

Univerzitet u Sarajevu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ OSOBE SA SHIZOFRENIJOM: PRIKAZ SLUČAJA**

*Završni magistarski rad*

Kandidat: Eldina Salkić

Mentor: doc. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2018. godina

## SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. KLINIČKA SLIKA, ETIOLOGIJA I PREVALENCIJA SHIZOFRENIJE.....	4
2.1. Klinička slika shizofrenije.....	4
2.2. Etiologija shizofrenije.....	11
2.2.1. Biologijske teorije shizofrenije.....	12
2.2.1.1. Neurodegenerativna teorija shizofrenije.....	12
2.2.1.2. Neurorazvojna teorija shizofrenije.....	13
2.2.1.3. Neurotransmitterska teorija shizofrenije.....	13
2.2.2. Psihodinamske teorije shizofrenije.....	16
2.2.3. Genetika shizofrenije i čimbenici okoline.....	17
2.3. Prevalencija shizofrenije.....	18
3. SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ OSOBE SA SHIZOFRENIJOM.....	20
3.1. PRIKAZ SLUČAJA N.S.....	23
3.1.1. Historija bolesti.....	23
3.1.2. Etiologija bolesti: traumatski događaji.....	24
3.1.3. Subjektivni doživljaj simptoma.....	25
3.1.3.1. Emocionalni doživljaj.....	29
3.1.4. Kvalitet života.....	30
3.1.5. Trenutno stanje.....	31
4. TRETMAN SHIZOFRENIJE.....	34
4.1. Farmakoterapija.....	35
4.1.1. Dugodjelujući injekativni antipsihotici.....	38
4.2. Psihosocijalne intervencije.....	40
4.2.1. Psihoterapija.....	40
4.2.1.1. Kognitivno-biheviornalna terapija (KBT).....	41
4.2.2. Obiteljske intervencije.....	42
4.2.3. Profesionalna rehabilitacija.....	43
5. ZAKLJUČCI.....	44
LITERATURA.....	47
PRILOG.....	54

## Subjektivni doživljaj osobe sa shizofrenijom: prikaz slučaja Eldina Salkić

Cilj ovog rada je opisati subjektivni doživljaj osobe sa shizofrenijom, tj. kako oboljeli od shizofrenije doživljava svoje stanje. Kako bismo razumjeli doživljaj osobe sa shizofrenijom, važno je da razumijemo koji su to uzroci shizofrenije, kakva je klinička slika shizofrenije, te njena učestalost. U radu je dat prikaz slučaja sa historijom bolesti, traumatičnim iskustvima kojima je oboljela bila izložena, njenom subjektivnom doživljaju simptoma, sa posebnim fokusom na njena emocionalna stanja. Također se u radu nastojalo ispitati kakav je subjektivni doživljaj kvalitete života, te trenutnog stanja oboljele. U radu su prikazane i mogućnosti tretmana, farmakoterapije kao ključnog dijela tretmana, upotpunjene sa psihosocijalnim intervencijama. U planiranju tretmana posebni akcenat je stavljen na individualizirani pristup oboljelima. Unatoč dugogodišnjem iskustvu borbe sa shizofrenijom, te razvijenim vlastitim vještinama suočavanja s bolešću, oboljela doživljava shizofreniju kao teško oboljenje, te nije u stanju da shizofreniju doživi kao dio sebe, već je doživljava kao stranca. Oboljela sebe doživljava kao funkcionalnu osobu. Shizofreniju ne doživljava ograničavajućom u tolikoj mjeri, koliko ograničavajućom doživljava potrebu za redovnim uzimanjem lijekova.

Ključne riječi: shizofrenija, klinička slika, etiologija, prevalencija, subjektivni doživljaj, tretman

## 1. UVOD

Psihotični poremećaj ili psihozu definiramo nizom simptoma gdje su oštećeni mentalno funkcioniranje osobe, sposobnost testiranja i prepoznavanja realiteta, poremećen je afektivitet, kao i odnosi i način komuniciranja s drugima. U osnovi se radi o sindromu koji možemo naći u mnogim psihičkim poremećajima i stanjima, no nije sam za sebe specifičan. Važna je obavezna prisutnost sumanutih ideja i/ili halucinacija, a može uključivati dezorganizirano ponašanje, govor, kao i iskrivljeno doživljavanje realiteta. Kod psihotičnih poremećaja psihotična obilježja moraju postojati, i biti definirajuća (Glavina, 2017).

*Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi psihotični poremećaji* uključuju shizofreniju, druge psihotične poremećaje i shizotipni poremećaj (ličnosti). Definirani su abnormalnostima u jednoj ili više od navedenih pet domena: sumanutosti, halucinacije, dezorganizirano ponašanje (govor), jako dezorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju) i negativnim simptomima (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

*Shizofrenija* je kronična duševna bolest, klinički sindrom karakteriziran specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima, značajnim individualnim varijacijama kliničke slike, odgovora na terapiju i tijeka bolesti te često prisutnim značajnim padom funkcionalnih kapaciteta oboljelog na svim planovima – osobnom, obiteljskom, radnom i socijalnom (Ostojić, 2012).

Heterogena klinička slika bolesti može uključivati: abnormalnosti percepcije u obliku halucinatornih doživljavanja, poremećaje prosudbe determinirane sumanutim mislima i vjerovanjima, poremećaje tijeka misli koji se manifestiraju kroz poremećaj govora, redukciju emocionalne i voljne sfere i osjećaja zadovoljstva, različite kognitivne poteškoće – naročito one vezane uz memoriju i izvršne funkcije, uočljivo ponašanje bazirano na bolesnim (psihotičnim) iskustvima i oštećenom sistemu samokontrole te motoričke promjene funkcioniranja (Andreasen, 1995).

Za oboljelog od shizofrenije karakteristična je ravnodušnost spram zbilje, povlačenje u sebe, u svoj vlastiti svijet i život kojim upravljaju fantazmatski objekti, koji su vrlo često nesistematizirani (Hemsley, 2004). Osim što oboljeli od shizofrenije pogrešno tretiraju realitet, oni neadekvatno raspolažu osjećajima, mislima, voljom i raspoloženjem (Milekić, 1968).

Rezultati velikog broja epidemioloških istraživanja pokazali su da je shizofrenija univerzalan poremećaj, kako u prostoru tako i u vremenu, drugačije rečeno, incidencija i prevalencija shizofrenije ne pokazuje značajnije razlike u odnosu na prostor i vrijeme (Carroll, Boggs, O'Donnell, Shekhar i Hetrick, 2008). Prema današnjim spoznajama, gdje su poznati brojni etiološki čimbenici koji uzrokuju shizofreniju, ali se još uvijek ne zna jasan uzrok nastanka bolesti, ipak možemo zaključiti da je shizofrenija multifaktorijalno uzrokovana, tj. da u njezinom nastanku i pojavnosti sudjeluju čimbenici biološke, psihičke i socijalne prirode (Penn i Link, 2002).

Uobičajeno je prihvaćeno da je *subjektivni doživljaj* oštećen kod shizofrenije, te da poremećaj ima veliki utjecaj na subjektivni doživljaj pojedinca (Bradshaw i Brekke, 1999). Mnogi teoretičari, uključujući Kraepelina, Bleulera, Kohuta i Sullicana, vjerovali su da je oštećenje individualnog subjektivnog doživljaja središnja značajka shizofrenije. Međutim, istraživanje o subjektivnom doživljaju osoba sa shizofrenijom općenito je zanemareno. Ne postoji uobičajeno prihvaćena definicija subjektivnog doživljaja u shizofreniji, kao ni konceptualni model za razumijevanje odnosa između subjektivnog doživljaja sa drugim aspektima poremećaja, kao što su dijagnoza ili reakcija na terapiju (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel i Slade, 1993).

U svakodnevnom životu uobičajeno se ne osvrćemo, a još manje govorimo o našim perceptivnim procesima, našim osjetima tijela, našem toku misli, niti o našoj samosvijesti. Prenošenje takvih iskustava kada oni izlaze izvan "normalnog" raspona je teško, a pacijenti moraju koristiti idiosinkratske i čudne opise, često izražene u "kao da" načinu (Bovet i Gamma, 2002).

Estroff (1989) tvrdi da je proučavanje subjektivnog doživljaja oboljelih od shizofrenije ključno za razvoj potpunijeg razumijevanja poremećaja i da će olakšati integraciju iskustva oboljelih u šire razumijevanje etiologije, tijeka i liječenja shizofrenije.

Otvoreno je pitanje da li oboljeli od shizofrenije, s nedostatkom uvida u njihovu bolest i kognitivnim nedostacima, mogu procijeniti svoju situaciju i procijeniti i opisati svoje psihičko stanje, kao i pozitivne i negativne učinke lijekova koje koriste. Međutim, doživljaj oboljelog nesumnjivo je neophodan za njegovu suradnju sa zdravstvenim sistemom, kao i njegovu usklađenost s liječenjem (Larsen i Gerlach, 1996).

Cilj ovog rada je opisati subjektivni doživljaj osobe sa shizofrenijom.

U ovom radu pokušati ćemo odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kakva je klinička slika, etiologija i prevalencija shizofrenije?
2. Kako osoba sa shizofrenijom doživljava svoje stanje?
3. Koje su mogućnosti tretmana oboljelih od shizofrenije?

## 2. KLINIČKA SLIKA, ETIOLOGIJA I PREVALENCIJA SHIZOFRENIJE

### 2.1. Klinička slika shizofrenije

Težina bolesti različita je za oboljele osobe pa se često kaže kako nema dviju jednakih shizofrenija. Shizofrenija najčešće započinje u adolescenciji. Može započeti postupno, polagano, povlačenjem iz okoline, bez jasno vidljivih simptoma ili naglo, brojnim i ozbiljnim simptomima (Smoljanec, 2016).

Shizofrenija se s obzirom na prisutnost pojedinih simptoma smatra izrazito heterogenim poremećajem. Povijesno su se simptomi grupirali na nekoliko načina, a danas je najprihvaćeniji "peterodimenzionalni model" u kojem simptome možemo uvrstiti u pet skupina: pozitivne, negativne, kognitivne, afektivne i agresivne (Filaković, 2014).

Prema neurodegenerativnoj etiologiji shizofrenije, javljanje pozitivnih simptoma povezano je s pojačanom neuralnom aktivnošću, a negativnih s odumiranjem neurona, što je posljedica rezidualnog »izgaranja« uslijed ekscesivne ekscitatorne neurotransmisije (Stahl, 2008). Pozitivni simptomi održavaju iskrivljavanje psihičkih funkcija (sumanute ideje i halucinacije) a negativni su simptomi posljedica smanjenja ili gubitka normalnih psihičkih funkcija ili aktivnosti (alogija, abulija, anhedonija itd.). Pozitivni simptomi su dominantni u akutnim fazama shizofrenije, a negativni su simptomi karakteristični za kroničnu shizofreniju (Sedić, 2007).

*Pozitivni simptomi* shizofrenije su: sumanutosti, halucinacije, distorzije govora i komunikacije, dezorganiziran govor, dezorganizirano ponašanje, katatonija i agitacija. *Negativni simptomi* shizofrenije su: zaravnjen afekt, emocionalna udaljenost i hladnoća, oslabljen emocionalni odgovor, pasivnost, asocijalnost (socijalno povlačenje), manjak spontaniteta, poteškoće apstraktnog mišljenja, stereotipno mišljenje, alogija (smanjena fluentnost i produktivnost govora), avolicija (oslabljena želja, motivacija i ustrajnost u započinjanju cilju usmjerenog ponašanja i postizanja željenih ciljeva), anhedonija (smanjena mogućnost postizanja osjećaja zadovoljstva) i oštećenje pažnje (Filaković, 2014).

Afektivne promjene u shizofreniji mogu biti u sklopu duševnoga poremećaja ili pod utjecajem klasičnih antipsihotika i kronične institucionalizacije. Afektivna konstrikcija odnosi se na redukciju emocionalne ekspresije, afekt nema dubinu, oboljeli nije u afektivnoj interakciji s okolinom. Zaravnjeni afekt je ekstremni oblik zastrtog afekta kod kojega nema govora tijela. Neadekvatan afekt je mješavina misli i osjećaja (oboljeli s osmjehom opisuje neki traumatični događaj) (Begić, Jukić i Medved, 2015). Afektivna inverzija se očituje kao paratipija (ono što bi trebalo dovesti do radosti oboljelog, dovodi do žalosti i obrnuto) i paramimija (oboljeli afektivno doživljava nešto što mimikom sasvim drukčije pokazuje) (Sedić, 2006).

Negativni simptomi mogu biti primarni (tada predstavljaju bazične simptome shizofrenije) i sekundarni (u odnosu na pozitivne simptome – ako se javljaju u sklopu depresivnih simptoma ili socijalne deprivacije te ako su posljedica ekstrapiramidnih negativnih popratnih pojava terapije antipsihoticima) (Kirkpatric, Fenton, Carpenter i Marder 2006).

*Kognitivni simptomi* uključuju: poremećaj mišljenja, nekoherentan govor, gubitak asocijacija, neologizme (»novostvorene« riječi), oštećenje pažnje i oštećenje procesuiranja informacija.

*Agresivni simptomi* obuhvaćaju: hostilnost, verbalnu i fizičku agresivnost, autodestruktivno ponašanje, uključujući i suicidalno, sklonost oštećivanju imovine, impulzivnost, seksualno nepredvidivo reagiranje, i često se mogu preklapati s pozitivnim simptomima. Stoga procjena suicidalnog rizika oboljelog, ali i heterodestruktivnih potencijala, mora biti neophodnim dijelom svakodnevne kliničke prakse (Stahl, 2008).

*Afektivni simptomi* uključuju: depresivno raspoloženje, anksioznost, osjećaj krivnje, napetost, iritabilnost, zabrinutost. Iako su često prisutni u shizofreniji, navedeni simptomi mogu ukazivati i na postojanje »paralelnih« afektivnih i anksioznih poremećaja (Rapado-Castro, Soutullo, Fraguas, Aragano, Paya i Castro-Fornieles, 2010).



Shizofreni poremećaj se najčešće ispoljava kroz dva klinička entiteta: akutni i hronični sindrom. Akutni sindrom u osnovi predstavlja sindrom u kome dominiraju kliničke karakteristike koje se odnose na pozitivne simptome shizofrenije. Hronični shizofreni sindrom karakterišu psihopatološki fenomeni koji se nazivaju negativnim simptomima (Đorđević, 2016).

Klinički tijek poremećaja je heterogen, dok kod nekih prevladavaju pozitivni simptomi, kod drugih su više izraženi negativni simptomi. Neki bolesnici samo povremeno imaju blage simptome, dok kod drugih cijelo vrijeme perzistiraju simptomi koji zahtijevaju učestalo ili stalno bolničko liječenje (Fenton i McGlashan, 1991).

Klinička shizofrenija je dinamički poremećaj koga karakterišu promjenljivost simptoma i toka. Simptomi shizofrenije obuhvataju poremećaje mišljenja po formi i sadržaju, perceptivne poremećaje, poremećaje emocija i afektiviteta, kao i poremećaje psihomotorike i ego funkcija. Svi simptomi se mogu podijeliti i prema karakterističnim sindromima koji se javljaju u sklopu shizofrenije a to su:

- 1) *Sindrom distorzije realiteta* je u bliskoj vezi sa poremećajima mišljenja i opažanja. Ovaj sindrom podrazumijeva tzv. produktivne ili pozitivne simptome bolesti (sumanute ideje i halucinacije), a karakterističan je za paranoidnu SCH (Jakovljević, 2001).

