

UNIVERZITET U SARAJEVU
FILOZOFSKI FAKULTET
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

SHIZOFRENIJA: PSIHIČKI POREMEĆAJ ILI STANJE UMA?

Završni magistarski rad

Kandidat:
Samra Pljevljak

Mentor:
Doc. dr. Sabina Alispahić

Sarajevo, 2018. godine

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. DEFINICIJE I HISTORIJSKI RAZVOJ KONCEPTA SHIZOFRENIJE	4
3. KLINIČKA SLIKA, ETIOLOGIJA I PREVALENCIJA SHIZOFRENIJE	7
3.1. <i>Klinička slika shizofrenije</i>	7
3.1.1. <i>Prve pojave i razvojni tok shizofrenije</i>	9
3.1.1.1. <i>Shizofrenija u dječijoj dobi</i>	10
3.1.1.2. <i>Shizofrenija u adolescenciji</i>	11
3.1.1.3. <i>Razvojni tok i faze shizofrenije</i>	12
3.2. <i>Etiologija shizofrenije</i>	14
3.3. <i>Prevalencija shizofrenije</i>	16
4. SHIZOFRENIJA: PSIHIČKI POREMEĆAJ ILI STANJE UMA?.....	18
4.1. <i>Logičke kontradiktornosti DSM-a</i>	18
4.2. <i>Medikalizacija života</i>	19
4.3. <i>Antipsihijatrijski pokret: gledišta T. Szasza</i>	20
4.4. <i>Shizofrenija kao stanje zarobljenosti između budnosti i spavanja</i>	21
4.5. <i>Pokret čujenja glasova (eng. Hearing voices Movement)</i>	24
5. DIJAGNOZA I TERAPIJA SHIZOFRENIJE.....	27
6. ZAKLJUČCI.....	32
LITERATURA	33

SHIZOFRENIJA: PSIHIČKI POREMEĆAJ ILI STANJE UMA?

Samra Pljevljak

Sažetak

Shizofrenija je mentalni poremećaj kojem je u naučnom svijetu posvećena velika pažnja. Riječ je o poremećaju koji još uvijek nije u potpunosti opisan i objašnjen do mjere da se shvati njegova klinička slika. Treba imati na umu činjenicu da istraživači vrlo često rezultate vlastitih istraživanja uzimaju sa dozom rezerve, jer je riječ o oboljenju koje je jako specifično, a klinička slika, etiologija i prevalencije su značajno kompleksne. Cilj ovog rada je pokušati odgovoriti na sva tekuća pitanja koja sadrže elemente dileme koja je prisutna u vezi sa pitanjem shizofrenije kao psihičkog poremećaja, s jedne strane i stanja uma, s druge strane. Shizofrenija se prepoznaje na osnovu jasnih simptoma, ali se spomenuti simptomi akutne bolesti i simptomi koji se pojavljuju izvan akutne faze bolesti značajno razlikuju. Jedan od ključnih faktora promjene same svijesti oboljele osobe jeste sadržan u činjenici da je shizofrenija poremećaj koji mijenja način kako bolesnici sami sebe doživljavaju, te kako se ponašaju prema drugima i okolini. Posmatrajući sveukupnost simptoma jasno se uočava saznanje da ovaj poremećaj i njegovi simptomi obmanjuju bolesnika. S druge strane, posmatrajući i proučavajući neke od teorija vezanih za samu prirodu shizofrenije, može se stvoriti slika i ideja da je riječ o oboljenju koje je u jednu ruku psihički poremećaj, dok u drugu, stanje uma. U skladu sa analizama i teorijama, simptomi shizofrenije u kombinovanoj formi i stanju aktivno i vrlo precizno utječu na um i mentalno zdravlje osobe. Uočavanje simptoma i dijagnosticiranje samog oboljenja je ključno u prvoj fazi liječenja. Nakon dijagnoze se postavlja odgovarajuća terapija, a riječ je o kombinaciji više faza i elemenata liječenja simptoma i stanja. S obzirom na činjenicu da su najnovija istraživanja pokazala nove elemente i karakteristike spomenutog oboljenja, postavljaju se nove teze koje glavninu problema usmjeravaju ka razumijevanju stanja uma kod oboljele osobe. Postavljeno pitanje ovog rada jeste: *“Da li je shizofrenija psihički poremećaj ili stanje uma?”*, a odgovor leži upravo u novijim istraživanjima, koja su dosadašnje koncepte shizofrenije dovela u pitanje. Dilema je zasnovana na konkretnim primjerima u praksi, a posmatranje simptoma je shizofreniju dovelo do nove definicije, a to je da je riječ o kombinaciji psihičkog poremećaja, sa promjenama stanja uma kod oboljele osobe.

Ključne riječi: shizofrenija, psihički poremećaj, stanje uma.

1. UVOD

Prema DSM 5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) kategorije poremećaja iz spektra shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja uključuje shizofreniju i druge psihotične poremećaje, te shizotipni poremećaj ličnosti. Ovi poremećaji su definisani abnormalnostima u jednoj ili više od navedenih pet domena: sumanutosti, halucinacije, dezorganizirano ponašanje (govor), jako dezorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju) i negativne simptome. Prema Wenaru (2003), shizofrenija je teški i pervazivni psihopatološki fenomen s kognitivnim, afektivnim i socijalnim promjenama. U svom najtežem obliku ona je onesposobljavajuća.

Na osnovu podataka dobivenih iz DSM 5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) dijagnostički kriteriji za shizofreniju su:

A: Dva (ili više) od sljedećih, svaki prisutan značajan dio vremena tokom jednomjesečnog razdoblja (ili manje, ako su bili uspješno liječeni). Barem jedan mora biti (1), (2), ili (3):

1. Sumanutosti.
2. Halucijacije.
3. Disocirani govor (naprimjer učestalo labavljenje asocijacija ili inkohherentnost).
4. Jako dezorganizirano ili katatono ponašanje.
5. Negativni simptomi (tj. smanjena emocionalna ekspresija ili avolicija).

B: Značajan dio vremena od pojave ove smetnje, razina funkcioniranja u jednom ili više glavnih područja, poput rada, međuljudskih odnosa ili brige o samom sebi, upadljivo je ispod nivoa postignutog funkcioniranja prije pojavljivanja (ili ako se javi u djetinjstvu ili adolescenciji, ne postiže se očekivani nivo međuljudskog, akademskog ili radnog funkcioniranja).

C: Kontinuirani znakovi ove smetnje traju najmanje 6 mjeseci. Spomenuto šestomjesečno razdoblje mora uključivati najmanje mjesec dana trajanja simptoma (ili kraće, ako su uspješno liječeni) koji zadovoljavaju Kriterij A (tj. simptome aktivne faze) i može uključivati i razdoblja prodromalnih ili rezidualnih simptoma.

D: Shizoafektivni poremećaj i depresivni ili bipolarni poremećaj sa psihotičnim obilježjima su isključeni zato što: 1) nije se javila epizoda velike depresije ili manije istovremeno sa simptomima aktivne faze, ili 2) ako su se tijekom simptoma aktivne faze javile epizode vezane uz raspoloženje, one su bile prisutne manji dio vremena u odnosu na cjelokupno trajanje aktivnih i rezidualnih razdoblja ove bolesti.

E: Ova smetnja ne može se pripisati fiziološkim učincima neke psihoaktivne tvari (npr. neke droge ili nekog lijeka) ili drugog zdravstvenog stanja.

F: Ako postoji anamneza poremećaja iz spektra autizma ili komunikacijski poremećaj sa početkom u djetinjstvu, dodatna dijagnoza shizofrenije postavlja se samo ako su prominentne sumanutosti ili halucinacije, uz ostale obavezne simptome za shizofreniju, bile prisutne najmanje mjesec dana (ili manje, ako su uspješno liječene) (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Iako se shizofrenija smatra jedinstvenom bolešću, već više od jednog stoljeća, njene definicije i granice su se tokom ovog perioda promijenile, a njena etiologija i patofiziologija ostaju još uvijek nedostižne istraživačima (Tandon, Gaebel, Barch, Bustillo, Gur, Heckers, Malaspina, Owen, Schultz, Tsuang, Van Os, Carpenter, 2013). Nezadovoljavajuća priroda postojećih modela koji nastoje objasniti fenomen shizofrenije, različiti etiološki uzročnici, različita priroda činjenica, naveli su na zaključak da trenutni svijet shizofrenije vjerovatno uključuje više fenotipski preklapajućih sindroma i bolesti, te da jedinstveni koncept trenutno nije moguće napraviti (Keshavan, Nasrallah, Tandon, 2011).

Nekoliko ograničenja leži u trenutnoj konceptualizaciji shizofrenije. Iako je pouzdanost dijagnoza poboljšana sa tekućim revizijama Dijagnostičkog i statističkog priručnika (DSM), valjanost definicije shizofrenije ostaje ozbiljno pitanje. Jedan od ključnih razloga tačnosti definicije shizofrenije je zamagljena granica između shizofrenije i "normalnosti", kao i između shizofrenije i drugih psihičkih poremećaja, kao što je bipolarni poremećaj. Nadalje, u literaturi o shizofreniji autori se često pozivaju na heterogenost kako bi objasnili nekonzistentne nalaze. Međutim, prema Keshavan i sur. (2011), heterogenost je problem, a ne rješenje. Autori navode da bi heterogenost trebala biti centralni argument za ponovno razmatranje neadekvatne konceptualizacije ove definicije bolesti.

U posljednje vrijeme dovodi se u pitanje konstrukcija shizofrenije kao jedinstvene bolesti koja je daleko od zadovoljavajuće, te je potrebna rekonceptualizacija. Trenutna terminologija shizofrenije je korisna kao polazna tačka za identifikaciju pacijenata za

liječenje i istraživanje, međutim termin ima stigmatizirajući učinak. U Japanu su predloženi alternativni nazivi, poput “poremećaja integracije”, gdje je promjena spomenutog imena smanjila negativne percepcije shizofrenije. Riječ shizofrenija znači “rascjep uma”, što se odnosi na poremećaj uobičajne ravnoteže osjećaja i razmišljanja (Dokoza, 2015).

Cilj ovog rada je da se na osnovu najnovije relevantne literature i rezultata istraživanja predstavi pregled argumenata koji objašnjavaju prirodu shizofrenije kao psihičkog poremećaja, odnosno stanja uma.

U radu će se pokušati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Kakva je klinička slika, etiologija i prevalencija shizofrenije?
2. Koja su najnovija naučna otkrića koja ukazuju na to da je shizofrenija stanje uma?
3. Koji je savremeni pristup u tretmanu shizofrenije?

2. DEFINICIJE I HISTORIJSKI RAZVOJ KONCEPTA SHIZOFRENIJE

Shizofrenija predstavlja duševnu bolest sa vrlo značajnim kratkotrajnim i dugotrajnim posljedicama za pojedince, njihove porodice, sistem zdravstvenih usluga i društvo u cjelini. Riječ je o velikom psihijatrijskom poremećaju koji utječe na percepciju, mišljenje, afekt i ponašanje. Spomenuti poremećaj izaziva značajnu individualnu patnju, kao i čestu dugotrajnu nesposobnost, što negativno utječe na zaposlenost, a time i socijalni status, životno zadovoljstvo i odnose sa drugim individuama (Kučukalić, Džubur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006).

Autorica Ostojić (2012) shizofreniju smatra kroničnom duševnom bolešću, odnosno kliničkim sindromom karakteriziranim specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima, značajnim individualnim varijacijama kliničke slike, odgovora na terapiju i toka bolesti, te često prisutnim značajnim padom funkcionalnih kapaciteta bolesnika u svim sferama, bilo da je riječ o privatnom, porodičnom, radnom ili socijalnom aspektu životnog djelovanja. Ona nadalje naglašava da savremeni koncepti sagledavanja shizofrenije kao neurodegenerativnog procesa podrazumijevaju neophodnost razvoja specifičnih ranih intervencija koje su usmjerene na detekciju bolesti i terapijsku intervenciju.

