu za povećanom povezanošću s drugim osobama, no nije sposobna ili nema mogućnost uspostaviti prikladan kontakt [22].

Medicinska sestra/tehničar kod korisnika prikuplja podatke o medicinskim dijagnozama, odnosima s drugim osobama, svakodnevnim aktivnostima, životnim promjenama, stresorima, korisnikovoj motivaciji, očekivanjima, samopoštovanju i kognitivnim sposobnostima te bračnom, obiteljskom i mentalnom statusu [22].

Kritični ili rizični čimbenici koji dovode do razvoja socijalne izolacije su psihički poremećaji, zarazne i neizlječive bolesti, nuspojave liječenja, fizički invaliditet, ovisnosti, nezadovoljstvo vlastitim fizičkim izgledom, bolničko liječenje, dugotrajna izloženost stresnim događajima, odsustvo ili gubitak članova obitelji i prijatelja te nestabilna ekonomska situacija [22]. Rizični čimbenici koji su prisutni kod korisnika su psihički poremećaj te odsustvo članova obitelji i prijatelja.

Socijalna izolacija manifestira se nizom neugodnih osjećaja. Osobe verbaliziraju osjećaj usamljenosti, dosade, odbačenosti i tuge, nesigurne su u socijalnim situacijama, opisuju manjak kvalitetnih odnosa s drugim osobama, izražavaju potrebu za druženjem, imaju nezrele i neprimjerene intrese ili aktivnosti za njihovu razvojnu dob, izbjegavaju komunikaciju i kontakt očima, povlače se u sebe i zaokupljene su vlastitim mislima. Tijekom komunikacije neprijateljski su nastrojeni u ponašanju i glasu, verbaliziraju osjećaj nelagode tijekom sudjelovanja u socijalnim aktivnostima i smatraju kako su različiti od drugih osoba. Ne mogu ispuniti očekivanja drugih osoba, a vrijednosti koje imaju neprihvatljive su za okolinu [22]. Kod korisnika su najviše prisutni osjećaj usamljenosti, odbačenosti i tuge, povlačenje u sebe, nesigurnost i izbjegavanje socijalnih događaja te izbjegavanje komunikacije i kontakta očima.

Postavljeni cilj zdravstvene njege kod korisnika je: „Korisnik će sudjelovati u terapijskim aktivnostima s ostalim korisnicima tijekom praćenja stanja.“

U svrhu sprječavanja socijalne izolacije, potrebno je s korisnikom provoditi više vremena i uspostaviti kvalitetan suradljiv odnos. Tijekom komunikacije potiče ga se na verbalizaciju osjećaja i uspostavljanje kontakta s drugim korisnicima u obliku razmjene vlastitih iskustava. Korisnika se ohrabruje i pohvaljuje za svaki napredak te mu je osigurano vrijeme posjeta obitelji i bliskih osoba. Upoznat je sa suportivnim grupama te sudjeluje u grupnoj i radno-okupacijskoj terapiji u skladu sa svojim mogućnostima [22].

Kod korisnika je cilj postignut. Korisnik je sudjelovao u terapijskim aktivnostima s ostalim korisnicima tijekom praćenja stanja [22].

14.2. Prikaz slučaja korisnika 2

Korisnik 2 rođen je 1972. godine. Nije oženjen i nema djece. Korisnikova osnovna psihijatrijska dijagnoza jest paranoidna shizofrenija. Uz shizofreniju, korisnik boluje od nespacificirane epilepsije. Radne sposobnosti lišen je 2004. godine nakon čega je ostvario pravo na Doplatak za pomoć i njegu. Korisnikov zakonski skrbnik jest njegova majka, no zbog njenog narušenog zdravstvenog stanja po privatnoj osnovi korisnik je zaprimljen u Dom 2023. godine.

14.2.1. Obiteljska i životna anamneza

Ima sestru koja je dvije godine starija od njega. Korisnik je u dobrim odnosima sa svojom obitelji te uredno komuniciraju. Osnovnu školu završio je kao odličan učenik nakon čega je upisao gimnaziju te je nastavio visoko obrazovanje na pravnom fakultetu. Tijekom školovanja opisan je kao visoko inteligentna osoba. Na drugoj godini studiranja zahvaćen je ratom radi čega je studiranje nastavio u drugom gradu. Za vrijeme rata korisnik se osamostalio, inzistirao na samoći i pokazivao određene znakove depresije nakon čega su uslijedila hospitalizacijska liječenja koja su potrajala duže vrijeme. Roditelji su mu se rastali nakon čega je korisnik ostao živjeti s majkom. Za svoje psihičke smetnje uvjeren je da je kriva rastava roditelja, samoubojstvo djeda te rat i ratna razaranja koja su za njega bila intenzivno traumatična. Uvijek ima osjećaj manjka ljubavi. Nakon što je obitelj primijetila znakove depresije, uputili su ga na pregled liječnika gdje mu je nakon dugog perioda dijagnosticirana paranoidna shizofrenija. Nakon rastave roditelja, korisnikovo stanje naglo se pogoršalo. Simptomi shizofrenije bili su intenzivniji. Korisnik je za okolinu postao opasan gdje je najviše agresivan bio prema svojoj majci. Duže je vrijeme bio promjenjivog raspoloženja s jako izraženim slušnim halucinacijama.

