

Univerzitet u Sarajevu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**SAVREMENI PRISTUPI U TRETMANU OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE**

Završni magistarski rad

Student: Hasandina Alekić

Mentor: Prof.dr. Enedina Hasanbegović-Anić

Sarajevo, 2019. godina

## SADRŽAJ:

1. UVOD.....	1
2. KLINIČKA OBILJEŽLJA SHIZOFRENIJE.....	4
2.1. Historijski pregled istraživanja shizofrenije.....	4
2.2. Dijagnostička obilježlja i simptomi.....	5
2.3. Etiologija.....	9
2.4. Razvoj i tijek poremećaja.....	10
3. PRISTUPI U TRETMANU SHIZOFRENIJE ZASNOVANI NA DOKAZIMA.....	13
3.1 Formiranje timova za ranu intervenciju.....	14
3.2 Psihofarmakološko liječenje.....	16
3.3 Psihoterapijske metode liječenja.....	19
3.3.1 Kognitivno-bihevioralna terapija.....	21
3.3.2 Bihevioralni tretmanski pristupi.....	26
3.4 Obiteljske intervencije.....	28
4. ZAKLJUČCI.....	32
LITERATURA.....	34

# SAVREMENI PRISTUPI U TRETMANU OSOBA OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE

Alekić Hasandina

## *Sažetak*

Cilj ovog preglednog teorijskog rada jeste prikazati savremene pristupe zasnovane na dokazima u tretmanu osoba oboljelih od shizofrenije. Pored historijskog pregleda istraživanja shizofrenije, u radu su naprije opisana relevantna obilježlja kliničke slike ovog hroničnog psihotičnog poremećaja koji pogađa sva područja funkcioniranja oboljelih, kao i pretpostavljena etiologija. Prikazani su savremeni tretmani shizofrenije zasnovani na empirijskim dokazima o efikasnosti, koji se temelje na individualiziranom, multidisciplinarnom i multikomponentom pristupu, sa naglaskom na prepoznavanju simptoma u ranoj fazi bolesti i pružanju ranih intervencija. Efikasni intervencijski pristupi koji su opisani u ovom radu uključuju psihofarmakološki tretman primjenom novijih antipsihotika, psihoterapijski tretman utemeljen na kognitivno-biheviornom pristupu, te intervencije usmjerene na obitelj. U zaključku je važno naglasiti da tretman shizofrenije predstavlja izazov za uključene stručnjake, pri čemu primjena dokazano efikasnih intervencija omogućava unapređenje blagostanja u različitim područjima života kako oboljelih, tako i njihovih obitelji.

***Ključne riječi:*** shizofrenija, savremeni pristupi, psihoterapija, psihofarmakoterapija

## 1. UVOD

Shizofrenija je hronični psihotični duševni poremećaj koji predstavlja klinički sindrom koji je sastavljen od psihičkih i ponašajnih simptoma. Heterogena klinička slika bolesti može uključivati: abnormalnosti percepcije, u obliku halucinatornih doživljavanja, zatim poremećaje prosudbe koje su determinirane sumanutim mislima i vjerovanjima, poremećaje tijekom misli koji se manifestiraju kroz poremećaj govora, redukciju emocionalne i voljne sfere i osjećaja zadovoljstva, te različite kognitivne poteškoće – posebno one vezane uz memoriju i izvršne funkcije, uočljivo ponašanje bazirano na bolesnim (psihotičnim) iskustvima i oštećenom sistemu samokontrole, te motoričke promjene funkcioniranja (Andreasen, 1995).

Iako se danas shizofreniji pristupa kao jedinstvenom entitetu, ona se vjerojatno sastoji od niza različitih, još nedovoljno poznatih i istraženih poremećaja. U prilog navedenom govore podaci vezani uz individualnu kliničku prezentaciju bolesti, zatim različitih odgovora na terapiju, različit tok bolesti, te različit kapacitet oboljelih osoba za socijalno funkcioniranje (Ostojić, 2012).

Shizofrenija predstavlja veliki izazov psihijatriji, zbog svojih uzroka i funkcioniranja mozgovnih mehanizama koji još uvijek nisu u potpunosti otkriveni. Trenutno dostupni tretmani nisu u potpunosti efikasni, odnosno ne mogu dovesti do izliječenja shizofrenije, a nisu niti u potpunosti bez neželjenih efekata. Ovi aspekti, zajedno sa velikom rasprostranjenjošću shizofrenije, njenom iscrpljujućom prirodom i udruženim porodičnim i društvenim problemima, čine ovaj poremećaj jednim od najkompleksnijih zdravstvenih problema današnjice (Gatazz i Busatto, 2009).

Poremećaji iz spektra shizofrenije i drugi psihotični poremećaji, prema DSM- 5, uključuju shizofreniju, druge psihotične poremećaje, i shizotipni poremećaj ličnosti, te su definirani abnormalnostima u jednoj od sljedećih pet domena: sumanutosti, halucinacije, dezorganizirano ponašanje (govor), jako dezorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju) i negativnim simptomima (Američka psihijatrijska udruga, 2014). Nešto više i detaljnije o simptomima i njihovom značaju, bit će navedeno u nastavku rada, jer nam je poznavanje simptoma važno za tretman.

Shizofrenija je težak mentalni poremećaj, koji dovodi do značajne individualne patnje, kao i često dugotrajne ili cijeloživotne nesposobnosti, što negativno utječe na zaposlenost oboljelog, na njegove socijalne odnose sa drugima, te životno zadovoljstvo uopće. Liječenje

shizofrenije je jako dugotrajno, zahtjeva ulaganje mnogo vremena i truda od strane porodice, i drugih značajnih osoba, te multidisciplinarni pristup u samom liječenju. Također je jako bitna dobra komunikacija između korisnika usluga i liječnika (Fallon, Monteiro, Sungur, Mastroeni i Malm, 2004).

Najveći izazov savremene psihijatrije jeste pravovremeno otkrivanje i liječenje psihotičnih poremećaja, uključujući shizofreniju. Savremeni terapijski pristup u liječenju oboljelih od shizofrenije podrazumijeva integrativnu primjenu psihofarmakoloških, psihosocijalnih i psihoterapijskih intervencija, tj. interdisciplinarni pristup. Da bi rehabilitacijski proces bio kvalitetan, bitno je aktivno sudjelovanje oboljelog u svim segmentima liječenja, jer se na taj način osigurava razvoj osobnog identiteta, te se postiže ravnoteža između oboljelog, njegove radne okoline i njegovih dnevnih aktivnosti (Westmorland, Williams, Strong i Arnold, 2002).

Savremeni pristupi liječenju psihotičnih poremećaja, uključujući i shizofreniju, naglašavaju funkcionalni ishod bolesti. To podrazumijeva nastojanje da se ranim terapijskim intervencijama prevenira i/ili reducira javljanje psihotične dekompenzacije kod osoba koje su pod visokim rizikom za razvoj nekog od psihotičnih poremećaja. Nadalje, prevencija psihičke i funkcionalne deteriorijacije postizanjem simptomatske i funkcionalne remisije. U konačnici, savremeni pristupi usmjeravaju se na oporavak pacijenta, te na primjerenu kvalitetu njegovog života (Lieberman, Perkins, Belger, Chakos, Jarskog, Boteva i Gilmore, 2001).

Savremena psihijatrija, a i psihijatrijska služba u Bosni i Hercegovini, raspolaže velikim brojem usluga kojima se može uspješno pristupiti prilikom liječenja shizofrenije, ali treba se raditi i na osviještavanju profesionalaca iz ovog područja, korisnika usluga i članova njihove porodice o dostupnosti različitih tretmana (Kučkalić, Džubur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006).

Prema rezultatima kliničkih ispitivanja, svakoj osobi koja boluje od shizofrenije trebala bi se osigurati kombinacija optimalne doze antipsihotika, strategija za samopoučavanje i poučavanje bliskih osoba oboljelog kako bi se učinkovitije nosili s okolinskim stresorima, kognitivno – bihevioralne strategije za poboljšanje rada i socijalnih postignuća i reduciranje rezidualnih simptoma (Fallon, Monteiro, Sungur, i sur. 2004).

U radu će biti prikazane tretmani za liječenje oboljelih od shizofrenije, a koji su zasnovani na dokazima. Najviše istraživani, a pri tome i najčešće korišteni tretmani jesu psihofarmakološko liječenje, psihoterapijske metode liječenja, i obiteljska terapija.

Stoga, na osnovu pregleda teorijskih razmatranja i rezultata empirijskih istraživanja u ovom radu će se nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Koja su osnovna obilježja shizofrenije?
2. Koji se pristupi koriste u tretmanu?
3. Koja su obilježja savremenih tretmana zasnovanih na dokazima?

# 1. KLINIČKA OBILJEŽLJA SHIZOFRENIJE

## 2.1 Historijski pregled istraživanja shizofrenije

Historija razvoja kliničkog koncepta shizofrenija, osnova je poznavanja psihopatologije shizofrenije kako je danas definiramo i koristimo. Shizofrenija se objašnjava i redefinira kroz vrijeme, ali danas važeći dijagnostički kriteriji, koji će biti navedeni i opisani u narednom poglavlju, (DSM-5) donose relativno jasne kriterije koji zadovoljavaju kriterije dobre kliničke prakse u dijagnostici ili potencijalnim istraživanjima.

Naziv shizofrenija potječe od grčkih riječi shizo-cijepam i fren-duša ili razum, te upućuje na ideoafektivnu disocijaciju koja je jedna od osnovnih patoloških značajki bolesti (Sedić, 2007).

Još je u 19. stoljeću, tačnije 1860. godine, francuski psihijatar Morel govorio o stanju koje odgovara današnjoj shizofreniji. Opisao je bolesnika koji je u mladosti počeo intelektualno propadati, te je imao halucinacije i sumanute misli, a tu je bolest nazvao *démence précoce* (Begić, 2016).

Nedugo nakon toga, odnosno 1871., E. Hecker je opisao psihozu koju je nazvao *hebephrenia*, koja bi prema svojim karakteristikama odgovarala današnjoj hebefrennoj shizofreniji, koja se kao takva može pronaći u DSM-IV pod nazivom dezorganizirani tip. Ubrzo je K. L. Kahlbaum opisao psihozu katatonog tipa, a umjesto dotadašnjeg naziva *vesania katatonica*, uvodi pojam *katatonia*. (Jablensky, 2010).

Emelin Kraepelin 1869. godine bolest naziva sindromom *démencia praecox*. Kraepelin je smatrao da bolest počinje u mladosti te da dovodi do potpunog duševnog propadanja, te se odlikuje kognitivnim i biheviorlanim oštećenjem funkcija. Međutim, kasnijim istraživanjima je utvrđeno da bolest ne počinje uvijek u mladosti i ne dovodi uvijek do potpunog duševnog propadanja. 1911. godine švicarski psihijatar Paul Eugen Bleuler uvodi naziv shizofrenija. Bleulerov naziv shizofrenija dolazi od grčke riječi shizein, koja znači cijepam, jer je Bleuler smatrao da je cijepanje ličnosti glavna karakteristika bolesti (Blažević i Hudolin, 1967).