Prema mišljenju Wenara (2003), shizofrenija posjeduje određena obilježja koja su prisutna i kod autizma i depresije. Poput autizma, shizofrenija je teški i pervazivni psihopatološki fenomen s kognitivnim, afektivnim i socijalnim promjenama. S druge strane, poput depresije shizofrenija počinje u dva vremenska razdoblja, iako su ova razdoblja školska dob i adolescencija, a ne dojenaštvo i školska dob.

Na osnovu istraživanja grupe autora, koji su vršili analizu definicije i opisa shizofrenije u DSM-5, shizofrenija je konceptualizirana kao psihotični poremećaj i ova promjena zahtijeva samo psihotičku patologiju u dijagnozi. Oni ujedno naglašavaju da, na osnovu odsustva jasnih granica oko stanja i mnoštva impliciranih etioloških faktora i patofizioloških mehanizama, shizofrenija je vjerovatno spoj višestrukih poremećaja (Tandon i sur., 2013).

Dakle, shizofrenija je psihička bolest koja se sastoji od skupa karakterističnih simptoma, a riječ je prvenstveno o simptomima poremećaja u socijalnom i profesionalnom funkcioniranju, zatim o pozitivnim psihotičnim simptomima (sumanutost, halucinacija, katatonija, smetnje u govoru i ponašanju), negativno-deficitnim simptomima (osjećajna

tupost, ograničen govor, nedostatak interesa i motivacije), te kognitivnim (pažnja, pamćenje i izvršne funkcije) i simptomima poremećaja raspoloženja (Radić, Škrbina, 2011).

Cooke (2000) navodi rezultate istraživanja koji naglašavaju da je shizofrenija progresivna neurološka bolest odnosno poremećaj vrlo vjerovatno izazvan biohemijskom neuravnoteženošću unutar samog mozga. Ona ujedno naglašava da na simptome i samu pojavu ove bolesti djeluju različiti faktori među kojima je ključan onaj biološki jer se veže za lično iskustvo individue koja vremenom razvija sklonost ka shizofrenim epizodama.

Još jedna definicija shizofrenije kaže da je riječ o kompleksnom psihičkom poremećaju koji je posljedica međusobnog djelovanja multiplih gena u interakciji sa okolinom (Folnegović-Grošić, 2016).

Sva navedena mišljenja vezana za pojam shizofrenije na svojstven način daju sveukupno značenje i univerzalnu definiciju onoga što ova bolest podrazumijeva. Dakle, sažeto posmatrajući, shizofrenija je hronična psihička bolest odnosno poremećaj nastao pod utjecajem raznih bioloških, neuroloških, genetičkih i socijalnih faktora, a koja se manifestuje kroz čitav niz sistemskih simptoma i obilježja, koja dovode do podjele same bolesti na različite oblike ovisno o spomenutim faktorima. Napredak u naučnom i istraživačkom koru je doveo do stvaranja jasnih parametara i obilježja koja omogućavaju kvalitetno i odgovarajuće liječenje simptoma koji su svojstveni spomenutoj bolesti. Vrlo je značajno spomenuti činjenicu da su simptomi shizofrenije vrlo slični drugim oblicima psihičkih poremećaja, pa je potrebno simptome posmatrati dublje i detaljnije kako ne bi došlo do uspostavljanja pogrešne dijagnoze i primjene neadekvatne terapije. Shizofrenija je jedan od glavnih uzroka onesposobljenosti određenog dijela populacije, a sama terapija zahtijeva integraciju bioloških, socioterapijskih i psihoterapijskih pristupa.

Pojam shizofrenije se prvi put spominje 1911. godine od strane švicarskog psihijatra Eugena Bleulera, ali se vrlo brzo spomenuti pojam počinje koristiti u pogrđne svrhe. Njegov cilj je bio da se izbjegnu negativne konotacije spomenutog pojma. Dakle, treba imati na umu činjenicu da se još uvijek koristio neutralni termin koji je 1869. godine Emil Kraepelin definisao kao sindrom *dementia praecox*. Riječ je o sindromu koji je počinjao veoma rano, te se odlikovao trajnim oštećenjem kognitivnih i bihevioralnih funkcija. Sam prijevod ovog termina je prerano gubljenje umnih sposobnosti. S druge strane, Bleuler se nije slagao sa spomenutim mišljenjem njemačkog psihijatra, te je naglasio kako je riječ o rascjepu mišljenja, nejedinstvenosti i proturječje mišljenja, osjećanja i htijenja. Do tog trenutka su u

naučnom koru bile poznate tri vrste odnosno oblici shizofrenije, a Bleuler je otišao korak naprijed i uveo četvrti oblik pod nazivom *simplex tip shizofrenije*. A sam pojam shizofrenije je nastao njegovom idejom spajanja dvije riječi grčkog porijekla, a to su *schizo* (rascjep) i *phren* (razum) (Folnegović-Grošić, 2016).

Pored Bleulera i Kraepelina, veliku važnost i doprinos u shvatanju shizofrenije je imao i Kurt Schneider koji je opisao grupu simptoma prvog ranga gdje je smjestio specifične oblike i tipove deluzija i halucinacija (umetanje misli, emitovanje misli, deluzije kontrole). Ono što je zajedničko za spomenute tipove deluzija jeste onaj faktor koji ih povezuje, a to je zapravo utisak osobe da gubi autonomiju vlastitih misli, osjećanja, pa i tijela. S tim u vezi, najprihvatljivije je da se shizofrenija posmatra kao multisistemska bolest sa dominantnim manifestacijama u domenu mišljenja, emocija i interpersonalnih odnosa (Kasalica, 2015).

S obzirom da se shizofrenija jednim dijelom definiše kao duševna bolest, onda je potrebno da se spomene i par historijskih činjenica vezanih za ovaj pojam. Godine 1908. se osniva Društvo za mentalnu higijenu u SAD-u, čija je osnovna uloga bila da se zalaže za konzervaciju mentalnog zdravlja, te da radi na prevenciji neuro i mentalnih poremećaja, a sve sa ciljem pouzdanog informisanja. Naredne godine osnivaju i Nacionalni komitet za MH, a 1917. godine izdaju časopis „Mentalna higijena“. Šezdesetih i sedamdesetih godina 20. stoljeća se pojavljuje antipsihijatrijski pokret čija pobuna je bila protiv onih koji su se koristili medicinskom interpretacijom duševne bolesti, sa ciljem liječenja duševno oboljelih medicinskim metodama bez shvatanja legitimnosti patnje i nesreće oboljelih osoba (Vlajković, 1990). Ovo je ujedno bio i prvi pokušaj da se shizofrenija ne definiše kao bolest.

3. KLINIČKA SLIKA, ETIOLOGIJA I PREVALENCIJA SHIZOFRENIJE

U prethodnom poglavlju se raspravljalo o historijatu same pojave i razvoja istraživanja i otkrivanja konkretnih ideja i podataka vezanih za shizofreniju. U procesu sagledavanja definicije samog pojma spomenutog poremećaja se tražila smisao i srž onoga što je značajno za shizofreniju i njenu dijagnostiku, te terapiju. Nakon stvaranja ključnih zaključaka unutar same definicije, stvorena je podloga za sljedeće poglavlje koje govori o kliničkoj slici, etiologiji, te prevalenciji shizofrenije. Početne faze ovog poglavlja u prvom redu obrađuju samo prepoznavanje problema kod bolesnika, a završne se baziraju na statističkim podacima i brojkama koje govore o samoj zastupljenosti shizofrenije kod određenih individua, grupa i društava u cjelini.

3.1. Klinička slika shizofrenije

Kako je već naglašeno, shizofrenija je hronični psihotični duševni poremećaj koji predstavlja klinički sindrom sastavljen od psihičkih i ponašajnih simptoma. Sama klinička slika ovog poremećaja je vrlo specifična i kompleksna, a može uključivati simptome kao što su abnormalnosti percepcije u obliku halucinatornih doživljavanja, poremećaje prosudbe sa primjesama sumanutih misli i vjerovanja, poremećaje toka misli koji se manifestuju kroz poremećaj govora, redukciju emocionalne i voljne sfere i osjećaja zadovoljstva, različite kognitivne poteškoće (vezane za pamćenje i izvršne funkcije), uočljivo ponašanje bazirano na psihotičnim iskustvima i oštećenom sistemu samokontrole, te motoričke promjene funkcioniranja (Ostojić, 2012).

Simptomi shizofrenije se pojavljuju u različitim oblicima koji su na prvi pogled međusobno vrlo različiti, ali postoje karakteristična obilježja odnosno poremećaj mišljenja i percepcija, afekt koji je otupljen ili neskladan. Iako su na samom početku očuvana jasna svijest i intelektualna komponenta, vremenom se mogu pojaviti kognitivni deficiti. Oboljela osoba je ravnodušna spram zbilji, povlači se u sebe, u svoj vlastiti svijet i život kojim gospodare fantazmatski objekti nesistematiziranog porijekla. Kada je riječ o psihopatološkim obilježjima u ovom slučaju se odnose na nametanje i oduzimanje misli, sumanuta opažanja i sumanutost kontrole, slušne halucinacije kod kojih glasovi međusobno komentarišu ili raspravljaju o bolesniku u trećem licu, uz negativne simptome (Dadić-Hero, Pernar, Medved, Ružić, Rončević, 2009).

Istraživanje oblika i vrsta simptoma su dovela do njihove podjele na pozitivne, negativne, kognitivne, agresivne i depresivne simptome. U pozitivne simptome se svrstavaju

halucinacije i sumanutosti, te poremećaj govora i ponašanja. Halucinacija, kao nenormalna percepcija je uzrokovana čulnim i reprezentativnim psihičkim faktorima. Riječ je o *percepciji bez objekta* koja prodire u psihički život individue, i po tome se razlikuje od imaginacije. Stvaranje halucinantnih fenomena se može vezati za organska oboljenja centralnog ili perifernog nervnog sistema, za patološko savijanje budne svijesti, te čulno izdvajanje. Halucinantni fenomen učestvuje u raznim procesima nadraživanja, depresije, pogoršanja i destrukcije psihoza. Percepcije halucinacije mogu biti povezane i sa određenim sistemom vjerovanja i tumačenja. Ostvarenu patologiju čine iskustva u vezi sa spavanjem, praćena promjenljivim stepenom mentalne pometnje, poremećaja raspoloženja i oduševljenja (Larousse, 1990).

Drugi simptom, odnosno sumanute ideje su posljedica temporolimbicke difunkcije, te se ne mogu korigirati uvjeravanjem ili predočavanjem. Naime, razvojem psihotičnosti bolesnik sve čvršće vjeruje i počinje se ponašati u skladu sa njim. Dakle, u prvom redu riječ je različitim vrstama sumanutosti, a najčešće suparanoidne, erotske, religiozne, hipohondrijske, mistične i sumanutosti veličine. Oboljela osoba čvrsto vjeruje u sumanute misli, koje mogu biti primarne i sekundarne, te u odnosu na afekt sintimne i katatimne (Folnegović-Grošić, 2016).

Poremećaji govora izazvani mentalnim oboljenjima su vrlo specifični, a u ovom slučaju je govor teško pogođen. U izvjesnim oblicima shizofrenije, oboljele osobe se rado služe čudnim, nastranim, apstraktnim i simboličnim govorom, sastavljenim od novih riječi (neologizmi), skovanih od strane subjekta, sa skućenim i tajanstvenim značenjem. Njihov govor liči na nepoznat strani jezik, potpuno nerazumljiv, koji je izraz izvanredno zgusnutog delirijuma u koji je nemoguće proniknuti. U izvjesnim delirijumima mašte i parafrenijuma, govor može sadržati mnogobrojne izraze koji su istovremeno rijetki i poetični (Larousse, 1990).