14.2.2. Prijašnje hospitalizacije

Od 1998. do 2024. godine korisnik je hospitaliziran na psihijatrijskim odjelima općih bolnica i u specijaliziranim psihijatrijskim ustanovama zbog iznošenja suicidalnih namjera, prijetnje kako će ubiti sve ljude oko sebe i uvjerenja kako ga se truje radi čega je prema svojoj okolini iskazivao agresiju (Tablica 14.2.2.1.).

Tablica 14.2.2.1. Prijašnje bolničke hospitalizacije

Mjesto hospitalizacije	Broj hospitalizacija
Klinika za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Split	4 hospitalizacije

Klinika za psihijatriju „Sveti Ivan“ Zagreb	1 hospitalizacija
Klinika za psihijatriju Kliničkog bolničkog centra Rijeka	1 hospitalizacija
Županijska specijalna bolnica Insula – Rab	22 hospitalizacije
Klinika za psihijatriju „Vrapče“	5 hospitalizacija

14.2.3. Farmakoterapija shizofrenije

Osim paranoidne shizofrenije i epilepsije, korisnik boluje od nesanice i anksioznosti te svakodnevno uzima propisanu farmakoterapiju uz prisustvo medicinskog osoblja (Tablica 14.2.3.1.).

Tablica 14.2.3.1. Popis korisnikovih lijekova

Lijek	Terapijska doza	Terapijske indikacije	Najčešće nuspojave
Akineton 2 mg	1,1,0 – 4 mg dnevno	Parkinsonizam, ekstrapiramidni simptomi	Konfuzija, nesanica, umor, poremećaj govora, konvulzije, mučnina, konstipacija
Depakine Chrono 500 mg s prilagođenim oslobađanjem	1,0,1 – 1 000 mg dnevno	Generalizirani epileptički napadaj, epilepsija	Anemija, poremećaj pažnje, poteškoće sa spavanjem, tremor, povećani apetit
Diazepam Alkaloid 5 mg obložene tbl.	1,1,1, - 15 mg dnevno	Anksioznost udružena s nesanicom, mišićni spazam	Umor, omamljenost, hipersalivacija, konstipacija
Fluzepam 30 mg tvrde kapsule	0,0,1 – 30 mg dnevno	Nesanica, otežano uspavlivanje	Pospanost, anksioznost, mučnina, konstipacija
Kventiax 200 mg filmom obložene tbl.	0/5,1,1 – 250 mg dnevno	Shizofrenija, bipolarni poremećaj	Povećanje tjelesne mase
Moditen 5 mg obložene tbl.	1,1,1 – 15 mg dnevno	Anksioznost, psihomotorni nemir, shizofrenija	Smanjen libido, nesanica, agitacija, nemir, mučnina, povraćanje
Nozinan 100 mg filmom obložene tbl.	0/5,1,1 – 250 mg dnevno	Akutni psihotični poremećaj, shizofrenija, teška depresija	Hiperglikemija, promjene raspoloženja, dezorijentiranost, erektilna disfunkcija

