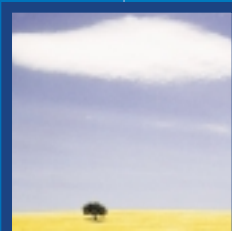




živjeti sa  shizofrenijom



Urednik:

prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac, predstojnik Klinike za psihijatriju,
KBC Rebro, Zagreb

Suradnici:

Igor Filipčić, dr. med.
mr. sc. Jasmina Grubišin, dr. med.
Darko Marčinko, dr. med.



PLIVA d.d.

Ivana Božikov, dipl. oec.
mr. sc. Saša Jevtović, dr. med.
Stela Subotičanec, dr. med.
Ljubica Vukšić, dr. med.

Lektor:

Drijenka Pandžić Kuliš

Idejno i grafičko oblikovanje:

Ideo dizajn d.o.o.



HRVATSKO PSIHIJATRIJSKO DRUŠTVO

Predsjednik:
prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac



DUGA

Udruga rodbine i prijatelja osoba s duševnim bolestima
Predsjednica:
Zora Čazi-Gotovac

UDRUGA SJAJ

Predsjednik:
Igor Erber

rujan, 2002.

<http://shizofrenija.plivazdravlje.hr>
e-mail: shizofrenija@plivazdravlje.hr

Besplatni telefon:

PLIVA kontakt centar "Živjeti s..." 0800-0222



Sadržaj

sadržaj

Uvod	02
Predgovor	03
I. O bolesti	04
II. Liječenje	23
III. Stigma	35
IV. Moja svakodnevica	38





Uvod

Dragi čitatelji,

Shizofrenija je bolest uz koju postoje brojne i različite predrasude i pogrešna tumačenja uzrokovana nedovoljnim poznavanjem nekih važnih činjenica o uzroku, kliničkim značajkama i liječenju ove bolesti. S obzirom na dugogodišnje iskustvo u proizvodnji antipsihotičkih lijekova i zahvaljujući uspješnoj suradnji s Vašim liječnicima-psihijatrima, Pliva je tiskala ovu knjižicu s namjerom da se uklone predrasude i poboljša obaviještenost kako bolesnika tako i njihove okoline.

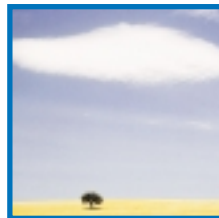
Ova knjižica Vam nudi odgovore na najčešća pitanja koja postavljate ili biste željeli postaviti liječniku koji skrbi o Vašim tegobama. Nadamo se da će Vam ovi odgovori pomoći poboljšati kvalitetu svakodnevnog života, omogućiti kvalitetniju suradnju s Vašim liječnikom te da ćete naići na bolje razumijevanje okoline i živjeti u svojoj zajednici kao punopravan član.

Napomena: Budući da nam zakon ne dozvoljava navođenje tvorničkih imena lijekova, u poglavlju o liječenju bolesti navedena su tzv. *generička imena* lijekova (to su imena sitno tiskana na vašim kutijicama ispod velikih tvorničkih imena) i označena su zvjezdicom *. Ukoliko imate dodatnih pitanja o lijekovima, kontaktirajte svog liječnika ili ljekarnika da Vam pomogne.

Srdačan pozdrav,

PLIVA d.d.
Tržište Hrvatska

Direktor:
Matko Bolanča, dr. med.





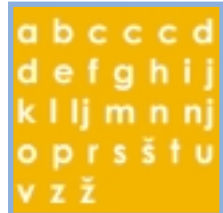
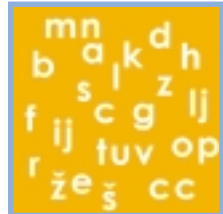
Predgovor

Shizofrenija je bolest uz koju se veže niz zabluda i predrasuda, osjećaj nelagodice i straha pa je stoga točna informacija o bolesti važna za bolesnike, članove njihove obitelji i za cjelokupnu javnost. Za bolesnika je važno znati o kakvoj se bolesti radi, kakve su mogućnosti liječenja i rehabilitacije, kako sam sebi može pomoći. Što je bolji uvid u bolest, bolja je suradnja bolesnika kao sudionika i ravnopravna partnera medicinskom osoblju tijekom liječenja. Važno je i da članovi obitelji razumiju bolest kako bi što bolje mogli pomoći svom oboljelom članu. Obitelj treba biti fleksibilna u odnosu prema shizofrenom bolesniku. To znači da ne treba biti prezaštitnička. Ne smije se ponašati kao da shizofreni bolesnik nema nikakve odgovornosti, nikakvih stavova ni sposobnosti, ukratko kao da je shizofreni bolesnik malo i nezrelo dijete. Isto tako, obitelj treba znati da ima bolesnog člana. Treba prepoznati simptome bolesti, osobito treba prepoznati epizode akutizacije bolesti i ne smije postavljati pretjerane zahtjeve na bolesnika koje on neće moći izvršiti. U društvu su shizofreni bolesnici često stigmatizirani, obilježeni, pa o njima vladaju razna pogrešna mišljenja i smatraju se zločincima, opasnim, lijenima i slično.

Jedna od raširenih predrasuda u javnosti je da su shizofreni bolesnici opasni, agresivni i nesposobni, bolest neizlječiva, a jedino liječenje izolacija bolesnika iz društva. Ove predrasude često su potaknute nepotpunim i krivim prikazivanjima bolesti u medijima. Točno je da tek manji broj shizofrenih bolesnika može biti agresivnog ponašanja, obično samo kraće vrijeme, u akutnoj fazi bolesti. Mnogi oboljeli od shizofrenije ne samo da nisu nasilni, već su naprotiv, povučeni iz društva i žive izolirano. Intelektualne sposobnosti su obično očuvane, rijetko su jače oštećene i to često zbunjuje okolinu. Okolinu zbunjuje nesklad između očuvanih intelektualnih sposobnosti i nerazumljiva ponašanja bolesnika koje je ponekad u protuslovlju sa zdravim razumom.