Negativni simptomi se manifestuju u vidu nemogućnosti uživanja (anhedonija), osjećajnu (afektivnu) zaravnjenost, smanjenu produkciju misli i govora (alogija), poremećaj pažnje (attention), socijalno povlačenje (autizam). Svi navedeni simptomi su rezultat slabijeg premorbidnog funkcioniranja i rezultiraju smanjenjem normalnog funkcioniranja. Ujedno se neki od simptoma mogu javiti usljed dugotrajnog liječenja antipsihoticima, hroničnog toka bolesti, te dugotrajnog boravka u instituciji (sekundarni negativni simptomi). Primarni negativni simptomi su zaravnjeni afekt, emocionalno povlačenje, osiromašen raport, pasivnost, apatija, socijalno povlačenje, poteškoće apstraktnog mišljenja, gubitak spontanosti,

stereotipno razmišljanje, alogija, avolicija, nedostatak zadovoljstva i poremećaj pažnje (Folnegović-Grošić, 2016).

Kognitivni simptomi su vrlo slični negativnim, s tim da se u prvom redu nalazi poremećaj kontrole impulsa. Prema tome, oboljela osoba sa sistematizovanim poremećajem psihomotorike ispoljava simptome na način da vrši impulsivne akte bez razmišljanja o posljedicama. Manjak voljne kontrole može da dovede i do pojave agresivnosti prema drugima, ali i samom sebi (*anksiozno suicidalni raptus*). Tu su zastupljeni i egzibicionizam, toksikomanija odnosno zadovoljenje instinkta, te neusklađeno ponašanja (Larousse, 1990).

Depresivni simptomi mogu biti sastavni dio same kliničke slike ili kao rezultat terapije, a vrlo često su i prvi simptomi shizofrenije, i to još u fazi nastanka bolesti. Međutim, spomenuti simptomi se uočavaju i prepoznaju, tek nakon pojave pozitivnih simptoma koji onda navode na zaključak i saznanje o prisutnosti depresivnih simptoma (Folnegović-Grošić, 2016).

Posljednji spomenuti simptom unutar ovog spektra jeste nedostatak kritičnosti, što je zapravo i najvažnije obilježje shizofrenije. Sama spoznaja o postojanosti problema odnosno oboljenja, te potrebe za primjenom terapije sa ciljem poboljšanja mentalnog zdravlja, može da dovede do potpunog odbijanja oboljele osobe da surađuje u tom procesu. Kao rezultat tog negiranja, bolesnici odbijaju da se liječe, poriču da problem uopšte postoji, a u krajnjem slučaju odbijaju hospitalizaciju. Sa ovakvim tipom simptoma vrlo je teško primijeniti odgovarajuće korake sa ciljem liječenja simptoma bolesti i olakšavanja mentalnih poteškoća kod oboljele osobe (Kučukalić i sur., 2006).

3.1.1. Prve pojave i razvojni tok shizofrenije

Dijagnosticiranje shizofrenije, kao mentalnog poremećaja odnosno oboljenja je samo po sebi vrlo zahtjevno i iziskuje pomno posmatranje simptoma kod odrasle oboljele osobe. Kada je riječ o djeci taj proces je dosta kompleksniji, a dijagnosticiranje se vrši upotrebom istih dijagnostičkih kriterija kao kod odraslih. Početne faze samog poremećaja su najčešće postepene, i to uz ispoljavanje niza razvojnih poremećaja na najmlađem uzrastu. Još je jako bitno naglasiti da je riječ o simptomima kao što su slušne halucinacije, poremećaji mišljenja po formi i sadržaju, te vidne halucinacije (Popović-Deušić, Aleksić, Pejović-Milovančević, Stanković, 2002).

Wenar (2003) je shizofreniju kao teško mentalno oštećenje u ranoj dobi podijelio na dva razdoblja prve pojave. Definisane spomenutih razdoblja je omogućilo shvatanje same problematike dijagnosticiranja shizofrenije u ranom periodu ljudskog života. Već je naglašeno da se prve pojave simptoma mogu pronaći kod djece u dobi od deset godina, tako da je u ovom slučaju autor dva spomenuta razvojna razdoblja podijelio na shizofreniju u dječijoj dobi i shizofreniju u adolescenciji.

3.1.1.1. Shizofrenija u dječijoj dobi

Mnogobrojna istraživanja su pokazala da shizofrenija sa nastankom prije adolescencije ima više postepen i manje akutan početak nego shizofrenija sa početkom u odraslom životnom dobu. Na osnovu prognostičkih shvatanja i faktora, istraživači su saglasni sa mišljenjem da shizofrenija u djetinjstvu predstavlja teži oblik poremećaja. Popović-Deušić i sur. (2002) prenose istraživanja i zaključke vezane za same simptome i dijagnostiku ovog poremećaja kod djece. Dakle, na osnovu rezultata dobivenih istraživanjem kliničke slike i etiologije, došlo se do zaključka kako je registrovan sličan odnos muškog i ženskog spola odnosno 2,5:1. Ispoljavanje psihotičnih simptoma je istog tipa, a najčešći su: slušne i vidne halucinacije, iluzije, poremećaj mišljenja po formi i sadržaju, sumanute ideje, zaravnjen ili neadekvatan afekt, dezorganizovan govor i ponašanje.

Slušne halucinacije su prisutne kod 80% djece oboljele od shizofrenije, dok su vidne halucinacije manje česte i javljaju se kod 30-40% oboljele djece. S vremenom sama struktura halucinacija postaje složenija, dok sadržaj istih je odraz dobi odgovarajuće brige. Sumanutost je zastupljena kod 58% djece, a vrlo su česte proganjajuće sumanutosti, te somatske koje se manifestuju u vidu uvjerenja da se u njihovim glavama nalazi mozak suprotnog spola. Poremećaji mišljenja i ponašanja su vrlo zastupljeni kod djece oboljele od shizofrenije. Najviše se mogu uočiti labavljenje asocijacija kod kojih je djetetov govor fragmentaran, disociran i bizaran. Kod disociranog mišljenja je vrlo važno da se uoči nepredvidljiva promjena teme, a kod nelogičnog mišljenja su prisutne proturječnosti i neodgovarajući uzročni odnosi. Istraživanja su pokazala da ne postoje dvije vrste poremećaja mišljenja, a da nisu u međusobnoj vezi. Pa je tako, disocirano mišljenje povezano sa rastresenošću, nelogično mišljenje sa kratkotrajnim održavanjem pažnje (Wenar, 2003).

Premorbidna faza bolesti i studije o istoj su pokazale da se razvojne abnormalnosti mogu naći kod četvrtine od polovine djece visokog rizika za razvoj bolesti. Dakle, riječ je o djeci čiji su roditelji bolovali od shizofrenije, a sami simptomi uključuju: hipoaktivitet i

hipotoniju u neonatalnom razdoblju, neobično i usporeno emocionalno vezivanje, meke neurološke znakove u ranom djetinjstvu, loša motorička koordinacija, te deficit pažnje i procesuiranje informacija u kasnijem djetinjstvu. Svi ovi parametri su znak genetske vulnerabilnosti za shizofreniju, a povezane su sa abnormalnostima neurorazvoja (Ostojić, 2012).

Ono što je još bitno naglasiti jeste činjenica da postoje određene dodirne tačke simptoma koji su aktuelni kod dva psihopatološka fenomena, odnosno shizofrenije i autizma. Njihova klinička slika je ipak pokazala da se spomenuta dva fenomena razlikuju od školske dobi nadalje. Simptomima autizma nedostaju sumanutosti i halucinacije, labavljenje asocijacija i smetnje raspoloženja, što je slučaj kod shizofrenije. Dijete oboljelo od autizma je vrlo ritualizirano, neobično i usamljeno, dok dijete sa shizofrenijom se ponaša jako upadljivo, prenaplašeno i bizarno. S druge strane, roditelji čija djeca boluju od autizma su prosječno ili iznadprosječno inteligentni, te nisu dio neke posebne socioekonomske skupine. Roditelji djece oboljele od shizofrenije su obično ispodprosječne inteligencije, te dolaze iz nižih socioekonomskih slojeva društva (Wenar, 2003).

3.1.1.2. Shizofrenija u adolescenciji

Prodromalna faza shizofrenije se javlja u dva razdoblja života, i to u adolescenciji i ranim dvadesetim godinama života. Ova faza može trajati i nekoliko godina, ali nije nužna pojava jasnih simptoma i znakova shizofrenog procesa. Ona je karakterizirana izrazitom varijabilnošću nespecifičnih simptoma i promjena ponašanja oboljele osobe koje se najčešće očituju značajnim promjenama ličnog i socijalnog funkcioniranja, autodestruktivnim i suicidalnim ponašanjem i zloupotrebom sredstava ovisnosti. Neki od prodromalnih simptoma i znakova su: redukcija koncentracije i pažnje, redukcija motivacije, depresivno raspoloženje, poremećaji ponašanja, anksioznost, socijalno povlačenje, sumnjičavost, pad funkcioniranja u različitim područjima života, te iritabilnost. U prediktore razvoja psihotičnog poremećaja spadaju: shizotipni poremećaj osobnosti, kratkotrajno javljanje pozitivnih i negativnih psihotičnih simptoma, opći psihopatološki simptomi, depresivnost i anksioznost, pad općeg funkcioniranja, zloupotreba psihoaktivnih supstanci, stres i neurokognitivne i neurobiološke promjene (Ostojić, 2012).

Postotak prevalencije shizofrenije u periodu adolescencije iznosi 0,33%, a hospitalizovani postotak iznosi 15-30% onih koji su zaista shizofreni. Kada je riječ o spolnoj razlici u oboljenju, ona ne postoji, a simptomi pojave oboljenja su zapravo jednaki kao kod

odraslih osoba. Među simptomima su: poremećaji mišljenja, socijalna izolacija, poremećaji motoričkog ponašanja, s tim da se svi ovi simptomi mogu podijeliti u dvije velike kategorije. Pozitivni simptomi uključuju poremećaje mišljenja, sumanutosti i halucinacije, a u negativne spadaju odsutnost društvenosti, ugone, energije i afekta. Sadržaj mišljenja je poremećen na više načina, ali sumanutosti i halucinacije su dva najznačajnija u ovom slučaju. Kod sumanutosti je uključena sumanutost veličine i proganjanja, a kod halucinacija su prisutne slušne, a rjeđe vidne halucinacije. Socijalna izolacija dovodi osobu u stanje potpunog zanemarivanja ljudi oko sebe, a često su zbunjeni i smušeni zbog svih zbivanja u okolini. Njihov afekt je vrlo često zaravnjen, a mogu biti i osjetljivi i hipersenzitivni, te skloni neprimjerenim izljevima bijesa ili čak, luckastog smijeha. Poremećaji vezani za motoričko ponašanje su različiti, ali se mogu izdvojiti sljedeći: grimase, neobični položaji i pokreti, neprestano njihanje tokom stajanja i sjedenja, dugotrajna razdoblja nepokretnosti, bizarne opetovane aktivnosti, neprekidno trljanje čela, srdito udaranje zapešćem, grebanje po koži koje izaziva otvorene rane i krvarenje (Wenar, 2003).

Folnegović-Grošić (2016) je mišljenja da predispozicija za razvoj shizofrenije može nastati zbog prirođenih i stečenih oštećenja u prenatalnom i perinatalnom razvoju, a sami simptomi se pojavljuju upravo u toku adolescencije. Spomenuta oštećenja su vrlo često rezultat virusne infekcije, te je otkrivena povezanost IgG protutijela na herpes virus tipa II i razvoja psihoze kod djece. Shizofrenija kao posljedica poremećaja u razvoju mozga se odigrava u dvije faze: rana-intrauterina i kasna-adolescentna faza i u tom slučaju se govori o teoriji dvostrukog udara. U adolescentnom periodu života različiti socijalni stresori mogu precipitirati nastanak prodromalnih simptoma iz kojih se može razviti shizofrenija.

Ostojčić (2012) jasno naglašava činjenicu da je shizofrenija hronična duševna bolest, odnosno klinički sindrom karakteriziran specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima. Riječ je o neurodegenerativnom procesu kojem se treba pristupiti kao jedinstvenom entitetu jer se sastoji od niza heterogenih, još uvijek nepoznatih, poremećaja. Mnoga istraživanja su ukazala na činjenicu da je javljanje ove bolesti uvjetovano genetskom predispozicijom.