14.2.4. Trenutno stanje

Korisnik je praćen od ožujka do svibnja 2024. godine. Svjestan je svojeg poremećaja i stalno napominje kako je opasan za svoju okolinu. Psihomotorno je tjeskoban, depresivnog raspoloženja, mišljenje je ubrzano uz prisutnost paranoidnih ideja te neugodnih i destruktivnih misli. Orijentiran je u prostoru i vremenu, no uz česte izmjene dezorijentiranosti kada ne zna koji je dan u tjednu. Verbalni kontakt u vrijeme praćenja stanja teže se uspostavlja i održava. Tijekom razgovora koncentrira se na jednu temu. Kod korisnika najizraženije su sumanute ideje proganjanja. U fazama pogoršanja kod korisnika se ispoljavaju sumanuti doživljaji s idejama proganjanja i suicidalnim mislima, dok u periodu remisije nema povjerenja u druge ljude te je neprijateljski nastrojen prema svojoj okolini. Emocionalno je hladan, nema realnih ciljeva ili planova za budućnost, no ima osobne potrebe koje se moraju ispuniti u protivnom postaje anksiozan, napet i razdražljiv. Dugotrajan poremećaj kod korisnika doveo je do oštećenja osobnosti gdje se korisnik nije u stanju prilagoditi naglim promjenama, ne može kontrolirati svoje ponašanje i ne shvaća svoje postupke. Za svoje postupke uvijek traži neko opravdanje i krivnju prebacuje na drugoga. Vrlo je osjetljiv na vanjske frustracije. Tijekom liječenja pokušava ga se uključiti u radno-okupacijske aktivnosti prema kojima pruža otpor. Prilikom sumanutih ideja i agresivnih ispada za svoja djela krivi glasove koje čuje koji ga tjeraju da naudi drugim ljudima oko sebe, no to ne želi jer je katoličke vjeroispovijesti i smatra kako bi ga Bog za njegova djela kaznio. Ponekad mu dolaze misli da bi se trebao ubiti, no to ne želi napraviti zbog svoje majke. Smatra kako će ga Bog kazniti za sva njegova djela i da će ići u čistilište kada umre. Oko vrata nosi krunicu i često prije nego što odgovori na postavljeno pitanje jednom se krunicom prekriži. Opsjednut je s Bogom i spominje ga više puta na dan pitajući se jesu li njegovi seksualni porivi grijeh ili ne jer ako jesu Bog će ga za to kazniti. Kod korisnika su prisutni poremećaji mišljenja poput sumanutih ideja odnosa i proganjanja, slabije povezuje misli, nije sposoban shvatiti apstraktno razmišljanje, povlači se u sebe i osjetljiv je na okolinu.

U periodu od prosinca 2023. godine i travnja 2024. godine korisnik je u dva navrata hospitaliziran u Klinici za psihijatriju „Vrapče“ zbog nesuradljivosti i agresivnog verbalnog ponašanja prema drugim korisnicima i medicinskom osoblju. U potpunosti je bio dezorijentiran, napet i povišenog raspoloženja uz prisutnost sumanutih ideja. Imao je izražene prisilne misli kako ga netko želi udaviti radi čega je postao napet.

Unatoč psihofarmakoterapiji, korisnik navodi kako stalno čuje glasove koji mu govore kako nije dovoljno dobar. Iz razgovora s korisnikom saznaje se kako ima samoubilačke i homicidalne misli. Glasovi mu govore kako bi trebao ubiti svoje cimere i sebe, no ne želi to učiniti. U trenutku pogoršanja medicinskom osoblju se izjasnio kako bi želio biti fiksiran jer ne može

kontrolirati svoje porive. Ponekad ima strahove kako mu netko drugi želi nauditi. Glasovi su često prisutni.

14.2.5. Sestrinske dijagnoze

Kod korisnika 2 prevladavaju sestrinske dijagnoze poremećaj spavanja, visok rizik za pad i visok rizik za samoozljeđivanje.

14.2.5.1. Poremećaj spavanja

Poremećaj spavanja definira se kao nemogućnost osobe da zadovolji vlastite potrebe za odmorom i/ili spavanjem [23].

Medicinska sestra/tehničar kod korisnika prikuplja podatke o svakodnevnim aktivnostima, uobičajenim navikama za spavanjem i odmorom, aktivnostima koje provodi prije spavanja, osobnim uvjerenjima i stavovima vezanim za odmor i spavanje, konzumaciji kave i alkohola te koji su problemi spavanja prisutni kod korisnika [23].

Kritični ili rizični čimbenici koji dovode do razvoja poremećaja spavanja su psihičke bolesti i poremećaji, ovisnosti o lijekovima i alkoholu, određeni lijekovi poput psihofarmaka, bol, poremećaji disanja koji se javljaju tijekom spavanja, trudnoća, hospitalizacija te promjena okoline i svakodnevne rutine [23]. Rizični čimbenici koji su prisutni kod korisnika su psihički poremećaj, konzumacija psihofarmaka te promjena okoline i svakodnevne rutine.

Vodeća obilježja poremećaja spavanja su otežano usnivanje, česta buđenja tijekom noći, verbalizacija o poteškoćama tijekom spavanja, promjene mentalnog stanja, ponašanja ili radne sposobnosti poput nemira, dezorijentiranosti i razdražljivosti, tjelesni znakovi poput podočnjaka, umora, zijevanja i tremora ruku te promjene u razini aktivnosti tijekom dana [23]. Simptomi i znakovi koji su prisutni kod korisnika su otežano usnivanje, promjene mentalnog stanja, razdražljivost i tjelesni znakovi poput podočnjaka i zijevanja.