*Halucinacija* je percepcija nečeg što ne postoji a smatra se zbiljskim (Vinković, 2017). Halucinacije su kvalitativni poremećaji opažanja kod kojih ne postoji podražaj, a oboljeli se ponaša kao da postoji. Halucinacije mogu biti vezane za bilo koji osjet, a najčešće su slušne, potom vidne i cenestetičke. Slušne se javljaju u obliku tona, zvuka, zvižduka i u obliku glasova. Obično su to glasovi koji oboljelog komentiraju, vrijeđaju, naređuju mu. Vidne mogu biti fotomi i vizije. Fotomi su najčešće bljeskovi svjetla i žarke boje, a vizije su halucinacije u obliku različitih slika i scena. Cenestetičke halucinacije vezane su za tjelesne osjete (oboljeli ima osjećaj kao da mu neko dodiruje unutarnje organe). Mirisne okusne i dodirne

halucinacije kod shizofrenije su rjeđe (Begić, 2011). Halucinacija nije samo poremećaj ona je veoma složen doživljaj (Vinković, 2017).

*Sumanutosti* su fiksirana kriva uvjerenja, ne mogu se racionalno korigirati i nisu sukladna s kulturalnim iskustvom pojedinca. One mogu biti relativno ograničene ili mogu utjecati na sve aspekte funkcioniranja oboljelog (Begić, 2015). Karakteristično za sumanute ideje je da su one vrlo uporne (prolazne – u vremenskom periodu dok traju) i da se ne mogu korigirati ili odbaciti uobičajenim suočavanjem sa činjenicama ili dokazima. Sumanute ideje mogu biti: sumanute ideje odnosa, ekspanzivne ideje, ideje krivnje ili bezvrijednosti, nihilističke ideje, sumanute hipohondrijske ideje, religiozne ideje, ideje ljubomore, erotomanske ideje i sumanutosti kontrole (Moro i Frančišković, 2011).

- 2) *Sindrom povlačenja iz stvarnosti*: simptomi mogu da se razvijaju postepeno (na primjer kod simplex formi) ili naglo (kod katatone shizofrenije). Povlačenje iz stvarnosti je gotovo uvijek u vezi sa kidanjem afektivnih veza oboljelog sa njegovom okolinom ili sa zastrašujućim doživljajem okoline što rezultira autizmom i katatonim stuporom (Jakovljević, 2001). Povlačenje iz realnosti zatvaranje u vlastiti shizofreni svijet pun želja, fantazija, simbolike nazivamo autizam. U autističkom stanju oboljeli ignoriraju realnost i žive u svom vlastitom svijetu, često punom neočekivanih zbivanja. Katatoni stupor je stanje potpune motoričke blokade kada oboljeli ne govori niti reagira na vanjske podražaje, ne uzima hranu, nezainteresiran je za svoju okolinu (Vinković, 2017).
- 3) *Sindrom psihičke dezorganizacije i dezintegracije*: prema mnogim autorima suština shizofrenije je u dezorganizaciji psihičkih funkcija i intrapsihičkoj ataksiji koje uzrokuju dezintegraciju ličnosti. Stranski ukazuje da je intrapsihička ataksija posljedica nesklada između nekih psihičkih funkcija (mišljenja, emocija, percepcije i volje) što se manifestuje dezorganizovanim, disfunkcionalnim mišljenjem, ideoafektivnom disocijacijom, afektivnom dezorganizacijom i dezorganizovanim ponašanjem (Jakovljević, 2001). Unutar afektivne dezorganizacije nalazi se afektivna inverzija (koja se očituje kao paratimija i paramimija) i afektivna ambivalencija (istodobna prisutnost suprotnih emocija). Paratimija označuje

promjenu afekta tako da ono što bi trebalo dovesti do radosti, u oboljelom izaziva žalost i obrnuto, dok je paramimija fenomen kada bolesnik afektivno doživljava nešto što mimikom sasvim drugačije pokazuje (kad je tužan smije se). U sklopu dezorganiziranog i disfunkcionalnog mišljenja najčešće se događa: disocijacija ili rascijepljenost misli (oboljeli dijelove svojih misli oblikuju na osnovi slučajnih asocijacija tako da su misli nepovezane; između misli ne postoji sklad povezanosti već salata od riječi), raspad pojmova (pojmovi se slijevaju jedan u drugi, dobivaju nova značenja), mehanizam kondenzacije (povezivanje ideja koje imaju nešto zajedničko bez obzira na logičnost), proces zamjene i istiskivanja ispravnog pojma (asocirana ideja zamjenjuje ispravnu ideju), simbolizam i ideoafektivna disocijacija (nesklad između mišljenja i emocija) (Sedić, 2007).

- 4) *Sindrom psihičkog osiromašnja i propadanja* podrazumijeva negativne ili deficitarne simptome shizofrenije. Ovi simptomi podrazumijevaju smanjenje raznolikosti i jačine emocionalnog izražavanja (emocionalna zaravnjenost i afektivna tupost, kao i anhedonija), smanjenje brzine i bogatstva misli i govora (alogija), slabljenje volje i podsticaj ka cilju usmjerenim ponašanjem (avolicija, amotivacija i socijalno povlačenje).

Drugi (nespecifični) simptomi u shizofreniji su anksioznost, depresija, agresivnost, autodestruktivnost i suicidalnost, kao i seksualne disfunkcije (Jakovljević, 2001). Kada govorimo o kliničkoj slici i simptomima shizofrenije važno je pomenuti da je Crow izvršio podjelu na dva sindroma. *Shizofreni sindrom tip I* naglo počinje, ima pozitivne (produktivne) simptome, dobro reagira na farmakoterapiju i ima povoljnu prognozu. *Shizofreni sindrom tip II* počinje postupno, s negativnim simptomima, slabije reagira na terapiju, ima lošiju prognozu (Crow, 1980).

U opisu kliničke slike danas se, za razliku od razdoblja prije 30 do 40 godina, mora voditi računa da treba razlikovati različite faze bolesti (Frančišković, 2009). Najčešće se upotrebljava podjela shizofrenije na premorbidnu fazu, prodromalnu fazu, psihotičnu fazu i post-psihotičnu ili rezidualnu fazu.

*Premorbidna faza* je razdoblje u kojem nema znakova bolesti (Smoljanec, 2016). Oboljeli od shizofrenije pokazuju jasne premorbidne kognitivne, emocionalne i bihevioralne karakteristike. Prisutne su promjene u ponašanju poput povlačenja i izolacije, sporiji psihomotorni razvoj, slabije kognitivno funkcioniranje, poremećaji pažnje, smetnje govora, blaža neurološka odstupanja i emotivna udaljenost. Što je lošije premorbidno funkcioniranje ranije se javljaju psihotične epizode, jače su izraženi negativni i kognitivni simptomi (Sadock i Kaplan, 2014).

*Prodromalna faza* prethodi bolesti (Štrkalj-Ivezić i Bauman, 2009). U toj fazi javljaju se nespecifični simptomi poput depresije, anksioznosti, iritabilnosti, smanjenja koncentracije i poremećaja spavanja, opsesivnog ponašanja, zloupotrebe sredstava ovisnosti, magijskog mišljenja, paranoidnih ideja (Koić i Ivanušić, 2014). Prodromalnu fazu susrećemo u 75% oboljelih i ova faza prethodi psihotičnim simptomima. Trajanja ove faze su dvije godine. Prodromalna faza nalik je adolescentskoj krizi i stoga ju se može razlučiti ukoliko su prisutni sljedeći znakovi:

a) značajna socijalna izolacija ili povlačenje; b) značajno oštećeno socijalno funkcioniranje i obavljanje zadataka; c) značajne posebnosti u ponašanju; d) značajno zapuštanje osobne higijene i izgleda; e) zaravnjen ili neprimjeren afektivitet; f) digresivan, nejasan, preopširan (pretjerano elaborirajući) ili cirkumstancijalan govor ili osiromašenje govora; g) čudna vjerovanja ili magijsko mišljenje; h) neuobičajni perceptivni doživljaji i iskustva; i) značajan nedostatak inicijative, interesa ili energije (Sadock i Kaplan, 2014).

Tijekom aktivne faze, koja se najčešće javlja između 20. i 30. godine života, javlja se i *prva psihotična epizoda*. Ona može početi vrlo naglo, a glavno je obilježje te faze izmjena epizoda egzacerbacije i remisije (Koić i Ivanušić, 2014). Nastaje pojavom psihotičnih simptoma, a to su najčešće kriva vjerovanja (deluzije, bolesne ideje) te halucinacije, većinom slušne praćene uznemirenošću, nesanicom i drugim simptomima (Begić, 2011). U prvoj psihotičnoj epizodi jasno su izraženi pozitivni simptomi ali su prisutni i negativni simptomi. Ovoj fazi svakako mora prethoditi barem jedna epizoda shizofrenije. Može označavati prijelaz između psihotične epizode i remisije ili označavati

kronifikaciju poremećaja. Na kronifikaciju svakako utječu i upozoravaju ponavljajuće psihotične epizode (Sadock i Kaplan, 2014).

*Faza stabilizacije* nastaje kada se akutni simptomi povuku ili su blaži pa osoba može boraviti izvan bolnice. Faza stabilizacije može trajati više godina, iako je često prekidaju faze povratka u akutnu fazu (Štrkalj-Ivezić i Bauman, 2009).

*Kronična ili rezidualna faza* je stanje nakon završetka akutne faze bolesti (Begić, 2011). U kroničnoj ili rezidualnoj fazi najzastupljeniji su deficitarni simptomi, afektivna i kognitivna oštećenja, te dolazi do značajnog psihosocijalnog propadanja i nemogućnosti normalnog funkcioniranja (Koić i Ivanušić, 2014).

## 2.2. Etiologija shizofrenije

Postoji niz hipoteza o nastanku shizofrenije, no etiopatogeneza je i dalje nedovoljno razjašnjena (Grošić, 2014). Shizofrenija ima multifaktorijalnu etiopatologiju koja se odnosi na organski (biološki), psihodinamski i socijalni moment razboljevanja, ali se ne može sa sigurnošću reći šta je to što uzrokuje razvoj bolesti (Timotijević i Stefanović, 2003).

Etiološke teorije shizofrenije mogu se podijeliti na monoteorije (genetske, neurorazvojne, socijalne, psihološke, psihodinamske itd.), koje nisu uspjele u potpunosti objasniti princip nastanka ove bolesti, teorije višestrukog uzroka (dvostrukog i trostrukog udara), koje su danas najzastupljenije, te holističke teorije (Filaković, 2014).

U objašnjenju etiologije shizofrenije među brojnim teorijama danas su najzastupljenije teorije dvostrukog ili trostrukog udara, tj. dijateza-stres model. U tom modelu neurorazvojno oštećenje koje je posljedica perinatalne infekcije ili hipoksije predstavlja glavni predisponirajući faktor, odnosno osnovu za razvoj poremećaja (prvi udar) koji će se razviti tek kasnije tijekom adolescencije, nakon izlaganja nekom psihološkom stresu (drugi udar). Nakon pojave bolesti, svaka epizoda egzacerbacije predstavlja treći udar (Koić i Ivanušić, 2014).

Glavne hipoteze o etiologiji shizofrenije su promjena genetske ekspresije, neuroimunološka teorija, hipotoksično oštećenje mozga prenatalno i perinatalno, što uključuje neurorazvojnu teoriju te neurodegenerativnu teoriju mozga. Činjenica je kako se danas sa sigurnošću može reći da se shizofrenija češće pojavljuje u krvnih srodnika, pa to upućuje na genetičke čimbenike. Sasvim je nezaobilazna i mogućnost psihodinamičkog i psihosocijalnog etiološkog čimbenika u čemu bi psihotrauma (izravna ili kao posljedica već determiniranoga biološkog stanja) u najranijoj dobi imala za posljedicu duboki poremećaj ega uz korištenje najprimitivnijih obrambenih mehanizama (Frančišković, 2009).

Povećana učestalost shizofrenije u nekim obiteljima govori u prilog genetskih čimbenika. Studije na monozigotnim blizancima upućuju na postojanje velike konkordantnosti (40-50%), dok je u dizigotnih blizanaca konkordantnost 10% (Metsänen, Wahlberg, Saarento, Hakko, Tarvainen i Koistinen, 2005).

Premda se od molekularne genetike već dugo očekuje da identificira gene koji uzrokuju shizofreniju dosadašnja potraga još nije dala željene rezultate, postoji izrazito veliki broj kandidata gena (Barbato, 1998).

### *2.2.1. Biološke teorije shizofrenije*

Biološke teorije shizofrenije mogu se podijeliti na neurodegenerativne, neurorazvojne i neurotransmitske teorije (Sadock i Kaplan, 2007). Otkriće antipsihotika pridonijelo je još većem razvoju bioloških teorija jer ispravljanjem disfunkcije mozga pomoću antipsihotika, nastupila je i korekcija abnormalnog ponašanja (Rao, 2012).

#### *2.2.1.1. Neurodegenerativna teorija shizofrenije*

Davno je Kraepelin postavio temelje ovoj teoriji nazvavši shizofreniju *dementia praecox* (Folnegović, 2016). U prilog neurodegenerativnoj hipotezi govore brojne neuroradiološke studije koje su pokazale smanjeni volumen mozga, odnosno redukciju sive moždane tvari u području temporalnog korteksa, hipokampusa i amigdala te proširenje lateralnih ventrikula u oboljelih od shizofrenije (Crespo-Facorro, Roiz-Santiáñez, Pelayo-Terán, González-Blanch, Pérez Iglesias i Gutiérrez, 2007). Shizofrenija nastaje kao rezultat progresivnog gubitka neurona apoptozom, gliozom i demijelinizacijom (Sadock i Kaplan, 2007). Smanjenje broja neurona najzastupljenije je u subkortikalnom dijelu mozga za razliku od klasičnih neurodegenerativnih poremećaja u kojima se gubitak neurona veže uz koru mozga (Kochunov i Hong, 2014).

Ova teorija temelji se na pretpostavci o degeneraciji GABA neurona u limbičkom i prefrontalnom korteksu koja je posljedica hiperaktivacije glutamata. U adolescenata s ranim početkom poremećaja prisutan je ubrzani gubitak sive tvari u mozgu u usporedbi sa zdravim ispitanicima. Rezistencija na liječenje u oboljelih s prodromalnom fazom poremećaja koja se nastavlja ponavljajućim epizodama s progresivno sve težim tijekom, upućuje na neurodegenerativne promjene. U kontekstu neurodegenerativne teorije, danas se sve više govori o redukciji kortikalnog neuropila uz očuvan apsolutni broj neurona. Pod neuropilom se podrazumijeva područje korteksa mozga kojeg čine aksoni, dendriti i

sinaptički završeci. Osobito je zahvaćen neuropil dorzolateralnog prefrontalnog korteksa (DLPFC) (Sadock i Kaplan, 2007).

### *2.2.1.2. Neurorazvojna teorija shizofrenije*

Neurorazvojna teorija podrazumijeva biološku predispoziciju za razvoj shizofrenije i datira još od vremena Kraepelina (Grošić, 2014). Predispozicija za razvoj poremećaja nastaje zbog prirođenih ili stečenih oštećenja mozga tijekom ranog odrastanja.

Prema neurorazvojnoj hipotezi, dva su životna razdoblja ključna za razvoj shizofrenije. Prvo je fetalno doba, kada dolazi do nepravilnosti u razvoju neurona, a drugo je doba adolescencije, kada se fiziološki smanjuje broj sinapsi i dolazi do odumiranja suvišnih neurona. U zdravih osoba ovim procesom povećava se djelotvornost neurotransmisije, međutim u prethodno oštećenom središnjem nervnom sistemu tijekom ovog procesa dolazi do uspostavljanja nefunkcionalnih, odnosno patoloških veza između preostalih neurona. Oštećenja sinapsi rezultiraju pogrešnim prenošenjem signala zbog čega se javljaju sumanutosti i halucinacije (Mitterauer, 2007).