3.1.1.3. Razvojni tok i faze shizofrenije

Tok shizofrenije se može pratiti kroz deterioraciju funkcionalnih kapaciteta bolesnika, za čiju progresivnost su zaslužni simptomatska pojavnost i neurodegenerativni procesi. U periodu između rođenja i adolescencije, shizofrenija započinje asimptomatski što rezultira održanom funkcionalnošću osobe. Naredna faza, odnosno prodromalna faza od adolescencije

do ranih dvadesetih se sastoji od sistemskih pojava simptoma kao što su neobično ponašanje, nespecifični negativni simptomi i blaži pad funkcionalnih kapaciteta. Dvadesete godine života sa sobom donose aktivnu fazu shizofrenog procesa koja je karakterizirana pozitivnim psihotičnim simptomima, remisijama i relapsima, i to najčešće bez povratka na razinu funkcioniranja prije pojave bolesti. Posljednja faza shizofrenije se može pojaviti u četrdesetim godinama života i tada bolest u znatnoj mjeri ulazi u fazu prominirajućih negativnih i kognitivnih simptoma sa povremenim poboljšanjima općeg stanja oboljele osobe (Ostojić, 2012).

Kada je riječ o spolnim razlikama treba naglasiti da vršna pojavnost prve psihotične epizode kod muškarca rane su do srednje dvadesete, a kod žena kasne dvadesete godine života. Sama pojava simptoma bolesti može biti nagla i podmukla, ali kod većine oboljelih dolazi do polaganog i postupnog razvoja raznovrsnih klinički signifikantnih znakova i simptoma. Sami tok bolesti je povoljan za približno 20% osoba oboljelih od shizofrenije, s tim da se mali dio osoba u potpunosti oporavi. U toku samog razvoja bolesti psihotični simptomi imaju tendenciju smanjenja svoje pojavnosti, ali je razlog tome tok životnog ciklusa u kojem dolazi do prirodnog pada dopaminske aktivnosti, koja je povezana sa hronološkom dobi. Osnovna obilježja shizofrenije u djetinjstvu su ista, ali ih je i teže dijagnosticirati. Simptomi kao što su vidne halucinacije se mogu vrlo često pogrešno protumačiti kao dječija mašta i igra. Djeca koja kasnije budu dijagnosticirana, češće imaju nespecifične emocionalno-ponašajne poremećaje i psihopatologiju, intelektualne i jezične promjene, te blaga kašnjenja u motoričkom razvoju. Kasne pojave simptoma bolesti u četrdesetim godinama, su češće kod ženske populacije koja je u bračnoj zajednici. Tok je karakteriziran dominantnim psihotičnim simptomima, sa očuvanim emocionalnim i socijalnim funkcioniranjem (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Kada je riječ o samim razvojnim fazama shizofrenije, ne postoji tačan urnek, niti definicija koja je općeprihvaćena u naučnom svijetu. S obzirom na činjenicu da su određena pitanja vezana za shizofreniju još uvijek neodgovorena i aktuelna, onda nije ni moguće da se daju jasne faze njenog razvoja i samog toka. Postoji saznanje da je shizofrenija povezana sa složenim patofiziološkim procesima, pa se mogu razlikovati faze shizotaksije, shizoidije, shizotipije, shizoakrije, te rezidualna shizofrenija. Sama bolest se može podijeliti na već spomenute faze premorbidnu, prodromalnu, psihotičnu, te postpsihotičnu odnosno rezidualnu fazu. U premorbidnoj fazi oboljela osoba se osamljuje, neprilagodljiva je i loše se nosi sa socijalnim vještinama. Prodromalnu fazu čine poteškoće sa koncentracijom, napetost,

depresivno raspoloženje, smetnje spavanja, disfunkcionalnost, te zapuštenost. S druge strane klinička slika shizofrenije u toku psihotične faze je karakterizirana simptomima sumanutog distorzije realiteta, sumanutog doživljaja sebe i okoline, povlačenje u vlastiti bizarni svijet, mentalna dezorganizacija i dezintegracija psihičkih funkcija, poremećeno ponašanje i socijalna disfunkcionalnost, te agresivnost, depresivnost i slični simptomi. Rezidualna faza sa sobom donosi simptome oslabljenog mentalnog funkcioniranja i osiromašenja ličnosti. Negativni simptomi dominiraju kao posljedica neurodegenerativnih promjena (Folnegović-Grošić, 2016).

3.2. Etiologija shizofrenije

Autori Štrkalj-Ivezić i Horvat (2017) naglašavaju činjenicu da postoje mnogi nedostaci prilikom uvida kod oboljelih od shizofrenije. Tome je i razlog njihov pristup etiologiji kroz kliničke, neuropsihološke, psihodinamske i fenomenološke procese.

Klinički pristup se bazira na nedostacima uvida u same simptome shizofrenije, jer postoje teorije istraživača koji govore da manjak uvida predstavlja pozitivan simptom shizofrenije, kao deluzije zdravlja, gdje oboljela osoba odbija da prihvati činjenicu da posjeduje simptome shizofrenije, te da im ista predstavlja smetnju u normalnom funkcionisanju. S druge strane, manjak uvida se tumači kao negativni simptom shizofrenije odnosno kao psihološko povlačenje od pokušaja razmišljanja vlastitog fenomenološkog doživljaja svijeta. Još jedna hipoteza naglašava da je niska razina uvida rezultat poremećaja formalnog mišljenja, koji oboljelu osobu dovodi u stanje umanjenog kapaciteta apstraktnog mišljenja. Neuropsihološke teorije manjak uvida kod shizofrenije objašnjavaju kao posljedicu patološkog procesa mozga kod oboljelih osoba. Svi postojeći dokazi upućuju na činjenicu da bi deficit uvida mogao biti posljedica trajnih kognitivnih disfunkcija, uglavnom deficita u prefrontalnom kortikalnom području. Manjak uvida, psihološka tumačenja vide kao strategiju suočavanja s bolešću u kojoj pacijent, u određenoj mjeri svjestan svoje bolesti, negira je kako bi zaštitio vlastito samopoštovanje. Tradicionalni pristup, odnosno fenomenološki je usmjeren na subjektivnost, te na razumijevanje osnovnih teškoća shizofrenije iz pacijentove intrasubjektivne perspektive. Ova perspektiva naglašava da je svjesnost o iskustvima ili posljedicama povezanim sa shizofrenijom utkana u životnu priču individue, te da je neraskidivo povezana sa njegovom sposobnošću davanja ličnog smisla onome što se desilo u prošlosti i šta činiti u budućnosti kako bi se pospiješila kvaliteta života (Štrkalj-Ivezić, Horvat, 2017).

Dakle, treba imati na umu činjenicu da sam uzrok shizofrenije još uvijek, u potpunosti nije naučno utvrđen. Međutim, sva dosadašnja istraživanja ukazuju na interakciju genetskog habitusa i značajnih vanjskih poremećaja za vrijeme razvoja mozga, kao glavne razloge razvoja shizofrenije. S jedne strane se nalazi smjer istraživanja koji sugerira neurorazvojni poremećaj koji može biti genetičkih i vanjskih faktora odnosno stresora u ranoj fazi razvoja što rezultira suptilnim promjenama na mozgu. S druge strane su prisutni vanjski faktori koji za vrijeme razvoja mozga mogu egzacerbirati ili melolirati ekspresiju neurorazvojnih ili genetičkih faktora. Iako postoje jasni dokazi o genetičkoj vulnerabilnosti, istraživanja još uvijek nisu identificirala gen koji je odgovoran za pojavu spomenutog poremećaja, što je ostavilo prostora naučnicima da dođu do zaključka da je za to zaslužan veći broj gena. Od brojnih moždanih anomalija koje bi mogle biti uzrok shizofrenije, najčešće se spominje uvećanje moždanih ventrikula, smanjena veličina mozga u usporedbi sa kontrolnim grupama, neuobičajena kortikalna lateralnost sa disfunkcijom lokaliziranom u lijevoj hemisferi. Istraživanja su pokazala da osobe koje boluju od shizofrenije posjeduju disregulaciju dopamina i serotonina, što u jednu ruku može da se poveže sa ovim mentalnim poremećajem jer je riječ varijacijama u njihovim receptorima. Pored toga, bitno je da se spomene i model stres-dijateze koji integrira biološka, psihološka i socijalna istraživanja. Prema ovom modelu, osobe posjeduju različite nivoe osjetljivosti na shizofreniju, što je determinirano spomenutim faktorima. Tek kada su prisutni vanjski stresori, individualna odjetljivost će rezultirati pojavom poremećaja (Kučukalić i sur., 2006).

Folnegović-Grošić (2016) je mišljenja da je shizofrenija najvjerovatnije skupina poremećaja, pa je njena etiopatogeneza vrlo složena i uključuje osjetljivost, ali i komponentu stresa. Da se može govoriti o prisutnosti genetske predispozicije u ovom slučaju je glavna značajka povećana učestalost shizofrenije u nekim porodicama. Na osnovu istraživanja i analize konkretnih podataka došlo se do zaključka da je ovaj poremećaj posljedica međusobnog djelovanja multiplih gena u interakciji sa okolinom.

Nedavna istraživanja su probudila određene sumnje vezane za samu etiologiju shizofrenije. Naime, studije slikovnih neuroloških metoda su dale određene rezultate koji bi mogli navesti istraživače da posumnjaju da je shizofrenija neurodegenerativni proces karakteriziran strukturalnim i funkcionalnim abnormalnostima mozga, kod kojih je gubitak funkcije neurona progresivan tokom cjelokupnog toka bolesti (Ostojić, 2012).

Na osnovu zaključaka koji su doneseni od strane jednog dijela naučnog kora, etiologija shizofrenije je vrlo kompleksna i ne postoje jasni podaci o samom razlogu nastanka

spomenutog poremećaja. Priroda njenog nastanka i pojave kod oboljelih osoba je još uvijek upitna, što u krajnjem slučaju otežava terapijski proces i ponovno integrisanje oboljele osobe u zajednicu i društvo u cjelini.

3.3. Prevalencija shizofrenije

Iako postoje određene varijacije, cjeloživotna prevalencija shizofrenije se obično procjenjuje na 0,3 – 0,7 %. Kada je riječ o spolnim razlikama one variraju o uzrocima i stanovništvu, a to se najbolje može uočiti kroz primjer gdje naglašeni negativni simptomi i duže trajanje poremećaja su češće prisutni kod muške populacije. S druge strane, definicije koje omogućavaju uključivanje više simptoma uz raspoloženje i kratku pojavnost poremećaja pokazuju podjednaku zastupljenost i rizik kod oba spola (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Shizofrenija je poremećaj koji se podjednako javlja kod oba spola, ali postoji razlika u životnoj dobi javljanja bolesti. U periodu od osamnaeste do dvadeset pete godine života više od polovice oboljelih od ovog poremećaja su muškarci. Kada je riječ o ženama njihova vršna pojavnost poremećaja je na svom vrhuncu u periodu između dvedeset pete i trideset pete godine, a nakon toga pojavnost opada kod oba spola. U prosjeku oko 90% liječenih bolesnika u dobi je između šesnaeste i pedeset pete godine života, s tim da se treba naglasiti činjenica da je javljanje shizofrenije vrlo rijetko prije desete i nakon šezdesete godine života (Ostojić, 2012).

Na 100 000 stanovnika godišnje, incidenca shizofrenije u industrijalizovanim zemljama se kreće između deset i sedamdeset slučajeva bolesti. Tendencija rane i hronične pojave i toka bolesti su elementi koji doprinose relativnoj visokoj prevalenciji shizofrenije koja zahvata 1% stanovništva. Kada je riječ o srodnicima, genetska istraživanja su pokazala da su oboljeli rođaci najvažniji riziko faktor za shizofreniju. Rizici su sljedeći: za srodnike prvog stepena rizik se povećava 9 – 10 %, za potomstvo 12,8 % (Kasalica, 2015).