Postavljeni cilj zdravstvene njege kod korisnika je: „Korisnik će spavati barem šest sati tijekom noći bez prekida prilikom praćenja stanja.“ [23].

Kako bi se korisniku osigurao kvalitetan san, iz okoline se uklanjaju čimbenici koji otežavaju spavanje poput upaljenih svjetla ili radija, savjetuje mu se promjena prehrambenih navika poput smanjenja konzumacije kofeina i pikantne hrane koja zahtijeva povećanu konzumaciju tekućine kako bi se spriječilo buđenje tijekom noći radi odlaska na toalet. Korisnika se potiče na određenu dnevnu aktivnost kako bi utrošio višak energije i verbalizaciju briga koje mu otežavaju spavanje. Prema odredbi liječnika korisniku se svakodnevno prije spavanja daju tablete za spavanje [23].

Kod korisnika je cilj postignut. Korisnik je svaku noć spavao barem šest sati bez prekida tijekom praćenja stanja [23].

14.2.5.2. Visok rizik za pad

Visok rizik za pad stanje je povećanog rizika za pad koje nastaje međudjelovanjem osobitosti okoline i korisnika [22].

Medicinska sestra/tehničar kod korisnika procjenjuje rizik za pad korištenjem Morseove ljestvice te prikuplja podatke o korisnikovoj dobi, pokretljivosti, kognitivnom statusu, mogućnosti brige za samoga sebe, lijekovima koje uzima i okolinskim uvjetima ili preprekama [22].

Rizični ili kritični čimbenici koji povećavaju rizik za pad su bolesti lokomotornog, živčanog i krvožilnog sustava, maligne bolesti, oštećenje vida, psihogeni poremećaji, endokrinološke bolesti, respiratorna insuficijencija, period poslije operacije, primjena psihofarmaka, opća slabost, kognitivni deficit i poremećaj spavanja [22]. Rizični čimbenici koji su prisutni kod korisnika su bolest živčanog sustava, oštećenje vida, poremećaj spavanja i primjena psihofarmaka.

Postavljeni cilj zdravstvene njege kod korisnika je: „Korisnik neće pasti tijekom praćenja stanja.“ [22].

Kako bi se ustanovila prisutnost visokog rizika za pad, korištena je Morseova skala prilikom čega je ustanovljeno kako je kod korisnika prisutan visok rizik za pad zbog ustanovljenih 45 bodova jer je imao prethodne padove, ima druge medicinske dijagnoze u koje se ubraja epilepsija te je mentalni status oštećen jer zaboravlja vlastita ograničenja. U svrhu sprječavanja pada korisnika je potrebno uputiti u postojanje samog rizika za pad te ga upoznati s novom i nepoznatom okolinom. Zvono se stavlja nadohvat ruke, a korisniku se objašnjava način na koji može potražiti pomoć od medicinskog osoblja. Sve potrebne stvari stoje korisniku nadohvat ruke na sobnom ormariću. Okolinske prepreke uklonjene su na način da su svi kablovi maknuti s puta, a stolci i stol se nalaze u kutu sobe. Korisnikov krevet postavljen je na njegovu razinu kako bi se spriječio pad s kreveta. Tijekom noći svijetla su ugašena, no u hodniku se pale prilikom kretanja korisnika tako da mu je put do toaleta osvijetljen. Korisnik ima prikladnu odjeću i obuću svoje veličine kako bi se spriječilo spoticanje o pod i mogući pad. Korisnik ima oštećen vid zbog čega nosi naočale s dioptrijom. Stoga redovito odlazi na kontrole vida kako bi se na vrijeme prepoznala promjena dioptrije i korisniku pružile adekvatne naočale. Također je educiran o važnosti nošenja naočala tijekom dana. Stepenice kojima se korisnik tijekom dana kreće imaju zaštitne ograde na koje se može uhvatiti ukoliko izgubi balans. Svaki incident ili pad se dokumentira i prijavljuje u

skladu s protokolom ustanove. Večernja terapija korisniku se daje prije spavanja kako bi se spriječio pad tijekom podneva zbog konzumiranja terapije za nesanicu [22].

Kod korisnika je cilj postignut. Korisnik nije pao tijekom praćenja stanja [22].