Teorija dvostrukog udara (eng. „two-hit“ hypothesis) govori o shizofreniji kao posljedici poremećaja u razvoju mozga koji se odigrava u dvije faze: rana-intrauterina i kasna adolescentna faza. Ova teorija objašnjava da je na temelju genetske ili stečene vulnerabilnosti narušena migracija neurona u mozgu fetusa u ranoj fazi drugog trimestra trudnoće. Kao posljedica ovih oštećenja u mozgu dolazi do povećanja lateralnih komora, redukcije sive tvari i povezujućih tkiva, pojačane mikrogljarne aktivnosti i neurotransitorskog disbalansa. Posljedično nastaju smetnje u psihomotornom razvoju, razvoju govora, komunikaciji s okolinom i stjecanju socijalnih vještina (Andreasen, 1999).

### *2.2.1.3. Neurotransmitterska teorija shizofrenije*

Ova teorija temelji se na tome da je shizofrenija posljedica disfunkcije neurotransitorskog sistema u mozgu. Opisane su promjene u regulaciji gotovo svih neurotransitorskih sistema: serotoninski, dopaminski, adrenergički, acetilkolinski, te sistem GABA i glutamata (Laruelle, 2014). Disregulacija/disfunkcija može nastati na



različitim razinama: sintezi neurotransmitora, pohranjivanju, oslobađanju, ponovnoj pohrani i inaktivaciji, metabolizmu, broju i strukturi presinaptičkih i postsinaptičkih receptora, broju transportera, te na razini postreceptorskih signalnih putova (Cousijn, Haegens, Wallis, Near, Stokes i Harrison, 2014).

Najviše se spominje dopaminska hipoteza koja povezuje shizofreniju s pretjeranom aktivnošću dopamina (Siekmeier i vanMaanen, 2014). Dopaminska teorija zagovara stav da hiperaktivnost dopaminergičnog sistema može izazvati pozitivne simptome shizofrenije (sumanute ideje i halucinacije), dok hipoaktivnost ovog sistema dovodi do negativnih simptoma shizofrenije (Filaković, 2014). U početku se smatralo da povećana aktivnost mezolimbickog dopaminskog puta dovodi do pojave pozitivnih simptoma, dok supstance koje djeluju antagonistički na D2 receptore smanjuju te simptome. Novija istraživanja nisu u potpunosti potvrdila prethodno navedenu povezanost dopaminske aktivnosti i simptoma shizofrenije. Naime, nova istraživanja više su sklona tome da je riječ o diseregulaciji dopamina u mezokortikalnim projekcijama dopaminergičkih neurona u moždanu koru i time su potaknula reviziju dosadašnje dopaminske hipoteze (Michealraj, Jatana, Jafurulla, Narayanan, Chattopadhyay i Thelma, 2014).

Mezokortikalnoj regiji pripisuje se odgovornost za negativne simptome shizofrenije koji se javljaju kao posljedica hipofunkcije dopamina. Nigrostrijatalni put (od substancie nigre prema bazalnim ganglijima) dovodi se u svezu s nastankom motoričkih nuspojava kod jače blokade dopamina antipsihoticima (ekstrapiramidalne nuspojave). Mehanizam djelovanja antipsihotika temelji se na blokadi D2 receptora, a za terapijski učinak potrebno je da više od 65% lijeka bude vezano za receptore. Danas ne postoji niti jedan antipsihotik koji ne djeluje na dopaminske receptore (Madras, 2013).

Iako je dopaminska hipoteza najzastupljenija, najstarijom se smatra serotoninaska hipoteza shizofrenije i ona datira od 1952. godine (Eggers, 2013). Smatra se da serotoninaski sistem ima značajnu ulogu u nastanku pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije jer je riječ o abnormalnosti kortikalnih serotoninaskih receptora, te poremećaju njihove aktivacije

u prefrontalnom korteksu, kao i polimorfizmu gena za serotoninske receptore (Fukuda, 2014).

Smatra se da noradrenalin također ima ulogu u patofiziologiji shizofrenije, iako su rezultati studija nedovoljno konzistentni da bi potvrdili ovu hipotezu (Leszczyńska-Rodziewicz, Czerski, Kapelski, Godlewski, Dmitrzak-Weglarz, Rybakowski i Hauser, 2002). Neurodegeneracija u području noradrenergičkog sistema nagrade povezuje se s anhedonijom koja je prominentni negativni simptom shizofrenije. S druge strane, pojačana aktivnost noradrenalina dovodi do pogoršanja pozitivnih simptoma shizofrenije, u prvom redu agitiranosti oboljelog (Laruelle, Frankle, Narendran, Kegeles i Abi-Dargham, 2005).

Kolinergička hipoteza temelji se na činjenici da acetyl-kolin pokazuje inhibitory učinak na oslobađanje dopamina u bazalnim ganglijima. Centralni acetyl-kolin igra bitnu ulogu u procesima detekcije, selekcije i procesiranja stimulusa, te ima ulogu u filtraciji i alokaciji drugih procesa koji su važni u usmjeravanju pažnje. Hiperaktivnost kolinergičkog sistema pridonosi nastanku negativnih simptoma shizofrenije i pogoršava pozitivne simptome (Stahl, 2013).

Glutaminergička hipoteza temelji se na zapažanjima da NMDA antagonisti poput fenciklidina izazivaju simptome slične shizofreniji poput halucinacija, poremećaja mišljenja, negativnih simptoma i kognitivnog deficita (Grošić, 2014). Glutaminergički sistem kontrolira oslobađanje dopamina, a abnormalnosti ovog sistema nađene su u mozgu oboljelih od shizofrenije u postmortalnim studijama. Istraživanja u prefrontalnoj i temporalnoj regiji lijeve moždane hemisfere pokazuju da se glutaminergička hiperaktivnost dovodi u svezu s produktivnim, a hipoaktivnost s negativnim i kognitivnim simptomima (Lahti, Weiler, Michaelidis, Parwani i Tamminga, 2001).

Sljedeća hipoteza govori da je shizofrenija snažno povezana s poremećajem neurotransmisije glutamata. Smatra se da je u podlozi shizofrenije hipofunkcija N-Metil-D-Aspartat (NMDA) receptora za glutamat na GABA interneuronima u prefrontalnom korteksu koja nastaje uslijed abnormalne formacije ovih receptora tijekom neurorazvoja (Laruelle i sur., 2005). Uloga GABA-e kao inhibitory neurotransmitera u patofiziologiji

shizofrenije temelji se na činjenici da je kod nekih oboljelih sa shizofrenijom smanjen broj gabaergičkih neurona u prefrontalnom korteksu, amigdalama i hipokampusu (Enomoto, Tse i Floresco, 2011).

### *2.2.2. Psihodinamske teorije shizofrenije*

Za psihodinamske teorije je značajno da polaze od pretpostavke kako je shizofrenija funkcionalna psihoza. Svoje težište stavljaju na unutarnje psihodinamske procese ili na interpersonalne odnose. Shizofrenija može biti posljedica raznih fiksacija u psihoseksualnom razvoju, psihotraume koja datira u rano djetinjstvo, konflikta ili zastoja unutar ličnosti, neprimjerenih mehanizama obrane, patološkog ili gubitničkog skriptiranja ili životnog scenarija, poremećaja vezanja za ljude i objekte, nezadovoljenih temeljnih psihosocijalnih potreba, poremećene intrapsihičke dinamike ego stanja, deficita teorije uma i iskrivljene mentalizacije, reaktivacije obrazaca mišljenja i ponašanja koji su bili adaptivni u primitivnim fazama razvoja ljudske rase (Strauss, 1974).

Rani Freudovi radovi tumače shizofreniju kao izraz regresije s faze objektnih odnosa na autoerotičnu fazu kao odgovor na vanjsku intenzivnu frustraciju, odnosno kao dezinvesticiju emocionalnosti od vanjskih figura i reprezentacija objekta. Kasniji Freudovi radovi objašnjavaju shizofreniju kao konflikt između ega i vanjskog svijeta. Freud drži da oboljeli od shizofrenije ne mogu razviti transfer (Grošić, 2014).

Freudovi radovi tumače shizofreniju u svjetlu teorije libida na način da to smatraju posljedicom regresije libida na rane faze razvoja („narcistička neuroza“). Freud shizofreniju smatra kao rezultat nesposobnosti razvijanja ili gubitka objektnih odnosa. Prvo dolazi do povlačenja libida s objekata u vanjskom svijetu, zatim se povučeni libido locira u ego uzrokujući megalomaniju ili ponekad hipohondriju, te se na kraju počinju ispoljavati psihotični simptomi u trećoj tzv. „bučnoj fazi“. U shizofreniji se tako mogu razlikovati dvije skupine simptoma: simptomi regresije i simptomi restitucije. U prvu skupinu spadaju fantazije o propasti svijeta, tjelesne halucinacije, depersonalizacija, osjećaj grandioznosti, shizofreno mišljenje, hebefreni i neki katatoni simptomi. U regresiji ne postoji osjećaj realnosti. Oboljeli ne pravi razliku između sebe i okoline. Sumanutosti i halucinacije su

simptomi restitucije i predstavljaju obnavljanje kontakta sa svijetom i pokušaj ponovnog uspostavljanja objektnih odnosa. Veliki broj simptoma u shizofreniji mogu se objasniti kao odraz ponovne aktivacije arhajskog primarnog procesa koji je način funkcioniranja nesvjesnog. Ego je u psihozi u službi Ida, stvara novi unutrašnji i vanjski svijet pod utjecajem nagonskih pulzija Ida (Folnegović, 2016).

Ovom tumačenju suprotstavljaju se Sullivan i Frieda Fromm-Reichman, koji smatraju da oboljeli od shizofrenije razvijaju intenzivan transfer. Navode da shizofrenija nastaje zbog teškoća u ranim interpersonalnim odnosima (majka-dijete), što kasnije utječe na njihov transfer. Margaret Mahler objašnjava da shizofrenija nastaje zbog nemogućnosti oboljelog da postavi granice ega između sebe i vanjskog svijeta, te drži da je to rezultat nedovoljnog tjelesnog kontakta između majke i djeteta u vrlo ranoj fazi razvoja djeteta (Grošić, 2014). Uvodi koncept konstitucionalne dijateze, te smatra da u osobe koja je predisponirana razvoju shizofrenije, okolinski čimbenici omogućavaju ili sprječavaju razvoj kliničke slike. U tom smislu objašnjava odnos majka-dijete, te se za razliku od ranijeg koncepta shizofrenogene majke govori o majci koja ne/odgovara djetetu. Postoje konstitucionalno zahtjevna i preosjetljiva djeca, s kojima majke ne mogu uspostaviti zadovoljavajući odnos. Druga mogućnost je da postoje majke koje su izvanprosječno uspješne u odgajanju takve zahtjevne i preosjetljive djece, te se tada neće razviti klinička slika shizofrenije (Robbins, 1992).

### *2.2.3. Genetika shizofrenije i čimbenici okoline*

Najnovija saznanja idu u smjeru da su stotine ili hiljade gena uključene u genuz shizofrenije, te je prema poligenetičnom multifaktorijskom modelu, shizofrenija posljedica kombiniranog djelovanja gena u interakciji s čimbenicima okoline (Franzek i Beckmann, 1998). Okolinski čimbenici prijeko su potrebni kako bi se razvila slika poremećaja. U okolinske čimbenike se ubrajaju: infektivni agensi, komplikacije u gestaciji i porodu, štetna uporaba psihoaktivnih tvari (Murray i Castle, 2009).

Virusna hipoteza već više od četrdeset godina zaokuplja pažnju i interes. Objašnjava nastanak shizofrenije infekcijom retrovirusom i pretpostavlja da se retrovirus može

ukomponirati u genom i time uzrokovati njegovu promjenu. Pri tome se mijenja genska ekspresija i razvija sklonost nastanku shizofrenije kako kod zahvaćene osobe, tako i kod njezinih sljedbenika (Muller, Riedel, Ackenheil i Schwarz, 1999).

Epidemiološke studije provedene od 70-ih godina i kasnije pokazale su korelaciju rođenja u kasnim zimskim i ranim proljetnim mjesecima i povećane incidencije shizofrenije (Brown i Susser, 2002). Jedno od mogućih objašnjenja povećanog rizika vezanog za ovo razdoblje godine je češće javljanje virusnih infekcija u majki tijekom trudnoće, s posljedičnim učinkom na neurorazvojne procese (Mednick, Machon, Huttunen i Bonett, 1988).

Kasnijem razvoju shizofrenije mogu pridonijeti komplikacije u gestaciji i porodu (Van, Butcher, Vostain, Ogura, Chow i Bassett, 2015). Geni koji su odgovorni za sklonost shizofreniji mogu promijeniti embrionalni i fetalni razvoj na način koji uzrokuje komplikacije tijekom gestacije ili u porodu. Jedna od teorija povezuje porođajne komplikacije i shizofreniju na način da bi određeni utjecaji na mozak u vrijeme embrionalnog ili fetalnog razdoblja povećali istovremeno rizik porođajnih komplikacija i kasnijeg razvoja shizofrenije (Schwartz, 2014).

Budući da se u dosadašnjim istraživanjima nije uspio u potpunosti izolirati niti jedan čimbenik, za očekivati je da će se buduća istraživanja etiologije shizofrenije najviše baviti uzajamnim međudjelovanjem genetskih i okolinskih čimbenika (Folnegović, 2016).

### *2.3. Prevalencija shizofrenije*

Cjeloživotna prevalencija shizofrenije obično se procjenjuje na 0,3 - 0,7%, iako postoje varijacije prema rasi/etnicitetu, prema državama i geografskom podrijetlu doseljenika i njihovih potomaka. Spolne razlike variraju ovisno o uzorcima i stanovništvu: primjerice, naglašeni negativni simptomi i duže trajanje poremećaja (povezano s lošijim ishodom) češći su kod muškaraca, dok definicije koje omogućuju uključivanje više simptoma vezanih uz raspoloženje i kratku pojavnost poremećaja (povezano s boljim ishodom) pokazuju podjednak rizik za oba spola (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u svijetu trenutno boluje 45 milijuna ljudi od shizofrenije (Moro i Frančišković, 2011). Godišnje se registriraju dva do četiri slučaja novooboljelih na 10000 stanovnika (Sedić, 2006).

Shizofrenija danas predstavlja ozbiljan javnozdravstveni problem te je odgovorna za 1,5 – 3 % svih zdravstvenih troškova u razvijenim zemljama (Altamura, Fagiolini, Galderisi, Rocca i Rossi, 2014). Svake godine otkrije se 2 milijuna novih slučajeva u cijelom svijetu. Prema podacima iz 2010. godine procjenjuje se da u Europi od shizofrenije boluje 5 milijuna ljudi, tj. prevalencija iznosi 1,2 % (Kaplan i Sadock, 1998) .

Početak bolesti se najčešće javlja u adolescenciji i tijekom mlađe životne dobi, u prosjeku od petnaeste do dvadeset četvrte godine života (Sedić, 2006). Naime, javljanje bolesti prije desete godine i nakon šezdesete godine iznimno je rijetko (Wenar, 2003). U muškaraca se shizofrenija javlja u ranijoj dobi. Prva hospitalizacija u muškaraca nastupi uglavnom prije 25. godine života (u više od 50 % slučajeva), a u žena između 25. i 35. godine života (Filaković, 2014). Kod žena se shizofrenija u prosjeku javlja pet godina kasnije nego kod muškaraca (Koić i Ivanušić, 2014). Žene razvijaju kliničku sliku s kasnim početkom te uz naglašene afektivne simptome i općenito povoljniju i kvalitetniju prognozu (Sedić, 2007). Shizofrenija općenito ima povoljniji tijek i bolju prognozu kod žena u odnosu na muškarce. Približno 90% bolesnika liječenih zbog shizofrenije je u dobi između 15 i 55 godina. Kad se prva epizoda shizofrenije javi nakon 45. godine života, govorimo o shizofreniji s kasnim početkom. Postoji agregacija shizofrenije unutar obitelji oboljelih, tako da srodnici u prvom koljenu imaju deset puta veću šansu obolijevanja u odnosu na opću populaciju (Jones i Buckley, 2006). Novije studije pokazuju da učestalost varira u različitim dijelovima svijeta, među pojedinim zemljama i na lokalnoj razini, odnosno u određenim populacijama. Na primjer, shizofrenija se češće javlja među stanovništvom nižeg socioekonomskog statusa u velikim gradovima (Kirkbride, 2006). Uočeno je da je shizofrenija učestalija u urbanim nego u ruralnim područjima. Stopa mortaliteta veća je kod bolesnika sa shizofrenijom nego u općoj populaciji (Altamura i sur, 2014).