Odgovor je jednostavan. U pitanju je bolest, čudna, na trenutke nerazumljiva, tajanstvena, okrutna i uništavajuća ako se liječenjem ne zaustavi. Unatoč svemu, veliki je broj bolesnika sposoban donositi odluke u različitim segmentima svakodnevnog života, a kvaliteta i ispravnost odluka s uspješnim se liječenjem približavaju i izjednačuju u većini slučajeva s onima tzv. normalne populacije. Istraživanja upućuju da bolesni od shizofrenije ne počinu više nasilnih krivičnih djela od ljudi iz prosječne populacije. Istraživanja također pokazuju da je prognoza shizofrenije bolja u onih bolesnika koji su bolje reintegrirani u društvo i bolje prihvaćeni od svojih obitelji, nego u bolesnika koji žive izolirano, odbačeni od društva i od vlastitih obitelji.

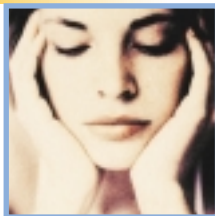
Urednik:
prof. dr. sc. Ljubomir Hotujac





0 bolesti

1. Što je shizofrenija?



Shizofrenija je psihička bolest, složeni poremećaj funkcije mozga koja se sastoji od skupa karakterističnih simptoma. Shizofrenija oboljeloj osobi otežava, iskrivljava ili sasvim onemogućuje razlikovanje stvarnih (realnih) od nestvarnih (nerealnih) doživljaja ili iskustava. Zbog krivog prepoznavanja stvarnosti, logično razmišljanje gubi svoje uobičajene odrednice i kreće se prema nerazumljivim i nelogičnim kolosjecima. Pokušajmo si na trenutak zamisliti nemoguću situaciju, da smo se, ovakvi kakvi jesmo, našli na nekom drugom planetu u drugoj galaksiji, gdje je izgled bića sasvim drugačiji, gdje je govor nerazumljiv, gdje su osjećaji nepoznati, običaji čudni, okolina ugrožavajuća, a stigli smo tamo i ne znajući kako, a ne znamo ni koliko ćemo ostati i sve je oko nas nestvarno, strano, zastrašujuće. Eto, tako se nekako osjeća shizofreni bolesnik koji iz svog normalnog života odjednom, ili postupno, upadne u svijet psihotičnosti. Jasno je stoga da bolesnici u fazi bolesti ne mogu gajiti i pokazivati normalne osjećajne doživljaje prema drugim osobama, što im znatno narušava društveno funkcioniranje. Bolesnici mogu imati poteškoća s pamćenjem i ponašanjem.

2. Što nije shizofrenija?

Shizofrenija ne znači "rascijepljenu ličnost", a nije uzrokovana ni teškim životnim uvjetima tijekom djetinjstva, osobnom slabošću ili lijenošću. Čak se i u psihijatrijskim krugovima spominju različite "egzotične" i sasvim netočne i štetne hipoteze o nastanku shizofrenije. Tako se npr. zna govoriti o shizofrenogenoj majci, dvostruko slijepom načinu komuniciranja, oralnoj fiksaciji ili slabljenju ego granica kao razlozima nastanka bolesti. Jedno od čudnih i netočnih tumačenja nastanka shizofrenije govori da se radi o normalnoj reakciji na nenormalan svijet! Jasno je da sva ta tumačenja uzrokuju veliku štetu i bolesnicima i njihovim obiteljima jer kreiraju dodatne patnje uz već postojeće što ih stvara bolest.

3. Kako je bolest dobila ime

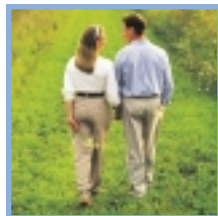
shizofrenija i što ono znači?

U povijesti medicine, mnogi su veliki kliničari dali svoj doprinos razumijevanju koncepta shizofrenije. Među njima istaknuto mjesto imaju Emil Kraepelin, Eugen Bleuler i Kurt Schneider. Emil Kraepelin (1856.-1926.) izdvojio je i definirao dvije glavne skupine psihoza: prvu je nazvao "dementia praecox", a drugu "manično-depresivna psihoza". "Dementia praecox" kasnije je nazvana "skupina shizofrenija", a naziv shizofrenija u psihijatriju je uveo Eugen Bleuler (1857.-1939.). Bleuler je pokušao izdvojiti karakteristične znakove i simptome bolesti, te je uočio da je najbitnija karakteristika bolesti disocijacija, rascijep kognitivnog (spoznajnog) i afektivnog (osjećajnog), te da upravo to dovodi do nefunkcioniranja ličnosti. On uvodi termin shizofrenija prema grčkim riječima σχιζω (schizo) = cijepam i φρηνη (fren) = razum, duša. Nadalje, Bleuler ističe da tijekom bolesti nije uvijek kroničan niti prognoza nepovoljna te da je moguće povlačenje simptoma. Bleuler izdvaja dvije skupine simptoma: osnovne ili primarne i akcesorne ili sekundarne. Osnovni ili primarni simptomi izraz su same bolesti, a u njih ubraja poremećaj asocijacija, poremećaj afektiviteta (osjećajno zaravnjenje), autizam (izolaciju) i ambivalenciju, tzv. "sindrom 4A". U akcesorne ili sekundarne simptome ubraja poremećaje opažanja (halucinacije i iluzije), sumanute ideje i poremećaje psihomotorike. Kurt Schneider, treći europski psihijatar koji se bavio konceptom shizofrenije, dijeli simptome shizofrenije na simptome prvog i drugog reda te vjeruje da su simptomi prvog reda specifični za shizofreniju. Simptomi prvog reda su: glasne vlastite misli, bolesnik razgovara s "glasom" u obliku slušnih halucinacija, dva ili više glasova razgovaraju o bolesniku u trećem licu i komentiraju njegove postupke. Zatim se tu ubraja i osjećaj oduzimanja misli, osjećaj da drugi mogu čitati bolesnikove misli i znati što on misli, nametanje ili kontroliranje volje i poriva, cenestetske halucinacije (halucinacije vezane za zbijanja u unutarnjim organima). Simptomi prvog reda po Kurt Schneideru uključeni su i u danas važeće dijagnostičke kriterije Međunarodne klasifikacije bolesti i Dijagnostičkog i statističkog priručnika Američkog psihijatrijskog udruženja.