14.2.5.3. Visok rizik za samoozljeđivanje

Visok rizik za samoozljeđivanje jedna je od najopasnijih sestrinskih dijagnoza za oboljele osobe, a definira se kao stanje u kojem osoba pokazuje indicije kako će sam sebe nagrditi ili namjerno ozlijediti. Samoozljeđivanje se može prezentirati u obliku rezanja nožem ili žiletom, bodenjem iglama, udaranja glavom u zid ili vrata, grebanja noktima do krvarenja, paljenja kože, šamaranjem, namjernim pokušajem predoziranja u obliku uzimanja prekomjernih količina određenih vrsta lijekova ili droga, anoreksičnim ili bulimičnim sklonostima, gutanjem oštih i većih predmeta te čupanjem kose i namjernim nepridržavanjem terapijskog liječenja [23].

Medicinska sestra/tehničar tijekom razgovora prikuplja određene podatke od korisnika postavljanjem točno određenih pitanja poput: „Jeste li često pod stresom?“, „Kada ste zadnji put bili izloženi stresnom događaju?“, „Kako se trenutno osjećate?“, „Jeste li se ikada željeli ozlijediti?“, „Zašto ste si željeli nauditi?“ te „Jeste li ikada željeli umrijeti?“. Nakon postavljenih pitanja, od korisnika je potrebno prikupiti informacije o prijašnjim pokušajima ili izvršenim činovima samoozljeđivanja te utvrditi postoji li želja za ponavljanjem istog. Osim postavljanja navedenih pitanja, od korisnika se prikupljaju podaci o emotivnom stanju, prisutnim psihijatrijskim poremećajima i bolestima, ovisnostima, izloženosti stresu, kroničnim bolestima, prisutnosti boli te koja je njena razina, ima li korisnik dostupnu socijalnu podršku te procijeniti navike vezane uz hranjenje i spavanje [23].

Kritični ili rizični čimbenici koji utječu na povećanje rizika za samoozljeđivanjem su stanja poput invaliditeta, kroničnih bolesti, prisutnim osjećajem akutne ili kronične boli, završnog stadija kronične bolesti, psihijatrijskih poremećaja ili bolesti, ovisnosti, psihoorganskih poremećaja, subjektivnim nezadovoljstvom tijekom ili ishodom liječenja određene bolesti, gubitkom voljene osobe te rastavom braka i socijalnom izolacijom [23]. Kritični čimbenici koji su prisutni kod korisnika su kronična bolest, psihijatrijski poremećaj, nezadovoljstvo liječenjem psihijatrijskog poremećaja, socijalna izolacija i gubitak voljene osobe.

Postavljeni cilj zdravstvene njege kod korisnika je: „Korisnik se neće ozlijediti tijekom praćenja stanja.“ [23].

Kako bi se spriječilo samoozljeđivanje korisnika, važno je pridobiti korisnikovo povjerenje i osigurati sigurno okruženje. Korisnika se potiče na verbalizaciju osjećaja koje se ne smije zanemarivati te je važno pokazati mu razumijevanje, empatiju i prihvaćanje njegovih osjećaja bez

osuđivanja. Zbog povećane osjetljivosti korisnika, svaka intervencija i medicinsko tehnički postupci se obrazlažu i objašnjavaju. Korisniku je potrebno sigurno okruženje u kojem će se on osjećati sigurno i ugodno. U Domu je korisnik uključen u grupne terapijske postupke u sklopu sa svojim mogućnostima koji mu uvelike pomažu jer mu stvaraju osjećaj vrijednosti radi čega se osjeća kako čini nešto pozitivno i korisno te ima osigurano razdoblje odmora nakon svake aktivnosti. Čimbenici koji utječu na moguću pojavu straha kod korisnika se uklanjaju. U slučaju dopusta, obitelj se educira o znakovima koji upućuju na pokušaje samoozljeđivanja ili uznemirenosti te što poduzeti u takvim situacijama. Na svaki oblik ili znak uznemirenosti medicinsko osoblje dužno je reagirati i postupiti prema protokolu ustanove [23].

Kod korisnika je cilj djelomično postignut. Korisnik se nije ozlijedio tijekom praćenja stanja, no ponašanjem je iskazao znakove koji su upućivali na samoozljeđivanje te je verbalizirao strahove za samoozljeđivanjem i ozljeđivanjem drugih korisnika radi čega je prema protokolu ustanove medicinsko osoblje bilo dužno obavijestiti hitnu medicinsku pomoć te policiju pod čijom je pratnjom korisnik u periodu praćenja stanja upućen na liječenje u Kliniku za psihijatriju „Vrapče“ te je nakon otprilike mjesec dana vraćen u Dom. Od kad se vratio s liječenja, korisnik nije iskazivao znakove za samoozljeđivanjem.