Bleuler je otkrio primarne i sekundarne simptome, koji opisuju bolest, a četiri osnovna simptoma prema Bleuru su: poremećene asocijacije, autistično ponašanje, abnormalni afekti i ambivalencija. Ostale simptome vezane za bolest (halucinacije i sumanute misli) je svrstao u sekundarne simptome, ali je smatrao da se bez primarnih simptoma ne može postaviti

dijagnoza. Nadalje, doprinos razvoju koncepta dao je i Kurt Schneider, koji definiše shizofreniju kao poremećaj sa simptomima prvog i drugog reda, a u simptome prvog reda smjestio je specifične oblike deluzija i halucinacija (umetanje misli, emitovanje misli, deluzije kontrole) (Mojsević, 2007).

## *2.2. Dijagnostička obilježlja i simptomi*

DSM-IV sadrži pet vrsta tj. podtipova shizofrenije, a to su: paranoidni tip, dezorganizirani tip, katatoni tip, nediferencirani tip i rezidualni tip. U odnosu na to izdanje priručnika, u najnovijem, DSM-V, dogodila promjena u vidu toga da nema podjele ove bolesti po vrstama. DSM-IV podtipovi shizofrenije su uklonjeni zbog njihove ograničene dijagnostičke stabilnosti, niske pouzdanosti i slabe valjanosti. Umjesto podtipova, u trećem dijelu DSM-5 uveden je dimenzionalni pristup ocjene težine osnovnih simptoma shizofrenije, kako bi se prikazala važnost heterogenosti u vrsti i težini simptoma kod oboljelih od psihotičnih poremećaja.

Promjene u kriterijima za shizofreniju u DSM-V klasifikaciji, a u odnosu na prethodnu DSM-IV klasifikaciju su:

1. Ukidanje posebnog određivanja bizarnih sumanutosti i slušnih halucinacija prvog reda (npr. dva ili više glasova koja razgovaraju), a to je dovelo do potrebe ispunjenja barem dva simptoma iz Kriterija A za postavljanje bilo koje dijagnoze shizofrenije;
2. Dodatni zahtjev da barem jedan od simptoma Kriterija A mora biti: sumanutosti, halucinacije i disocirani govor (Folnegović-Grošić, 2016).

Dijagnostički kriteriji za shizofreniju, prema podacima dobivenim iz DSM 5, su:

A: Dva (ili više) od sljedećih, svaki prisutan značajan dio vremena tokom jednomjesečnog perioda (ili manje, ako su bili uspješno liječeni). Barem jedan mora biti sumanutosti, halucinacije, i/ili disocirani govor:

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).

Karakteristična obilježja shizofrenije uključuju različite kognitivne, emocionalne, bihevioralne disfunkcije, ali nijedan simptom nije patognomičan za ovaj poremećaj. Dijagnoza uključuje prepoznavanje sklopa znakova i simptoma povezanih sa narušenim radnim ili socijalnim funkcioniranjem. Budući da je shizofrenija heterogeni klinički sindrom, osobe sa ovim poremećajem će se razlikovati po većini obilježja. Prodromalni simptomi su često prisutni prije aktivnog stadija, za kojim dalje mogu slijediti rezidualni simptomi karakterizirani blagim sumanutostima ili halucinacijama. Nadalje, osobe mogu pokazivati

različita neobična ili čudna uvjerenja koja nemaju sumanute razmjere (npr. ideje odnosa), mogu imati neobična opažajna iskustva (npr. osjećaj prisutnosti nevidljive osobe), govor može biti prilično nejasan, a njihovo ponašanje može biti jako čudno, ali ne i dezorganizirano (npr. mrmljanje u javnosti). U prodromalnim i rezidualnim stadijima negativni simptomi su uobičajeni i teški. Osobe koje su prije bile aktivne, povlače se iz socijalnih aktivnosti, a takva ponašanja obično su prvi znaci bolesti. Kod shizofrenije su obično prisutni kognitivni deficiti, koji su povezani sa profesionalnim i funkcionalnim oštećenjima. Ovi deficiti mogu uključivati redukciju deklarativnog pamćenja, radne memorije, jezičnih funkcija i drugih izvršnih funkcija, i sporije procesuiranje. Osobe sa shizofrenijom mogu iskazivati niz neodgovarajućih afekata, disfornično raspoloženje, poremećaj u ritmu spavanja, manjak interesovanja za prehranu. Mogu se javiti depersonalizacija, derealizacija, te nedostatak uvida (anozognoziju) koji uključuje neshvaćanje prisutnosti simptoma shizofrenije. Osim što moraju biti zadovoljeni kriteriji postavljeni prema DSM V klasifikaciji, procjena domena kognitivnih, depresivnih i maničnih simptoma od velike je važnosti za razlikovanje različitih poremećaja iz spektra shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Što se tiče liječenja, prvi centar za intervencije kod osoba sa ranom psihozom osnovali su psihijatri iz Melburna u oktobru 1992. godine pod nazivom „Centar za prevenciju i intervencije u ranoj psihozi“, (Early Psychosis Prevention and Intervention Centre –EPPIC), a imao je za cilj da obezbijedi kvalitetan pristup koji je baziran na terenskoj i institucionalnoj službi osobama u kasnoj adolescenciji koji prolaze kroz fazu prvih psihotičnih iskustava, kao i da osigura njegu tokom kritičnih faza tokom daljeg praćenja (McGorry, Edwards, Mihalopoulos, Harrigan i Jackson, 1996).

Prema savremenoj koncepciji, simptomi shizofrenije mogu se podijeliti na pozitivne i negativne. Pozitivni simptomi uključuju halucinacije, sumanutosti i katatoniju, a negativni simptomi mogu biti apatija, gubitak energije, siromaštvo govora, nedostatak volje i motivacije, emocionalna zaravnjenost, socijalno povlačenje (Kučkalić, Džibur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006).

Uz pozitivne i negativne, navode se i kognitivni, agresivni i afektivni simptomi koji se međusobno mogu preklapati (Ostojić, 2012).

Halucinacije su iskustva koja su slična opažajnim, a javljaju se bez vanjske stimulacije. Kod shizofrenije mogu se javiti vidne i slušne halucinacije, ali slušne halucinacije

su češće. Mogu se doživljavati kao poznati ili nepoznati glasovi, te se percipiraju različitim od vlastitih misli. Halucinacije su jasne i životopisne, imaju učinak normalne percepcije i nisu pod svojevolumnom kontrolom.

Sumanutosti su čvrsta uvjerenja, koja se ne mogu mijenjati bez obzira na proturiječne dokaze. Mogu se javiti: sumanutosti proganjanja (tj. uvjerenje osobe da će biti ozljeđena ili napadnuta, od strane pojedinca ili grupe); sumanutosti odnosa (tj. uvjerenje osobe da su njoj upućene određene geste, komentari, i sl.); sumanutosti veličine (tj. uvjerenje osobe da je izuzetno bogata, ili da ima izuzetne sposobnosti) i erotomanske sumanutosti (tj. pogrešno uvjerenje da nju/njega voli druga osoba). Sumanutosti se smatraju biziarnim ukoliko ih osobe iz istog kulturnog okruženja ne razumiju i ako ne proizilaze iz uobičajenog životnog iskustva.

Katatonno ponašanje je značajno smanjenje reagibilnosti na okolinu. Osoba može pružati otpor dobivenim uputama (negativizam), zauzeti neprikladan, bizaran položaj, ili potpuno izostaviti verbalni i motorički odgovor (mutizam i stupor). Katatonije nisu specifične samo za shizofreniju, te se mogu javiti i u drugim psihičkim poremećajima i zdravstvenim stanjima.

Što se tiče negativnih simptoma, kod shizofrenije su najviše izraženi smanjena emocionalna ekspresija i avolicija. Kod smanjene emocionalne ekspresije reducirano je izražavanje emocija na licu, kontakt očima, pokreti ruku, glave i lica, što daje emocionalni naglasak govoru. Avolicija je smanjenje motiviranih samoiniciranih svrhovitih aktivnosti (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

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).

Agresivni simptomi obuhvataju: hostilnost, verbalnu i fizičku agresivnost, autodestruktivno ponašanje, uključujući i suicidalnost, sklonost oštećivanju imovine, impulzivnost, seksualno nepredvidivo reagiranje, i često se mogu preklapati s pozitivnim simptomima (Rapado-Castro, Soutullo, Fraguas, Aragano, Paya i Castro-Fornieles, 2010).

Zbog pojave agresivnih simptoma, procjena bolesnikova suicidalnog rizika, treba biti dio svakodnevne kliničke prakse. U DSM 5 (Američka psihijatrijska udruga, 2014) navodi se

da 20% pacijenata pokuša samoubistvo, 5-6% pacijenata okonča život samoubistvom, a mnogo više njih ima suicidalne ideje.

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 i sur. 2010).

### *2.3. Etiologija*

Uzrok nastanka shizofrenije i dalje je nepoznat, ali čini se da je posljedica različitih faktora, uključujući kombinaciju bioloških, psiholoških i socijalnih faktora koji su u složenim međusobnim vezama. Razvijene su brojne teorije kojima se nastoji objasniti uzrok nastanka shizofrenije, ali niti jedna od njih nije općeprihvaćena, niti je dovela do konačnog objašnjenja uzroka ovog poremećaja (Bloch, Ravid, Vadas, Reshef, Schiff, Kremer i Haimov, 2010).

Jedno od stajališta je stajalište dijateza-stres upotrijebljeno je u konstrukciji modela vulnerabilnosti za shizofreniju koji uključuje i integrira biološke, psihološke i okolinske uzroke. Prema ovom modelu vulnerabilnost ili ranjivost za shizofreniju je uglavnom biološka, različiti ljudi imaju različit stupanj vulnerabilnosti, ona se djelomično nasljeđuje, a djelomično proizlazi iz razvojnih neuroloških anomalija koje su u vezi s prenatalnim rizičnim faktorima, komplikacijama tijekom poroda i drugim problemima, te da psihološke komponente mogu igrati ulogu u tome hoće li se shizofrenija uopće pojaviti i koliko će biti teška. Ljudi koji su ranjivi na shizofreniju imaju veću šansu da obole od nje ako su izloženi okolinskim zahtjevima, obiteljskim sukobima i drugim stresorima koji uzrokuju i održavaju shizofreni sklop mišljenja i djelovanja (Nietzel, Bernstein i Milich, 2001).

Warner (2000) navodi da srodnici oboljelih od shizofrenije imaju veći rizik od razvoja bolesti, a rizik se progresivno povećava kod onih koji su genetski slični oboljelima. Također navodi i da postoje dokazi koji impliciraju da nekoliko gena uzrokuju shizofreniju, te je vjerovatno da je odgovorno više od jednog gena, putem interaktivnog efekta. Uzrok shizofrenije nije samo genetika, pored toga postoje i drugi faktori koji igraju ulogu u razvoju bolesti kao što su porođajne komplikacije. Autor navodi da je pronađeno da su komplikacije pri rođenju, jedan od glavnih faktora rizika za razvoj shizofrenije. Nadalje, rizik od intrauterinog oštećenja se povećava ukoliko postoji virusna bolest. Poznato je da je dosta

osoba koje boluju od shizofrenije rođeno kasne zime, ili u proljeće, te se broj oboljelih povećava u vrijeme kada se povećava i broj virusnih oboljenja. Međutim, virusna oboljenja mogu objasniti samo mali dio povećanog rizika za razvoj shizofrenije.

Prenatalna briga i 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 razvoj shizofrenih simptoma. Ujedno je bitno naglasiti da se shizofrenija može razviti kada se genetski osjetljivo dijete odgaja u neodgovarajućoj porodičnoj sredini (Wenar, 2003).