4. Je li netko u obitelji kriv

za bolest?

Sama pojava bolesti praćena je snažim osjećajem krivnje kod članova obitelji. "Što smo krivo napravili, što nismo napravili, a trebali smo napraviti?", česta su pitanja članova obitelji, najčešće roditelja. Sama spoznaja da u obitelji imaju psihički bolesnog člana težak je teret s

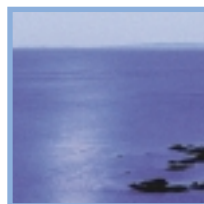
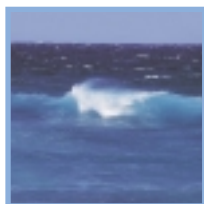
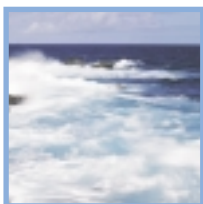


kojim se članovi obitelji trebaju nositi. Osjećaj krivnje, bez obzira na to koliko on nema stvarnog temelja, predstavlja dodatno teško opterećenje. Stoga uvijek, jedan od prvih koraka u susretu s tim obiteljima treba biti usmjeren k njihovom razuvjeravanju da u njih postoji ikakva krivnja, jer zaista nikakve krivnje tu nema! Tijek zbivanja je neizbježno išao u pravcu razvoja bolesti i ona se jednostavno morala pojaviti. Bez ičije krivnje!

5. Kakav je klinički tijek

shizofrenije?

Težina poremećaja je različita od bolesnika do bolesnika; od osoba koje uz svoju bolest mogu održati zadovoljavajuću kvalitetu života i radne sposobnosti, do osoba koje zbog poremećaja mogu izgubiti radnu sposobnost i čija kvaliteta života može biti znatno niža od one prije početka poremećaja. Shizofrenija je bolest koja se može uspješno držati pod kontrolom. Iako još uvijek posve ne znamo što uzrokuje shizofreniju, liječenje može pomoći bolesnoj osobi da radi, živi s obitelji, ostvaruje prijateljske veze i uživa u životu. Liječenje se sastoji od farmakološkog liječenja, psihosocijalnog liječenja i rehabilitacije. Shizofrenija najčešće počinje u adolescenciji i mladenaštvu, iako može početi i kasnije. Simptomi u početku mogu biti neprimjetni poput teškoća pri koncentriranju i povlačenju iz društvenih odnosa. Okolina doživljava da je bolesnik drukčiji, drukčije izgleda, povlači se od društva ili ne uspijeva u školovanju ili na poslu. Kasnije se pojavljuju drugi simptomi koje psihijatri nazivaju psihotičnim simptomima. Za psihotične simptome je često karakteristično da osoba koja ih doživljava vjeruje da su oni stvarni. Bolovati od psihoze znači pogrešno prepoznavati stvarnost. Dijagnozu shizofrenije postavlja psihijatar kada bolesnik ima psihotične simptome koji traju najmanje mjesec dana. Najčešći psihotični simptomi su: halucinacije (obmane osjetila, najčešće sluha), sumanute (bolesne) ideje i nerazumljiv govor.



6. Koji su simptomi shizofrenije?

Simptomi shizofrenije uobičajeno se dijele na pozitivne, negativne, kognitivne (spoznajne) i afektivne (simptome promijenjenog raspoloženja).

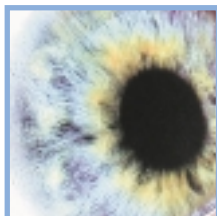
Pozitivni simptomi shizofrenije

Pozitivni simptomi odraz su suviška ili iskrivljenosti normalnih djelatnosti. Pozitivni (psihotični) simptomi shizofrenije su sumanute (bolesne) ideje, halucinacije, poremećeno mišljenje i čudno ponašanje.

Halucinacije su vrlo česte u bolesnih od shizofrenije. Halucinacije su obmane osjetila kod kojih ne postoji stvarni podražaj, a osoba koja halucinira opaža kao stvarno ono čega uopće nema. Najčešće i tipične za shizofreniju su **slušne halucinacije**, osobito glasovi. Radi se o glasovima koje čuje samo bolesnik. Najčešće glasovi međusobno razgovaraju, komentiraju bolesnikovo ponašanje, daju savjete ili kritiziraju bolesnika. Glasovi mogu i zapovijedati pa govorimo o zapovijednim (imperativnim) halucinacijama.