15. Zaključak

Shizofrenija je težak duševan poremećaj koji utječe na kompletno društvo, a ne samo na oboljelu osobu. Shvaćanja poremećaja tijekom povijesti su se mijenjala, no unatoč napretku medicine u društvu je prisutna određena razina stigmatizacije prema oboljelim osobama što samo unazađuje liječenje poremećaja i napredak oboljelih osoba. Osim provođenja zdravstvene njege i kompletne skrbi za oboljelu osobu, jedan od najvažnijih zadataka medicinske sestre/tehničara jest edukacija društva kako bi se oboljele osobe mogle lakše uklopiti u vanjski svijet i živjeti što kvalitetnije. Temelj liječenja predstavljaju psihofarmaci, no pravi lijek koji bi otklonio sve simptome poremećaja još ne postoji. Liječenje se ne smije zasnovati samo na uporabi lijekova, već je poremećaj potrebno liječiti i ostalim metodama poput radne terapije i socioterapije u kojima sudjeluju educirane medicinske sestre/tehničari. Liječenje je izrazito zahtjevno fizički i psihički za medicinske sestre/tehničare, psihijatre, radne terapeute i ostale članove zdravstvenog tima koji sudjeluju u liječenju oboljelih osoba. Iz prikaza slučajeva vidljivo je kako isti oblici liječenja različito utječu na oboljele osobe. Vidljivo je kako je postizanje remisije u nekim slučajevima moguće, no od izrazite je važnosti ustrajati u liječenju i povećati pažnju prema uporabi nefarmakoloških metoda liječenja poremećaja. Vrlo važnu ulogu u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije ima medicinska sestra/tehničar. Medicinska sestra/tehničar planira i provodi zdravstvenu njegu koja je usmjerena prema pacijentima i njihovim problemima te kroz empatijski pristup i terapijsku komunikaciju pomaže pacijentu u smanjenju negativnih osjećaja i donošenju odluka. Osim u pružanju zdravstvene njege, vrlo važnu ulogu medicinska sestra/tehničar ima u prevenciji stigmatizacije oboljelih. Stigmatizacija negativno utječe na razvoj shizofrenije jer se osobe povlače u sebe čime se sprječava sudjelovanje i napredovanje u procesima resocijalizacije i uništava sklopljene odnose s drugim ljudima čime se smanjuje normalno radno funkcioniranje i povratak u zajednicu.

16. Literatura

- [1] Luderer, H. J. (2006.) *Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću*, Naklada Slap, Prvo izdanje, 2006., str. 1 - 171
- [2] Jakovljević, M. (2011.) *Shizofrenija u teoriji i praksi: Etiopatogeneza i klinička praksa*, Knjiga 1, Pro Mente, Zagreb, 2011., str. 1 - 376
- [3] Američka psihijatrijska udruga (2013). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V*, Naknada Slap, 2013., str. 1 - 980
- [4] Sedić, B. (2007.) *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika: priručnik za studij sestrinstva*, Zdravstveno veleučilište, Zagreb, 2007., str. 1-161
- [5] Mimica, N. (2006.) *Klasifikacija shizofrenije*, Medix – specijalizirani medicinski dvomjesečnik, 12. izdanje, broj 62/63, str. 70 - 73, raspoloživo na: https://www.researchgate.net/profile/NinoslavMimica/publication/299533754_Klasifikacija_shizofrenije/links/5f15f030a6fdcc3ed718f242/Klasifikacija-shizofrenije.pdf (pristupljeno 27.04.2024.)
- [6] Karlović, D. (2023.) *100 godina shizofrenija, razvoj nozološkog entiteta i psihopatologije*, Klinika za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice, Zagreb, Medicus, 2023., Osoba s dijagnozom psihoze, Izdanje 32, Broj 1, str. 7-11, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/445425> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [7] George, L. E. (2015.) *Historical and Contemporary Understandings of Schizophrenia*, MentalHelp.net, Historical And Contemporary Understandings Of Schizophrenia, raspoloživo na: <https://www.mentalhelp.net/schizophrenia/understanding/> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [8] Štrkalj-Ivezić, S., Horvat, K. (2017.) *Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: Definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije*, Liječnički vjesnik, 2017., Izdanje 139, Broj 7-8, str. 234 – 240, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/279563> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [9] Sulejmanpašić-Arslanagić, G., Tunović, N. (2015.) *Shizofrenija, stigma, seksualnost*, Pregledni rad, Psihijatrijska klinika, Univerziteti Klinički Centar Sarajevo, Sarajevo, Zdravstveni glasnik, 2015., Izdanje 1, Broj 2, str. 68-72, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/373680> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [10] [5] Ostojić, D. (2012.) *Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti: što o tome trebaju znati socijalni radnici?*, Pregledni članak, Ljetopis socijalnog rada, 2012., Izdanje 19, Broj 1, str. 53-72, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/123447> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [11] Rašan, P. (2023.) *Shizofrenija – tipovi, razvoj i liječenje*, Pregledni rad, Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju, Zagreb, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/448673> (pristupljeno 27.03.2024.)