Kako je već spomenuto, stres može u određenoj mjeri potaknuti prve faze shizofrenih epizoda, ako sama osoba posjeduje predispozicije za pojavu bolesti. Teorija koja je zastupljena u naučnim istraživanjima jeste da povećana prevalencija među urbanim stanovništvom i nižim socioekonomskih kategorijama obično se pripisuje fenomenu socijalnog pomaka, što rezultira migracijom prema središtima sa više siromašnog stanovništva. Najnovija istraživanja, pak naglašavaju da se prevalencija ne može pripisati

socijalnom statusu, te da je njena različitost ustvari posljedica nemogućnosti socijalnog pomaka osoba sa shizofrenijom (Folnegović-Grošić, 2016).

Potrebno je da se sa rezervom uzmu podaci koji govore da siromaštvo i socijalna izolacija mogu predstavljati okidač za razvoj shizofrenije kod vulnerabilnih pojedinaca. Alternativa bi mogla biti u vidu zaključka da osobe sa shizofrenijom, zbog socijalne disfunkcionalnosti koju uzrokuje ovaj poremećaj, imaju veću sklonost da skliznu u niže socio-ekonomske slojeve, te da se nezaposleni ili bez odgovarajućeg smještaja (Kučukalić i sur., 2006).

4. SHIZOFRENIJA: PSIHIČKI POREMEĆAJ ILI STANJE UMA?

DSM je jedna od najuspješnijih tehnologija modernog vremena. Međutim, uprkos kritikama i redefinicijama DSM-a, sve više ponašanja označava se kao bolest mozga. Problemi u životu i slične nesreće pretvaraju se u medicinske probleme potiskujući ulogu okolnih čimbenika kao što su siromaštvo, politički, socijalni, moralni i ekonomski faktori, zbog kojih se ponašamo kontraverzno i zadržavamo status quo. Zanemaruje se literatura koja ide u prilog tezi da neobična okruženja rezultiraju neobičnim ponašanjima, te da mijenjanjem navika učenja možemo mijenjati ponašanja (Gambrill, 2013).

Prema Gambrill (2013) medicinski pogledi na ponašanje ignoriraju nalaze društvenih znanosti koji ističu složenost ponašanja, povijesne varijacije, životne izazove s kojima se susrećemo, vitalnu ulogu varijabli okoliša, uključujući ratove, etničke sukobe, društvene nejednakosti, promjene u radnim sposobnostima. Zanimljivo je da ovi izvori razumijevanja ključno je za marketinški uspjeh biomedicinskih gledišta. Humanizirajuće alternative prepoznaju da je život često prepun sukoba i izazova, često nezadovoljavajući i nepošten. Ulaže se trud za shvatanje osjećaja, misli i ponašanja u svakom kontekstu. Szasz tvrdi da su problemi sa kojima se moramo svakodnevno boriti pogrešno označeni kao “mentalni poremećaji”.

Pored predstavljenih klasičnih pogleda na shizofreniju, u zadnje vrijeme sve je više teorija i navoda koji govore o utjecaju shizofrenije na um oboljele osobe. Riječ je o teorijama koje su usko vezane za proučavanje stanja uma i svijesti osobe koja je oboljela od shizofrenije. U nastavku teksta će se više pažnje posvetiti novim teorijama vezanim za shizofreniju u spomenutom kontekstu.

4.1. Logičke kontradiktornosti DSM-a

Halucinacije su druga stavka DSM-a na kojoj se temelji dijagnoza shizofrenije. Definišu se kao iskustva slična percepciji koja se događaju bez vanjskog poticaja (APA, 2013, str. 87). Halucinacije se mogu pojaviti u bilo kojem senzornom modalitetu. Najčešće su slušne halucinacije koje se doživljavaju kao glasovi koji se razlikuju od vlastitih misli. Međutim, postoji epistemološki problem u korištenju halucinacija kao primarnog kriterija za mentalni poremećaj. Halucinacije su „privatni događaji“ ili senzacije poznate samo osobi koja doživljava halucinaciju. Ne možemo potvrditi halucinacije druge osobe na isti način na

koji možemo vidjeti vanjske događaje. Halucinacije su izrazito neodređen tip osobnog doživljaja jer nisu povezane sa fizičkim stanjem. Najčešće su informacije o halucinacijama putem samoprocjene ili klijenti daju verbalne izvještaje o senzacijama koje su doživjeli. Problem oslanjanja na samoprocjene halucinacija je da ne postoji način samostalog potvrđivanja prisutnosti ili forme navedenih halucinacija. To je u suprotnosti sa standardima društvenih i bihevioralnih znanosti koje zahtijevaju pouzdanost, vjerodostojnost i objektivnost dobivenih podataka. Nadalje, problem je složeniji kada koristimo samoizvješće o halucinacijama od klijenta koji pokazuje i deluzije. Slične poteškoće nastaju ako uzmemo u obzir treću ključnu osobinu u kriteriju A, neorganizirani govor. Samoizvješće o halucinacijama može se shvatiti zdravo za gotovo „u nominalnoj vrijednosti“, čak i ako dolazi od klijenta koji pokazuje manjak asocijacija ili nedosljedan govor (Wong, 2013).

Nadalje, prema Wong (2013), iako neprovjerljiva, privatna senzorna iskustva klijenata središnja su za dijagnozu shizofrenije. Očigledniji čimbenici kao što su klijentovi motivi i iskustvo sa zdravstvenim uslugama, koji bi mogli utjecati na klijentove odgovore u kliničkom intervjuu često se zanemare. Konkretno, motivi klijenata povezani su sa onim što se mora izjaviti kako bi se dobila DSM dijagnoza (npr. za dobivanje statusa invalidnosti, medicinske skrbi, osobne pažnje). Iako postoje kratki opisi o simuliranju i lažnim poremećajima, ne postoji nikakav protokol za procjenu ove mogućnosti, te u velikoj mjeri verbalni sadržaj klijenta prihvata se kao činjenično stanje.

Navedene pojmovne i tehničke slabosti u dijagnozi shizofrenije uveliko ograničavaju korisnost same dijagnoze za nemedicinske stručnjake koji rade u prevenciji i liječenju teških mentalnih i ponašajnih poremećaja. Problemi ove dijagnoze neće biti riješeni preciznijim definicijama, novim kriterijima ili terenskim eksperimentima provedenim za DSM. Najveća zabrinutost stručnjaka za mentalno zdravlje je nekritičko prihvatanje institucionalne propagande o takozvanim mentalnim poremećajima, čime se usvaja biomedicinski model koji zamjenjuje širu perspektivu „osoba u okolini“, te se time guše alternativni i potencijalno djelotvorniji pristupi prevenciji i intervencijskim programima (Wong, 2013).

4.2. Medikalizacija života

Pojam medikalizacije opisuje proces kojim se nemedicinski problemi definiraju i liječe kao medicinski problemi, obično u smislu bolesti i poremećaja. Izrazi “zdravi” i “nezdravi” primjenjuju se na sve širi raspon ponašanja, misli i osjećaja. Prema Gambrell (2013), Ivan Ilich (1976) tvrdi da su liječnici medikalizirali mnoge aspekte svakodnevnog

života kao što su starenje, bol, smrt, iscjeljenje, prevencija. Dao je termin “medikalizacija”, te tvrdi da djeluje štetno i smanjuje našu slobodu. Biomedicinska psihijatrija i farmaceutska industrija, uz pomoć države, bili su vrlo uspješni u promicanju medicinskih gledišta o problemima u životu, uključujući svakodnevna ponašanja, misli i osjećaje u duševne bolesti koje zahtijevaju medicinska rješenja (lijekove). Tu činjenicu ilustrira sve veći popis ponašanja koja se smatraju znakovima duševne bolesti, kao što su bipolarni poremećaj, shizofrenija, poremećaj hiperaktivnosti s nedostatkom pažnje, te stotine drugih uključujući kockanje i žensku seksualnu disfunkciju (Gambrill, 2013).

4.3. Antipsihijatrijski pokret: gledišta T. Szasza

Šezdesetih godina 20. stoljeća, mnogi autori su počeli sa argumentiranjima kako pojam mentalne bolesti ili poremećaja (koji se koristi u psihijatriji) nije medicinski, niti naučno ispravan. Među njima se isticalo jedno ime, a riječ je o psihijatru i profesoru na Univerzitetu u Sirakuzi, Thomasu Szaszu, koji je iznio niz važnih tvrdnji da su mentalne bolesti samo mit. Njegovo mišljenje je bilo da mnoge mentalne bolesti nisu bolesti mozga, te da psihijatri u mnogim slučajevima ne liječe niti mogu medicinski liječiti bolesti. Ujedno je dao i shematski prikaz vlastitih argumenata iznesenih u svom članku, *The myth of mental illness*, koji izgleda ovako:

1. Mentalne bolesti su definisane u terminima bioheviornalnih i psiholoških devijacija ili odstupanja od etičkih, psiholoških ili pravnih normi. Na osnovu toga se može reći da su mentalne bolesti karakterizirane u terminima odstupanja od određenih standarda koji imaju društvenu vrijednost;
2. Tjelesni poremećaji su odstupanja od objektivnih normi, koje ne ovise o etičkim, pravnim ili psihološkim normama, te su neovisne od društvenih vrijednosti;
3. Sama činjenica da su tjelesni poremećaji odstupanja od objektivnih normi, oni jedini predstavljaju prave bolesti;
4. Zaključno se smatra da ne mogu postojati mentalne bolesti kao takve, nego se jedne manifestuju kao rezultat životnih problema, dok druge kao fizička oštećenja mozga (Szasz, 1960, prema Malatesti, Jurjako, 2016).

Antipsihijatrijski pokret kao idejnu vodilju vlastite interpretacije duševne bolesti je posjedovao kroz tezu da duševna bolest kao takva ne postoji, odnosno da postojanje bolesti u ovom slučaju ne postoji. Szasz navodi sljedeće: „Kada tvrdim da je mentalna bolest mit, tada ne kažem da lična sreća i društveno devijantno ponašanje ne postoje, samo kažem da ih mi

kategorišemo na vlastitu štetu“. Prema tome, za spomenute tvorce samog pokreta, duševna bolest ne postoji, nego je riječ o patnji i nesreći određenih osoba, koje se proglašavaju duševno bolesnim, što je pogrešno. Dakle, pogrešno je spomenutu kategoriju bolesnika proglasiti bolesnim i jednostavno prebaciti u nadležnost medicine. Ovakav stav označava nedovoljno zatvaranje očiju pred legitimnošću životnih patnji i nesreća i pred postojanjem svih društvenih protivrječnosti, koje značajno doprinose i oslovljavaju postojanje tih nesreća (Vlajković, 1990).

Szasz tvrdi da je potrebno prepoznati ontološku tezu prema kojoj su samo mentalni poremećaji koji imaju biološku osnovu „pravi“ poremećaji. Prema njegovom mišljenju, psihijatrija se mora suočiti s nepoželjnom disjunkcijom: ili su mentalne bolesti tjelesni poremećaji (koji spadaju u područje neurologije), ili su oni problemi življenja, te spadaju izvan medicinske prakse kao takve. On i drugi pobornici antipsihijatrije tvrde da je većina stanja koja se smatraju mentalnim bolestima, samo problem življenja (Szasz, 1960, prema Malatesti, Jurjako, 2016).

4.4. Shizofrenija kao stanje zarobljenosti između budnosti i spavanja

Kako je već više puta naglašeno, shizofrenija je mentalno oboljenje koje se manifestuje kroz čitav niz emocionalnih i ponašajnih promjena, što za posljedicu ima čitav niz usko povezanih simptoma. Simptomi kao što su senzorne halucinacije, emocionalne nestabilnosti, te naglo i insinktivno ponašanje na određene podražaje, su slični u dva slučaja, a to su shizofrenija i snovi tokom REM faze spavanja. Još od 17. stoljeća, razni stručnjaci u polju psihologije, psihijatrije, neurologije, te neuropsihopatologije su uočili i iznijeli u javnost podatke o sličnostima simptoma u ova dva stanja. Imena kao što su Imanuel Kant, Eugen Bleuler, Carl Gustav Jung, Henri Ey, te mnogi drugi su dijelili mišljenje da snovi i budno stanje mentalno oboljele osobe imaju isti izvor halucinacija i podražajnih reakcija (Skrzypinska, Szmigielska, 2013).