Rjeđe su **vidne halucinacije**, što znači da vide stvari koje ne postoje, npr. mogu vidjeti neku neobičnu svjetlost, mogu vidjeti čudovišta, vraga i sl. Mogu imati **tjelesne halucinacije** što znači da imaju osjećaje po tijelu koji nisu izazvani pravim podražajem osjetila. Tako npr. mogu osjećati da im se unutarnji organi raspadaju ili putuju po tijelu, da im struja prolazi kroz noge što često povezuju s drugim bolesnim idejama (kao npr. da ih netko tako nevidljivim silama uništava).

Sumanute (bolesne) ideje su pogrešna vjerovanja koja nemaju svoju potvrdu u stvarnosti. To su lažna uvjerenja, zablude nastale na nerealnoj osnovi. Bitno je obilježje sumanutosti da su nepristupačna korekciji, ne podliježu razuvjeravanju i nesukladna su bolesnikovom obrazovanju i kulturološkom okruženju. Tako bolesnik može vjerovati da ga netko slijedi, sprema urotu protiv njega, prisluškuje telefon. Vjeruje da mu drugi mogu čitati misli, nametati neželjene misli ili kontrolirati mozak, osjećaje, misli, pokrete i djelovanje, da netko upravlja njegovim ponašanjem nevidljivim silama, da mu netko ugrađuje čipove i tako vlada njime i sl. Bolesnik također može vjerovati da je on zapravo neka druga osoba, najčešće neka poznata povijesna osoba ili osoba iz javnog života ili da ima neke posebne sposobnosti i da preko televizije, radija ili novina prima posebne poruke i drugo. Jedan oblik sumanutosti su i **ideje odnosa** - uvjerenje bolesnika da se ponašanje drugih ljudi odnosi na njega, da stvari, događaji i ljudi imaju neku neobičnu i nesvakodnevnu važnost obično negativnu. Tako bolesnik može misliti da ljudi u emisiji na televiziji ili radiju



zapravo razgovaraju o njemu.

Poremećaji mišljenja također su tipični za shizofreniju, a dijelimo ih na formalne i sadržajne poremećaje.

Formalni poremećaj mišljenja je poremećaj misaonog tijeka. Misli mogu teći dosta nepovezano tako da ponekad ne možemo razumjeti što bolesnik želi reći. Tijek misli može sasvim biti bez ikakvog reda, logike i međusobne veze.

I. Pozitivni psihotični simptomi:

Sumanutosti
Halucinacije
Katatonija
Smeteni/dezorganizirani govor
i ponašanje

II. Negativno-deficitni simptomi:

Osjećajna zaravnjenost
Alogija - ograničen,
osiromašen govor
Avolicija - nedostatak motivacije
Anhedonija - nedostatak
interesa i užitka

Poremećaj u socijalnom i profesionalnom funkcioniranju

Posao
Međuljudski odnosi
Briga o sebi

III. Kognitivni simptomi:

Pažnja
Pamćenje
Izvršne funkcije
(npr. apstraktno mišljenje)

IV. Simptomi poremećaja raspoloženja:

Neraspoloženje
Suicidalnost
Osjećaj bezizlaznosti

Slika 1.
Prikaz simptoma
shizofrenije

Za vrijeme razgovora shizofreni bolesnik može pri potpuno bistroj svijesti na trenutak zastati, što kod sugovornika može ostaviti dojam kratkotrajnog prekida kontinuiteta svijesti. Sam bolesnik opisuje ovaj fenomen kao **blok misaonog tijeka** ili ga interpretira kao oduzimanje misli. Najčešće se tu radi o slušnim halucinacijama koje odvlače pozornost bolesnika pred aktualnim zbivanjem jer je tada za njega ono psihotično prioritarno. Kod **disociranog mišljenja** posrijedi je poremećaj u formiranju asocijacija. Bolesnikova se sljedeća misao ne kreira na logičan način iz prethodnog sadržaja ili zadnje rečenice, već poticaj za nju može predstavljati beznačajna ranija misao, riječ ili slog ranije rečenice, pa takav govor postaje za sugovornika vrlo slabo ili nikako razumljiv. U manje izraženim slučajevima tijekom misli je neodređen, rasplinut i maglovit. Poremećen je, zapravo, slijed

asocijacija, koji određuje ("drži misao na okupu") ono što želimo reći našim govorom. Kada je disocijacija misli izrazita, govor shizofrenog bolesnika izgleda nepovezan i besmislen. U krajnjem slučaju dolazi do disocijacije unutar same rečenice što rezultira besmislenim slaganjem riječi ("salata od riječi").

U sadržajne poremećaje mišljenja ubrajamo već spomenute sumanute ideje.

Katatonija je sindrom za koji su karakteristične psihomotorne smetnje. Katatone smetnje mogu se očitovati na različite načine: od potpune ukočenosti i nepokretnosti (katatoni stupor) do katatonog uzbuđenja s jakim psihomotornim nemirom.

Navedeni psihotični simptomi obično se pojavljuju u akutnoj fazi bolesti, a nakon što bolesnik izađe iz ove faze, oni mogu posve prestati, znatno se smanjiti ili ostati prisutni s manjom ili većom izraženosti. U nekim slučajevima neki od ovih simptoma različitog intenziteta mogu ostati trajno prisutni. Bolesnik koji ima pozitivne psihotične simptome može biti posve nesvjestan svojih simptoma, a ponašanje može biti posve neuobičajeno, čudno i nelogično.