### 3. SUBJEKTIVNI DOŽIVLJAJ OSOBE SA SHIZOFRENIJOM

Velika razlika postoji između (objektivnog) događaja i (subjektivnog) doživljaja. Jedno je objektivni svijet kao takav, a drugo je naša mentalna reprezentacija tog svijeta (mentalna predstava svijeta ili mentalna „slika” svijeta). Upravo ova subjektivna stvarnost utiče na način kako tumačimo događaje, sebe, druge ljude i okolnosti, samim tim utiče i na način kako se u vezi sa sobom, drugima i okolnostima osjećamo (Wadeson i Carpenter, 1976).

Do nedavno, subjektivni doživljaj oboljelog od shizofrenije o njegovoj ili njezinoj cjelokupnoj situaciji privukao je malo pozornosti (Larsen i Gerlach, 1996).

Razlozi ograničenog broja istraživanja u kojima su se tražile informacije od samih oboljelih mogu biti sljedeći: smatralo se da se o iskustvu osoba sa mentalnom bolešću može donijeti zaključak na osnovu mišljenja javnog mijenja, zbog želje za kontrolisanom metodologijom (eksperimentalna ili laboratorijska istraživanja) preko koje se dobijaju podaci, zbog potrebe da se ne vrši intruzija u živote onih osoba koje su već opterećene bolešću, zbog vjerovanja da osobe kod kojih postoji oštećenje percepcije i kognicija neće biti u stanju da pouzdano opišu svoja iskustva. Zanemarivanje mišljenja oboljelih može nastati i zbog zanemarivanja oboljelih u cjelokupnoj oblasti mentalnog zdravlja, što bi bio odraz stigme i manjeg vrednovanja osoba sa psihijatrijskim poremećajima (Wahl, 1999).

Nekoliko se stvari pojavljuju u nedostatnoj literaturi o subjektivnom doživljaju u shizofreniji. Kao prvo, ne postoji uobičajeno prihvaćena definicija subjektivnog doživljaja u shizofreniji. Drugo, nema konceptualnog modela za razumijevanje odnosa između subjektivnog doživljaja sa drugim aspektima poremećaja, kao što su dijagnoza ili reakcija na terapiju. Treće, u istraživanju subjektivnog doživljaja pojedinaca s shizofrenijom trebaju da se provode studije koje koriste i kvalitativne i kvantitativne strategije. Jedno posebno zanemareno područje je istraživanje korelata subjektivnog doživljaja. Na primjer, imamo malo empirijskog znanja o intrapersonalnim ili međuljudskim faktorima koji mogu utjecati na aspekte subjektivnog doživljaja (Brekke, Levin, Wolkon, Sobel i Slade, 1993).

Tradicionalno, istraživanje subjektivnih simptoma oboljelih od shizofrenije ograničeno je na deluzije i halucinacije, a druga abnormalna subjektivna iskustva bolesti su prilično zanemarena (Strauss, 1989).

Pod utjecajem različitih teorijskih modela, kliničari zanemaruju mnoge aspekte izvješća oboljelih, njihove implikacije za razumijevanje bolesti i procese ozdravljenja te potrebe za razvijanjem poboljšanih metoda za proučavanje subjektivnog doživljaja i osjećaja samoga sebe (Strauss i Estroff, 1989). Znanstveno proučavanje subjektivnog doživljaja nije dobro integrirano u naše cjelokupno razumijevanje shizofrenije. Potreban je holistički pristup koji širi a ne sužava područje relevantnog istraživanja na tom području (Brekke i sur, 1993).

Subjektivna iskustva shizofrenije i srodnih poremećaja pružaju osnovu za razumijevanje tih poremećaja i za razumijevanje pojedinaca koji ih imaju (Strauss i Estroff, 1989). Nikada ne čujemo prvo halucinirani glas koji prijete oboljelom, niti uočavamo deluziju osim u izvješću oboljelih. Čak i kad pretpostavimo da se promatrano ponašanje temelji na deluzionalnoj osnovi, oslanjamo se na izjavu osobe za provjeru valjanosti. Također ovisimo o subjektivnom doživljaju osobe kako bismo pojasnili psihološke procese koji povezuju misli i ponašanja (Strauss i Estroff, 1989).

Na temelju izvještaja oboljelih o njihovim iskustvima simptoma, na primjer, deluzija i halucinacija, temeljimo naše pojmove dijagnostičkih kategorija, dijagnoza koje postavljamo i razvoj etioloških formulacija. Stoga, izvješća oboljelih o njihovim iskustvima pružaju temelje za proučavanje poremećaja, a time i njegovih bioloških, razvojnih i društvenih korelacija (Strauss, 1989).

Neki od primjera različitih, primarno kvalitativnih metoda koje se mogu koristiti za proučavanje subjektivnog doživljaja u shizofreniji uključuju slušanje oboljelih i njihovih obitelji kroz osobne iskaze, eseje, poezije i komentare, kao i sudjelovanje na informativnim sjednicama koje provode pojedinci s poremećajem, priznaju se kao važni izvori informacija o shizofreniji.



Literatura o subjektivnom iskustvu usmjerena je na dva područja: narativne opise iskustva bolesti i empirijske studije koje ukazuju na negativan utjecaj bolesti na identitet, self-koncept i samopoštovanje. Ukratko, relativno je malo empirijskog razumijevanja čimbenika koji utječu na aspekte subjektivnog doživljaja u shizofreniji.

Čini se da subjektivni doživljaj dosljedno utječe na ukupnu težinu simptoma i, u manjoj mjeri, na intrapsihičke deficite. Drugo, čini se da postoje jedinstveni obrasci prediktora koji utječu na svaku dimenziju subjektivnog doživljaja. Psihosocijalno funkcioniranje, posebno društvene i neovisne životne sposobnosti, također utječu na aspekte subjektivnog doživljaja (Bradshaw i Brekke, 1999).

Za bolje razumijevanje subjektivnog doživljaja osobe sa shizofrenijom u nastavku rada će biti prikazan slučaj osobe oboljele od shizofrenije, te izvješća oboljele o subjektivnom doživljaju shizofrenije prikupljena putem polustrukturiranog intervjua.

### *3.1. PRIKAZ SLUČAJA N.S.*

*„Ja, N.S. pišem svoju oporuku da od davne 1993. godine imam glasove u glavi i niz godina me zlostavljaju kao i danas, predstavljaju se da su policija i da imaju pravo da me vrijeđaju, zlostavljaju, uznemiravaju najgadnijim riječima i sa tim me navode dajući mi do znanja da imam odašiljač u glavi i vrijeđaju me toliko da žele da se ubijem“ (N.S., 51 godina)*

#### *3.1.1. Historija bolesti*

Oboljela N.S. rođena 1967. godine. Oboljela ima dijagnozu F20.9, odnosno dijagnozu shizofrenija. Prvi simptomi se javljaju 1993. godine tijekom ilegalnog rada u Austriji, a uključivali su slušne halucinacije (plač djece, lomljenje čaša, pomjeranje kreveta). Oboljela je liječena prvi put u Austriji kao izbjeglica u Innsbrucku, liječena je na psihijatrijskoj klinici sa dijagnozom paranoidno halucinatorna psihoze, shizofrenije. Oboljela je bila hospitalizirana u trajanju od dva i pol mjeseca. Izvještava da niko u porodici nije bolovao od ove ili bilo koje druge psihičke bolesti.

Kod oboljele su vidno izraženiji pozitivni simptomi shizofrenije u odnosu na negativne. U komunikaciji sa oboljelom nema vidljivo izraženih kognitivnih simptoma, niti agresivnih. Na osnovu izvješća oboljele može se zaključiti o izraženosti afektivnih simptoma: depresivnom raspoloženju, anksioznosti, osjećaju krivnje, napetosti te zabrinutosti.

Nakon povratka u Bosnu i Hercegovinu oboljela je u redovitom tretmanu Zyprexom 10mg 3x1. U posljednjih godinu dana u tretman su uključeni dugodjelujući injektivni antipsihotici. U više navrata oboljela je pokušala suicid (popila varikinu, uključivala se u struju), te je imala dva pokušaja suicida vješanjem. Od 1996. godine se liječi zbog shizofrenog procesa sa depresivno suicidalnim krizama. U periodu od 1997. do 2001. godine oboljela nije imala nikakvih znakova bolesti. Izgubila je posao zbog bolesti. Posljednja psihotična epizoda se javila u februaru 2018. godine.

Dakle, radi se o shizofrenom procesu sa paranoidnom halucinatornom simpomatologijom uz suicidalne pokušaje u više navrata na najbizarnije načine.

### *3.1.2. Etiologija bolesti: traumatski događaji*

Iz sadašnje perspektive svoje stanje i razvoj cjelokupne situacije oboljela pripisuje okolnostima u kojima se tad našla, jer je radila ilegalno u inostranstvu, što je kod nje izazivalo veliki strah, i nije bila u mogućnosti da izlazi bilo gdje već je bila zarobljena u jednoj sobi. Tijekom intervjua sa oboljelom, i razgovora o njenom djetinjstvu i ranim iskustvima, prvo za što navodi da joj je teško palo je smrt njene majke, kada je imala 16 godina. Kada se to desilo oboljela nije spavala ukupno pet noćih i pet dana. Tada je prvi put čula glas svoje majke kako joj se obraća i kako je doziva.

*„ Nikad se nisam pomirila sa smrću moje mame, jer moja majka je imala težak život i patnju, i kao dijete, a i kada se udala za mog oca koji je pio.“*

O tome da li je majka za vrijeme trudnoće bila izložena nekom jakom stresoru, oboljela nije upoznata.

Svoje djetinjstvo oboljela opisuje kao nesretno, navodeći da nije imala slobodu, bila je zgrčena i zatvorena. Odrasla je sa četiri brata koji su stariji od nje. U to vrijeme kako oboljela navodi, djeca su bila odgajana nekim drugim pogrešnim odgojnim mjerama. Na pitanje o odnosu sa braćom, ispričala je jedan bitan događaj, traumatično iskustvo, za koje sa velikom vjerovatnoćom možemo reći da je bio jedan od faktora koji su doprinijeli razvoju bolesti.

*„ Moj najstariji brat me tukao i vezao kao psa sa lancima u podrumu, samo zato što je smatrao da sam predebela, kako ne bih jela po cijeli dan. Za to vrijeme majka je radila u polju, i nije znala šta se sa mnom dešava, a kada bi se vratila iz polja nisam imala dovoljno hrabrosti da pričam sa njom o tome šta se dešava jer sam znala da bih sutradan trpjela još gore maltretiranje.“*

U tom periodu oboljela je bila stara osam godina. Oboljela navodi da kasnije kad je bila starija, i dalje je osjećala strah i bojala se ostati sama sa bratom. O svom trenutnom odnosu sa bratom, oboljela navodi da imaju zahlađen odnos, da dosta puta zaplače zbog cjelokupne situacije i svega što se dešavalo. Na kraju u jednoj rečenici otklanja krivnju sa majke jer je nije uspjela tad zaštititi, rekavši : „*A mama sirota, ona je morala ići da radi, nju ne krivim ni za šta.*“

U periodu pojave prvih simptoma oboljela navodi da se borila sa mnogo problema. U tom periodu trebala se prilagoditi na novu okolinu, nije poznavala jezik u zemlji kojoj je živjela, bila je odvojena od porodice koji su bili u zemlji u kojoj je bio rat. I tad kako oboljela navodi: „*Sve je u meni prepuknulo*“. Okosnica za to prepuknuće je bila priča stanarke koja je živjela preko puta nje:

*„Ona je jednog dana krenula u podrum sa nožem, kada sam je pitala šta će sa nožem da radi u podrumu, ona mi je objasnila kako je u podrumu te zgrade ubijena porodica, čije ubice nisu pronađene nikad. I sad osjećam jezu na spomen te priče, tad sam osjećala veliki strah jer sam sama živjela.“*

### *3.1.3. Subjektivni doživljaj simptoma*

Oboljela svoj prvi susret sa shizofrenijom opisuje kao stanje u kojem nije znala šta se sa njom dešava. Prvobitno objašnjenje za svoje stanje tražila je u vjeri, misleći da je to njen kraj, te da je Bog odlučio da je vrijeme da umre. Prvi znak njene bolesti bio je izražen osjećaj usamljenosti.

*„Osjećala sam se toliko usamljeno kao da sam jedino pače na ostrvu.“*

Prvi put kada je čula dva glasa u sebi, ta dva glasa u njoj su bila kao dva prijatelja, a zatim je počela osjećati njihovu prisutnost u svom tijelu. Na početku kako navodi, glasovi su joj se uvijek obraćali kao prijatelji, tačnije kao njeni najbolji prijatelji. Jedino što je osjećala je da u njenom tijelu ima još drugo tijelo, te se zbog toga plašila zaspati, jer kada bi zaspala, sanjala bi razne snove, najčešće bi to bio duh ili vještica koji je dave u snu. U

prvim danima suočavanja sa svojom bolešću pacijentica je manje spavala, i osjećala se jako iscrpljeno.

Prvi put kada su se glasovi javili, pojavili su se u obliku zvuka pomjerenja kreveta, lomljenja čaša, plača malog djeteta.

Kada je oboljeloj prvi put dijagnosticirana shizofrenija, ona u to vrijeme nije razumjela svoju bolest, šta je to shizofrenija ustvari. Mislila je da je to prolazno stanje, kao neka druga lakša bolest. Nije shvaćala, niti je ikad čula o toj bolesti, nije znala šta je to shizofrenija. Ali samo dijagnosticiranje bolesti, za nju je bila olakšavajuća okolnost jer je napokon znala čemu pripisati to što joj se dešava.

Nakon dijagnosticiranja shizofrenije oboljela navodi da nije primijetila promjene u svom ponašanju, mišljenju i emocijama.

*„Uvijek sam osjećala da je sa mnom sve uredi, samo sam imala osjećaj da se ljudi igraju sa mnom, kao da je to neke vrsta igre, kolo u koje sam upala, osjećala sam kao da me uz pomoć nekih sprava kontrolišu, jedni me ismijavaju, jedni ispituju, prate na neki način. Ali nisam se osjećala bolesnom, već sam bila u takvom stanju borbe protiv glasova, kao da je to moja misija i posao.“*

Kao najizraženiji od svih simptoma oboljela navodi halucinacije, i to slušne halucinacije. Također su prisutne i vidne halucinacije na primjer da vidi osobe koje su mrtve i razgovara sa njima. Osjetilne halucinacije oboljela navodi da nije iskusila. O svojim halucinacijama oboljela kaže:

*„Ja sam bila među mrtvima, pričala sa majkom i sa rodbinom, kasnije kad izađem iz toga, znam da su oni mrtvi i kako je moguće da sam ja bila kod njih, a jesam bila. Pored toga što sam ih čula ja sam ih i vidjela.“*

Od slušnih halucinacija vrlo često se dešavalo da čuje zvono telefona, javi se, i priča na telefon sa svojim ocem koji nije živ.