#### *2.4. Razvoj i tijek poremećaja*

Pojava shizofrenije prije adolescencije je rijetka, obično se javlja između kasnih tinejdžerskih i srednjih tridesetih godina života, a raniji početak se uobičajeno smatra prediktorom lošije prognoze. Mada se tijek i ishod ne mogu pouzdano predvidjeti, mali broj osoba oboljelih od shizofrenije se u potpunosti oporavi, ali tijek je povoljan u oko 20% osoba. Tokom života, psihotični simptomi imaju tendenciju smanjenja, možda zbog normalnog pada dopaminske aktivnosti, negativni simptomi su postojaniji i imaju više povezanosti sa prognozom od pozitivnih simptoma, a kognitivni simptomi se, u većini slučajeva, ne mogu poboljšati tokom trajanja bolesti. U djetinjstvu, dijagnozu shizofrenije je teško postaviti, sumanute ideje i halucinacije su slabije razrađene u odnosu na odrasle, te su češće vidne halucinacije (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Autori Watkins, Asarnow i Tanguay (1988) predlažu slijedeći razvojni slijed: nenormalnosti i kašnjenja u razvoju jezika i govora, kašnjenja motoričkog razvoja, hipnotične i bizarne reakcije, izražena labilnost raspoloženja, neprikladno „vješanje“, reakcije neobjašnjivog bijesa, te hiperaktivnost tijekom rane dječije dobi, poremećaji mišljenja, zaravnjen ili neodgovarajući afekt u dobi od 6 godina i kasnije, te u konačnici halucinacije i sumanutosti nakon 9. godine života. U školskoj dobi i adolescenciji mogu se javiti problemi u finoj i gruboj motorici, te motorička kašnjenja. Nadalje, što se tiče ličnosti, dijete se obično opisuje kao agresivno i ometajuće od strane roditelja, a od strane vršnjaka kao nepopularno i povučeno.

Dob početka je važan pokazatelj, odnosno što je kasnija dob početka to je bolja prognoza (Wenar, 2003).

Shizofrenija sa kasnim početkom (nakon 40. godine) je češća kod žena, karakterišu je izraženi psihotični simptomi, ali emocionalno i socijalno funkcioniranje je očuvano (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

Klinički tijek shizofrenije može se podijeliti na prodromalnu, akutnu i hroničnu fazu. Prvenstveno se javljaju premorbidni kognitivni i socijalni poremećaji kao što su poremećaj pažnje, radne memorije, kognitivnih sposobnosti i intelektualnog funkcioniranja (Yung, 1996).

Shizofrenija je dakle bolest koja ima hronični tijek, i odvija se kroz tri navedene faze prodromalnu, akutnu i hroničnu fazu. Prodrom je definiran vremenskim trajanjem, počevši od prve uočene promjene u funkcioniranju individue do trenutka kada su ispunjeni dijagnostički kriteriji za shizofrenu psihozu (Miller, McGlashan, Rosen, Cadenhead, Cannon i Ventura, 2003).

Shizofreniji, kao i drugim psihotičnim oboljenjima, često prethode prodromalne izmjene u ponašanju, koje mogu trajati od nekoliko dana do nekoliko godina, nagovještavajući početak psihoze. Ako bolest počne u ranijem uzrastu, posebno u adolescenciji, prodromalna faza je nespecifična i teža za prepoznavanje i intervencije. Prodromalna faza je teška za identifikaciju zato što se tada javljaju nespecifični simptomi, koji se uklapaju u kliničku sliku shizofrenije, ali nisu ispunjeni kriteriji za postavljanje dijagnoze. Ovo je period tijekom kojeg se simptomi intenziviraju, i razvijaju, povećavajući rizik za javljanje psihoze. Danas se informacije o prodromalnim simptomima dobivaju kroz longitudinalne studije koje ukazuju na stanje koje pod visokim, ali ne i neizbježnim rizikom za razvoj shizofrenije (Damjanović, Damjanović, Stojanović i Prostran, 2013).

Akutna faza poremećaja obilježena je karakterističnim pozitivnim simptomima, odnosno sumanutim idejama i izraženim poremećajem ponašanja. Međutim, neki pacijenti ne prolaze kroz prodromalnu fazu, simptomi se javljaju iznenada i naglo sa akutnom fazom. Nakon akutne faze, pozitivni simptomi mogu nestati ili se reducirati kod mnogih pacijenata, ali negativni simptomi perzistiraju. Hroničnu fazu bolesti karakteriziraju poremećaj funkcioniranja, trajne afektivne promjene i kognitivna deterioracija (Kučkalić, Džubur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006).

Prema istraživanjima, pozitivni prognostički faktori koji su povezani sa boljim ishodom bolesti su; pojava u kasnijoj adolescenciji, ukoliko se bolest javi kao reakcija neki

prepoznatljivi stresor, ukoliko je pacijent zbunjen i smeten, a ne blag i smiren, potrebna je dobra socijalna i školska prilagodba, razumijevanje i podrška obitelji te odustnost teže psihopatologije kod roditelja (Wenar, 2003).

Jedan od osnovnih faktora bolje prognoze jeste rano prepoznavanje simptoma, i rano započeto liječenje. Zbog toga je važno prepoznavanje premorbidne i prodromalne faze (Herceg, 2010).

Također, da bi liječenje bilo uspješnije, jako je važna rana intervencija, i rano prepoznavanje prvih znakova i simptoma bolesti, zbog toga je bitno poznavati simptome da bi se moglo reagovati na vrijeme.

Prevalencija shizofrenije procijenjuje se od 0,3-0,7 %, ali postoje varijacije prema državama, geografskom porjeklu doseljenika i rasi/entitetu. Varijacije postoje i među spolovima, npr. duže trajanje poremećaja koje je povezano sa lošijim ishodom, te naglašeniji negativni simptomi češći su kod muškog spola (Američka psihijatrijska udruga, 2014).

## **2. PRISTUPI U TRETMANU SHIZOFRENIJE ZASNOVANI NA DOKAZIMA**

Prema literaturi, i kliničkim ispitivanjima, svakoj osobi oboljeloj od shizofrenije treba omogućiti kombinaciju optimalne doze antipsihotika, podučiti strategijama da bi se mogli brinuti sami o sebi, podučiti osobe koje se brinu o njima kako bi se, i jedni i drugi, mogli nositi sa stresorima, zatim treba omogućiti kognitivno-bihevioralni tretman za unaprijeđenje radnih i socijalnih ciljeva, i smanjenje rezidualnih simptoma . Uprkos snažnoj znanstvenoj potpori za rutinsku primjenu ovih strategija zasnovanih na dokazima, mali broj ustanova pruža više od farmakoterapije (Lehman i Steinwachs, 1998).

Kako je već navedeno, kod liječenja shizofrenije vrlo je važno što ranije uočiti prve znakove bolesti i što ranije započeti sa liječenjem. Tijek i prognoza bolesti uveliko zavise od liječenja prve epizode bolesti.

Ranije započeto liječenje je dokazano kao bitan faktor boljeg ishoda, kvalitetnijeg socijalnog oporavka, redukcije negativnog sindroma (bez razlike kod pozitivnog sindroma), kao i pada suicidalnog rizika poslije godinu dana praćenja (Larsen, Melle, Auestad, 2006).

Da bi liječenje bilo uspješno, potreban je tim stručnjaka, a članovi tima provode dogovoreno liječenje na osnovu individualnog plana liječenja. Osnovni principi u liječenju trebaju biti optimizam i nada, te pacijentu treba pružati podršku pri svakom kontaktu. Treba napomenuti da, s obzirom da je shizofrenija jedan od psihotičnih poremećaja koja je najviše stigmatizirana, stigmatizirajuće termine poput shizofreničar, psihotičar i sl., treba izbjegavati. Takvi stigmatizirajući termini neprimjereni su za pacijente i njihova upotreba u medicinskoj praksi se ne preporučuje. Nakon što se prvi put uspostavi dijagnoza shizofrenije prvi i najvažniji cilj jeste postići što bržu remisiju, tj. klinički oporavak. Međutim, nakon remisije, neki pacijenti imaju problema sa nastavkom školovanja, povratkom u radnu sredinu i socijalno okruženje. Zbog toga je bitno što ranije započeti i socijalnu rehabilitaciju. Treba naglasiti i važnost psihoedukacije pacijenata i njihove porodice, kao komponente liječenja shizofrenije, te je psihoedukacija važna za ostvarivanje suradljivosti koja ima izravan uticaj na ishod liječenja. Unazad 40 godina su dostupni vrlo učinkoviti antipsihotici, ipak 50 % oboljelih od shizofrenije koji su podvrgnuti uobičajenom načinu liječenja doživi relaps unutar godine dana. Nažalost, zbog ovakvog tijeka bolesti mnogi bolesnici skoro petinu života provedu u zdravstvenim i psihijatrijskim institucijama (Herceg, 2010).



Faktori koji su važni u liječenju hroničnih psihijatrijskih stanja jesu opšta razina aktivnosti i stimulacije kojoj su pacijenti izloženi. Do apatije i socijalnog povlačenja dolazi u siromašnijoj okolini, ali je jednako tako važno izbjegavati i okolinu sa pretjeranom količinom podražaja (Wing i Brown, 1970). Stoga, kad god je to moguće, pacijente je poželjno premjestiti sa odjela gdje ima previše bučnih pacijenata.

Liječenje oboljelih od shizofrenije treba zadovoljiti njihove biološke, psihološke i socijalne potrebe.

Liječenje oboljelih od shizofrenije uključuje farmakoterapiju i psihoterapiju, a izbor terapije ili intervencije vrši se na osnovu kliničkog stanja bolesnika, te raspoloživih mogućnosti liječenja.

### *3.1. Formiranje timova za ranu intervenciju*

Podaci savremenih studija pokazuju da su upravo rane faze bolesti (prva epizoda) ili još ranije faze prodroma (što znači ispod praga za postavljanje dijagnoze, ali s pojačanim intenzitetom patoloških procesa na različitim razinama organizacije CNS-a), najpovoljniji vremenski okvir da se modificira tijek bolesti i spriječi hronicitet (Damjanović i sur. 2013).

Koncept ranih intervencija u psihozi poslije skoro dvije decenije razvoja, podržan je u mnogim razvijenim zemljama izdvajanjem dodatnih sredstava državnih fondova i određenim reformama u samom sistemu zdravstvene zaštite. Timovi za ranu intervenciju pokrivaju različite teritorije i u zavisnosti od toga razlikuje se i broj angažovanog osoblja, ali po pravilu u timu su, osim specijaliste psihijatra i ljekara na specijalizaciji, obavezni članovi: psiholog, socijalni radnik, radni terapeut, nekoliko tehničara i menadžer (koordinator) tima. Timovi su angažovani i na terenu, i u instituciji, a ne samo što je dostupnost tokom sedmice veća nego u nespecifičnom servisu, već su i pojedini timovi dostupni i vikendima, kao i noću. Zadatak tima je da reaguje na potrebe osoba u početnoj fazi psihotičnih promjena, da sprovedi preventivne programe, da vrši edukaciju i planira antistigma kampanje, da usmjerava na centre za ranu intervenciju, da omogući prijem i neophodnu dijagnostičku obradu, da pruži najbolji dostupan tip liječenja i prati osobu do oporavka. Tim odlikuje tzv. "fleksibilnost usmjerena na korisnika". Od tima se očekuje da se rad obavlja i na mjestima koja ne moraju biti nužno u okviru zdravstvenih centara. Tim je fleksibilan kada je u pitanju razvoj službe, jer se smatra da jedino u ravnopravnom dijalogu sa korisnicima (mladima, njihovom porodicom,

osobama iz okruženja), centar može da se razvija u skladu sa svojim ciljevima. Očigledno je da sprovođenje koncepta ranih intervencija u psihozama zahjeteva znatne organizacione modifikacije, ne samo u strukturi, već i u pristupu i raspoloživosti osoblja (French, Smith, Shiers, Reed, Rayne, 2010).