Odrasla osoba u prosjeku spava sedam do osam sati, a samo spavanje počinje sa NREM-om, koje se sastoji od površnih do dubokih faza spavanja. Svakih 90-100 minuta ova prvobitna faza biva prekinuta razdobljem REM spavanja. NREM spavanje je dominantno u samom početku spavanja, dok je REM duže i aktivnije prema kraju spavanja. Nekoliko studija je pokazalo da postoje poremećaji u cirkadijanom ritmu kod pacijenata oboljelih od shizofrenije, što se moglo uočiti kroz procese poteškoća usnivanja i održavanja budnosti. Poremećaji spomenutog ritma su neovisni o trajanju bolesti, ali se najčešće primjećuju tokom

prodromalne faze ili prije pojave psihotičnog relapsa. Procenat od oko 80% oboljelih osoba imali su jedan ili nekoliko poremećaja spavanja, dok je s druge strane, kada je riječ o pozitivnim simptomima shizofrenije povećana latencija usnivanja, kao i gustoća REM faze, pa se san fragmentira, a time se smanjuje i dubina sna. Negativni simptomi shizofrenije izazivaju smanjenu dubinu sna, ali zamjenu dana za noć, što rezultira dominacijom dnevnog umora (Pastorčić, 2016).

U određenim slučajevima osjećaj budnosti i snivanja, kod osoba oboljelih od shizofrenije može biti zamagljen i konfuzan, upravo zbog niza simptoma koji su popratna reakcija spomenutog oboljenja. Sličnosti u fenomenologiji snivanja se najčešće vežu za pozitivne simptome shizofrenije, kao što su halucinacije. Iako oboljela osoba koja sanja doživljava san kao prirodan fenomen, u određenim situacijama riječ je o halucinacijama. Međutim, kod snova su više prisutne vizuelne halucinacije, dok kod shizofrenije dominiraju slušne, što je još uvijek fenomen koji nema naučno objašnjenje. U oba slučaja, ono što ih veže i karakterizira jeste činjenica da i u slučaju snova i u slučaju doživljavanja halucinacija kao reakcije na shizofreniju, osoba gubi vlast nad svojim mentalnim doživljajima i sadržajima, što dodatno rezultira gubitkom osjećaja da li je riječ o snu ili halucinacijama. Veliki procenat osoba oboljelih od shizofrenije je izložen smanjenoj sposobnosti posjedovanja teorije uma, a ujedno gube osjećaje empatije i emotivne izloženosti prema drugim osobama. U snovima osobe ipak posjeduju određenu dozu suosjećanja prema drugim ličnostima koji su dio njihovog sna (Skrzypinska, Szmigielska, 2013).

Shizofrenija je oboljenje koje je uglavnom popraćeno psihotičnim simptomima, kao što su: depresivna raspoloženja, poteškoće koncentracije, anksioznost, poremećaj sna, neorganizirani govor, te izolacija od zajednice. Postoji snažna povezanost između spavanja i psihotičnih simptoma. Pacijenti sa spomenutim poteškoćama mogu imati različite smetnje, a dvanaest je ključnih faktora koji povezuju smetnje spavanja i osobe oboljele od shizofrenije. Neki od njih su: produženje boravka u krevetu zbog nemogućnosti da se obezbijedi dovoljno sna, strah od spavanja zbog povezivanja sa određenim traumatičnim događajima, strah od nesanice, uzimanje alkohola i lijekova kako bi se smanjila napetost, te mnogi drugi faktori (Pastorčić, 2016).

Mnoge studije su pokazale da je REM faza spavanja ključna u sagledavanju procesa snivanja, tako i halucinacija koje se pojavljuju kod osoba oboljelih od shizofrenije. Claude Gottesmann je kroz elektrofiziološka istraživanja došao do saznanja da aktivnosti unutar centralnog nervnog sistema u slučaju REM faze i spavanja oboljelih osoba su igraju jako

važnu ulogu u sagledavanju njihovih sličnosti. Deformitet kortikalne funkcije je prisutan i kod osoba koje su u REM fazi spavanja i onih koji su oboljeli od shizofrenije. Ono što je na kraju bitno naglasiti jeste činjenica da bi mozak tokom REM faze spavanja mogao da bude jako koristan u istraživanju simptoma i uzroka nastanka i razvijanja shizofrenije (Skrzypinska, Szmigielska, 2013).

U jednom od istraživanja je ispitana veza između tipa grešaka na zadacima teorija uma i simptoma bolesti odnosno u ovom slučaju shizofrenije. Rezultati su ukazali na povezanost pozitivnih simptoma shizofrenije i grešaka koje ukazuju na pretjeranu mentalizaciju. Simptomi dezorganizacije su bili povezani sa greškama koje ukazuju na smanjenu funkcionalnost teorije uma. Ovi podaci dovode do zaključka da kod shizofrenih osoba nije riječ o odsustvu teorije uma, odnosno svijesti o mentalnim stanjima (Mitrović, 2014).

Etiologija shizofrenije definitivno podrazumijeva genetske faktore i gene u cjelini koji se smatraju uzrokom vulnerabilnosti i sklonosti ka pojavi shizofrenije kod određenih osoba. Fenotip shizofrenije je karakteriziran kognitivnim deficitom i negativnim simptomima koji podrazumijevaju epizode halucinacija i psihotičnih deluzija, koje se tipično pojavljuju u mlađoj životnoj dobi (Keshavan, Nasrallah, Tandon, 2010).

Posmatrajući neke od teorija vezanih za samu prirodu i porijeklo shizofrenije, jasno se mogu uočiti zaključci vezani za mišljenja naučnog svijeta, ali se opet mora voditi računa o činjenici da istraživači još uvijek sa rezervom iznose vlastita istraživanja jer je još mnogo aspekata ove bolesti skoro pa u potpunosti nepoznato. Može se stvoriti pretpostavka da je shizofrenija psihički poremećaj, u smislu da vrlo jasno daje znakove onoga što bi se moglo nazvati poremećajem psičkog zdravlja osobe. Međutim, potrebno je imati na umu činjenicu da bolesno stanje samo po sebi je rezultat i fizičkog i psihičkog poremećaja ravnoteže njihovih parametara. Na određenom nivou shizofrenija postaje stanje uma, ali ne trajno ako se na pravilan i odgovarajući način pristupi problemu, dijagnostici i terapiji. Ovisno o prirodi nastanka same bolesti, mogu se praviti paralele koji simptomi su posljedica psihičkog poremećaja, a koji se prelijevaju u, ni manje ni više, stanje uma sa promjenama osobnosti same individue. Parcijalno se može dati odgovor na pitanje, da li je shizofrenija psihički poremećaj ili stanje uma, međutim ne postoje jasne naznake koje bi mogle isključiti jednu od ovih opcija, te se odlučiti za samo jednu teoriju. Postoji mogućnost da zapravo ove teorije ne mogu isključiti jedna drugu, jer je riječ o kombinovanom stanju koje aktivno i vrlo precizno utječe na um i mentalno zdravlje osobe. Terapija u određenim slučajevima pruža priliku oboljelim osobama da poboljšaju kvalitetu života, ali dijagnosticiranje je vrlo kompleksno

upravo zato što istraživači nisu naišli na jedinstveno i odgovarajuće rješenje i objašnjenje nastanka i razvoja shizofrenije.

Iako se iz spomenutih uzajamnih sličnosti mogu istražiti i uvidjeti novi podaci o samoj shizofreniji, potrebno je da se naglasi činjenica kako nije riječ o identičnim stanjima. Na osnovu aktivnosti neurotransmitera i neuromodulatora, mogu se u jednu ruku potvrditi teorije da je shizofrenija bolest stanja uma, jer je mozak zarobljen između sna i jave.

4.5. Pokret čujenja glasova (eng. Hearing voices Movement)

Pokret čujenja glasova (eng. Hearing voices Movement) naglašava važnost postavljanja ovog iskustva izvan modela bolesti, a može se reći da je nastao kada se jednostavno počelo pitati osobe kakav je osjećaj čuti glasove i šta ti glasovi govore. Pokret je započeo kao suradnja između nizozemskog psihijatra Marius Rommea i njegove pacijentice Patsy Hague, te istraživača Sandre Escher, te brojnih drugih pojedinaca sa proživljenim iskustvom čujenja glasova (Kovačević, 2017). Suradnja započeta 1980-ih godina nadahnula je društveni pokret koji razvija okvire za suočavanje i oporavak, te promiče političko zagovaranje prava osoba koje čuju glasove (Corstens, 2014). Takva suradnja predstavlja jedinstven slučaj gdje se zagovara jednaka važnost uloga u pristupu pitanjima mentalnog zdravlja, iz perspektive stručnjaka po profesiji (akademici, kliničari i drugi) i stručnjaka po iskustvu (osobe koje čuju glasove, članovi porodice) (Kovačević, 2017).

Kovačević (2017) navodi da se naglasak pokreta stavlja na slušanje onoga što ljudi govore. Pokret čujenja glasova utemeljen je na principima pronalaska boljih i novih načina pomoći osobama koje čuju glasove, te koje ne znaju kako se nositi sa osobama koje imaju ovo i druga nesvakidašnja senzorna iskustva poput čujenja muzike, te olfaktornih i taktilnih senzacija i slično. Nadalje, navodi da su neki od ciljeva naučiti osobe da se nose sa tim iskustvima, da nastave sa svojim životima, te osigurati da ono što se nauči bude poznato porodici, prijateljima, profesionalcima, užoj i široj okolini. Ono što se ovim pokretom zagovara jeste normalizacija stavova prema ovim nesvakidašnjim iskustvima, zatim razvoj tretmanskih pristupa koji bi ih prihvatili kao iskustvo koje ima svoje značenje, te utemeljili korisnu početnu tačku za rad sa osobama koje čuju glasove ili imaju neka druga slična iskustva.

Corstens (2014) navodi da je u Engleskoj prisutno više od 180 grupa koje se nalaze u različitim okruženjima, uključujući dječje i adolescentne usluge mentalnog zdravlja, zatvore, bolničke jedinice. Organiziran u niz lokalnih i nacionalnih mreža, uspjeh ovog pokreta i pristupa može se vidjeti u širenju u zadnjih 20 godina diljem Evrope, Sjeverne Amerike,

Australije i Novog Zelanda, te inicijative u Latinskoj Americi, Africi i Aziji. Nadalje, uspješan je bio i šesti svjetski kongres glasova (Malbourne, Australia, 2013), na kojem je učestvovalo gotovo 800 delegata. Jednako važna činjenica je radionica koju su tokom tri godine u Sarajevu održali predstavnici Pokreta čujenja glasova, psihijatar i terapeut Dirk Corstens, Rachel Waddingham, stručnjak po iskustvu (osoba koja čuje glasove), trener specijaliziran za inovativne načine borbe i pomoći osobama u ekstremnim stanjima, te Slobodanka Popović, sistemski porodični terapeut (Kovačević, 2017).

Iako Pokret čujenja glasova obuhvata ljude iz različitog spektra, postoje neke temeljne vrijednosti koje članovi generalno opisuju. Prvo je normaliziranje uvjerenja da je čujenje glasova prirodni dio ljudskog iskustva. Na glasove se ne gleda kao na abnormalne ili aberantne, već su konceptualizirani kao smisleni i interpretabilni odgovori na društvene, emocionalne i interpersonalne okolnosti. Prema toj perspektivi, potencijal za čujenje glasova postoji u svima nama. Za mnoge osobe koje čuju glasove ovo je konstruktivnije i više osnažujuće od konceptualizacije bolesti koja naglašava patologiju, izaziva stigmatu, smanjuje samopoštovanje, te jača potrebu za uklanjanjem iskustava koja mogu biti nerealna koristeći farmakološke tretmane sa ograničenom učinkovitošću i opasnim nuspojavama. Doživljaj čujenja glasova češće se javlja u studijama senzorne deprivacije, zatim kod događaja kao što su smrt, trauma, gutanje halucionena, te široko rasprostranjeno prihvatanje glasova kao normalnog fenomena u brojnim nezapadnim kulturama. Također, glasovi se često javljaju kod osoba koje nemaju historiju psihijatrijskih poremećaja. Epidemiološke studije ukazuju na to da znatna manjina stanovništva doživi iskustvo čujenja glasova u glavi barem jednom u životu. Budući da se iskustvo čujenja glasova javlja u općoj populaciji, prevladavajuće stavove zapadnog društva da su glasovi neizbježan znak psihijatrijskih poremećaja treba ponovno procijeniti (Corstens, Longden, McCarthy-Jones, Waddingham, Thomas, 2014).