*„U tom momentu nisam svjesna da to nije stvarno, napričam se s njim i kada završim razgovor, kao jedan klik da me probudi i onda shvatim da to nije stvarno, i počnem da plačem.“*

Uz halucinacije kod pacijentice su također prisutne i sumanute ideje i ideje proganjanja. Za vrijeme psihotične epizode pacijentica osjeća kao da je uvijek neko prati, da je neko sa njom.

Od tjelesnih simptoma i manifestacija, oboljela ne izvještava bilo kakve promjene. Jedino što osjeća je da ima još nekog u tijelu, što je grči i drži je.

*„Nekad se umiri i ništa mi ne govori, i tada osjećam kao da je prijatelj sa mnom, nekad fino priča sa mnom, a nekad prorade glasovi, čitava atmosfera, i osjećam se kao da sam u oblacima u vasioni ne znam ni ja tačno gdje.“*

O sposobnosti da razlikuje da to što joj se dešava nije stvarnost, pacijentica navodi da u početku nije bila svjesna odnosno nije mogla razlikovati da li je to što se dešava stvarno ili nije, pogotovo kad su glasovi bili jačeg intenziteta.

*„Kada me obuzmu glasovi, nisam u stanju da se snađem, ne mogu se snaći da je to lažni svijet, da je to bolest. Iako kada nema glasova, razumijem sve, razumijem bolest, mnogo toga sam istraživala i kroz knjige i kroz filmove, ali ipak kad su glasovi prisutni osjećam se kao da sam u nekoj magli, u krugu, okviru, kao da ne mogu izaći iz tog kruga i to je jače od mene. Upravo zbog te nemoći da izađem iz te situacije, samo poželim da se ubijem.“*

Oboljela navodi da čovjek shizofreničar ne može da ima nikakvu tajnu, objašnjavajući:

*„Nemoguće je da čovjek sa shizofrenijom ima neku tajnu, jer će ga ti glasovi natjerati da im to kaže, kao što su i mene. Ako sam ikad imala ikakvu tajnu, ti su glasovi to obradili, proradili i natjerali me da im to kažem. Shvatila sam da ukoliko budem imala ikakvu tajnu da će me to na kraju dovesti do još gore situacije jer će me glasovi mučiti.“*

Zbog toga oboljela ističe da razgovor sa psihologom predstavlja veliko olakšanje za nju, jer na neki način izbacila iz sebe sve one stvari koje je muče, i nema više ništa što može da je progoni.

Oboljela osjeća da glasovi žele da joj nanesu zlo, jer ne podnosi njihovo prisustvo, ne želi ih tu, a ne može da ih se riješi.

*„Nešto najljepše u životu je kada pomisliš ili gledaš u nešto a u tebi je mrtva tišina.“*

Vezano za vizuelnu percepciju tokom psihotične epizode oboljela navodi:

*„Svašta mi se čini, kao da se nešto pokreće, kao da se duhovi kreću. Bez prisustva glasova nemam nikakvih promjena. Međutim dok su glasovi prisutni, ljudi izgledaju drugačije, stvari se pomjeraju, vidim knjigu koja lebdi u zraku. U tim trenucima sve što se dešava, izgleda kao da se dešava u snu.“*

Postoje stvari koje su se desile a da ih oboljela ne može ni objasniti. Jedna od takvih situacija je kada su je vozili u bolnicu, gdje ona objašnjava:

*„Mi idemo autom, ali mi ne idemo uopšte normalnim putem i cestom, već kao da idemo oblacima kao da smo u avionu, i idemo avionom. A ti duhovi, glasovi lupaju po autu, staklu, i svašta mi govore.“*

Za auditornu percepciju pacijentica navodi da nije ništa drugačija od uobičajene. Zvukovi ne zvuče drugačije nego u stvarnosti. To su stvarni ljudski glasovi.

Tijekom prisustva glasova, pacijentica navodi da postoji promjena u njenom glasu, osjeti da iz njenog glasa tad izlazi neki drugi glas, i da ona ne priča svojim glasom, i to je jako uplaši. Oboljela ima osjećaj kao da iz njenog grla potječe drugi glas.

Oboljela izvještava da postoji promjena u njenoj pažnji i koncentraciji, što je bilo naročito izraženo na samom početku javljanja shizofrenije. Zbog velike iscrpljenosti poslom, i želje da izgubi kilograme, zbog čega nije jela dva do tri dana, primijetila je znatne promjene u svojoj koncentraciji, koja je bila lošija nego inače.

U svojim pokretima pacijentica nije primijetila nikakve promjene, budući da je tokom pojave simptoma najviše usmjerena na glasove.

Za vrijeme prisustva simptoma, tačnije glasova, oboljela razmišlja jedino o tome da glasovi što prije nestanu. O suicidu razmišlja jedino ukoliko simptomi potraju duže vremena, pa ne može da izdrži više. Glasovi joj ne govore da počini suicid, već ona nije u stanju da izdrži prisutnost tih glasova.

Oboljela navodi da ima osjećaj da nema kontrolu nad svojim mislima. Kada su glasovi prisutni njene misli „lete“ sa jednog problema na drugi:

*„Tada osjećam da je prostor oko mene skućen, osjećam se kao da sam u konzervi, zatvoru, nemam mogućnost da se pomjerim nigdje, i tada proradi vasiona glasova, a svoju glavu osjećam kao odašiljač za sve te glasove.“*

Kada simptomi prođu, oboljela navodi da neke stvari preispituje sama, zbog čega je nešto čula, zbog čega joj je taj glas to govorio, da li je to što je čula povezano sa nečim u njenoj mladosti. Iako sa većinom stvari kojih čuje uspije pronaći poveznicu, ponekad se desi da čuje stvari za koje ne može da pronađe poveznicu sa bilo čim što joj se u životu desilo.

#### *3.1.3.1. Emocionalni doživljaj*

Kao dominantnu emociju prije pojave simptoma i tokom trajanja simptoma oboljela navodi tugu. Nakon intenzivnog osjećaja tuge, počinje da plače i dolazi do ruba svoje energije, i želi samo smrt ili ozdravljenje. Tokom trajanja simtoma ima osjećaj da je svi gledaju iz sažaljenja, misli da doktori znaju sve njene misli, i sve što joj glasovi govore.

Nakon što simptomi prođu oboljela izvještava da se osjeća sretno, jer ne bi mogla živjeti da su glasovi stalno tu. Važno joj je kada pomisli nešto, da nema glasove u glavi, jer se oni na njenu misao nadovezuju, što nju jako crpi.



U trenutku zaokupljenosti glasovima, anksioznost i strah se javljaju zbog neprolaznosti tog stanja i zašto glasovi uvijek moraju da budu s njom. Navodi da borba protiv glasova dovodi do velike iscrpljenosti.

U odnosu sa drugim ljudima oboljela nema teškoće da izrazi emocije. Ukoliko nekog voli jednostavno mu to kaže i pokaže, kao i suprotne emocije ukoliko joj neko ne odgovara, nema problem da jasno izrazi svoje emocije. Bijes u njoj mogu da izazovu jedino nepravda i laž.

Oboljela navodi da joj trenutno najteže pada samoća jer živi sama, i da je zbog toga nesretna.

*„Najsretnija sam na svijetu kada sam okružena ljudima koje volim, i kad ni sa kim nemam problema, kad sam u dobrim odnosima sa drugima. Također sretna sam jer nisam ovisna o nikome.“*

Oboljela voli provoditi vrijeme sa drugim ljudima, ali ističe:

*„Ne volim provoditi vrijeme u skupini s većim brojem ljudi, s obzirom na moju bolest skupina mi ne odgovara, tad mi se jave jaki glasovi, kao da svi ti ljudi misle i pričaju o meni.“*

#### 3.1.4. Kvalitet života

O tome koliko je shizofrenija ograničava u životu oboljela navodi da ne vidi da je ograničava. Jedino zbog čega osjeća ograničenosti jeste zbog toga što redovno mora da uzima lijekove, i dobija taj osjećaj da je ovisna o njima.

*„To što moram uzimati tablete smatram ograničenjem, mislim da to nisam prihvatila u potpunosti, uzimanje tableta mi predstavlja teret.“*

Zbog shizofrenije je izgubila posao, i navodi da joj je to teško palo, jer je voljela raditi, ali se sad već priviknula na to, i iako ne radi, smatra da je njen dan ispunjen.

Oboljela izvještava o padu motivacije:

*„Nekad sam bila vedra, voljela sam raditi, ništa mi nije bilo teret, a sad je već potpuno drugačija situacija, teško mi je započeti bilo kakav posao i ne osjećam zadovoljstvo prilikom rada, kakvo sam nekad osjećala.“*

Unatoč shizofreniji oboljela sebe smatra funkcionalnom, i u usporedbi sa drugim ljudima, misli da može da radi sve što i oni.

*„Bitno mi je samo da glasovi nisu prisutni, jer bez njih mogu svugdje da idem, sve da obavljam. U suprotnom, ukoliko su glasovi prisutni imam sumnju da čitav svijet zna sve o meni.“*

### *3.1.5. Trenutno stanje*

Oboljela navodi da je zbog dugogodišnjeg iskustva sa bolešću postala mnogo zrelija i iskusnija i već može da jasno primijeti stvari koje su joj okidači za pojavu simptoma. Zabrinutnost i razmišljanje o određenim stvarima, dovode do pojave glasova.

Oboljela je uključena u farmakološki tretman, pored oralnih antipsihotika, uključeni su i injektivni dugodjelujući antipsihotici.

*„ Iako tablete doživljavam kao ograničenje zbog potrebe za redovitim uzimanjem, smatram ih spasom. Lijekove ne uzimam redovno zbog straha da ću postati imuna na njih, ili da će mi se nešto loše desiti, u konačnici da mogu umrijeti od njih, ali bez obzira na to bez njih ne idem nigdje, jer one su te koje otjeraju osjećaj drugog tijela u mom tijelu.“*

U usporedbi oralnih i injektivnih antipsihotika, oboljela prednost daje oralnim antipsihoticima, jer smatra da je njihovo dejstvo dosta brže, dok injektivni antipsihotici u tijelu izazivaju nemir. Pored farmakoterapije oboljela nije izložena bilo kojem drugom tretmanu ali navodi da razgovor sa psihologom kojeg posjećuje, smatra vrlo korisnim, zbog samog pristupa kojeg ima prema njoj.

Vlastite vještine suočavanja sa simptomima koje je oboljela razvila su izbjegavanje stvari za koje misli da će joj biti stresne:

*„Izbjegavam sukobe, izbjegavam da nekog povrijedim, jer znam da ako se to desi, da će me glasovi proganjati. Sigurna sam u sebe da ću biti dobro ako znam da je sve oko mene čisto, da ne postoji nikakav problem kojeg treba riješiti.“*

O svom doživljaju shizofrenije generalno, oboljela navodi da je to veoma teška bolest. Iako odaje priznanje liječnicima koji su joj uvelike pomogli u suočavanju sa shizofrenijom, navodi:

*„Smatram da niti liječnici niti iko na svijetu ne može u tolikoj mjeri razumjeti ovu bolest. Liječnici, psiholozi, drugi ljudi koji nisu oboljeli od shizofrenije u stanju su da razumiju možda 50% ove bolesti, ali također ja ili bilo koja druga osoba sa shizofrenijom ne može objasniti niti 50% ove bolesti.“*

Zaključno oboljela navodi:

*„Shizofreniju ne doživljavam niti ću je ikad moći doživjeti kao dio sebe. Ona je za mene stranac, bolest, stvar koje se bojim i protiv koje se borim.“*

*...NITI ĆU SE UBITI JER JA IMAM RAZLOG DA ŽIVIM....09.03.2017*

N.S.

\*\*\*

Intervjui sa oboljelom su protekli u ugodnoj atmosferi. Pri prvom susretu sa oboljelom, trebalo je izvjesno vrijeme kako bi se uspostavio osjećaj povjerenja. Bilo je vidljivo da kod oboljele postoji doza suzdržanosti da priča o određenim događajima iz svog života. Nakon uspostavljanja osjećaja povjerenja, oboljela je pokazala veliku otvorenost, pristupačnost i komunikativnost. Na osnovu razgovora sa oboljelom vidljiv je veliki stupanj svjesnosti o bolesti, upućenost u bolest, budući da je oboljela dodatno istraživala i educirala se o bolesti. Na osnovu fizičkog izgleda, ostavlja dojam uredne osobe, koja brine o svom fizičkom izgledu. Tijekom razgovora, oboljela većinom održava kontakt očima.

Razgovor sa osobom oboljelom od shizofrenije je najbolji način za razbijanje svih predrasuda prema oboljelima, što je potvrdila i N.S. Oboljela N.S. pokazuje visok stupanj funkcionalnost i samostalnosti. U razgovoru sa oboljelom moglo se zaključiti da je veoma pozitivna osoba, koja je najsretnija kada simptomi nisu prisutni, i upravo zbog svoje bolesti na druge životne probleme gleda potpuno drugačije. Vidljiv je i osjećaj usamljenosti kod oboljele jer živi sama. Pokazuje veliku privrženost prema ljudima koji su joj bitni. Kod oboljele je vidljiv strah od toga da ne bi povrijedila osobe koje su joj bitne. Oboljela pokazuje visok stupanj kreativnosti, kroz skulpture koje izrađuje. Ostavlja dojam inteligentne osobe, sa veoma dobrim poznavanjem stranih jezika. Ono što je još posebno po čemu se oboljela izdvaja jesu dnevnicu koje piše kada joj se glasovi jave, u koje zapisuje sve što joj govore. U radu sa oboljelom najteže je bilo slušati o traumatskim iskustvima koje je preživjela. U tim trenucima postojala je jedna doza straha da upravo priča o traumatskim iskustvima ne bi potaknula simptome. Iznenadujuće u radu sa oboljelom je upravo njena otvorenost da priča o svojim simptomima, kao i njeno prihvaćanje bolesti i borba sa bolešću. Oboljela je u potpunosti svjesna svoje bolesti, i koristi sve privilegije koje bolest nosi sa sobom. Tijekom razgovora sa oboljelom ono što je bilo najupečatljivije, i što je ostavilo utisak na mene su dvije rečenice: „Svaki čovjek ima tajnu, ali evo ja baš nemam nikakvu tajnu, jer shizofreni čovjek ne može da ima nikakvu tajnu“ i „Koliko je tišina lijepa, nema ništa ljepše nego kada pomisliš ili gledaš u nešto a u tebi je mrtva tišina“.

#### 4. TRETMAN SHIZOFRENIJE

U posljednjih nekoliko desetljeća došlo je do značajnih napredaka u liječenju shizofrenije. Stvorena je čitava lepeza novih usluga čiji je cilj umanjivanje simptoma i poboljšanje kvalitete života kao i restauracija produktivnog života. Liječenje i upotreba usluga obično se dijele po kliničkim fazama bolesti, odnosno liječenje akutne faze, faze stabilizacije, stabilne faze (faze održavanja) i faze oporavka. Optimalno liječenje uključuje neki oblik farmakoterapije prije svega antipsihoticima u svim fazama poremećaja, najčešće u kombinaciji sa različitim psihosocijalnim intervencijama (Kučukalić, Džubur-Kulenović i Bravo-Mehmedbašić, 2006).

Sveobuhvatno liječenje oboljelih od poremećaja sa psihozom i shizofrenije, koje uključuje lijekove i psihosocijalne metode, dovodi do poboljšanja ishoda liječenja (Mojtabai, Nicholson i Carpenter, 1998).

Psihosocijalne intervencije predstavljaju izuzetno bitnu nadopunu farmakoterapiji pomažući oboljelima da maksimiziraju funkcionalnost i oporavak. Preporučuje se da oboljeli osim medikamentozne terapije budu uključeni i u suportivnu psihoterapiju, obiteljske intervencije, psihosocijalnu rehabilitaciju i trening vještina, te profesionalnu rehabilitaciju. Psihosocijalne intervencije su osobito značajne za oboljele koji ne odgovaraju na farmakoterapiju ili je ne podnose, ili odbijaju uzimanje lijekova (Kučukalić, 2006).