S obzirom da istraživanja potvrđuju koliko je bitna rana intervencija kod psihijatrijskih poremećaja, osobito kod shizofrenije jer je kompleksna bolest, savremena psihijatrija bi svoje snage trebala usmjeriti ka dodatnoj potvrdi ovakvih i sličnih, ranih intervencija, kako bi se postigao napredak u sveukupnom pristupu i tretmanima liječenja oboljelih.

U zavisnosti od mogućnosti, centri za ranu intervenciju psihoza bi trebalo da obavljaju sljedeće procjene, od kojih su prve dvije i djelimično treća neophodni u rutinskom radu, dok su ostale procjene poželjne, mada ne uvijek i dostupne:

1. Pregled pacijenta i pažljivo uočavanje simptoma, analiza razvoja kliničke slike, djelovanja rizikofaktora u svim razvojnim etapama, posebno naslijednih rizika.
2. Neuropsihološku procjenu, sa posebnim osvrtom na radnu memoriju, pažnju, egzekutivne funkcije, brzinu procesiranja, socijalnu kogniciju i sl. (jedna od najčešće korišćenih baterija testova je Matrics - The Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia).
3. Ispitivanje moždane aktivnosti: fMRI, PET (hipofrontalnost, promjene aktivacije hipokampusa) i EEG.
4. Ispitivanje struktura mozga: DTI (difuzioni tenzor-imidžing kojim se prate promjene bijele mase), MRI (redukcija sive mase u različitim regionima i intenzitetu, uočljiva od rane adolescencije).
5. Analiza proteina i enzima u vezi sa odgovarajućom transmisijom (GABA, Glutamat, Dopamin).
6. Genetika (npr. COMT, GAD-1, GMR-3 i A7-nikotin-R koji su u vezi sa neurotransmisijom ili DISC 1,2, BNDF, Neuroregulin ili Dysbindin, u vezi sa sinaptogenezom) (Marić, Jašović-Gašić, 2010).

S obzirom da se jako naglašava važnost ranog uočavanja simptoma bolesti, vrlo je važna i rana intervencija, te bi bilo veoma važno da sistem omogući svakom oboljelom mogućnost ranog otkrivanja i liječenja.

### *3.2. Psihofarmakološko liječenje*

Lijekovi za liječenje shizofrenije, ili nekih sličnih poremećaja, nazivaju se antipsihotici (Vinković, 2017).

Rezultati istraživanja dobiveni prije nekih trideset godina pokazuju da je upotreba antipsihotika najznačajnija i najvrijednija u liječenju shizofrenije. Dokazano je da terapija antipsihoticima mijenja prirodni tijek poremećaja, te da rana intervencija antipsihoticima u prvoj epizodi shizofrenije povećava mogućnost boljeg ishoda u dugogodišnjem tretmanu (Wyatt, 1991; Falloon, 1999).

U drugoj polovici 20. stoljeća medikamentozno liječenje duševnih bolesti je postalo glavno područje istraživanja i praktičnog djelovanja. Gotovo odmah nakon uvođenja klorpromazina, ranih pedesetih, lijekovi postaju glavno uporište u psihijatrijskom liječenju, posebno kod bolesnika koji imaju ozbiljne duševne bolesti (Dawkins, Liberman, Lebowitz i Hsiao, 1999).

Medikamentozna terapija, odnosno psihofarmakoterapija, usmjerena je u prvom redu na sindrome bolesti. Psihofarmakoterapijom se pokušava utjecati na psihotičnu sumanutost u akutnoj fazi bolesti, a kasnije, tijekom tzv. dugotrajne terapije, na spriječavanje relapsa, odnosno ponovnog povratka bolesti. Atipični antipsihotici nude nove mogućnosti u liječenju shizofrenije. U odnosu na konvencionalne antipsihotike, prednosti atipičnih antipsihotika očituju se u manjem broju nuspojava, ali potencijalni rizici od nastanka nuspojava ipak se ne mogu isključiti (Dadić-Hero, Pernar, Medved, Ružić i Rončević, 2009).

Primjena konvencionalnih antipsihotika, koji blokiraju dopaminske D2 receptore, pokazala se vrlo efikasnom za liječenje akutne faze ove bolesti, ali i za dugoročnu terapiju održavanja, te za prevenciju relapsa (Ballus, 1997).

Međutim, neka istraživanja pokazuju da ovi lijekovi samo reduciraju ukupnu neurotransmisiju dopamina, ali ne uspijevaju djelovati na mjesto glavne dopaminergičke abnormalnosti (Howes, Kambeitz, Kim, Stahl, Slifstein, AbiDargham i Kapur, 2012).

Dopaminski D2 receptori odgovorni su, osim za pozitivne simptome shizofrenije, i za centar užitka i nagrade. Stoga se blokadom tih receptora prekidaju i mehanizmi nagrađivanja, a kod pacijenta mogu dovesti do apatije, anhedonije i potpune odsutnosti užitka u socijalnim interakcijama. Odnosno, reducirajući pozitivne simptome blokadom D2 receptora, istovremeno se mogu pogoršati negativni simptomi bolesti (Li, Snyder, Vanover, 2016).

Savremeno liječenje psihotičnih poremećaja počelo je 1952. god. otkrićem antipsihotičkih svojstava klorpromazina kod oboljelih od shizofrenije. Uvođenje klorpromazina u kliničku praksu, još prije pola vijeka, izazvalo je revoluciju farmakološkog liječenja shizofrenije (Nasrallah i Tandon, 2009).

Danas postoji preko pedeset tipičnih antipsihotika prve generacije koji su dostupni širom svijeta. Antipsihotici prve generacije su efikasni u smanjenu pozitivnih simptoma shizofrenije i omogućili su deinstitucionalizaciju oboljelih od shizofrenije. Međutim, pronađeno je i da su ovi lijekovi minimalno efikasni u smanjenju negativnih i kognitivnih simptoma, te su dovodili do invalidnosti, također ne umanjuju rizik od suicida, i ne poboljšavaju socijalnu disfunkcionalnost povezanu sa oboljenjem. Nadalje, ovi lijekovi uzrokuju i niz drugih štetnih učinaka, uključujući javljanje ekstrapiramidalnih simptoma i tarditivne diskinezije. Zbog toga, odnosno zbog njihove slabe podnošljivosti, pacijenti u značajnoj mjeri ne uzimaju lijekove onakako kako su propisani, a to zauzvrat dovodi do relapsa i lošeg ishoda. *Klozapin* je prvi atipični lijek, druge generacije antipsihotika. Njegovo korištenje nije uzorkovalo ekstrapiramidalne simptome niti tarditivnu diskineziju, međutim nedostatak i ograničena upotreba bila jer jer dovodi do agranulocitoze, te se nije upotrebljavao širom svijeta sve do 1990-tih. (Meltezer, Alphas, Green, 2003).

Antipsihotici prve generacije ne ublažavaju sve simptome i oštećenja funkcija koje uzrokuje shizofrenija. Oko 50% bolesnika ima perzistirajuće ili rezidualne simptome i invaliditete usprkos terapiji, a oko 20% bolesnika doživljava recidiv usprkos uzimanju odgovarajućih doza lijekova. Stoga, unatoč svim naporima za učinkovito liječenje, značajan dio takvih bolesnika ostaje teško oštećen. Dalje, u akutnih shizofrenih bolesnika amisulprid je djelovao na afektivne simptome bolje od haloperidola i flupentiksola. U studijama bolesnika s predominantno negativnim simptomima shizofrenije amisulprid je u dozi 50 do 300 mg/dan bio učinkovitiji od placeba. Amisulprid izaziva manje tardivne diskinezije nego haloperidol tijekom dugotrajnog liječenja bolesnika sa shizofrenijom. U otvorenim studijama bio je djelotvoran u održavanju kliničkih poboljšanja u bolesnika koji su pokazali početni odgovor

na terapiju, sugerirajući dugotrajniju djelotvornost. Noviji podaci pokazuju da olanzapin može imati pozitivan učinak na kognitivnu funkciju. Svi terapijski učinci olanzapina održavaju se tijekom dužih razdoblja, kao što su pokazale jednogodišnje studije usporedbe s placeboom i haloperidolom. Ima dokaza da risperidon može pomoći kod depresivnih simptoma kod oboljelih od shizofrenije. (Hotujac, Rušinović, Subotičanec, 2002).

Zbog nus pojava koje su izazivali konvencionalni, tipični lijekovi prve generacije, istraživači su otišli korak dalje, istražujući lijekove koji će biti jednako učinkoviti, ili učinkovitiji, ali neće imati popratnih negativnih efektata. Tako dolazi do otkrivanja antipsihotika druge generacije.

Činjenica jeste da su antipsihotici druge generacije bili efikasniji u tretmanu i oporavku pacijenata, u odnosu na antipsihotike prve generacije: smanjivali su suicidalnost, te su umanjili kratkoročne i dugoročne nuspojave (motorička imobilizacija), što je sve zajedno povećalo optimizam da su postoje bolji tretmani antipsihoticima (Meltezer, Alphs, Green, 2003).

Klozapin je potom postao prototipom druge generacije antipsihotika. Klozapin je prvi antipsihotik za učinkovito liječenje simptoma shizofrenije s minimalnim rizikom od pojave ekstrapiramidnih simptoma i porasta prolaktina. U ranim studijama pokazao se učinkovitijim nego tradicionalni antipsihotički lijekovi. U novije vrijeme klozapin se pokazao efikasnijim za shizofreniju rezistentnu na terapiju nego prva generacija antipsihotika. Klozapin je također pokazao terapijske efekte izvan psihotičnih simptoma, uključujući utjecaj na negativne simptome, specifične kognitivne deficite i suicidalno ponašanje. Neke od nuspojava klozapina, kao što su konvulzije, zbunjenost i seksualne disfunkcije, povezane su s dozom ili razinom u plazmi (Hotujac, Rušinović, Subotičanec, 2002).

Općenita je preporuka postupno uvođenje antipsihotika, od nižih prema višim dozama unutar terapijskog raspona, do postizanja zadovoljavajućeg terapijskog djelovanja. Prilikom primjene psihofarmaka treba imati u vidu da to nije jednostavan proces i ne može se svesti na načelo „jedan poremećaj, jedna dijagnoza = jedna tableta“. Uz sam učinak lijeka, veliko značenje kod primjene psihofarmaka imaju i način primjene, surdaljivost bolesnika, kao i obiteljski i okolinski utjecaji. Neki bolesnici doživljavaju lijek kao spas, dok ga drugi vide kao napad na sebe (Herceg, 2010).

Međutim, primjena farmakoterapije, odnosno antipsihotika ima samo djelimičan učinak kod oboljelih od shizofrenije. Antipsihoticima se ne može izliječiti shizofrenija, ali se mogu umanjiti psihotični simptomi kao što su halucinacije, nelogično mišljenje i sl. Lijekovi ne otklanjaju sve simptome, jer neki bolesnici pokazuju slab ili neadekvatan odgovor na liječenje, pa se stoga još uvijek traga za novim i boljim lijekovima (Munjiza, 2002).