- [12] Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013. – 2024.) *Psihofarmaci*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, raspoloživo na: <https://enciklopedija.hr/clanak/psihofarmaci> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [13] Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013. – 2024.) *Psiholeptici*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, raspoloživo na: <https://enciklopedija.hr/clanak/psiholeptici> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [14] Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013. – 2024.) *Neuroleptici*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, raspoloživo na: <https://enciklopedija.hr/clanak/neuroleptici> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [15] Varda, R., Srkalović Imširagić, A. (2008.) *Atipični antipsihotici u kliničkoj praksi*, Pregledni rad, Zagreb, Medicus, Migrena, 2008., Izdanje 17, Broj 2, str. 107-112, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/63989> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [16] Uglešić, B., Mastelić, T. (2023.) *Dugodjelujući antipsihotici*, Klinika za psihijatriju, KBC Split, Zagreb, Medicus, 2023., Osoba s dijagnozom psihoze, Izdanje 32, Broj 1, str. 89-95, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/445458> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [17] Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013. – 2024.) *Hipnotici*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, raspoloživo na: <https://enciklopedija.hr/clanak/hipnotici> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [18] Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013. – 2024.) *Sedativi*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, raspoloživo na: <https://enciklopedija.hr/clanak/sedativi>
- [19] Leksikografski zavod Miroslav Krleža (2013. – 2024.) *Psihoanaleptici*, Hrvatska enciklopedija, mrežno izdanje, raspoloživo na: <https://enciklopedija.hr/clanak/psihoanaleptici> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [20] Mihaljević-Peješ, A., Šagud, M., Jakovljević, M. (2002.) *Antiepileptici kao stabilizatori raspoloženja*, Klinika za psihijatriju, KBC Rebro, Medicus, Zagreb, Izdanje 11, Broj 2, str. 171-175, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/31261> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [21] Horvat, K., Štrkalj-Ivezić, S. (2015.) Povezanost osobne stigme i socijalne samoefikasnosti osoba s dijagnozom shizofrenije, Izvorni znanstveni rad, Socijalna psihijatrija, 2015., Izdanje 43, Broj 3, str. 121-128, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/231328> (pristupljeno 27.03.2024.)
- [22] Kadović, M. et al (2013.) *Sestrinske dijagnoze 2*, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2013., raspoloživo na: <https://www.hkms.hr/wp-content/uploads/2019/05/Sestrinske-dijagnoze-2.pdf> (pristupljeno 19.06.2024.)
- [23] Abou, Aldan, D. et al (2015.) *Sestrinske dijagnoze 3*, Hrvatska Komora Medicinskih Sestara, Zagreb, 2015., raspoloživo na: http://bib.irb.hr/datoteka/783638.Sestrinske_dijagnoze_3.pdf (pristupljeno 19.06.2024.)

Popis ilustracija

Slika 2.1. „Rascjep duše“ osobe oboljele od shizofrenije, Izvor: Bajraktarević, J. (2021.) <i>Shizofrenija</i> , Psihološko savjetovalište psychopractice, raspoloživo na: https://jasnabajraktarevic.com/shizofrenija/ (pristupljeno 29.03.2024.)	2
Slika 8.3.1. Fenomen katalepsije, Izvor: Holland, N. R. (2013.) <i>Malingering and Conversion Disorder, What's the Difference?</i> , Neurology update, raspoloživo na: https://mmcneuro.wordpress.com/2013/12/09/malingering-and-conversion-disorder-whats-the-difference/ (pristupljeno 29.03.2024.)	23
Slika 10.2.1. Parkinsonizam, Izvor: Život (2018.) <i>Parkinsonova bolest kad vam život drhti: ne može se izleciti, ali se može usporiti njeno napredovanje</i> , Kurir, raspoloživo na: https://www.kurir.rs/zabava/zivot/3011927/parkinsonova-bolest-kad-vam-zivot-drhti-ne-moze-se-izleciti-ali-se-moze-usporiti-njeno-napredovanje (pristupljeno 27.03.2024.)	42
Slika 10.3.1. Prefrontalna lobotomija, Izvor: Lals (2019.) <i>Jezivi zahvati - Trepanacija – bušenje lubanje 'na živo' bila je česta praksa, najpoznatiji primjeri u Ludbregu!</i> , Sjever.hr, raspoloživo na: https://sjever.hr/2019/08/29/jezivi-zahvati-trepanacija-busenje-lubanje-na-zivo-bila-je-cesta-praksa-najpoznatiji-primjeri-u-ludbregu/ (pristupljeno 27.03.2024.)	47
Slika 10.5.1. Okupacijska terapija korisnika doma Lobar-grada, Izvor: Dom Lobar-grad (2020.) <i>Križni put u domu Lobar – grad</i> , Lobar grad, Dom za odrasle osobe, raspoloživo na: https://www.lobor-grad.hr/novosti.html (pristupljeno 27.03.2024.)	51