Osobe sa shizofrenijom liječe se biološkom terapijom (lijekovima, elektrostimulativnom terapijom, neuromodulatornom terapijom, neuroregenerativnom terapijom) socioterapijski i psihoterapijski. Izbor psihofarmakološke terapije, psihoterapije i psihosocijalnih intervencija vrši se na temelju procjene kliničkog stanja oboljelog i raspoloživih mogućnosti liječenja (Patel, Arista, Taylor i Barnes, 2013).

Tretman i briga o oboljelom uvijek se mora zasnivati na individualnoj konstelaciji bio-psiho-socijalnih karakteristika pojedinačnog oboljelog (Stevović-Injac, Đedović i Tomčuk, 2012).

Za oboljelog od shizofrenije liječenje je naporan proces, isto kao i za obitelj i medicinsko osoblje. Cilj terapije je kontrola i suzbijanje simptoma te socijalna rehabilitacija. Kod pripreme oboljelog i obitelji bitno je naglasiti da je liječenje shizofrenije dugotrajan proces. U ranom otkrivanju bolesti i boljem socijalnom funkcioniranju pomaže edukacija oboljelog i obitelji, kao i šire zajednice o prodromalnim simptomima, znakovima i tijeku bolesti.

Najučinkovitije liječenje je medikamentozna terapija antipsihoticima, ali u liječenju shizofrenije ne može biti jedina terapija (Štrkalj-Ivezić i Bauman, 2009).

U nastavku ćemo opisati najčešće tretmane shizofrenije.

#### *4.1. Farmakoterapija*

Liječenje shizofrenije je vrlo kompleksno, a zasniva se na integrativnom terapijskom pristupu (Surlan i Ravanić, 2012).

Lijekovi su promijenili psihijatrijsku praksu i predstavljaju osnovni oblik liječenja. Lijekovi za liječenje shizofrenije i sličnih poremećaja nazivaju se antipsihotici (Vinković, 2017). Psihofarmakološka terapija smatra se nezaobilaznom u liječenju osoba oboljelih od shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. Liječenje antipsihoticima utječe na smanjenje težine simptoma, povlačenje simptoma bolesti te smanjivanje rizika za pojavu ponovne epizode bolesti, kao i potrebe za hospitalizacijom (Štrkalj Ivezić, Mužinić i Vrdoljak, 2015). U 90% slučajeva antipsihotici će dovesti do povlačenja akutnih simptoma bolesti (Štrkalj-Ivezić i Bauman, 2009).

Za redukciju pozitivnih simptoma shizofrenije koriste se lijekovi iz grupe antipsihotika, konvencionalnih, starih ili u literaturi često zvanih tipičnih (na primjer: klorpromazin, haloperidol, flufenazin) i onih novijih (na primjer: klozapin, risperidon, olanzapin, quetiapin, ziprasidon, aripiprazol). Noviji lijekovi često se nazivaju i atipičnim antipsihoticima zbog toga što imaju drugi mehanizam djelovanja od svojih prethodnika (osim djelovanja na D2 receptore djeluju i na blokadu 5HT 2A receptora), izgleda da imaju dobar učinak na redukciju negativnih simptoma (Ciganović, 2017).

Mehanizam djelovanja koji je jedinstven za sve antipsihotike prve generacije jest blokada D2 dopaminskih receptora (Šušak, 2017). Tipični antipsihotici su se pokazali vrlo efikasnim kako za liječenje akutne faze bolesti tako i za dugoročnu terapiju održavanja i prevenciju relapsa. Najveći problem liječenja tipičnim antipsihoticima osim njihovog minimalnog djelovanja na redukciju negativnih simptoma su česte neprijatne, a ponekad i onesposobljavajuće i opasne nuspojave (Kučukalić, 2006).

Antipsihotici druge generacije imaju nešto složeniji mehanizam djelovanja. Smatra se da oni djeluju kao antagonisti serotoninskih i dopaminskih receptora, tj. imaju veći afinitet za 5-HT<sub>2A</sub> receptore, nego za D2 receptore, što je povezano s manjim rizikom za nastanak ekstrapiramidalnih nuspojava u odnosu na prvu generaciju antipsihotika (Miyamoto, Duncan, Marx i Lieberman, 2005). Prema Američkom psihijatrijskom udruženju druga generacija antipsihotika, uz iznimku klopapina, su lijekovi izbora u terapiji shizofrenije (Patel, Cherian, Gohil i Atkinsons, 2014).

Svi antipsihotici, s izuzetkom promazina, dosad su se pokazali jednako djelotvornim u liječenju pozitivnih simptoma shizofrenije. Jedina, dosad potvrđena, razlika među antipsihoticima je profil nuspojava, koji često može biti značajan faktor u odluci o izboru ili promjeni određenog antipsihotika (Weinberger i sur., 2001). Vrlo neugodne nuspojave doživljavaju neki bolesnici poput ekstrapiramidnih simptoma (Štrkalj-Ivezić i Bauman, 2009).

Podaci o efikasnosti novijih antipsihotika ukazuju na to da su oni jednako učinkoviti u redukciji pozitivnih simptoma shizofrenije kao i konvencionalni antipsihotici, a da imaju mnogo manje nuspojava. Dodatna prednost ovih lijekova je u djelovanju na negativne simptome i na terapijski do sada refrakterne oblike shizofrenije. Sve veći broj oboljelih od shizofrenije liječi se atipičnim antipsihoticima kao što su risperidon, olanzapin i quetiapin. Učinak ovih lijekova na negativne simptome shizofrenije je trenutno predmetom istraživanja i djeluje obećavajući, jednako kao i njihov učinak na neke kognitivne disfunkcije. Međutim i atipici uzrokuju nuspojave od kojih valja izdvojiti sedaciju, porast tjelesne težine, seksualne disfunkcije i druge nepogodnosti koje su u korelaciji sa dozom

lijeka. Premda ne postoje jasni podaci o tome da li atipici umanjuju poremećaj funkcionalnosti koji prati shizofreniju, oni mogu poboljšati kvalitetu života bolesnika kao i terapijski odgovor na psihosocijalne i rehabilitacijske intervencije. Efikasnost u realnom svijetu je vjerojatno niža nego ona registrirana u kliničkim opitima, vjerojatno kao posljedica heterogenosti oboljelih, načina preskripcije i odsustva suradljivosti (Kučukalić, 2006).

Farmakoterapijski algoritam liječenja shizofrenije ima šest razina. Prva razina je monoterapija s atipičnim antipsihotikom. Ukoliko oboljeli pokazuje mali ili nikakav odgovor na takvu terapiju, predlaže se prelazak na drugu razinu kod koje se mijenja antipsihotik (s drugim atipičnim ili tipičnim) u monoterapiji. Ukoliko i dalje izostaje prikladan odgovor na terapiju, treba prijeći na treću razinu algoritma koja uključuje monoterapiju klopazinom, atipičnim antipsihotikom, uz praćenje krvne slike kako bi se na vrijeme spriječila agranulocitoza. U slučaju izostanka odgovora na trećoj razini prelazi se na četvrtu razinu, koja kombinira klopazin s tipičnim, atipičnim antipsihotikom i elektrokonvulzivnu terapiju. Prilikom izostanka odgovora i na takvu terapiju, prelazi se na razinu iznad. Peta razina ponovno podrazumijeva monoterapiju s atipičnim ili tipičnim antipsihotikom koji do tada nije korišten u terapiji. Konačno, ukoliko je i takva terapija neučinkovita, šesta razina uključuje kombinaciju tipičnog, atipičnog antipsihotika, elektrokonvulzivne terapije i/ili stabilizator raspoloženja (Patel i sur., 2014).

Najčešći razlog neprihvatanja bolesti kod bolesnika je neuzimanje lijekova. Većina njih prestaje uzimati lijekove zbog neugodnih nuspojava. Zbog toga je bitno bolesniku objasniti i jasno dati informacije o učinkovitosti liječenja lijekovima kako bi uistinu razumio koristi terapije, a ne da na lijekove gleda kao na sredstva koja ga kontroliraju i uništavaju (Štrkalj-Ivezić i Bauman, 2009).

U zaključku možemo reći da postoje valjani dokazi da su novi antipsihotici klinički superiorniji od konvencionalnih zbog kombinacije njihovog učinka na pozitivne i negativne simptome shizofrenije kao i učinka na pridružene simptome kao što je anksioznost i depresija i njihovog povoljnijeg profila nuspojava. Odsustvo nuspojava je od izuzetnog



značenja za poboljšanje suradljivosti oboljelog što se opet izravno odražava na ishod liječenja (Kučukalić, 2006).

Kombinirana terapija se preporučuje tek u kasnijim stadijima bolesti i algoritmima liječenja. Rutinsko propisivanje dva ili više antipsihotika nije preporučeno, zbog povećanog rizika od interakcija lijekova, medikacijskih pogrešaka i manje suradljivosti oboljelih. Prije nego li se uključi novi antipsihotik u terapiju, potrebno je imati uvid u cijelu medikacijsku povijest oboljelog i njegovu povijest bolesti što će pomoći kliničaru u odabiru sljedećeg antipsihotika (Patel i sur., 2014).

#### *4.1.1. Dugodjelujući injektivni antipsihotici (eng. Long-acting injectable, LAI)*

Antipsihotici s dugotrajnim djelovanjem - također poznati kao depot antipsihotici - razvijeni su kako bi se poboljšalo prianjanje u vrijeme opsežne psihijatrijske deinstitucionalizacije oboljelih i zbog potrebe za učinkovitim liječenjem u zajednici. Prvi dugodjelujući injektivni antipsihotici flupenazin enantat i dekanolat uvedeni su 1966. godine. Ipak, dugodjelujući injektivni antipsihotici nedovoljno su korišteni u liječenju shizofrenije uglavnom zbog neopravdanih negativnih percepcija kliničara i tehničkih barijera.

Kliničari su često zabrinuti za korištenje dugodjelujućih injektivnih antipsihotika zbog: uvjerenja da su dugodjelujući injektivni antipsihotici povezani s lošijim nuspojavama (unatoč nedostatku dokaza koji to podupiru), zabrinutosti zbog prihvatanja dugodjelujućih injektivnih antipsihotika od strane oboljelih; smanjenja autonomije oboljelih, manjeg iskustva i znanja liječnika s dugodjelujućim injektivnim antipsihoticima i velikih troškova.

Oralne formulacije imaju prednosti u odnosu na dugodjelujuće injektivne antipsihotike, kao što su brzi prekid u slučaju ozbiljnih nuspojava, pojačani osjećaj autonomije kod oboljelog, rjeđe posjećivanje klinike. Međutim, dugodjelujući injektivni antipsihotici također imaju prednosti u odnosu na oralne formulacije, jer rezultiraju: lakšim ranim otkrivanjem relapsa, poboljšanom prevencijom relapsa, smanjenom stopom rehospitalizacije, slabilnijim koncentracijama seruma, smanjenim rizikom od slučajnog ili

namjernog trovanja, te boljom sposobnost razlikovanja nedostataka od učinkovitosti. Dugodjelujući injektivni antipsihotici su jednako djelotvorni kao i oralni antipsihotici, a učinkovitost dugodjelujućih injektivnih antipsihotika prve i druge generacije slična je. Međutim, klozapin, a ne dugodjelujuće injektivne antipsihotike, treba koristiti za oboljele čija je klinička nestabilnost posljedica bolesti rezistentne na liječenje, a ne zbog nepridržavanja lijekova.

Tradicionalno, glavni razlog za propisivanje dugodjelujućih injektivnih antipsihotika bio je slabo prianjanje lijekovima. Međutim, sve se više priznaje da dugodjelujući injektivni antipsihotici mogu imati mjesto u različitim fazama liječenja bolesti i trebali bi biti jedna od mogućnosti diskutiranih s bilo kojim oboljelim koji zahtijeva dugotrajno liječenje, čak i tijekom prve epizode (Ferrin, Gosney, Marconi i Rey, 2016).

## *4.2. Psihosocijalne intervencije*

### *4.2.1. Psihoterapija*

Psihoterapija je jedna od najstarijih metoda liječenja psihijatrijski oboljelih osoba. Predstavlja psihološku metodu liječenja psihičkih poremećaja, provodi se planski i s jasno definiranim ciljem (Sedić, 2007).

Psihoterapija se provodi individualno ili u grupi. Pomaže u razumijevanju vlastitog psihološkog funkcioniranja, uključujući i nastanak simptoma bolesti. Cilj psihoterapije je uspostaviti suradnju između oboljelog, obitelji i doktora (Smoljanec, 2016).

Individualna i grupna psihoterapija koja fokusira na praktičnim životnim problemima (na primjer trening životnih vještina) superiorna je psihodinamskoj psihoterapiji. Individualna, grupna i obiteljska terapija koja kombinira podršku, psioedukaciju i bihevioralne i kognitivne vještine i koja oslovljava specifične probleme pomoći će oboljelima da se nose sa svojom bolesti i poboljšaju kvalitetu življenja i stupanj socijalne reintegracije (Kučkalić, 2006).

Psihoterapija pomaže bolesniku da dosegne maksimalno moguće socijalno funkcioniranje u odnosu na njegove realne kapacitete. Suportivna psihijatrija se preporučuje i više je orijentirana na realne probleme u sadašnjosti. Edukacija bolesnika o bolesti također je jako važna. Socijalna prilagodba može uspješno djelovati na smanjenje rizika od ponovne pojave bolesti. Pacijent može naučiti lakše živjeti sa bolešću od koje boluje, poboljšati međuljudske odnose, steći socijalne vještine, poboljšati kvalitetu života i smanjiti socijalnu izolaciju. Bolesnici postupno uče kako razlikovati stvarno od nestvarnog i sve bolje razumiju svoje probleme i sebe u psihijatrijskom procesu (Smoljanec, 2016).

Treba naglasiti da psihoterapija kod liječenja shizofrenije ima vrlo ograničenu ulogu, zahtjeva veliki trud, godine liječenja uz izrazito skromne rezultate te ne može biti komplementarna farmakoterapiji, a nikako jedina metoda liječenja oboljelog (Vinković, 2017).

#### *4.2.1.1. Kognitivno-bihevioralna terapija KBT*

Kognitivno-bihevioralna terapija je psihološki postupak u kojem se osoba podučava da uspostavi vezu između misli, osjećaja i ponašanja u odnosu na sadašnje ili ranije simptome bolesti i/ili funkcioniranje i ponovno prosuđuje svoju percepciju, vjerovanja u odnosu na simptome, koji su predmet intervencije.

Kognitivno-bihevioralna terapija pokazala se učinkovitom u liječenju shizofrenije. Preduvjet uspješnog liječenja, izgradnja je terapijskog odnosa u kojem se oboljeli osjećaju sigurnim da može elaborirati svoje iskustvo shizofrenije. Identificiraju se specifični simptomi kao problematični i njima se posvećuje posebna pažnja (Štrkalj-Ivezić, 2017).

Intervencija može uključivati monitoriranje misli, osjećaja i ponašanja u odnosu prema simptomima ili ponovnoj pojavi simptoma i/ili poticanje alternativnih načina nošenja sa simptomima i/ili smanjenja stresa i/ili poboljšanja funkcioniranja. Kod modifikacije vjerovanja, terapeut obazrivo potiče oboljelog u ispitivanju realnosti svog vjerovanja, odnosno koja su mu uporišta da je to uvjerenje točno. Kod reatribucije, obično se radi s kroničnim slušnim halucinacijama. Terapeut ohrabruje oboljelog u elaboraciji svojeg iskustva halucinacija na vrlo detaljan način u procesu povezanosti simptoma s dnevnim funkcioniranjem i pomaže mu usmjeriti halucinacije na unutrašnje izvore. U normalizaciji iskustva psihoze, terapeut pomaže pacijentu uvidjeti povezanost njegovih simptoma sa stresovima svakodnevnog života, i stoga oni izgledaju normalniji. Postoji veliki broj istraživanja koja potvrđuju učinkovitost Kognitivno-bihevioralne terapije u redukciji učestalosti i težine pozitivnih simptoma i emocionalnog stresa povezanog sa simptomima (Dickerson, 2000).