Novija istraživanja dala su snažne dokaze o djelotvornosti antipsihotika druge generacije u liječenju shizofrenije i jasno pokazala da izazivaju manji rizik od akutnih ekstrapiramidnih nuspojava (EPS) nego tradicionalni lijekovi. Međutim, čini se da su brojni novi lijekovi manje sedativni i slabije utječu na psihomotoričko ponašanje nego tradicionalni antipsihotici. To je prednost za mnoge bolesnike, ali može postaviti neke probleme u liječenju akutno bolesnih, jako agitiranih i agresivnih bolesnika.

Pojava druge i treće generacije antipsihotika ili atipičnih antipsihotika bez sumnje predstavlja veliki napredak u liječenju psihijatrijskih, nadasve psihotičnih bolesnika oboljelih od shizofrenije. Oni imaju prihvatljiviji profil nuspojava, a u usporedbi s prvom generacijom antipsihotika tzv. klasičnih antipsihotika imaju bolji učinak na negativne i kognitivne simptome (Herceg, 2010).

### *3.3. Psihoterapijske metode liječenja*

Kod shizofrenije, kroz psihoterapiju se radi na povećanju funkcionalnosti bolesnika, nude mu se racionalna objašnjenja za doživljaj simptoma bolesti i njihove interpretacije, te se bolesnik educira kako će se nositi sa simptomima bolesti (Patterson i Leeuwenkamp, 2008).

Psihoterapija može da pomogne bolesniku da dosegne maksimalno socijalno funkcioniranje u odnosu na njegove realne kapacitete zbog bolesti. Uz pomoć psihoterapije, olakšava se bolesnikov svakodnevni život, odnosno lakše živjeti sa bolešću, steći socijalne vještine, poboljšati međuljudske odnose, te poboljšati kvalitet svog života. U psihoterapijskom procesu, pacijenti postepeno uče da bolje razumiju sebe i svoje probleme, te da razlikuju stvarno od nestvarnog. Svakako, psihoterapija ne može biti zamijena za farmakoterapiju, ali je može dopuniti (Butcher, Mineka, Hooley, 2010).

Psihosocijalne i psihoterapijske metode liječenja sastavni su i neodvojivi dio liječenja oboljelih od shizofrenije, a ovisno o stanju bolesnika i fazi bolesti mogu biti manje ili više

intenzivne. Brojne studije potvrđuju efikasnost psihosocijalnih intervencija u liječenju osoba sa shizofrenijom, a tu spadaju obučavanje pacijenata za socijalne vještine, rukovanje predmetima, podržano zapošljavanje, psiho-edukacija sa porodicom, te individualni rad sa pacijentom. Ove intervencije su sada priznate kao dio standardnog tretmana (Štrkljaj-Ivezić, Vrdoljak, Mužinić i Agius, 2013).

Rezultati evaluacije psihosocijalnih programa i postupaka pokazuju dobre i optimistične rezultate kod poboljšanja kvalitete života, kognitivnog funkcioniranja, smanjuje se broj hospitalizacija, broj dana provedenih u bolnici, smanjuje se samoozljeđivanje te dolazi do povećanja zadovoljstva liječenjem (Smoljanec, 2016).

Preporučuje se, kada god je to moguće, liječenje u terapijskoj sredini koja uključuje najmanje restriktivno liječenje. Izbor terapijske sredine u svakom pojedinačnom slučaju temelji se na procjeni kliničkog stanja bolesnika, raspoloživosti faktora podrške okoline u kojoj bolesnik živi i mogućnostima liječenja u postojećim ustanovama. Najbolje rezultate donosi liječenje bolesnika u njegovoj prirodnoj sredini uz korištenje različitih oblika ambulantnog liječenja. Kada god je to moguće, treba prednost dati ambulantom liječenju. Bolničko liječenje treba biti što kraće - što je jedino moguće u organizaciji psihijatrije u zajednici. Preporučena organizacija mreže psihijatrijskih institucija uključuje: bolničko liječenje, centre za krizna stanja, dnevne centre, dnevne bolnice, centre za mentalno zdravlje u zajednici, različite kapacitete za rehabilitaciju i smještaj, grupe samopomoći i drugo (Štrkljaj-Ivezić i sur. 2013).

Istraživanja su potvrdila da program rehabilitacije u dnevnom centru, koji se sastoji od psihosocijalnih dokazano učinkovitih intervencija, značajno doprinosi povoljnijem ishodu liječenja gdje se poboljšava socijalno funkcionisanje, samopuzdanje i kvaliteta života osoba sa shizofrenijom (Štrkljaj-Ivezić i sur. 2013).

Psihoterapija shizofrenije razlikuje se od psihoterapije neurotskih poremećaja, gdje psihoterapija predstavlja terapiju izbora. Kod shizofrenije se psihoterapijom rješavaju psihotične simbolike, radi se na povećanju funkcionalnosti bolesnika, nude mu se racionalna objašnjenja za doživljaj simptoma bolesti i njihove interpretacije, bolesnika se educira kako će se nositi sa simptomima bolesti (Dadić-Hero, Pernar, Medved, Ružić i Rončević, 2009).

Individualna, grupna i obiteljska terapija koja kombinira podršku, psihoedukaciju i bihevioralne i kognitivne vještine i koja oslovljava specifične probleme pomoći će

bolesnicima da se nose sa svojom bolesti i poboljšaju kvalitetu življenja i stupanj socijalne reintegracije (Kučukalić, Džumbur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006).

U daljnjem tekstu bit će opisana kognitivno-bihevioralna psihoterapija, metoda liječenja za koju su istraživanja pokazala da je efikasna u liječenju shizofrenije.

### *3.3.1. Kognitivno bihevioralna terapija*

U liječenju shizofrenije farmakoterapija sama po sebi, ne dovodi do zadovoljavajućeg učinka, te se zbog toga javila potreba za dodatnim oblicima terapije. Ideja sama po sebi nije nova, jer je Beck još 1952. godine prikazao slučaj pacijenta koji je patio od deluzija, a uspješno je liječen primjenom KBT terapije (Beck, Rector, Stolar, Grant, 2009).

1960-tih godina Beck je razvio kognitivno-bihevioralni model koji objašnjava emocionalne i ponašajne odgovore koji su rezultat misli, interpretacija i vjerovanja, koji se također pokazao uspješnim i u razumijevanju i liječenju različite psihopatologije, npr. poremećaja ponašanja, anksioznih poremećaja, poremećaja hranjenja (Grant, Young, DeRubeis, 2005), kao i somatske patologije kao što je hronična bol (Winterowd, Beck, i Gruener, 2003). 1980-tih i 1990-tih istraživači iz Velike Britanije su kognitivni model proširili i na shizofreniju Chadwick, Birchwood, i Trower, 1996; Fowler, Garety, & Kuipers, 1995; Kingdon i Turkington, 2005) jer su istraživanjima došli do obećavajućih dodatnih psihosocijalnih tretmana ciljajući na deluzije, halucinacije, te usklađenost terapije sa lijekovima (Rector i Beck, 2001).

Kognitivno bihevioralna terapija je jedan od oblika psihoterapije koja se zasniva na empirijskim dokazima, odnosno, znanstveno je testirana i dokazana u brojnim kliničkim studijama, kao uspješan oblik intervencije kod velikog broja poremećaja. Kombinira dva pristupa: kognitivni koji se bavi načinom na koji ljudi razmišljaju, i bihevioralni koji objašnjava njihovo ponašanje, usmjerena je na sadašnjost, kraćeg je trajanja, i usmjerena je na praktično rješavanje problema, te teži osposobljavanju pacijenta za samostalno rješavanje budućih problema usvajanjem vještina kroz terapiju (Kranjec, 2015).

Preduvjet uspješnog liječenja, izgradnja je terapijskog odnosa u kojem se pacijent osjeća sigurnim da može elaborirati svoje iskustvo shizofrenije. Za početak, identificiraju se specifični simptomi koji su problematični i njima se posvećuje posebna pažnja. Terapeut ne



treba da tumači pacijentu da su simptomi iracionalni, nego mu, putem postavljanja pitanja, pomaže fokusirati se na vlastita vjerovanja oko simptoma i mehanizama koje koristi u suočavanju sa simptomima. Intervencija može uključivati monitoriranje misli, osjećaja i ponašanja u odnosu prema simptomima ili ponovnoj pojavi simptoma i poticanje alternativnih načina nošenja sa simptomima i smanjenja stresa ili poboljšanja sveukupnog funkcioniranja (Šrkljević-Ivezić, 2017).

Nekoliko, metodološki rigoroznih ispitivanja učinkovitosti KBT-a, nije uspjelo pokazati značajan napredak na kraju istraživanja, bilo to vezano za mjerenje simptoma, ili za mjerenje relapsa. No međutim, dokaz da je KBT efikasna metoda počiva na nizu meta-analiza, gdje su istraživači došli do zaključaka da:

- KBT povećava/poboljšava mentalno stanje (Pilling, Bebbington, Kuipers, Garety, Geddes i Orbach, 2002),
- smanjuje pozitivne simptome (Zimmermann, Favrod, Trieu i Pomini, 2005),
- ima mali, ali dosljedan učinak u odnosu na terapiju lijekovima (Lincoln, Suttner, Nestoriuc, 2008),
- da je djelotvorna kod smanjenja pozitivnih i negativnih simptoma, poboljšanja ponašanja pacijenta i svakodnevnog funkcionisanja, te smanjuje socijalnu anksioznost i da je efikasna u smanjenju povratka u bolnicu, trajanju prijema u bolnicu, i smanjenu jačine simptoma (Wykes, Steel, Everitt i Tarrier, 2008).

Postoji veliki broj istraživanja koje potvrđuju učinkovitost KBT terapije u redukciji učestalosti i težine pozitivnih simptoma i emocionalnog stresa povezanog sa simptomima (Pilling i sur. 2002; Dickerson 2000; Rector i Beck, 2002; Bouchard i sur. 1996; Gould i sur. 2001; prema Šrkljević-Ivezić, 2017).

Istraživanja pokazuju da je kognitivno-bihevioralna terapija učinkovita u liječenju i pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije. Što se tiče negativnih simptoma, poboljšanje prilikom primjene terapije jeste poboljšanje u odnosu pacijenta sa okolinom, i na poslu i u porodici. Kod rane intervencije psihotičnih stanja, primjenom kognitivno-bihevioralne terapije dolazi do bržeg smanjenja pozitivnih simptoma, te sveukupno značajnijeg smanjenja pozitivnih simptoma tokom hospitalizacije u odnosu na druge oblike terapije. Također, primjena KBT terapije je i dugoročno bolja, jer su pacijenti 9 mjeseci nakon primjene terapije

pokazivali manje pozitivnih simptoma u odnosu na pacijente koji nisu bili podvrgnuti KBT terapiji (Gattaz i Busatto, 2009).

Također, nalazi do kojih su došli Gould, Meuser, Bolton, Mays, i Goff (2001) sugeriraju da je kognitivna terapija efikasan tretman za pacijente koji imaju perzistirajuće psihotične simptome. Analizom praćenja u četiri studije, pokazano je da pacijenti koji idu na kognitivnu terapiju nastavljaju da napreduju tijekom vremena. Ali, istraživanja pokazuju da nema razlike u smanjenju negativnih simptoma u odnosu na druge terapije.