Nekoliko je ključnih vrijednosti ovog pokreta:

1. Čujenje glasova je prirodan dio ljudskog iskustva, gdje se na čujenje glasova ne gleda kao na nešto abnormalno, već se radije shvata kao odgovor koji ima svoje značenje i može se interpretirati u okviru socijalnih, emocionalnih, i/ili interpersonalnih okolnosti.
2. Različita objašnjenja za iskustvo su dobrodošla.
3. Osobe se ohrabruju da preuzmu “vlasništvo nad svojim iskustvima” te da ih definiraju sami za sebe.
4. Vjeruje se da većina slučajeva čujenja glasova može biti shvaćena i objašnjena u kontekstu životnih događaja i interpersonalnih odnosa.

5. Na sam proces prihvatanja glasova se općenito gleda kao na nešto što više pomaže i donosi veću korist, od pokušaja potiskivanja ili uklanjanja glasova. U skladu s tim, (vršnjačka) podrška predstavlja dobar način pomaganja osobama da pronađu značenje i suoče se sa svojim glasovima (Kovačević, 2017).

Kovačević (2017) u svom radu navodi da osobe koje govore o svojim doživljajima psihijatrijske prakse, izjavljuju kako je često njihovo iskustvo čujenja glasova bilo pogrešno interpretirano kao simptom psihičke bolesti, da su obeshrabrene, te često čak spriječene da govore o svojim glasovima – što je postala prepreka za njihovo razumijevanje o tome što se događa, te su pronašli svoje vlastite odgovore na svoje probleme. Također, mnoge osobe koje čuju glasove, liječene su visokim dozama neuroleptika koji dovode do toga da zapnu negdje u vremenu i prostoru te da nisu u stanju ići naprijed, te je time znatno otežana ili čak spriječena mogućnost da ponovo uspostave kontrolu nad svojim životom.

5. DIJAGNOZA I TERAPIJA SHIZOFRENIJE

Mentalno zdravlje je ključan faktor za aktivno i neovisno funkcioniranje u svim poljima životnog djelovanja. Svaki vid poremećaja mentalnog zdravlja može da dovede do disbalansa u samozbrinjavanju, produktivnosti i slobodnom vremenu. Shizofrenija je psihička bolest koja se sastoji od skupa karakterističnih simptoma, čija pojava dovodi do poremećaja funkcioniranja u porodici, društvu i na radnom mjestu (Radić, Škrbina, 2011).

Dijagnosticiranje shizofrenije je moguće zahvaljujući jasnim simptomima ove bolesti, međutim spomenuti simptomi nekada mogu biti naznaka drugog vida mentalnog oboljenja. Obilježja shizofrenije uključuju različite kognitivne, bihevioralne i emocionalne disfunkcije, a dijagnoza uključuje prepoznavanje sklopa znakova i simptoma povezanim sa narušenim radnim i socijalnim funkcioniranjem. Osobe oboljele od shizofrenije mogu iskazivati čitav niz neodgovarajućih afekata, disforničnih raspoloženja (depresija, anksioznost, srdžba), poremećaja u ritmu spavanja, manjka interesa prema hrani i piću. Javljaju se i depersonalizacija, derealizacija, zabrinutost oko somatskog stanja, pojavljivanje fobija, a u najgorem slučaju i potpuni nedostatak svjesnosti o bolesti, te teško nošenje sa bolešću (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Definirajući problem klijentu u biomedicinskim terminima, dijagnoza DSM-5 može uzrokovati štetu klijentu. Korištenje termina „mentalni poremećaj“ i pretpostavljene bolesti ili oštećenja mozga mogu imati snažne učinke na način na koji klijenti gledaju na svoje probleme, te negativno utječu na njihovu sposobnost oporavka. Nadalje, DSM dijagnoza često je put do liječenja psihijatrijskim lijekovima. Prema Lacasse (2013), Robert Whitaker (2010), pretpostavio je da psihijatrijski lijekovi često rezultiraju kratkoročnom koristi, no pogoršavaju dugoročne rezultate. Ove nedovoljno istražene teme zaslužuju više pažnje istraživačke zajednice. U svjetlu ovih kritika DSM-5, prirodno je pitati što se može učiniti kako bi se učinilo nešto na tom polju. Frances (2013) zagovarao je proces “stepped” dijagnoze, gdje se konzervativni dijagnostički proces odvija tijekom produljenog vremenskog razdoblja, počevši od najmanje utječuće dijagnoze. To je nastojanje da se smanji stigma i invazivni tretman kada se to može izbjeći. U mnogim postavkama u praksi to bi predstavljalo pozitivan korak naprijed. Garland i Howard (2014) zagovaraju taj transdijagnostički pristup ljudskoj nevolji. Drugi tvrde da odbijanje psihijatrijske dijagnoze (npr., Anthony, 2004, Boyle, 2005) i klinički učinak takvih pristupa treba dodatno ispitati. Postoje velike barijere za provođenje takvih ideja u stvarnost u praksi, no istraživanja o ovim alternativnim pristupima bit će izuzetno vrijedna za to područje (Lacasse, 2013).

Zajednica je također vrlo značajna u sagledavanju problema kod individue oboljele od shizofrenije, jer pristup društva prema pojedincu može u velikoj mjeri napraviti razliku u toku samog shvatanja i prihvatanja činjenice da postoji problem i da je potrebno liječenje istog. Sifneos (1987) je dao praktičan primjer jedne ovakve teorije, tako što je prepričao priču svog prijatelja antropologa. Naime, jedno indijansko selo u Centralnoj Americi je na vrlo zanimljiv način pristupilo muškarcu sa shizofrenijom, čije su se halucinacije počele tek pojavljivati. Postavljen je na viši društveni položaj, a cijelo selo mu je posvetilo potpunu pažnju. Posebna čast je bila da se pojave u njegovom društvu ili da ga dodirnu. Dakle, jedno primitivno društvo ne samo da ga nije smatralo bolesnim, nego je otišlo i korak dalje i uzdiglo ga na viši status umjesto da mu omoguće da razumije vlastitu slabost i započne sa liječenjem svoje bolesti. Moderno društvo bi trebalo da postupa na način da kolektivno djeluje sa ciljem shvatanja i razumijevanja shizofrenije, te da aktivno učestvuje u fazama otkrivanja uzroka i liječenja oboljelih.

Američka psihijatrijska udruga (2014) jasno naglašava da su različiti faktori uzrokom nastanka oboljenja ove vrste. Naime, u određivanju rizika za shizofreniju vrlo su značajni genetski faktori, a sama odgovornost se pripisuje spektru rizičnih alela gdje svaki alel pridonosi samo jednom malom dijelu promjena u ukupnoj populaciji. Ujedno se spominje i činjenica da su svi navedeni i pronađeni uzročni aleli zaslužni i za druge psihičke poremećaje, kao što je depresija i poremećaj iz spektra autizma. Nadalje, druga teorija navodi kako je shizofrenija pervazivni psihopatološki fenomen sa kognitivnim, afektivnim i socijalnim promjenama. Prenatalna skrb i sam pristup trudnice prema vlastitoj trudnoći može biti važan faktor u osjetljivosti novorođenčeta prema shizofrenim procesima. Istraživanja su pokazala da neka dojenčad shizofrenih majki imaju neurološka oštećenja, što je dugoročno ostavljalo prostora za razvitak shizofrenih simptoma. Ujedno je bitno naglasiti da se shizofrenija može razviti kada se genetski vulnerabilno dijete odgaja u neodgovarajućoj porodičnoj sredini (Wenar, 2003).

Liječenje shizofrenije zahtijeva veliku predanost svim parametrima koji obećavaju dugotrajnu funkcionalnost nakon primjene terapije. Moderna psihijatrija djeluje velikim spektrom antipsihotika koji su unaprijedili liječenje oboljelih od shizofrenije (Folnegović-Grošić, 2016).

Na osnovu dugogodišnjih istraživanja i primjene različitih metoda liječenja, danas je općeprihvaćena činjenica da je prvih pet godina od pojave prvih simptoma bolesti presudno razdoblje tokom kojeg se adekvatnim terapijskim intervencijama mogu potencijalno spriječiti

nepovoljni ishodi shizofrenog procesa. Riječ je o kritičnom razdoblju tokom kojeg je neophodno primijeniti sveobuhvatne terapijske intervencije, a sve sa ciljem prevencije deterioracije, ali i kolateralnih zdravstvenih i socijalnih oštećenja usljed bolesti. Sam tretman podrazumijeva primjenu farmakoloških, psihosocijalnih i psihoterpijskih pristupa, pri čemu primjena psihofarmaka osnovni preduvjet za postizanje redukcije psihotičnih simptoma. Neophodno je multidisciplinarno liječenje i rehabilitacija u kojem su zastupljeni različiti profili stručnjaka, u prvom redu psihijatri, specijalizirane medicinske sestre i tehničari, socijalni radnici, psiholozi, radni i okupacioni terapeuti, socijalni pedagozi, te mnogi drugi stručnjaci (Ostojić, 2012).

Savremena farmakoterapija je do te mjere olakšala liječenje osoba oboljelih od shizofrenije, da nema potrebe za izolacijom u prostorima intramuralne psihijatrije, nego je velika pažnja posvećena komunikaciji sa bližnjima što je vrlo važan aspekt u procesu oporavka. Kada je riječ o farmakoterapiji shizofrenije bitno je naglasiti da su antipsihotici pokazali najznačajnije i najvrijednije rezultate uspjeha. Antipsihotici mijenjaju prirodni tok poremećaja, a njihovo uvođenje u tretman liječenja prve epizode shizofrenije povećava mogućnost boljeg ishoda u dugogodišnjem tretmanu. Opšta preporuka je da se antipsihotici uvode postupno, od nižih prema višim dozama unutar terapijskog raspona, do postizanja zadovoljavajućeg terapijskog djelovanja (Kasalica, 2015).

Psihoterapijom kod shizofrenije se rješavaju psihotične simbolike, radi se na povećanju funkcionalnosti oboljele osobe, nude joj se racionalna objašnjenja za doživljaj simptoma bolesti i njihove interpretacije, a ujedno se educira sa ciljem nošenja sa simptomima bolesti. Individualna terapija je dugoročno preporučljiva, sa ciljem separacije od grupe oboljelih, umanjivanja preplavljujućeg straha, sprječavanja dezorganizacije i fragmentarnosti ega. Kombinovana primjena psihoterapije i psihofarmaka je u mnogo slučajeva pokazala potpunu efikasnost u ostvarivanju dobrih rezultat liječenja, odnosno dugotrajne remisije bolesti i zadovoljavajućeg oporavka oboljele osobe (Dadić-Hero i sur., 2009).

Bioheviornalno liječenje je također vrlo karakteristično za terapiju osoba oboljelih od shizofrenije. Spomenuto liječenje uključuje potkrepljivanje adaptivnih reakcija, kao što su realistično razmišljanje, te umanjivanje neprilagođenih, kao što su sumanutost, i to na način da se one ne potkrepljuju. Stručnjaci koriste uvježbavanje socijalnih vještina, kako bi oboljeloj osobi pomogli da prevlada socijalnu izolaciju. Društvo i porodica su još jedan od faktora koji mogu da dovedu do uspješnog terapijskog ishoda. Saradnja stručnih osoba,

porodice i prijatelja je recept za pravilnu i efikasnu dijagnostiku i terapiju, te vraćanje oboljele osobe u funkcionalno stanje sa solidnim mogućnostima za ponovnu integraciju u društvo i zajednicu u cjelini (Wenar, 2003).