Kognitivno-bihevioralna terapija olakšava oboljelim osobama razmišljanje o tome kako vide svijet oko sebe, druge ljude i sami sebe. Kognitivno-bihevioralna terapija se bavi i utjecajem ponašanja na osjećaje i misli. Terapija koja olakšava promjenu ponašanja (bihevioralni aspekt) i način razmišljanja (kognitivni aspekt) i time omogućuje oboljelim osobama da se osjećaju bolje. Kognitivno-bihevioralna terapija se razlikuje od drugih

psihosocijalnih metoda jer se ona bavi poteškoćama i problemima u sadašnjosti. Na taj način nastoji se poboljšati trenutno stanje svijesti oboljelog (Štrkalj-Ivezić, 2011).

#### *4.2.2. Obiteljske intervencije*

Obiteljski psihosocijalni postupak kao terapijski okvir koristi bihevioralne i sistemske metode s postupcima, prilagođenim za rad s obiteljima sa psihotičnim članom. Cilj ovih postupaka pomoć je obiteljima u suočavanju s poteškoćama koje imaju oboljeli članovi njihove obitelji, pružanje podrške i edukacije obitelji o bolesti, smanjenje razine stresa, poboljšanje načina komunikacije u obitelji, rješavanja problema i prevenciju relapsa bolesti. Ciljevi rada s obitelji također uključuju smanjenje doživljaja emocionalnog opterećenja i poboljšanja funkcioniranja obitelji (Štrkalj-Ivezić, 2017).

Oboljeli se bolje oporavljaju i rjeđe se hospitaliziraju u obiteljima u kojima imaju više podrške i u kojima nije često kritiziranje oboljele osobe. Za život oboljelih osoba važni su smirujući tonovi u komunikaciji, pomoć i podrška. Rad s obitelji odvija se individualno ili grupno (Štrkalj-Ivezić, 2011).

Randomizirane studije koje su istraživale intervencije psihoedukacije obitelji o shizofreniji, pružale podršku u krizi, i nudile trening u efikasnom rješavanju problema i komunikaciji su jasno i konzistentno pokazale vrijednost ovih intervencija u prevenciji relapsa bolesti i poboljšanja ukupnog funkcioniranja i dobrobiti oboljelih. Istraživanja također ukazuju da grupe sastavljene od više obitelji izgleda pružaju bolje rezultate od grupnog rada sa samo jednom obitelji (Kučukalić, 2006).

Oboljeli se često otpuštaju iz bolnice na skrb obitelji. Važno je da obitelj ili skrbnici budu dovoljno educirani o shizofreniji, kako bi razumjeli poteškoće vezane uz to stanje. Treba izbjegavati konfrontaciju s oboljelim, ne smije ga se uvjeravati u netočnost, bizarnost, nelogičnost i nemogućnost njegovih sumanutih ideja ili halucinacija, jer one su njegova stvarnost i realnost. Ispravno je strpljivo slušati oboljelog kako iznosi svoje ideje i doživljaje, a pri tomu se fokusirati na ono što je realno tako da oboljeli ima osjećaj podržavanja i razumijevanja, a tek tada mu na različite načine sugerirati liječničku pomoć

sve dok je ne prihvati. Osim ako je oboljeli opasan za sebe i okolinu, nužna je hitna intervencija i prisilna hospitalizacija kako je to Zakonom predviđeno. Kad god je moguće treba uvažavati želje oboljelog kad su one realne, a kad se želja ne može ispuniti, treba ponuditi alternativu s kojom će oboljeli biti zadovoljan (Jakovljević, 2001).

U današnje vrijeme kada su troškovi liječenja mnogih oboljenja veoma visoki, uključenost porodice u liječenje je veoma bitna, jer značajno utiče na troškove i ishod oboljenja. Zbog oboljenja je najčešće smanjena sposobnost oboljelih za socijalne kontakte, pa žive prilično izolovano i usamljeno. U kriznim situacijama, ali i kod rješavanja svakodnevnih problema, neophodna im je pomoć porodice i sredine. Porodica igra vrlo važnu ulogu kod ranog otkrivanja znakova bolesti ili pogoršanja. Članovi porodice oboljelog moraju dobro da poznaju sve činjenice u vezi sa bolešću, koje mogu dobiti u okviru psihoedukativnih grupa za članove porodice (Glick, Stekoll i Hays, 2011). Korisne psihosocijalne intervencije su: edukacija oboljelog i porodice o bolesti, psihosocijalna rehabilitacija koja uključuje učenje socijalnih vještina, okupacijsku, rekreativnu i razne oblike kreativne terapije, radne programe s radnim osposobljavanjem, a za teže slučajeve preporučuje se posebno vođenje slučaja (Stojičić, 2016).

#### *4.2.3. Profesionalna rehabilitacija*

Stope nezaposlenosti u populaciji kroničnih duševnih bolesnika su vrlo visoke. Vrednovanje zaposlenosti je visoko i u široj društvenoj zajednici i u populaciji oboljelih od shizofrenije, zbog toga što im omogućava financijsku nezavisnost, društveni status i kontakt sa drugim ljudima, kao i strukturiranje vremena i ciljeva i priliku za lični uspjeh i doprinos društvenoj zajednici. Ovi faktori u kombinaciji sa porastom samopouzdanja do kojeg dovode su dovoljan razlog da profesionalna rehabilitacija bude istaknuti element liječenja kroničnih duševnih bolesti. Dodatni značaj ovim uslugama daje i činjenica da se ove bolesti javljaju na početku radne karijere bolesnika pa je onda profesionalna rehabilitacija od velike važnosti za cijeli ostatak njihovog radnog vijeka (Kučukalić, 2006).

## 5. ZAKLJUČCI

Sa sigurnošću možemo reći da nema dviju jednakih shizofrenija, budući da je težina bolesti različita za oboljele. S obzirom na prisutnost simptoma, možemo zaključiti da je shizofrenija veoma heterogen poremećaj, a najprihvaćenija grupacija simptoma jeste prema peterodimenzionalnom modelu gdje se simptomi dijele na: pozitivne, negativne, kognitivne, afektivne i agresivne. Kada govorimo o kliničkoj slici shizofrenije možemo istaknuti dva osnovna tipa sindroma: onaj koji počinje naglo, ima pozitivne simptome, dobro reagira na farmakoterapiju i ima povoljnu prognozu, to je Shizofreni sindrom tip I, te onaj koji počinje postepeno s negativnim simptomima, slabije reagira na terapiju, te ima lošiju prognozu, a to je Shizofreni sindrom tip II. U opisu kliničke slike važno je voditi računa o različitim fazama bolesti, te najčešće govorimo o premorbidnoj, prodromalnoj, psihotičnoj i rezidualnoj fazi shizofrenije. Kada govorimo o etiološkim čimbenicima shizofrenije, možemo reći da su brojni, ali da jasan uzrok bolesti još uvijek nije poznat. Najprihvaćenije je stajalište da je shizofrenija multifaktorski uzrokovana, tj. biološkim, psihološkim i socijalnim čimbenicima. U objašnjenju etiologije shizofrenije najzastupljenije su teorije dvostrukog ili trostrukog udara, odnosno dijateza-stres model. Cjeloživotna prevalencija shizofrenije se procjenjuje na 0,3 - 0,7% ali je važno napomenuti da postoje varijacije s obzirom na rasu/etnicitet, geografsko podrijetlo doseljenika i njihovih potomaka, te s obzirom na spol. U muškaraca se shizofrenija javlja u ranijoj dobi, u prosjeku pet godina ranije nego kod žena. Shizofrenija je češća među stanovništvom nižeg socioekonomskog statusa, te u urbanim područjima.

Subjektivni doživljaj bolesti je važan za razumijevanje bolesti, procese ozdravljenja, te radi poboljšanja metoda koje se koriste za proučavanje subjektivnog doživljaja. Na osnovu analize izvješća o subjektivnom doživljaju shizofrenije, vidljivo je da na početku pojave simptoma oboljela nije bila u mogućnosti da razumije svoje stanje. Prvi znakovi bolesti bili su izraženi kao osjećaj usamljenosti. U izvješćima oboljele dominiraju brojni traumatski događaji koji su sa velikom sigurnošću potpomogli razvoj bolesti. Oboljela, traumatska iskustva doživljava kao glavne uzročnike svoje bolesti. Nakon dijagnosticiranja shizofrenije, oboljela nije zamjetila promjene u svom ponašanju, mišljenju i emocijama.

Kao dominantni simptom oboljela navodi slušne halucinacije, koje su najčešće praćene vidnim halucinacijama. Za vrijeme psihotične epizode, oboljela navodi da nije svjesna situacije, tek nakon što prođu simptomi, u stanju je da shvati da to što je čula i vidjela nije stvarno. Kod oboljele je izražen osjećaj „drugog stranog tijela“ u njenom tijelu. Glasove doživljava kao neprijatelje koji žele da joj nanesu zlo. Oboljela navodi da auditorna percepcija nije iskrivljena u odnosu na uobičajenu tj. da su glasovi koje čuje stvarni ljudski glasovi. Osjećaj gubitka kontrole nad mislima oboljela opisuje kao da joj misli lete s jednog problema na drugi. Kao dominantnu emociju prije pojave simptoma oboljela navodi tugu, koja izaziva plač, što u konačnici dovodi do pojave simptoma. Anksioznost i strah se javljaju zbog neprolaznosti simptoma. Neprolaznost simptoma, dovodi do suicidalnih misli, jer oboljela suicid vidi kao jedini mogući izlaz iz situacije. Oboljela shizofreniju ne doživljava kao ograničenje, jedino ograničenje koje navodi a koje je vezano sa shizofrenijom je potreba za redovitim uzimanjem lijekova. Oboljela izvještava o padu motivacije za obavljanjem aktivnosti koje je ranije sa radošću obavljala. U usporedbi sa drugim ljudima sebe smatra funkcionalnom bez obzira na shizofreniju. Zbog dugogodišnjeg iskustva sa shizofrenijom, oboljela je razvila vlastite vještine suočavanja u bori sa bolešću. Tretman u koji je uključena, oboljela smatra spasom, ali ipak postoji doza sumnjičavosti spram uzimanja lijekova, zbog posljedica do kojih mogu dovesti. Oboljela shizofreniju doživljava kao veoma tešku bolest, koju je teško opisati i razumjeti. Shizofreniju ne doživljava kao dio sebe, već je smatra strancem.

Optimalni tretman shizofrenije uključuje neki oblik farmakoterapije prije svega antipsihoticima u kombinaciji sa različitim psihosocijalnim intervencijama. Najučinkovitije liječenje shizofrenije je zasigurno putem medikamentozne terapije, ali ne može da bude jedini tretman. Pored oralnih antipsihotika, u tretman mogu biti uključeni i dugodjelujući injektivni antipsihotici, koji se mogu uključiti i u ranim a ne samo kasnim fazama bolesti. Psihosocijalne metode su važne kao dopuna medikamentoznom tretmanu, a jedna od najstarijih psihosocijalnih metoda liječenja je psihoterapija, koja se može provoditi individualno ili grupno. Kao posebno učinkovita u liječenju shizofrenije pokazala se Kognitivno-bihevioralna terapija. Obiteljske psihosocijalne intervencije su također veoma



važne jer utječu na troškove i ishod liječenja. Budući da su stope nezaposlenosti među populacijom oboljelih od shizofrenije visoke, to je dovoljan razlog da profesionalna rehabilitacija bude istaknuta u liječenju shizofrenije. Tretman oboljelog važno je da se zasniva na individualiziranom pristupu, uzimajući u obzir individualne karakteristike svakog pojedinca.

## 6. LITERATURA

- Altamura, C., Fagiolini, A., Galderisi, S., Rocca, P., Rossi, A. (2014). Schizophrenia today: epidemiology, diagnosis, course and models of care. *Journal of Psychopathology*, 20, 223-243.
- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Andreasen, N.C. (1999). A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. *Archives of General Psychiatry*, 56, 781-787.
- Andreasen, N. C. (1995). Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. *Lancet*, 346, 477-481.
- Barbato, A. (1998). *Schizophrenia and public health, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. Geneva: World Health Organization.
- Begić, D., Jukić, V., Medved, V. (2015). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Begić, D. (2011). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Bovet, P. i Gamma, F. (2002). Vulnerability to Schizophrenia: Relevance of Patients' Subjective Experience for Empirical and Clinical Work. *American Journal of Medical Genetics (Neuropsychiatric Genetics)*, 114, 923-926.
- Bradshaw, W. i Brekke, J.S. (1999). Subjective experience in schizophrenia: Factors Influencing Self-Esteem, Satisfaction With Life, and Subjective Distress. *American Journal of Orthopsychiatry*. 69(2), 254-260.
- Brekke, J.S., Levin, S., Wolkon, G.H., Sobel, E., Slade, E. (1993). Psychosocial Functioning and Subjective Experience in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*. 19 (3), 599-608.
- Brown, A.S. i Susser, E.S. (2002). In utero infection and adult schizophrenia. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 8, 7-51.
- Carroll, C.A., Boggs J., O'Donnell, B.F., Shekhar, A., Hetrick, W.P. (2008) Temporal processing dysfunction in schizophrenia. *Brain and Cognition*, 67, 150-61.
- Ciganović, A. (2017). *Liječenje shizofrenije dugodjelujućim antipsihoticima*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Farmaceutsko-biokemijski fakultet.
- Cousijn, H., Haegens, S., Wallis, G., Near, J., Stokes, M.G., Harrison, P.J., Nobre, A.C. (2014). Resting GABA and glutamate concentrations do not predict visual gamma frequency or amplitude. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 111 (25), 9301-9306.

- Crespo-Facorro, B., Roiz-Santiáñez, R., Pelayo-Terán, J.M., González-Blanch, C., Pérez Iglesias, R., Gutiérrez, A. (2007). Caudate nucleus volume and its clinical and cognitive correlations in first episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 91, 87–96.
- Crow, T.J. (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than one diseases process. *British Medical Journal*, 280, 66-68.
- Dickerson, F.B. (2000). Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophrenia Research*, 43, 71–90.
- Dorđević, V.S., (2016). *Procena stanja oralnog zdravlja hospitalizovanih osoba sa shizofrenijom*. Neobjavljeni doktorski rad. Beograd: Stomatološki fakultet univerziteta u Beogradu.
- Eggers, A.E. (2013). A serotonin hypothesis of schizophrenia. *Medical Hypotheses*. 80 (6), 4-791.
- Enomoto, T., Tse, M.T., Floresco, S.B. (2011). Reducing Prefrontal Gamma Aminobutyric Acid Activity Induces Cognitive, Behavioral, and Dopaminergic Abnormalities That Resemble Schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 69, 41-432.
- Estroff, S. (1989) Self, identity and subjective experiences of schizophrenia: In search of the subject. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 189-197.
- Frančišković, T. (2009). *Psihijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Ferrin, M., Gosney, H., Marconi, A., Rey, J.M. (2016). *Using antipsychotic medication for the treatment of schizophrenia in children and adolescents*. Genev: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Fenton, W.S. i McGlashan, T.H. (1991). Natural history of schizophrenia subtypes. II Positive and negative symptoms and long-term course. *Archives of General Psychiatry*, 48, 86-978.
- Filaković, P. (2014). *Psihijatrija*. Osijek: Medicinski fakultet Osijek.
- Folnegović, P. (2016). *Objektivnost terapijskog odgovora u liječenju prve epizode shizofrenih bolesnika novim antipsihoticima*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Franzek, E. i Beckmann, H. (1998). Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 76-83.
- Fukuda, K. (2014). 5-HTP hypothesis of schizophrenia. *Medical Hypotheses*. 82 (1), 3-20.
- Glavina, T. (2017). Clinical Characteristics and Diagnosis of Psychotic Disorders. *Medicus*. 26 (2), 127-131.