Postoji nekoliko kognitivno-bihevioralnih metoda, empirijskih potvrđenih, koje su razvijene da ublaže psihotične simptome. Uključuju metode kontrole podražaja, kognitivne metode za rješavanje problema sa halucinacijama i deluzijama, i metode razvijanja vještina suočavanja. Veoma je korisno da se već u ranoj fazi bolesti utvrdi koji su psihotični simptomi najviše uznemiravajući, te da se ponudi pomoć u istraživanju načina za reduciranje ovih simptoma. Što se tiče metode kontrole podražaja, treba identificirati specifične situacije koje prethode uznemirujućim halucinacijama ili intenzivnu preokupiranost uznemirujućom deluzijom. Zatim, izolirati aspekte situacije koji su najveći okidači za pojavu distresora. U konačnici, pristupiti sistemskom rješavanju problema da bi se razvile strategije za upravljanje okidačima, i reduciranje distresora u ovim situacijama. Tj. razmotriti sve moguće situacije, prednosti i nedostatke svake situacije, odabrati najbolje moguće rješenje i probati ga, evaluirati ishode, i po potrebi modificirati strategiju da bi se poboljšala efikasnost. Nadalje, kognitivne intervencije za uznemirujuće auditorne halucinacije uključuju pomaganje oboljelom da testira valjanost svog vjerovanja o uznemirujućim glasovima koje čuje. Neodgovarajuća vjerovanja da su glasovi moćni mogu se mijenjati tako da se oboljelom objasni da ne treba da se „povinuje“ njima, i da, iako se ne „povinuje“, proći bez posljedica. Takve intervencije povećavaju samoefikasnost i pojačavaju unutrašnji lokus kontrole. Razvoj vještina suočavanja, može pomoći oboljelom da ojača samopouzdanje i korištenje efektivnih strategija u suočavanju sa psihotičnim simptomima (Carr, 2015).

Kod halucinacija i deluzija terapeut nastoji pomoći pacijentu u testiranju stvarnosti, najčešće kroz usmjerena pitanja o njegovim deluzijama. Npr. ako osoba misli da je neko prati, terapeut ispituje pacijenta o konkretnim situacijama u kojima se to događa, zatim o razlozima zbog kojih bi neko želio da prati pacijenta, a sa ciljem pronalaska nedostataka u uvjerenju pacijenta, te se na taj način utvrđuju dokazi koji opovrgavaju ideje pacijenta. Što se tiče negativnih simptoma, teži se osposobljavanju pacijenta za obavljanje svakodnevnih aktivnosti

i za socijalizaciju. To se postiže kroz zadatke koje pacijent ispunjava, počevši od jednostavnijih, tj. od onih za koje je vjerovatno da će pacijent uspješno obaviti. Na taj način, pacijent se potiče da radi dalje, Kod osobe koja je sklona povlačenju od okoline, za početak se može uputiti da ponovo stupi u kontakt sa osobom iz radne sredine sa kojom je već prije imala dobar odnos (Morrison, 2009).

Pristup „normalizacije“ koji su razvili Wolfensberger i Glenn (1975) pretpostavlja da društvo odbija prihvatiti ljude koji imaju određene poteškoće u funkcioniranju, ne smatra ih ravnopravnim članovima zajednice, te ih smješta u neku odvojenu okolinu, te im onemogućuje pristup određenim ustanovama i okolini. Prema ovom pristupu, ukoliko bi oboljela osoba imala ravnopravne mogućnosti, i osjećala se tako, omogućilo bi se stjecanje nekih novih ponašanja.

Na slici 1. prikazani su simptomi, neke od opisanih tehnika (Morrison, 2009).

<b>SIMPTOM</b>	<b>TEHNIKA</b>
<b>Pozitivni simptomi</b>	<b>Alternativna objašnjenja pacijentu</b>
Halucinacije	Tehnika normalizacije Razvijanje strategije suočavanja
Deluzije	Lanac zaključivanja (inference changing) Okolno ispitivanje (peripheral questioning)
<b>Negativni simptomi</b>	<b>Bihevioralni postupci</b>
Avolicija	Samoregulacija ponašanja (behavioral self monitoring)
Amotivacija	Planiranje aktivnosti
Anhedonija	Ocjenjivanje uspješnosti savladavanja aktivnosti i zadovoljstva
Emocionalna otupjelost	Uvježbavanje socijalnih vještina

Slika 1.

Sadašnje terapijske mogućnosti djelovanja na negativne simptome još uvijek imaju ograničen učinak, a što posljedično rezultira i dugotrajnim hospitalizacijama oboljelih. Stoga, unatoč značajnom terapijskom napretku tijekom posljednjeg desetljeća, primjenom

antipsihotika novije generacije i psihosocijalnih terapijskih intervencija, negativni simptomi shizofrenije, uključujući i prvu shizofrenu epizodu, i dalje predstavljaju terapijski izazov (Stahl, 2008).

### *Stvaranje kognitivno-bihevioralne sredine za grupe*

Pacijenti oboljeli od hroničnih psihijatrijskih smetnju, u koje spada i shizofrenija treba da što veći dio dana kada su u budnom stanju, provesti u stabilnoj sredini, u kojoj se može iskoristiti svaki napredak bilo kojeg individualnog ili grupnog tretmana. Prvi i osnovni zadatak terapeuta jeste postizanje dogovora o opštim terapijskim ciljevima sa osobljem koje neposredno brine o pacijentima. Može se desiti da se bihevioralni pristupi dožive kao niz neovisnih programa, koji slijede jedan iz drugog bez povezanosti, i bez mogućnosti da potaknu predanost osoblja. Tako da, jedan od ciljeva terapeuta može uključivati personalizaciju, koja se odnosi na poticanje i stvaranje događaja, imovine ili dnevne rutine koja je jedinstvena za svakog pacijenta. Angažman osoblja se odnosi na aktuelnu upotrebu stručnog materijala i opreme, te na aktivnu komunikaciju sa pacijentima, a ne samo na pasivno sjedenje uz materijal i pacijente. S tim u vezi, važno je prije uvođenja tretmana, posvetiti vrijeme tumačenju tih opštih ideja osoblju koje će biti uključeno u tretman. Način na koji se to može postići jeste na redovnim sastancima, zatim dijeljenje korisnih članaka ili dijelova iz knjige, također je koristan i posjet bolnici gdje se tretman već provodi. (Hawton, Salkovskis, Kirk i Clarc, 1993).

Do 19. stoljeća osoblje koje vodi brigu o duševnim bolesnicima nazivali su se „čuvarima“. Od 1880. godine u Sjedinjenim Američkim Državama uvodi se formalno obrazovanje za medicinsku sestru. Daljnji razvoj obrazovanja se proširuje na ulogu sestre u primarnoj zaštiti, savjetovanju i kognitivno- bihevioralnom radu. Usprkos tome sestra često nije u doticaju sa oboljelim od shizofrenije (Mojsević, 2007).

Važna osobina odjela na kojem se određeni tretman provodi treba biti njegova stabilnost. To se odnosi na isto osoblje koje radi na pacijentima, zatim treba svesti na minimum preseljene pacijenata iz sobe u sobu i sl. Dalje, bitna je dosljednost osoblja u postupcima sa pacijentom, tako da se u relativno čestim epizodama neprilagođenog ponašanja pacijenta pristupa uvijek na isti način. Npr. kod oboljelih od shizofrenije, kada se javi glasno vikanje, relativno istim ili sličnim reakcijama treba smiriti pacijenta odnosno reakcija osoblja

bi trebala biti dogovorena, tako da svi reaguju na jednak način. Dosljednost je važna i u opštim pravilima na odjelu. (Hawton, Salkovskis, Kirk i Clarc, 1993).

### *3.3.2. Bihevioralni tretmanski pristupi*

Što se tiče bihevioralnih tretmanskih pristupa smetnjama i teškoćama hroničnih psihijatrijskih bolesnika najviše su razvijeni u posljednjih 30-40 godina. Kako se u literaturi navodi, do prije nekoliko godina cjelokupno liječenje hroničnih psihijatrijskih stanja obavljalo se u institucionalnom okruženju, tako da su za tu skupinu bolesnika postojale samo velike bolničke grupe i postupci za terapijski tretman u zajednici. 1950-tih godina uvode se fenotiozanski lijekovi, koji su se kod hroničnih bolesnika upotrebljavali za održavanje postignutog poboljšanja, a sa pojavom novijih neuroleptičkih lijekova sa produženim djelovanjem smanjeni u problemi odbijanja bolesnika da uzmu lijek. Danas ipak, upotreba bihevioralnih postupaka u okviru stabilne i podržavajuće društvene i fizičke okoline, te uz razumnu upotrebu lijekova, uključivanje najbližih osoba koji su sa pacijentom u kontaktu, je najprikladnija za liječenje kod mnogih pacijenata. Problemi na koje se može naići prilikom liječenja psihijatrijskih stanja, mogu biti dugotrajni i hronični. Ali, većina se može tretmanom znatno poboljšati, ako ne, barem se pacijentu može omogućiti određena razina socijalne, profesionalne i porodične prilagodbe.

Međutim, pacijenti o kojima je riječ u ovom radu, tj. pacijenti oboljeli od shizofrenije, onemogućeni su u stjecanju ili održavanju punog raspona neovisnih socijalnih funkcionalnih vještina. Takvi, teško i hronično onesposobljeni pacijenti, poznati su stručnjacima od prvih dana liječenja u azilima, i do prije nekoliko godina, psihijatrijske bolnice su imale „vrlo stare pacijente“ koji kontinuirano borave u bolnici 60 i više godina. Na drugom kraju dobnog raspona, nalaze se mlade odrasle osobe, koje nikada nisu bile u bolnici bez prekida duže od tri mjeseca, ali koje jasno društveno propadaju te mogu imati sumanute ideje i biti povremeno agresivne. Što se tiče hronično onesposobljenih pacijenata, stručno osoblje se najčešće susretalo sa dijagnozom shizofrenije, i različitom simptomatologijom svakog pacijenta. Samim tim, najviše pažnje i jeste bilo posvećeno pacijentima oboljelim od shizofrenije (Hawton, Salkovskis, Kirk i Clarc, 1993).

Kao što je već u prethodnom dijelu navedeno, simptomi shizofrenije se mogu klasificirati kao pozitivni i kao negativni. Osim specifičnih simptomatskih problema, često

postoji nesposobnost održavanja normalnih socijalnih interakcija, koja u ekstremnim slučajevima može dovesti do mutizma. Kako navodi Wing (1961) sa bihevioralnog stajališta, ti simptomi se mogu karakterizirati kao nedostaci u ponašanju, kao što su npr. gubitak vještina vođenja brige o sebi, ili kao ispadi u ponašanju, kao npr. glasno i često vikanje (Wing, 1961).

Dosta pacijenata oboljelih od shizofrenije su usporeni u govoru i u motoričkim pokretima, kao i u obavljanju zadataka. Neki od pacijenata imaju slabu koncentraciju, tako da im okolna stimulacija može lako odvratiti pažnju. Mnogima od njih nedostaju i svakodnevne vještine brige za sebe, a pacijenti kod kojih je bolest najviše napredovala imaju i vrlo nisku razinu motivacije (Hawton, Salkovskis, Kirk i Clarc, 1993).