Negativni simptomi shizofrenije

Negativni simptomi shizofrenije su apatija, oskudan govor i emocionalna tupost. Shizofreni bolesnik je emocionalno povučen iz svoje okoline, nije svjestan osjećaja drugih ljudi oko sebe, svoje osjećaje ne može izraziti ili pokazati, izbjegava kontakt očima, izraz lica mu je bez ikakva osjećaja ili zanimanja.

Afektivni (osjećajni) dio osobnosti je kod shizofrenih bolesnika izrazito promijenjen. Te promjene utječu dalje na cjelokupnu osobnost, a s time i na pojedine psihičke funkcije: mišljenje, psihomotoriku, percepciju, volju itd. Ove promjene su različite u pojedinim fazama bolesti. Razlika je vjerojatno kvantitativna, no dovoljna da emocionalne promjene kod akutnih bolesnika ostavljaju drugačiji dojam nego kod kroničnih. U početku bolesti upravo je tipičan simptom **gubitka emocionalne topline**. Taj gubitak može biti tek naznačen, ali i potpuno jasan, pa bolesnici djeluju manje ili više emocionalno hladno. Oni često osjećaju tu promjenu. Tuže se na osjećaj stranosti, na osjećaj kao da je koprena između njih i ostalog svijeta, kao da su ograđeni od okoline staklenim zidom. Bolesnici se sami tuže na promjenu čuvstava prema roditeljima, prijateljima, osobama suprotnog spola itd.

Anhedonija se očituje gubitkom sposobnosti doživljavanja životne radosti, odnosno gubitkom zanimanja i zadovoljstava.

Avolicija je nesposobnost započinjanja i održavanja k cilju usmjerena ponašanja, što se očituje u slabu zanimanju za sudjelovanje u radu ili socijalnim aktivnostima.



Ljepota života



PLIVA
neurologija • psihijatrija

Kognitivni simptomi

Ovi se simptomi manifestiraju kao smetnje pozornosti, pamćenja i apstraktnog mišljenja. Smatra se da su upravo kognitivni simptomi najodgovorniji za disfunkcionalnost shizofrenih bolesnika u svakodnevnom životu. Ovi im simptomi onemogućavaju da raspoznaju bitno od nebitnog, da naprave plan akcije za obavljanje najjednostavnijih svakodnevnih poslova, da se na pravi način suoče s određenim problemom ili zadatkom. Nestaju adekvatne asocijacije, logičko poimanje, razmišljanje i djelovanje biva oštećeno.

7.

Koliko često se shizofrenija

javlja u populaciji?

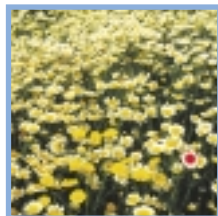
Od shizofrenije obolijevaju podjednako žene i muškarci. Shizofrenija u većine bolesnika počinje u dobi od 15. do 25. godine. U žena se simptomi pojavljuju nešto kasnije nego u muškaraca.

Učestalost se bolesti mjeri različitim pokazateljima kao što su incidencija, prevalencija i rizik obolijevanja.

Rizik obolijevanja od shizofrenije se definira kao dio populacije što zadovoljava kriterije za postavljanje dijagnoze shizofrenije u bilo koje vrijeme tijekom života, pod pretpostavkom da prožive period kada je prisutan rizik pojave bolesti. Taj rizik morbiditeta u populaciji varira između 0,3 do 3,7%, a prosječno iznosi oko 1%, što znači da se može očekivati da jedan od 100 ljudi boluje od shizofrenije.

Incidencija je broj *novooboljelih* bolesnika u populaciji od 100 000 ljudi tijekom godine dana. Stopa incidencije iznosi 10 do 40 novih slučajeva na 100 000 ljudi tijekom jedne godine.

Prevalencija pokazuje dio bolešću zahvaćene populacije u određenom vremenu (point prevalence) ili tijekom određenog vremena (period prevalence). Nađene rate prevalencije (point prevalence) dosta variraju, od 1000 do 1700 na 100 000 stanovnika, a prosječna rata iznosi oko 580. Prevalencija bolesti zavisi od incidencije, ali također od kroniciteta, rate migracije i mortaliteta.



8.

Mogu li djeca oboljeti

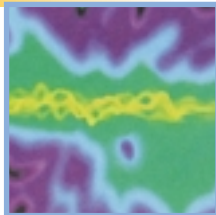
od shizofrenije?

Vrlo rijetko se simptomi shizofrenije pojavljuju prije 12. godine života. Smatra se da oko 50% djece i mladih u kojih će se razviti shizofrenija pokazuje određene crte ličnosti: povlačenje i izbjegavanje kontakata s vršnjacima, sramežljivost, introvertiranost, preosjetljivost, anksioznost, vrlo malo spontanosti, pasivnost i izoliranost. Shizofreniju

valja razlikovati od autističnog poremećaja koji je tipična psihoza dječje dobi. Autistični poremećaj počinje u ranom djetinjstvu. Manifestira se poremećajem socijalnih interakcija tako da su kod djeteta znatno oštećeni neverbalni načini komuniciranja (izbjegava pogled oči u oči...), ne razvijaju se odnosi s vršnjacima koji bi bili primjereni razvojnoj dobi, nema spontane podjele uživanja, interesa s drugim ljudima (npr. ne pokazuju predmete koje smatraju zanimljivima), kasni ili izostaje razvoj govora. Tipično je i stereotipno ponašanje (lupkanje prstima ili drugi ponavljajući nesvrshodni pokreti) i nefleksibilna zaokupljenost dijelovima predmeta.

9.

Što uzrokuje shizofreniju?