Ponovna integracija u društvo podrazumijeva pronalazak odgovarajućeg zaposlenja koje će odgovarati novim uslovima života sa simptomima shizofrenije. Postoje jasni dokazi koji govore da podrška u pronalasku posla i zdravo radno okruženje su vrlo važan faktor u rehabilitaciji i kvalitetnijem terapijskom ishodu (Tandon, Nasrallah, Keshavan, 2010).

Ujedno je bitno da se posveti pažnja i alternativnim načinima liječenja, koji gore nisu navedeni. Trebali bi postojati programi i efikasne metode primjene alternativnih liječenja, a čiji bi troškovi bili pokriveni zdravstvenim osiguranjem. Servisi unutar zajednica bi trebali biti pristupačni i dostupni svima koji trebaju podršku u svom putu ka liječenju mentalnih oboljenja. Medikamenti su vrlo važni za liječenje, ali vrlo često mogu da dovedu do stvaranja ovisnosti o istima, što pojedinca, ali i zajednicu čini dosta nestabilnijom. Potrebno je kroz određene programe da se potaknu, kako društvo, tako i zdravstveno osoblje, da pruže pomoć oboljelima u skidanju sa psihijatrijskih lijekova. Spomenuti proces skidanja sa lijekova je dosta kompleksan, a o tome svjedoče mnogi praktični primjeri. U primjeni farmakoterapijskog liječenja shizofrenije, mora se pratiti stanje pacijenta kroz cijelu terapiju. Razlog tome leži u činjenici da je smanjenje i skidanje sa lijekova potencijalno moguće za svakoga, ali jedini način da se to zaista i sazna jeste da se pokuša postepeno i oprezno pratiti sam proces, zadržavajući mogućnost nastavljanja njihove upotrebe. Studije koje su sprovedene od strane MIND-a u Velikoj Britaniji su potvrdile da se *„dužina vremena korištenja lijekova javlja kao glavni faktor koji najjasnije utječe na uspješnost pri skidanju sa istih. Četiri od pet osoba (81%) koje su koristile lijekove manje od šest mjeseci su se uspješno skinule sa lijekova. Nasuprot tome, manje od polovine (44%) osoba koje su koristile lijekove više od pet godina, su također uspjele u skidanju sa lijekova (malo više od polovine onih koji su bili na lijekovima između pet i šest mjeseci i pet godina su uspjeli).“* Društvo je tu opet da saraduje sa oboljelima, a sve sa ciljem uspostavljanja bolje atmosfere i uslova za efikasno i uspješno oporavljanje (Hall, 2012).

Međutim, ključno pitanje u procjeni svih terapijskih strategija je definiranje najprikladnijih ishoda. Iz perspektive Pokreta čujenja glasova, čujenje glasova se prihvata kao smisleno iskustvo koje treba potvrditi i priznati. Prema tome, intervencijsko i terapijsko djelovanje koje je usmjereno isključivo na uklanjanje prisutnosti glasa može se shvatiti kao potkrepljujuće na prvi pogled, no u praksi obično nije moguće pouzdano postići potpuno

iskorjenjivanje glasa niti farmakološkom, niti psihosocijalnom terapijom. Biti sposoban doživjeti čujenje glasa sa smanjenim negativnim utjecajem na subjektivno blagostanje i neovisno funkcioniranje, razvijanje osjećaja ponosa, miroljubivosti, te osnaživanja vlastitog identiteta kao „slušatelja“ glasova, mogu biti jednako važni terapijski ciljevi (Corstens i sur., 2014).

6. ZAKLJUČCI

Istraživanja o shizofreniji su jako aktuelna i značajna za naučni svijet, ali i individue koje boluju od ove bolesti. Riječ je o hroničnom, mentalnom poremećaju koji u velikoj mjeri otežava kvalitetu života pojedinca, ali i grupe koja je okružena oko tog pojedinca. Simptomi koji su karakteristični za ovaj vid oboljenja su brojni, a njihovo pojavljivanje periodično i često jako sporo. Rane faze ovog oboljenja nisu do tolike mjere agresivne da bi odmah oboljelu osobe izbacile iz društvenog konstrukta. Spomenuto periodično i usporeno pojavljivanje simptoma je ujedno i najznačajnije za terapiju i ponovno integrisanje u zajednicu. Naime, pravovremeno prepoznavanje simptoma i primjena terapije, mogu da skoro pa bezbolno prođu za oboljelu osobu. Nažalost, to nije slučaj za one osobe koje nisu bile u mogućnosti da se liječe na vrijeme, pa su dostigli do akutne faze bolesti, što je njen vrhunac djelovanja.

Ono što se vrlo često zna zaboraviti u ovom slučaju, jeste činjenica da se simptomi shizofrenije u nekim oblicima podudaraju sa drugim psihičkim poremećajima, što može dovesti do uspostavljanja pogrešne dijagnoze i primjene neadekvatne terapije. Dakle, na stručnjacima je da pomno i detaljno posmatraju samu ličnost i njene simptome, te da na osnovu detaljnih ispitivanja, uspostave dijagnozu i propišu odgovarajuću terapiju.

Dijagnostika i terapija su jako dobro isplanirane i vrlo detaljno postavljene, sa ciljem što boljeg ishoda po oboljelu osobu. Planiranje terapije je zadatak svake stručne osobe koja dolazi u dodir i kontakt sa osobom oboljelom od shizofrenije. Terapija upotrebom odgovarajućih antipsihotika nije jedina opcija koja postoji u ovom slučaju. Riječ je o predanom radu i komunikaciji sa pacijentom, kako bi se pratio tok liječenja i tok same bolesti. Ovo je značajno, ne samo za osobu koja se trenutno liječi, nego i za sve oboljele osobe, jer se u svakom trenutku može uočiti neka nova referenca ili neki novi simptom, koji bi možda mogao da dovede stručnjake do novih saznanja na polju shizofrenije.

Na samom početku rada je postavljeno pitanje da li je shizofrenija psihički poremećaj ili stanje uma, odgovor leži u činjenici da je ona, vrlo vjerovatno i jedno i drugo. Dakle, kombinacija simptoma psihičkog poremećaja, sa promjenama stanja uma određene ličnosti.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje, peto izdanje*. Jasterbarsko: Naklada Slap.
2. Cooke, A. (2000). *Understanding Psychosis and Schizophrenia*. Division of Clinical Psychology. Leicester: The British Psychological Society.
3. Corstens, D., Longden, E., McCarthy-Jones, S., Waddingham, R., Thomas, N. (2014). Emerging Perspectives From the Hearing Voices Movement: Implications for Research and Practice. *Schizophrenia Bulletin Vol. 40*, 4, S285-S294
4. Dadić-Hero, E., Pernar, M., Medved, P., Ružić, K., Rončević, D. (2009). Psihijatrijske dileme: terapija shizofrenije – prikaz slučaja. *Medicina Vol. 45*, 4, 397-401
5. Dokoza, N. (2015). *Negativni simptomi kod shizofrenije*. Završni rad – preddiplomski studij. Rijeka: Sveučilište u Rijeci.
6. Folnegović-Grošić, P. (2016). *Objektivnost terapijskog odgovora u liječenju prve epizode shizofrenih bolesnika novim antipsihoticima – Doktorska disertacija*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
7. Gambrell, E., (2013). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World. *Research on Social Work Practice 2014, Vol 24* (1), 13-36.
8. Hall, W. (2012). *Vodič za skidanje psihijatrijskih lijekova: Pristup smanjenja štete*. Sarajevo: Udruženje „Metanoia“, Udruženje za destigmatizaciju i društvenu afirmaciju osoba sa psihosocijalnim poteškoćama.
9. Kasalica, M. (2015). *Atipični antipsihotici u negativnim formama shizofrenije – Diplomski rad – neobjavljen*. Novi Sad: Univerzitet Privredna akademija u Novom Sadu, Farmaceutski fakultet.

10. Keshavan, M.S., Nasrallah, H.A., Tandon, R. (2011). Schizophrenia, „Just the Facts“
6. Moving ahead with the schizophrenia concept: From the elephant to the mouse.
Schizophrenia Research, 127, 3-13.
11. Kovačević, M. (2017). Auditorne verbalne halucinacije kod studenata: učestalost i studija slučaja – Diplomski rad. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerzitet u Sarajevu.
12. Kučukalić, A., Džibur-Kulenović, A., Bravo-Mehmedbašić, A. (2006). *Vodič za liječenje shizofrenije*. Sarajevo: Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.
13. Lacasee, J.R. (2013). After DSM-5: A Critical Mental Health Research Agenda for the 21 st Century. *Research on Social Work Practice 2014, Vol 24 (I)*, 5-10.
14. Larousse (1990). *Medicinska enciklopedija - Prvi tom*, Sarajevo, Svjetlost.
15. Malatesti, L. i Jurjako, M. (2016). Vrijednosti i pojam mentalne bolesti. S. Prijčić-Samardžija, L. Malatesti, E. Baccarini (Ur.) *Moralni, politički i epistemološki odgovori na društvene devijacije* (str. 153-181). Rijeka: Filozofski fakultet.
16. Mitrović, M. (2014). Teorija uma. Filozofski fakultet u Nišu: *Godišnjak za psihologiju. Vol.11. No.13.* str. 191-208.
17. Ostojić, D. (2012). Prva epizoda shizofrenije: važnost ranog otkrivanja bolesti. *Ljetopis socijalnog rada, 19 (1)*, 53-72.
18. Pastorčić, M. (2016). *Poremećaji spavanja u psihotičnih bolesnika*-Diplomski rad. Osijek : Medicinski fakultet Osijek.
19. Popović-Deušić, S., Aleksić, O., Pejović-Milovančević, M., Stanković, M. (2002). Shizofrenija sa početkom u detinjstvu – I : Klinička slika i prikaz slučajeva – *Pregledni rad. Psihijat.dan./34/3-4/237-249/*. Niš: Klinika za zaštitu mentalnog zdravlja i neuropsihijatriju razvojnog doba.
20. Radić, S. i Škrbina, D. (2011). Uloga radnog terapeuta u rehabilitaciji oboljelih od šizofrenije. *Med Jad, 41 (1-2)*, 71-81.
21. Sifneos, P. (1987). *Kratka psihoterapija i emocionalna kriza*. Zagreb. ITRO: Naprijed.
22. Skrzypinska, D., Szmigielska, B. (2013). What links schizophrenia and dreaming? Common phenomenological and neurobiological features of schizophrenia and REM sleep. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 2*: 29-35.

23. Stevović–Injac, L., Đedović, J. i Tomčuk, A. (2012). *Shizofrenija: Nacionalne smjernice dobre kliničke prakse*. Podgorica: Ministarstvo zdravlja.
24. Subašić, N. (2015). *Programi rehabilitacije i problem svakodnevnog funkcioniranja shizofrenih bolesnika* - Neobjavljeni diplomski rad. Sarajevo: Filozofski fakultet Univerzitet u Sarajevu
25. Štrkalj-Ivezić, S. i Horvat, K. (2017). *Nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije: Definicija, etiološki koncepti i terapijske implikacije*. Preuzeto sa: hrčak.srce.hr., dana 10.06.2018.
26. Tandon, R., Gaebel, W., Barch, D. M., Bustillo, J., Gur, R. E., Heckers, S., Malaspina, D., Owen, M. J., Schultz, S., Tsuang, M., Van Os, J., Carpenter, W. (2013). Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophrenia Research, 150*, 3-10.
27. Tandon, R., Nasrallah, H.A., Keshavan, M.S. (2010). Schizophrenia, „Just the Facts“ 5. Treatment and prevention Past, present and future. *Schizophrenia Research, 122*, 1-23.
28. Vljaković, J. (1990). *Teorija i praksa mentalne higijene (I)*. Beograd: Savez društava psihologa Srbije.
29. Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija. Od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastebarsko: Naklada Slap.
30. Wong, S. E. (2013). A Critique of the Diagnostic Construct Schizophrenia. *Research on Social Work Practice, Vol 24 (I)*, I 32-I 41.