- Glick, I.D., Stekoll, A.H., Hays S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol.* 31(1), 5-82.
- Grošić, V. (2014). *Terapijski odgovor i promjena koncentracije N-acetil aspartata u liječenju shizofrenije novim antipsihoticima.* Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Hemsley, D. R. (2004). Disorders of perception and cognition in schizophrenia. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 109–17.
- Jakovljević, M., (2001). *Savremena farmakoterapija shizofrenije: od neurobiologije do potpune reintegracije.* Zagreb: Medicinska naklada, Pro-Mente.
- Jones, P.B. i Buckley, P.F.(2006). *Schizophrenia.* Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone.
- Kaplan, H.I. i Sadock, B.J. (1998). *Shizofrenija. Priručnik kliničke psihijatrije.* Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kirkbride, J.M. (2006). Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 8-250.
- Kirkpatrick, B., Fenton, W., Carpenter, W. Jr., Marder, S. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 609-613.
- Kochunov, P. i Hong, L.E. (2014). Neurodevelopmental and neurodegenerative models of schizophrenia: white matter at the center stage. *Schizophrenia Bulletin.* 40 (4), 8-721.
- Koić, O. i Ivanušić, J. (2014). *Shizofrenija i shizofreniji slični poremećaji.* Osijek: Medicinski fakultet Osijek.
- Kučukalić, A., Džubur-Kulenović, A., Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). *Vodič za liječenje shizofrenije.* Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.
- Lahti, A.C., Weiler, M.A., Tamara Michaelidis, B.A., Parwani, A., Tamminga, C.A. (2001). Effects of ketamine in normal and schizophrenic volunteers. *Neuropsychopharmacology*, 25, 67-455.
- Larsen, E.B. i Gerlach, J. (1996). Subjective experience of treatment, side-effects, mental state and quality of life in chronic schizophrenic out-patients treated with depot neuroleptics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 93, 381-388.
- Laruell, M. (2014). Schizophrenia: from dopaminergic to glutamatergic interventions. *Current Opinion in Pharmacology*, 14, 97-102.

- Laruell, M., Frankle, W.G., Narendran, R., Kegeles, L.S., Abi-Dargham, A. (2005). Mechanism of action of antipsychotic drugs: from dopamine D2 receptor antagonism to glutamate NMDA facilitation. *Clinical Therapeutics*, 27, 16-24.
- Leszczyńska-Rodziewicz, A., Czerski, P.M., Kapelski, P., Godlewski, S., Dmitrzak-Weglarz, M., Rybakowski, J., Hauser, J. (2002). A polymorphism of the norepinephrine transporter gene in bipolar disorder and schizophrenia: lack of association. *Neuropsychobiology*, 45, 5-182.
- Madras, B.K. (2013). History of the discovery of the antipsychotic dopamine D2 receptor: a basis for the dopamine hypothesis of schizophrenia. *Journal of the History of Neurosciences*. 22 (1), 62-78.
- Mednick, S.A., Machon, R.A., Huttunen, M.O., Bonett, D. (1988). Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Archives of General Psychiatry*, 45, 189-92.
- Metsänen, M., Wahlberg, K.E., Saarento, O., Hakko, H., Tarvainen, T., Koistinen, P., Tienari, P. (2005). Stability of Thought Disorder Index among high-risk and low-risk adoptees in the Finnish adoptive family study of schizophrenia. *European Psychiatry*. 20 (1), 35-40.
- Michealraj, K.A., Jatana, N., Jafurulla, M., Narayanan, L., Chattopadhyay, A., Thelma, B.K. (2014). Functional characterization of rare variants in human dopamine receptor D4 gene by genotype-phenotype correlations. *Neuroscience*, 262, 89-176.
- Milekić, P. (1968). *Duševne bolesti i neuroze*. Beograd- Zagreb: Medicinska knjiga.
- Mitterauer B. (2007). The incoherence hypothesis of schizophrenia: based on decomposed oligodendrocyte-axonic relations. *Medical Hypotheses*, 69, 304-1299.
- Miyamoto, S., Duncan, G.E., Marx, C.E., Lieberman, J.A. (2005). Treatments for schizophrenia: a critical review of pharmacology and mechanisms of action of antipsychotic drugs. *Molecular Psychiatry*, 10, 79-104.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A., Carpenter, B.N. (1998). Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 569-587.
- Moro, Lj. i Frančišković, T. (2011). *Psijatrija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Muller, N., Riedel, M., Ackenheil, M., Schwarz, M.J. (1999). The role of immune function in schizophrenia: an overview. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249, 8-62.

- Murray, R.M. i Castle, D.J. (2009). Genetic and environmental risk factors for schizophrenia. *New Oxford Textbook of Psychiatry. New York: Oxford University Press Inc. 2 (1), 553-561.*
- Ostojić, D. (2012). Prva epizoda ehizofrenije: važnost ranog otkrivanja bolesti. *Ljetopis socijalnog rada. 19 (1), 53-72.*
- Patel, K.R., Cherian, J., Gohil, K., Atkinson, D. (2014). Schizophrenia. Overview and Treatment Options. *Pharmacology & Therapeutics, 39, 638-645.*
- Patel, M. X., Arista, I. A., Taylor, M., Barnes, T. (2013). How to compare doses of different antipsychotics: A systematic review of methods. *Schizophrenia Research, 149, 141-148.*
- Penn, D.L. i Link, B. (2002) Dispelling the Stigma of Schizophrenia, III: The Role of Target Gender, Laboratory-Induced Contact, and Factual Information. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 6 (2), 255 -70.*
- Rao, N.P. (2012). Pathogenetic and therapeutic perspectives on neurocognitive models in psychiatry: A synthesis of behavioral, brain imaging, and biological studies. *Indian J Psychiatry. 54 (3), 22-217.*
- Rapado-Castro, M., Soutullo, C., Fraguas, D., Aragano, B., Paya, B., Castro-Fornieles, J. (2010). Predominance of symptoms over time in early-onset psychosis: A principal component factor analysis of the positive and negative syndrome scale. *Journal of Clinical Psychiatry, 71, 327-337.*
- Robbins, M. (1992). Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia. *Journal of American Psychoanalytic Association, 40, 425-454.*
- Smoljanec, N. (2016). *Dugotrajni smještaj osoba sa dijagnozom shizofrenije*. Neobjavljeni diplomski rad. Varaždin: Odjel za biomedicinske znanosti Sveučilišta Sjever.
- Sadock, B.J. i Kaplan, H.I. (2014). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th ed.* Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J. i Kaplan, H.I. (2007). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry, 10th ed.* Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Stahl, S. M. (2008). *Stahls essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications.* New York: Cambridge University Press.
- Schwartz, P.J. (2014). Can the season of birth risk factor for schizophrenia be prevented by bright light treatment for the second trimester mother around the winter solstice? *Medical Hypotheses. 83 (6), 15-809.*
- Sedić, B. (2007). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika.* Zagreb: Zdravstveno veleučilište.

- Sedić, B. (2006). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zagreb: Visoka zdravstvena škola Zagreb.
- Siekmeier, P.J. i vanMaanen, D.P. (2014). Dopaminergic contributions to hippocampal pathophysiology in schizophrenia: a computational study. *Neuropsychopharmacology*. 39 (7), 21- 1713.
- Strauss, J.S., Carpenter, W.T., Bartko, J.J. (1974). The diagnosis and understanding of schizophrenia, part III: speculation on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophrenia Bulletin*, 11, 61-69.
- Stahl, S.M. (2013). *Stahl's Essential Psychopharmacology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Stevović-Injac, L., Đedović, J., Tomčuk, A. (2012). *Shizofrenija. Nacionalne smjernice dobre kliničke prakse*. Ministarstvo zdravlja Crne Gore
- Stojičić, V. (2016). Uloga porodice u liječenju bolesnika sa shizofrenijom. *Medicinska istraživanja*. 7 (1), 1-5.
- Strauss, J.S. i Estroff, S.E. (1989). Foreword. *Schizophrenia Bulletin*. 15 (2), 177-178.
- Strauss, J.S. (1989). Subjective Experiences of Schizophrenia: Toward a New Dynamic Psychiatry- II. *Schizophrenia Bulletin*. 15 (2), 179-187.
- Surlan D. i Ravanić D. (2012). Shizofrenija: sindromološki pristup. *PONS Med*. 9(3),103-109.
- Štrkalj Ivezić, S., Mužinić, L., Vrdoljak, M. (2015). Psihoedukacija o antipsihoticima u povećanju suradljivosti i efikasnosti liječenja. *Journal of applied health sciences*. 1(1), 25-34.
- Štrkalj-Ivezić, S. (2017). *Psihički poremećaji sa psihozom i shizofrenija. Smjernice za psihosocijalne postupke i psihoterapiju*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor.
- Štrkalj-Ivezić, S. (2011). *Psihoza-Shizofrenija-Shizoafektivni poremećaj-Bipolarni poremećaj*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Štrkalj- Ivezić, S. i Bauman, L. (2009). *Shizofrenija put oporavka*. Zagreb: Svitanje.
- Šušak, K. (2017). *Nuspojave antipsihotika tijekom liječenja shizofrenije*. Neobjavljeni diplomski rad. Osijek: Medicinski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku.
- Timotijević, I. i Stefanović, L. (2003). *Shizofrenija: vodič za dijagnostiku*. Beograd: PONS.

- Van, L., Butcher, N.J., Costain, G., Ogura, L., Chow, E.W., Bassett, A.S. (2015). Fetal growth and gestational factors as predictors of schizophrenia in 22q11.2 deletion syndrome. *Genetics in Medicine*. 18 (4), 5-350.
- Vinković, A. (2017). *Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije*. Varaždin: Sveučilište sjever.
- Wadson, H. i Carpenter, W.T. (1976). Subjective experience. *Schizophrenia Bulletin*. 2 (2), 302-317.
- Wahl, F. O. (1999). Mental health consumers' experience of stigma. *Schizophrenia Bulletin*. 25(3), 467-478.
- Weinberger, D. R., Egan, M. F., Bertolino, A., Callicott, J. H., Mattay, V. S., Lipska, B. K. (2001). Neurobiology of schizophrenia and the role of atypical antipsychotics. Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50, 825-844.
- Wenar C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija*. Zagreb: Naklada slap.



## 7. PRILOG

Pitanja za intervju: Subjektivni doživljaj osobe sa shizofrenijom

*Historija bolesti:*

1. Kada vam je prvi put dijagnosticirana shizofrenija?
2. Da li je neko u vašoj porodici bolovao od shizofrenije?
3. Koji su bili prvi znaci i simptomi bolesti koje ste osjetili? Možete li opisati vaše prvo iskustvo sa shizofrenijom?
4. Možete li objasniti kako ste reagirali na dijagnozu koju ste dobili?
5. Da li ste bili hospitalizirani i koliko dugo?
6. Da li ste nakon dijagnosticiranja shizofrenije primjetili promjene u vašem ponašanju, emocijama i mišljenju?
7. Da li su kod vas prisutne halucinacije ? Vizuelne, slušne, osjetilne?
8. Da li su prisutne sumanute ideje?
9. Da li su prisutne ideje proganjanja?
10. Da li osjetite neke tjelesne promjene ili simptome?

*Etiologija bolesti: traumatski događaj:*

11. Da li ste u djetinjstvu doživjeli neko traumatično iskustvo, koje biste mogli povezati sa nastankom shizofrenije?
12. Kako biste opisali vaše djetinjstvo?

*Subjektivni doživljaj glasova:*

13. Da li prije pojave glasova razmišljate o nečem što dovede to njihovog javljanja?
14. Koji su to okidači za pojavu glasova?
15. Kako ste znali razlikovati da to što vam se dešava i to što čujete nije stvarnost? Da li ste uopće bili toga svjesni?
16. Šta preovladava u tim halucinacijama? Koja je poruka koju ti glasovi šalju? Da li se neke stvari ponavljaju ili dominiraju?

17. Da li osjećate da glasovi žele da vam nanesu zlo?

18. VIZUELNA PERCEPCIJA

Kada osjetite promjenu, odnosno kad počinju da se javljaju simptomi, da li vidite svijet oko sebe drugačije? Postoji li promjena u bojama? Postoji li promjena u izgledu ljudi? Jesu stvari izgledale tmurnije ili uzbudljivije? Jesu stvari izgledale nerealno kao u snu? Je li bilo nešto što se dešavalo, a što je bilo teško izraziti riječima?

19. AUDITORNA PERCEPCIJA

Da li su stvari zvučale drugačije? Da li je za vas to stvarni zvuk koji je bio drugačiji?

20. JEZIK

Da li mislite da tijekom pojave simptoma postoji promjena u glasu ili načinu pričanja vašem i drugih ljudi? Da li je bilo puta kada niste mogli razumjeti značenje onoga što je rečeno? Jeste li ponekad nešto što drugi kažu uzeli/razumjeli na pogrešan način?

21. PAŽNJA

Da li postoji promjena u vašoj pažnji i koncentraciji? Da li je ona bolja ili lošija, ili uobičajena?

22. POKRETI

Da li ste primjetili promjenu u svom načinu kretanja ili nešto neuobičajeno u vašim pokretima?

23. MIŠLJENJE

Da li ste u to vrijeme osjetili da je vaša sposobnost razmišljanja pogođena? Da li je vaše razmišljanje bilo bolje ili lošije? Da li je bilo nešto posebno ili čudno u načinu funkcioniranja vašeg mozga? I šta je to bilo?

24. O čemu razmišljate u tim trenucima?

25. Da li svaki put kad vam se jave glasovi imate suicidalne misli?

26. Da li imate osjećaj da nemate kontrolu nad svojim mislima?

## 27. PROSTOR

Kako ste odgovali na prostor oko sebe? Da li je prostor bio veći i otvoreniji ili manji i zatvoren? Da li ste uopće osjećali da je prostor drugačiji nego što bi trebao biti? Kakav je bio ?

### *Emocionalni doživljaj:*

28. Ukoliko se prisjetite, kakva su vaše emocije prije javljanja simptoma?
29. Kako se osjećate tijekom postojanja simptoma?
30. Da li se osjećate anksiozno i napeto?
31. Koja je dominantna emocija tokom psihotične epizode?
32. Kako se osjećate nakon što simptomi prođu?
33. Da li imate teškoće da izrazite emocije prema drugim ljudima?
34. Da li ste skloni izražavati svoje emocije prema drugim ljudima?
35. Da li često osjećate bijes? Šta izaziva bijes u vama?
36. Šta vam u životu predstavlja zadovoljstvo i šta vas čini sretnom?
37. Da li ste asocijalna osoba ili pak volite provoditi vrijeme sa drugim ljudima?

### *Kvalitet života:*

38. Koliko vas shizofrenija ograničava u životu?
39. Da li ste zbog shizofrenije zanemarili vaše uobičajene aktivnosti koje ste ranije obavljali?
40. Da li ste motivirani da obavljate svakodnevne ali i neke druge aktivnosti?
41. Da li sebe smatrate funkcionalnom bez obzira na shizofreniju?

### *Trenutno stanje:*

42. Koji tretman shizofrenije koristite? Kako doživljavate tretman? Koliko vam on pomaže a koliko odmaže?
43. Koje vlastite vještine suočavanja koristite kako biste se izborili sa simptomima?
44. Kako biste ukratko opisati vaš doživljaj shizofrenije?
45. Da li shizofreniju doživljavate kao dio sebe ili je ona ipak i dalje za vas strana?