Gotovo uvijek se bolesnikova obitelj, pa i on sam pitaju zbog čega se ta bolest pojavila. Roditelji često, tragajući za uzrokom, pronalaze različita objašnjenja, često povezana s osjećajem krivnje i samopredbacivanja. Shizofrenija je složena bolest i o njenim uzrocima postoji nekoliko teorija.

Uloga nasljeđa

Danas postoje dokazi o genetskoj predispoziciji (sklonosti) za razvoj shizofrenije, što znači da osoba ima gen za shizofreniju koji se iz nepoznatih razloga može aktivirati i uzrokovati manifestnu bolest. Bolest se češće javlja u nekim obiteljima. Rizik obolijevanja od shizofrenije je veći ako su jedan ili oba roditelja oboljeli od shizofrenije, ali to ne znači da će svako dijete koje ima roditelja oboljelog od shizofrenije također oboliti.

Kod shizofrenije je možda riječ o poremećaju veza između sljepoočnog moždanog režnja i čeonog režnja, atrofiji (propadanje moždanih stanica) čeonog režnja. Također je tipičan nalaz u shizofrenih bolesnika i smanjena metabolička aktivnost u dijelu čeonog (frontalnog) režnja mozga, tzv. hipofrontalnost.

Prema *biokemijskim teorijama* poremećaj se povezuje s poremećenom ravnotežom kemijskih tvari u mozgu koje se nazivaju neurotransmiteri. Uloga je neurotransmitera da prenose podražaje (informacije) s jedne na drugu živčanu stanicu koje nazivamo neuroni.

Prema nekim istraživanjima, mozak shizofrenih nije sposoban ispravno obrađivati informacije niti filtrirati informacije prema važnosti, pa bolesnici bivaju preplavljeni masom nevažnih informacija iz vanjskog svijeta, često zadržavajući nepotrebne informacije, a gubeći iz vida bitne. Razlog takva pogrešnog obrađivanja informacija je kemijski i strukturni poremećaj mozga.

Danas je vrlo aktualna neurorazvojna hipoteza o uzrocima shizofrenije. Smatra se da je shizofrenija poremećaj razvoja mozga. Tijekom razvoja mozga, prije rođenja, stvaraju se pogrešne veze među

živčanim stanicama mozga. Te pogrešne veze ostaju nezamijećene, ne manifestiraju se sve do adolescencije. Radi se o vrlo suptilnim promjenama, ali te se promjene, kad se razvije bolest, manifestiraju u raznim aspektima ponašanja. Teorije o virusnoj i autoimunoj uzrokovanosti shizofrenije danas su manje aktualne.

Stresne okolnosti

Stresne okolnosti, kao što su emocionalno zanemarivanje ili zlostavljanje u djetinjstvu, materijalna oskudica ili socijalna izolacija **ne mogu** same po sebi izazvati pojavu shizofrenije. Stresne okolnosti mogu potaknuti pojavu shizofrenije kod osoba s genetskom predispozicijom. Shizofrenija nije uzrokovana lošim roditeljstvom, ne postoje tzv. shizofrenogene majke (majke koje stvaraju shizofrenu djecu), a zasigurno shizofrenija nije problem suvremenog življenja i nije zdrava reakcija na bolesni svijet.

10.

Je li shizofrenija

nasljedna bolest?

Jedan od mogućih uzroka shizofrenije je nasljeđivanje gena odgovornih za nastajanje shizofrenije. Činjenica je da se bolest pojavljuje češće u nekim obiteljima, među krvnim srođnicima.

U usporedbi s djetetom koje ima zdrave roditelje, rizik obolijevanja od shizofrenije je teoretski 9 do 16% veći u djeteta koje ima jednog od roditelja oboljelog od shizofrenije. Ako su oba roditelja oboljela od shizofrenije, rizik obolijevanja djeteta se kreće između 40 do 60%. Za djecu osobe koja ima roditelja, brata ili sestru oboljele od shizofrenije, rizik obolijevanja od shizofrenije je oko 3%. U jednojajčanih blizanaca, ako je jedan oboljeli, vjerojatnost je oko 50% da će oboljeti i drugi, a u dvojajčanih blizanaca podudarnost za shizofreniju je manja i iznosi oko 10%. Mogućnost da dijete čiji su roditelji zdravi tijekom života oboli od shizofrenije iznosi oko 1%.

SRODSTVO	% shizofrenije
Roditelji	5,6
Brat ili sestra	10,1
Brat/sestra i jedan oboljeli roditelj	16,7
Djeca jednog oboljelog roditelja	12,8
Djeca dvaju oboljelih roditelja	46,3
Rođaci drugog stupnja	2,8
Dvojajčani blizanci	17,0
Jednojajčani blizanci	50,0
Unuci	3,7
Opća populacija	1,0

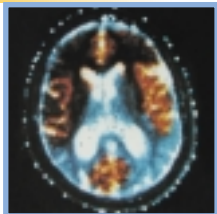
Tablica 1.
Životni rizik za
javljanje shizofrenije
u rođaka shizofrenih
bolesnika

11. Što se događa s mozgom u shizofreniji?



U oboljelih od shizofrenije javlja se neravnoteža kemijskih tvari u mozgu koje se nazivaju neurotransmiteri. Neurotransmiteri su kemijski prijenosnici koji omogućavaju prienos impulsa, živčanih signala između živčanih stanica (neurona). Jedan od takvih kemijskih prijenosnika je dopamin, a vjeruje se da shizofreni bolesnici imaju višak dopamina ili da su preosjetljivi na postojeći dopamin. Istraživači su otkrili nekoliko drugih neurotransmitera za koje se također pretpostavlja da mogu imati ulogu u nastajanju shizofrenije, npr. serotonin, glutamat, acetilkolin i noradrenalin. Najvažnija uloga za nastanak simptoma pridaje se kemijskoj neravnoteži dopamina i serotonina u mozgu oboljelih od shizofrenije. Lijekovi koji se rabe za liječenje shizofrenije - antipsihotici - upravo djeluju na spomenute neurotransmitere, ali i na neke druge.