Zbog toga, ono na čemu se kroz terapiju i liječenje mora raditi jeste motivacija, poboljšanje vještina da bi se poboljšao ili olakšao svakodnevni život.

Također, neovisno o razini pacijentove motivacije, važno je uključiti ih što je više moguće u određivanje terapijskih ciljeva i izražavanje vlastitih potreba, iako to može biti vrlo teško. Pacijente treba pitati o teškoćama na koje svakodnevno nailaze, te o njihovim prioritetima, tj. oblastima u kojima žele postići poboljšanje. Zatim se od njih traži da prioritete poredaju po važnosti. Ono što je otežavajući faktor jeste već spomenuti gubitak motivacije, te mogući gubitak uvida u posljedice njihovih akcija, što bi podrazumijevalo da neko drugi preuzme odgovornost za njihove postupke i svakodnevno funkcioniranje. Uloga psihologa ili psihijatra koji radi sa pacijentom, osim toga, ima zadatak i da osobe koje neporedno brinu za pacijenta upozna sa pojmovima i praksom rada (MacCarthy, Benson, Brewin, 1986).

### *Individualni programi za pacijente*

Nekoliko istraživanja pokazuje da se individualnom primjenom bihevioralnih metoda kod hroničnih bolesnika mogu modificirati neka simptomatska ponašanja. Stupanj promjene ponašanja koji se može postići, različit je za svakog pacijenta. Bitno je odabrati i unaprijed odrediti glavno opšte područje ponašanja za intervenciju i redovno praćenje zbog toga što je povezanost promjena u simptomatskom ili poremećenom ponašanju i prilagođenom ili socijalnom funkcioniranju vrlo mala. Najbolje je da početni ciljevi budu oni kod kojih će se najlakše postići promjena i gdje će promjene biti najrelevantnije.

U individualnom radu sa hronično oboljelim pacijentima moguća je upotreba širokog raspona bihevioralnih tehnika. Autori navode primjer imitacije gdje pacijent prati svaki poret terapeuta, ako treba i uz fizičke poticaje, no međum ova tehnika nosi rizik razvoja pretjerane sklonosti imitiranja terapeuta i u irelevantnim stvarima. Nadalje, mnogi pacijenti oboljeli od shizofrenije mogu izgledati čudno, da li zbog cjelokupnog izgleda ili zbog specifičnih stvari, npr. neprikladne odjeće, nepočešljane kose, čudnog hoda i sl. Zbog toga, javlja se potreba prikladne procjene, koja bi pokazala zbog čega pacijent izgleda čudno. Postupak procjenjivanja može uključiti konstrukciju individualne liste obilježavanja, pomoću koje bi se odredilo koji aspekti izgledaju čudno, te opažanje pacijenta za vrijeme jutarnje rutine pri čemu treba opažati šta pacijent radi (da li mijenja odjeću, i sl. ). Da bi program odijevanja bio uspješan, potrebno je osigurati odjeću prikladne veličine, prostor za odjeću i privatni prostor, po mogućnosti ogledalo. Ukoliko je pacijent na zadovoljavajući način obavio jednu od faza odijevanja treba mu izraziti pohvali u ohrabrenje. Sa teško oboljelim pacijentima može se koristiti tehnika povezivanja koraka unazad, koja podrazumijeva postepeno učenje. Npr. ako pacijent prvi put uči kako obući košulju, prvi put to radi uz blisku osobu ili nekog od osoblja, a sam zakopčava zadnja dva dugmeta, sljedeći put zakopčava više dugmadi, a na kraju uči kako se oblači košulja. Osim kod oboljelih od shizofrenije, ova tehnika se može koristiti kod svakog pacijenta kojem nedostaju svakodnevne vještine (Hawton, Salkovskis, Kirk i Clarc, 1993).

U jednom od istraživanja pokazano je da trening socijalnih vještina poboljšava socijalne vještine, ali nema jake efekte u prevenciji relapsa, psihopatologiju ili status zaposlenja (Bustillo, Lauriello, Horan i Keith, 2001).

### *3.4. Obiteljske intervencije*

Brojna su istraživanja posvećena saradnji porodice u liječenju pacijenta sa shizofrenijom. Od ove saradnje zavisi i ishod liječenja. Liječenje bolesnika sa shizofrenijom bez podrške, saradnje i uključenosti članova porodice je povezano sa lošijom prognozom, češćim pogoršanjima i hospitalizacijama (Stojičić, 2016).

Efikasna, zasnovana na dokazima, intervencija za liječenje shizofrenije jeste obiteljska terapija. Obiteljska terapija je model liječenja, koji uključuje pojedinca, ili više članova porodice pacijenta (McFarlane, Dixon, Lukens i Lucksted, 2003).

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 bolesnika. Istraživanja također ukazuju da grupe sastavljene od više obitelji pružaju bolje rezultate od grupnog rada sa samo jednom obitelji (Kučkalić, Džubur-Kulenović, Bravo-Mehmedbašić, 2006).

Istraživanjem je pokazano da obiteljska terapija ima jasne efekte u prevenciji relapsa i rehospitalizacije. Međutim, ovaj tretman nije pokazao konzistentne efekte na druge ishode mjerenja, kao što su prevazivni pozitivni i negativni simptomi, opšte društveno funkcioniranje i na sposobnost zapošljavanja (Bustillo, Lauriello, Horan i Keith, 2001).

Obiteljske intervencije kroz psiho-edukaciju, povećavaju sposobnost za rješavanje problema, i poboljšavaju korištenje strategija za nošenje sa emocijama, stresom, i porodičnim opterećenjem, te je pokazano da smanjuju rizik od relapsa, poboljšavaju upotrebu lijekova oboljelog, i educiraju porodicu o samoj shizofreniji. Rezultati dobiveni u studijama rađenim u Evropi, Aziji i Sjevernoj Americi da obiteljske intervencije, koje koriste ove strategije, ukazuju na njenu efikasnost (Pharoah, Mari, Rathbone i Wong, 2006).

Ono što je bitno jeste da treba izbjegavati konfrontaciju s bolesnikom, ne smije ga se uvjeravati u netačnost, bizarnost, nelogičnost i nemogućnost njegovih sumanutih ideja ili halucinacija, zbog toga što su one njegova stvarnost i realnost. Osoba oboljela od shizofrenije često vjeruje oni sami nisu uopšte bolesni, nego da se promijenila njihova okolina. Ispravno je strpljivo slušati bolesnika kako iznosi svoje ideje i doživljavanja, a pri tomu se fokusirati na ono što je realno tako da bolesnik ima osjećaj podržavanja i razumijevanja, a tek tada mu na različite načine sugerirati liječničku pomoć sve dok je ne prihvati. Iz pozicije istinske brige za bolesnika kao člana obitelji treba ponuditi odlazak liječniku radi konsultacije i eventualnog liječenja. Osim u slučaju kada je bolesnik opasan za sebe i okolinu, nužna je hitna intervencija. Nije dobro lagati bolesniku, niti se služiti ucjenama. Treba davati realna i primjerena obećanja i preuzeta obaveze izvršavati. S obzirom da je radna sposobnost i učinkovitost je bitno smanjena u shizofreniji, stoga bolesnike ne treba tjerati na rad, niti im govoriti da su lijeni, već ih poticati da se aktiviraju svojom voljom prema vlastitim mogućnostima. Pošto je smislen dnevni raspored aktivnosti narušen kod bolesnika zbog prirode bolesti, obitelj ne smije nametati svoj raspored jer se tako postiže suprotan učinak, guši motivacija, pojačava osjećaj nesposobnosti i bezvrijednosti. Kad god je moguće treba uvažavati želje bolesnika kad



su one realne, a kad se želja ne može ispuniti, treba ponuditi alternativu s kojom će bolesnik biti zadovoljan (Jakovljević, 2001).

Postoji nekoliko važnih elemenata koji čine obiteljske intervencije učinkovitim:

1. Tijekom angažmana, kroz obiteljsku intervenciju, naglasak se stavlja na redukciji krivnje kod porodice koja nije kriva zbog pojave poremećaja, naglašavajući koje pozitivne uloge članovi porodice mogu preuzeti kako bi pomogli članu porodice sa psihozom, te naglašavajući do kojeg stepena obiteljska terapija može smanjiti sveukupni teret koji porodica ima.
2. Efikasne obiteljske intervencije uključuju psihoedukaciju zasnovanu na dijeteza-stres modelu, i usmjerene su na rješavanje jedinstvenih izazova s kojima se porodica susreće u specifičnim situacijama.
3. Obiteljske intervencije usmjerene su na poboljšavanje redovnog uzimanja lijekova oboljelog člana porodice.
4. Članovi porodice uče da koriste komunikacijske, i strategije rješavanja problema, prije nego stil destruktivne interakcije, motivirane ljutnjom i krivicom.
5. Kroz obiteljske intervencije, roditelji se ohrabruju da koriste autoritativni roditeljski stil, jer tako pomažu oboljelom djetetu da normalizuje svoj život.
6. U konačnici, naglašava se važnost brige o sebi kod zdravih članova porodice (Carr, 2015).

### *Grupe za roditelje*

Obiteljska terapija zasnovana je na tretmanskom pristupu za svaku porodicu pojedinačno. Alternativni model, jeste da se oformi više grupa roditelja koji u porodici imaju dijete oboljelo od shizofrenije. Idealno, grupa bi trebala da sačinjava najamnije 12 članova, seanse bi trebalo da traju 90 minuta, dva puta sedmično, tokom perioda od 9 mjeseci. Ciljevi ovakvih tretmana su :

- Smanjiti roditeljsku kritiku i pretjeranu uključenost
- Pomoći roditeljima da „izbace“ uznemirujuća osjećanja kao što su tuga, ljutnja, strah zbog djetetovog zdravstvenog stanja
- Roditeljima pružiti mrežu podrške za suzbijanje izolacije

Pri prvom susretu osnovna pravila predstavlja terapeut što se tiče podrške, poštovanja, povjerenja i pristupa rješavanju problema, koji nakon toga, poziva svakog roditelja pojedinačno da bi provjerio kakvi su utisci. Zadatak terapeuta je također da rasporedi vrijeme sesije tako da svaki roditelj ima dovoljno vremena da iznese svoj problem, a zadatak roditelja jeste da prilikom početka svake nove sesije, ispričaju šta se desilo u periodu od zadnje do nove sesije. Incijalne teme mogu biti praktičnog tipa (npr. kako se nositi sa slabom higijenom oboljelog) ili edukacijskog tipa (npr. šta se može desiti ukoliko oboljeli izostavi terapiju). Zadatak terapeuta jeste da ohrabruje grupu da iskoriste kolektivna iskustva kako bi riješili pojedinačne probleme, i da ponudi stručne informacije koje u grupi nedostaju. Ukoliko se roditelji slože da probaju neka praktična rješenja kod kuće, na sljedećoj sesiji diskutuju o tome. Nakon nekoliko sesija, kada je već razvijeno povjerenje u grupi, roditelji mogu iskoristiti grupu da procesuiraju uznemirujuće emocije kao što je krivnja zbog stanja njihovog djeteta, tuga udružena sa pogoršanjem zdravlja djeteta, ljutnja zbog djetetovog neobičnog ponašanja, strah da će dijete povrijediti sebe ili druge, strah za daljnju brigu o djetetu kada njih više ne bude. Posao terapeuta jeste da olakša emocionalnu ekspresiju i procesuiranje emocija, i da ohrabruje grupu da podrže člana koji procesuiraju uznemirujuće emocije uz slušanje i empatiju (Carr, 2015).