Popis tablica

Tablica 9.1.1. Simptomi iz grupe od „A“ do „D“, Izvor: Mimica, N. (2006.) <i>Klasifikacija shizofrenije</i> , Medix – specijalizirani medicinski dvomjesečnik, raspoloživo na: https://www.researchgate.net/profile/NinoslavMimica/publication/299533754_Klasifikacija_shizofrenije/links/5f15f030a6fdcc3ed718f242/Klasifikacija-shizofrenije.pdf (pristupljeno 27.04.2024.)	28
Tablica 9.1.2. Simptomi iz grupe od „E“ do „H“, Izvor: Mimica, N. (2006.) <i>Klasifikacija shizofrenije</i> , Medix – specijalizirani medicinski dvomjesečnik, raspoloživo na: https://www.researchgate.net/profile/NinoslavMimica/publication/299533754_Klasifikacija_shizofrenije/links/5f15f030a6fdcc3ed718f242/Klasifikacija-shizofrenije.pdf (pristupljeno 27.04.2024.)	29
Tablica 10.1.1.1.1. Tipični antipsihotici, Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). <i>Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V</i> , Naknada Slap, 2013., str. 1 – 980	32
Tablica 10.1.1.1.2. Atipični antipsihotici, Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). <i>Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V</i> , Naknada Slap, 2013., str. 1 – 980	35
Tablica 10.1.3.1. Stabilizatori raspoloženja A i B klase, Izvor: Mihaljević-Peš, A., Šagud, M., Jakovljević, M. (2002.) <i>Antiepileptici kao stabilizatori raspoloženja</i> , Klinika za psihijatriju, KBC Rebro, Medicus, Zagreb, Izdanje 11, Broj 2, str. 171-175, raspoloživo na: https://hrcak.srce.hr/file/31261 (pristupljeno 27.03.2024.)	40
Tablica 10.2.1. Neneurološke nuspojave antipsihotika, Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). <i>Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V</i> , Naknada Slap, 2013., str. 1 – 980	41
Tablica 10.2.1.1. Nuspojave pojedinog tipičnog antipsihotika, Izvor: Rašan, P. (2023.) <i>Shizofrenija – tipovi, razvoj i liječenje</i> , Pregledni rad, Filozofski fakultet u Zagrebu, Odsjek za psihologiju, Zagreb, raspoloživo na: https://hrcak.srce.hr/file/448673 (pristupljeno 27.03.2024 .	43
Tablica 10.2.3.1. Nuspojave antidepresiva, Izvor: Luderer, H. J. (2006.) <i>Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću</i> , Naklada Slap, Prvo izdanje, 2006., str. 1 – 171	45
Tablica 11.1. Čimbenici povezani s dobrom i lošom prognozom bolesti, Izvor: Američka psihijatrijska udruga (2013). <i>Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje: DSM-V</i> , Naknada Slap, 2013., str. 1 - 980	53
Tablica 14.1.2.1. Prijašnje bolničke hospitalizacije	63
Tablica 14.1.3.1 Popis korisnikovih lijekova	64

Tablica 14.2.2.1. Prijašnje bolničke hospitalizacije	70
Tablica 14.2.3.1 Popis korisnikovih lijekova	71

Popis grafova

Graf 4.1. Dob razvoja shizofrenije kod muškaraca i žena, Izvor: Štrkalj-Ivezić, S., Horvat, K. (2017.) *Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: Definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije*, Liječnički vjesnik, 2017., Izdanje 139, Broj 7-8, str. 234 – 240, raspoloživo na: <https://hrcak.srce.hr/file/279563> (pristupljeno 27.03.2024.) 8

SveučilišteSjever

UNIVERSITY
NORTH



SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Anamarija Grozdek pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autorica završnog rada pod naslovom Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije – prikaz i usporedba slučajeva te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Studentica:

Grozdek

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Anamarija Grozdek neopozivo izjavljujem da sam suglasna s javnom objavom završnog rada pod naslovom Zdravstvena njega osoba oboljelih od shizofrenije – prikaz i usporedba slučajeva čiji sam autorica.

Studentica:

Grozdek

(vlastoručni potpis)