12. Može li se vidjeti oštećenje mozga u shizofreniji?



Istraživanja mozga oboljelih od shizofrenije, danas dostupnim najsuvremenijim tehnikama i metodama (kompjuterizirana tomografija - CT, magnetska rezonanca - NMR, pozitronska emisijska tomografija - PET itd.), neosporno pokazuju da je za nastanak shizofrenih simptoma odgovoran poremećaj u funkciji i/ili strukturi mozga. Između oboljelih od shizofrenije i zdravih osoba postoje vrlo jasne razlike: u mozgu dijela bolesnika oboljelih od shizofrenije povećane su moždane komore ispunjene moždanom tekućinom, povećana su moždana udubljena (sulkusi) između pojedinih reznjica mozga, smanjen je dio mozga koji se naziva hipokampus, smanjena je aktivnost u dijelu mozga koji se naziva prefrontalna moždana kora, a koji je odgovoran za funkcije mišljenja, pamćenja i učenja. Opisan je još čitav niz različitih promjena što se s većom ili manjom sigurnošću mogu dovesti u svezu s pojedinim simptomima, odnosno poremećajem određenih funkcija.

13. Kako se dijagnosticira shizofrenija?

Dijagnozu shizofrenije postavljaju psihijatri (liječnici specijalizirani za dijagnosticiranje i liječenje psihičkih poremećaja). Dijagnoza se temelji na ciljanoj i strukturiranoj psihijatrijskom razgovoru s

bolesnikom i članovima njegove obitelji. Do danas nema nikakvih specifičnih laboratorijskih dijagnostičkih testova za shizofreniju, tj. shizofrenija se ne može dijagnosticirati nikakvim snimanjem strukture ili funkcije mozga kao ni pretragama moždane tekućine, krvi, urina i slično.

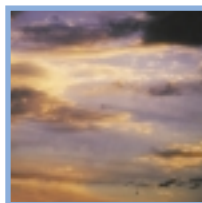
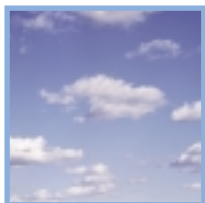
Danas postoje međunarodno definirani dijagnostički kriteriji za sve psihijatrijske bolesti, pa tako i za shizofreniju. Navest ćemo kriterije dvaju najpoznatijih važećih klasifikacijskih sustava: Međunarodne klasifikacije bolesti - desete revizije (MKB-X) i Dijagnostičkog i statističkog priručnika Američkog psihijatrijskog udruženja - 4. revizija (DSM-IV).



MKB-X navodi slijedeće karakteristične simptome:

- a) **nametanje ili oduzimanje misli, jeka ili emitiranje misli;**
- b) **sumanutost kontrole, utjecaja ili pasivnosti** koja se jasno odnosi na:
 - tijelo ili pokrete tijela,
 - specifične misli, akcije ili senzacije,
 - sumanute percepcije;
- c) **halucinatorni glasovi** koji:
 - komentiraju bolesnikovo ponašanje,
 - razgovaraju međusobno o bolesniku,
 - razni oblici halucinatornih glasova koji dolaze iz nekog dijela tijela;
- d) **trajne bizarne sumanutosti** koje su nemoguće ili nesukladne bolesnikovoj kulturi i intelektu:
 - nemoguć politički, znanstveni ili religiozni identitet,
 - nadljudske sposobnosti i moći, npr. kontrola vremena,
 - komunikacija sa vanzemalcima i sl.;
- e) **perzistentne halucinacije** bilo kojeg modaliteta kada su praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog sadržaja, ili perzistentne precijenjene ideje, ili kada su halucinacije trajno prisutne tjednima ili mjesecima.;
- f) **disocirano mišljenje**, irelevantan i dezorganizirani govor, neologizmi (sklapanje novih riječi bez značenja);
- g) **katatono ponašanje** - izrazita zakočenost tijela i održavanje neprirodnog položaja ili izrazita uzbuđenost;
- h) **negativni simptomi** u vidu apatije, siromaštva govora, zaravnjenog afekta ili neadekvatnog emocionalnog odgovora koji obično dovode do socijalnog udaljavanja i pada socijalnog funkcioniranja.;
- i) **značajna i trajna promjena ponašanja** u smislu gubitka interesa, besciljnosti, zaokupljenost sobom i socijalnog udaljavanja.

Za dijagnozu bolesti je potreban minimalno **jedan simptom pod a) do d)** ili najmanje **dva simptoma pod e) do i)**, te moraju biti prisutni dovoljno dugo, tj. minimalno 1 mjesec.



DSM-IV pod karakteristične simptome navodi:

A: Karakteristični simptomi:

1. **sumanutosti,**
2. **halucinacije,**
3. **dezorganizirani govor,**
4. **katatono ili jako dezorganizirano ponašanje,**
5. **negativni simptomi.**

Za dijagnozu su potrebna najmanje dva simptoma od kojih je svaki prisutan značajan dio vremena tijekom jednomjesečnog razdoblja, a dovoljan je samo jedan od simptoma ako su sumanutosti bizarne ili su prisutne halucinacije koje se sastoje od glasova koji međusobno razgovaraju ili komentiraju pacijentovo ponašanje.