### 3. ZAKLJUČCI

1. Shizofrenija je hronični psihotični duševni poremećaj koji ima heterogenu kliničku sliku, sa varijacijama u tijeku bolesti, uključuje smanjenje kognitivnih kapaciteta, te pogoršanje na svim područjima ljudskog djelovanja: osobnom, obiteljskom, radnom i socijalnom okruženju.

2. Veliki izazov sa savremenu psihijatriju predstavlja pravovremeno otkrivanje i liječenje shizofrenije, a da bi rehabilitacijski proces bio kvalitetan, bitno je aktivno sudjelovanje oboljelog u svim segmentima liječenja, jer se na taj način osigurava razvoj osobnog identiteta, te se postiže ravnoteža između oboljelog, njegove radne okoline i njegovih dnevnih aktivnosti.

Podaci dobiveni iz savremenih studija pokazuju da su upravo rane faze bolesti (prva epizoda) ili još ranije faze prodroma (što znači ispod praga za postavljanje dijagnoze) najpovoljniji vremenski okvir da se modificira tijek bolesti i spriječi hronicitet, tako da je jako bitno veliku pažnju usmjeriti na prepoznavanje prvih simptoma shizofrenije.

Istraživanjem psihofarmakološkog tretmana, dokazano je da su atipični antipsihotici, tj. antipsihotici druge i treće generacije, djelotvorniji u odnosu na konvencionalne/tipične antipsihotike prve generacije, zbog toga što ne izazivaju, ili imaju manje nus pojava, te imaju bolji učinak na negativne i kognitivne simptome shizofrenije.

Kognitivno-bihevioralne metode učinkovite su u liječenju shizofrenije zbog toga što su usklađene sa uzimanjem lijekova, efikasne su u smanjenju pozitivnih simptoma. Što se tiče negativnih simptoma, efikasna je u osposobljavanju bolesnika za svakodnevne aktivnosti i socijalizaciju. Međutim neka od istraživanja pokazala su da nema razlike u smanjenju negativnih simptoma, u odnosu na druge psihoterapije, tako da je to jedno od područja koje bi moglo usmjeriti daljna klinička ispitivanja.

Metode koje se koriste kroz obiteljske intervencije efikasne su za poboljšavanje komunikacije između oboljelog i njegove porodice, pružaju se strategije za nošenje sa emocijama, stresom, porodica je više edukovana o samoj bolesti njenim simptomima i tijeku, s tim što nema uticaja na pozitivne i negativne simptome.

3. Liječenje shizofrenije je jako dugotrajno, zahtjeva ulaganje mnogo vremena i truda od strane porodice, i drugih značajnih osoba, te multidisciplinarni pristup u samom liječenju.

Stoga, savremena psihijatrija, da bi poboljšala i unaprijedila tretman oboljelih od shizofrenije naglasak treba staviti na: prepoznavanju simptoma u ranim fazama bolesti, pružanju ranih intervencija, omogućavanje psihofarmakološkog tretmana novijih antipsihotika (antipsihotici druge i treće generacije), omogućiti psihoterapijsku podršku, te psihoedukaciju obiteljima, ili osobama koje se brinu o oboljelom.

## LITERATURA:

- Američka psihijatrijska udruga. (2014). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM 5)*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Andreasen, N. C. (1995). Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. *Lancet*. 346, 477-481.
- Ballus, C. (1997). Effects of antipsychotics on the clinical and psychosocial behavior of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*. Vol.28, 247–255.
- Beck, A.T., Rector, N.A., Stolar, N., Grant, P. (2009). Schizophrenia:Cognitive Theory, Research and Therapy. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews*. Vol 5, No.4.
- Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Blažević, D., Hudolin, V. (1967). *Mentalna higijena i psihijatrija s neurologijom*. Medicinska knjiga. Beograd- Zagreb.
- Bloch, B., Ravid, S., Vadas, L., Reshef, A., Schiff, E., Kremer, I., Haimov, I. (2010). The Acupuncture Treatment of Schizophrenia: A Review with Case Studies. *Journal of Chinese Medicine*. 93, 57-63.
- Bustillo, J., Lauriello, J., Horan, W., Keith S. (2001). The psychosocial treatment of schizophrenia: an update. *Pub Med*. Vol.158(2). 163-75.
- Butcher, J., Mineka, S., Hooley, J. (2010). *Abnormal psychology: Core concepts (2ndEdition)*. New York.
- Carr, A. (2015). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology. A contextual approach (Third Edition)*. London.
- Damjanović, A., Damjanović, A., Stojanović, R., Prostran, M. (2013). Kliničko terapijske specifičnosti shizofrenije s prodromima i ranim početkom - model rizičnog mentalnog stanja i shizofrene vulnerabilnosti. *JADR*. Vol.8, 747-757.
- Dawkins, K., Liberman J.A., Lebowitz, B.D., Hsiao J.K. (1999). Antipsychotics: Past and future. *Schizophrenia Bulletin*. Vol 25, 395-405.
- Falloon, I.R. (1999). Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. *Psychiatr Serv*. Vol. 50, 615-618.
- Falloon, I.R., Montero, I., Sungur, M., Mastroeni, A., Malm, U., and OTP Collaborative Group. (2004). Implementation of evidence-based treatment for schizophrenic disorders: two-year outcome of an international field trial of optimal treatment. *World Psychiatry*. Vol.3, 104-109.

- Folnegović-Grošić, P. (2016). *Objektivnost terapijskog odgovora u liječenju prve epizode shizofrenih bolesnika novim antipsihoticima*. Doktorska disertacija. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet.
- French, P., Smith, J., Shiers, D., Reed, M., Rayne, M. (2010). *Promoting recovery in early psychosis*. London.
- Gattaz, W. i Busatto, G. (2009). *Advances in Schizophrenia Research*. Faculty of Medicine. Brazil.
- Gould, R.A, Mueser K.T., Boltin E., Mays, V., Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analysis. *Scienc Direct. Vol. 48 (2-3)*, 335-342.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J., Clarc, D.M. (1993). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University.
- Howes, O. D., Kambeitz, J., Kim, E., Stahl, D., Slifstein, M., Abi-Dargham, A. i Kapur, S. (2012). The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment: meta-analysis of imaging studies. *Archives of general psychiatry. Vol.69(8)*, 776-786.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience. Vol. 12(3)*, 271-287.
- Jakovljević, M. (2001) *Suvremena farmakoterapija shizofrenije, od neurobiologije do potpune reintegracije*. Medicinska naklada: Pro mente, Zagreb.
- Kučukalić A., Džubur-Kulenović A., Bravo-Mehmedbašić A., (2006). Vodič za liječenje shizofrenije. Ministarstvo zdravstva Kantona Sarajevo.
- Kirkpatric, B., Fenton, W., Carpenter, W. Jr.mMarder, S. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophrenia Bulletin. Vol. 32*, 609-613.
- Larsen, T.K, Melle, I., Auestad, B. (2006). Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull. Vol. 32*, 758-822.
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia. Initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) client survey. *Schizophr Bull. Vol. 24*, 11–20.
- Liebermann, J.A., Perkins, D., Belger, A., Chakos, M., Jarskog, F., Boteva, K., Gilmore, J. (2001). The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry. Vol. 4*, 15-51.
- Lincoln, T.M., Suttner, C., Nestoriuc, Y. (2008). Effects of cognitive interventions for schizophrenia: a meta-analysis. *Psychol Rundsch Vol. 59*, 217–32.
- Li, P., L. Snyder, G. i E. Vanover, K. (2016). Dopamine targeting drugs for the treatment of schizophrenia: past, present and future. *Current topics in medicinal chemistry. Vol.16(29)*, 3385-3403.

- MacCarthy, B., Bensen J., Brewin, C.V. (1986). Task motivation and problem appraisal in long-term psychiatric patients. *Psychol med. Vol 16(2)*, 431-439.
- Marić, N. i Jašović-Gašić, M. (2010). Rane intervencije u psihozama: koncept, sadašnje stanje i perspektive. *Engrami. Vol 32, No.4*, 5-17.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Lukens, E., Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy. Vol.29(2)*, 223-235.
- McGorry, P.D., Edwards, J., Mihalopoulos, C., Harrigan, S.M., Jackson, H.J. (1996) EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull. Vol.22(2)* 305-26.
- Meltzer, H.Y., Alphas, L., Green, A.I., (2003). Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry. Vol. 60*, 82–91.
- Miller, T. J., McGlashan, T. H., Rosen, J. L., Cadenhead, K., Cannon, T., Ventura J.(2003). Prodromal assessment with the structured interview for prodromal syndromes and the scale of prodromal symptoms: predictive validity, interrater reliability, and training to reliability. *Schizophr Bull. Vol.29(4)*, 703-15.
- Morrison, A.K. (2009). Cognitive Behavior Therapy for People with Schizophrenia. *Psychiatry. Vol 6*, 32-39.
- Mojsević, Z. (2007). *Sestrinstvo u zajednici*. Visoka zdravstvena škola, Zagreb.
- Munjiza M. (2002). Važniji simptomi koji se najčešće javljaju u psihopatologiji u Munjiza M: Uvod u kliničku psihopatologiju, Elit-Medika, Beograd.
- Nasrallah, H.A. i Tandon, R. (2009). *Conventional antipsychotics*. American Psychiatric Press Textbook of Psychopharmacology, 4th Edition, American Psychiatric Press. Washington DC.
- Nietzel M. T., Bernstein D. A., Milich A. (2001.): *Uvod u kliničku psihologiju*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Patterson, T.L, Leeuwenkamp, O.R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research. Vol.100*,108-19.
- 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. Vol.71*, 327-337.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., Wong, W. (2006). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews. Vol.4*, 1-108.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med. Vol32*, 763–82.

- Sedić, B. (2007). *Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika*. Zdravstveno sveučilište, Zagreb.
- Vinković, A. (2017). *Zdravstvena njega bolesnika oboljelih od shizofrenije*. Varaždin: Sveučilište sjever.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V.H., Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioral treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res. Vol.77*, 1–9.
- Yung, A. R., McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull. Vol.2*, 22-70.
- Watkins, J.M., Asarnow, R.F., Tanguay, P.E. (1998). Symptom development in childhood onset schizophrenia. *PubMed. Vol. 29*, 865-78.
- Westmorland, M.G., Williams, R., Strong, S., Arnold, E., (2002). Perspectives on work (re)entry for persons with disabilities: Implications for clinicians. *Work. Vol. 18*, 29-40.
- Wenar, C. (2003). *Razvojna psihopatologija i psihijatrija. Od dojenačke dobi do adolescencije*. Jastebarsko: Naklada Slap.
- Wing, J.K. (1961). Ratings of behaviour of patient and relative. *Journal of psychosomatic research. Vol.8*, 223-228.
- Wing, J.K., Brown G.W. (1970). Institutionalism and schizophrenia: A comparative study of three mental hospitals 1960-1968. *Cambridge university press. Vol.1(2)*, 182-183.
- Wolfensberger, W. i Glenn, L. (1975). *Program analysis of service systems (PASS): A method for the quantitative evaluation of human services*. Handbook Toronto: National institute od mental retardation.
- Wyatt, R.J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull. Vol.17*, 325-351.
- Wykes, T., Steel, C., Everitt, B., Tarrier, N. (2008). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull. Vol.34*, 523–37.