B: Socijalne/radne smetnje

Jedno ili više važnih područja djelovanja kao što su rad, međuljudski odnosi ili briga o samome sebi, tijekom značajnog dijela vremena od početka poremećaja, značajno su ispod razine postignute prije početka bolesti (ili ako je poremećaj započeo u djetinjstvu ili adolescenciji, nemogućnost postizanja očekivane razine međuljudskih, školskih ili radnih dostignuća).

C: Trajanje

Trajni znakovi poremećaja javljaju se barem tijekom 6 mjeseci. To šestomjesečno razdoblje mora uključivati najmanje mjesec dana (ili kraće ako su uspješno liječeni) simptome koji zadovoljavaju kriterij A (tj. simptome aktivnog stadija) i može uključivati razdoblja prodromalnih (onih koji prethode pravoj manifestaciji bolesti) ili rezidualnih (ostatnih) simptoma. Tijekom ovih prodromalnih ili rezidualnih razdoblja, znakovi poremećaja mogu se očitovati samo negativnim simptomima ili sa dva ili više simptoma koji su navedeni u kriteriju A, ali u slabijem obliku (npr. čudna uvjerenja, neobična opažanja iskustva).

D: Isključenje shizoafektivnog poremećaja i poremećaja raspoloženja

Shizoafektivni poremećaj i poremećaj raspoloženja s psihotičnim obilježjima odbacuju se: (1) ako se depresivne, manične ili miješane

epizode ne javljaju istovremeno sa simptomima aktivnog stadija; ili (2) ako se epizode simptoma poremećaja raspoloženja javljaju za vrijeme simptoma aktivnog stadija, a njihovo ukupno trajanje kratko je u odnosu na trajanje aktivnog i rezidualnog stadija.

E: Isključenje psihoaktivnih tvari/općeg zdravstvenog stanja
Poremećaj ne nastaje zbog neposrednog fiziološkog učinka psihoaktivne tvari (npr. droga, lijekova) ili općeg zdravstvenog stanja.

F: Veza s pervazivnim razvojnim poremećajem

Ako postoji anamneza autističnog poremećaja ili drugog pervazivnog razvojnog poremećaja, dodatna dijagnoza shizofrenije daje se jedino ako su upadljive sumanutosti ili halucinacije prisutne barem mjesec dana (ili kraće ako su uspješno liječene).

14. *Kako prepoznati ponovno pojavljivanje znakova bolesti?*

Shizofrenija je bolest koja se uobičajeno javlja u epizodama. Između epizoda, uz odgovarajuće liječenje, može postojati vremensko razdoblje u kojem oboljela osoba nema znakova bolesti - to nazivamo remisijom. Redovitim uzimanjem lijekova najbolje se sprečava ponovno pojavljivanje bolesti! Ponovna epizoda može imati simptome slične prethodnoj (sumanutosti sličnog sadržaja, sličan poremećaj ponašanja) ili pak različite. Vrlo je važno uočiti ponovnu pojavu bolesti (što može zapaziti bolesnik sam ili članovi njegove obitelji) kako bi se što prije korigirala terapija i bolest ponovno dovela pod kontrolu.



15. *Postoje li različite vrste shizofrenije?*

U kliničkom radu razlikujemo nekoliko tipova shizofrenije ovisno o skupini simptoma koji dominiraju.

Paranoidni tip shizofrenije karakteriziraju vrlo izražene sumanute ideje i halucinacije. Najčešće sumanute ideje kod ovog tipa shizofrenije su progonsvene sumanutosti (ideje proganjanja).

Simptomi nerazumljivog, nepovezanog, nelogičnog govora i dezorganizirano, nelogično ponašanje dominiraju kod **dezorganiziranog ili hebefrenog tipa shizofrenije**.

Katatoni tip shizofrenije je danas vrlo rijedak, a kod njega prevladava poremećeno držanje tijela, izrazita nesvršishodna motorna uzne-

mirenost ili pak potpuno ukočenje tijela koje nazivamo stupor. Ako niti jedan od simptoma shizofrenije ne prevladava, tada govorimo o **nediferenciranom tipu**.

Rezidualni tip shizofrenije karakterizira odsutnost upadljivih sumanutosti, halucinacija, smetenog govora i smetenog ponašanja, a postoje trajni dokazi poremećaja kao što su negativni simptomi, čudna uvjerenja ili neuobičajena osjetilna iskustva.

16. Kakav je tijek bolesti i koliko bolest traje?

Izraženost simptoma shizofrenije može varirati od osobe do osobe. Također, kod iste se osobe u različitim fazama bolesti mogu javljati simptomi različitog intenziteta i težine. Neki bolesnici mogu voditi aktivan i zadovoljavajući život dok je kod drugih nemoguće postići zadovoljavajuću kontrolu simptoma pa ovisi o tuđoj skrbi i pomoći.



Bolest se javlja u epizodama, iako rijetko može imati i kontinuiran tijek. Epizoda bolesti sastoji se od **akutne faze** kada su simptomi najizraženiji, nakon čega slijedi **faza stabilizacije**.

Nakon akutne faze bolesti mogući su sljedeći ishodi:

- oporavak do potpunog zdravlja kao prije pojave bolesti (20%);
- između dviju epizoda postoje blago ili umjereno izraženi neki od simptoma iz akutne faze bolesti (70%);
- progredirajuće pogoršanje bez povrata zdravlja prije bolesti, tako da bolesnik postaje nesposoban za samostalni život i treba pomoć druge osobe (10%).

Moguće je da bolesnici uz uzimanje lijekova i uključivanjem u psihoterapijske i socioterapijske postupke, i uz održane simptome (halucinacije, sumanutosti), razviju dobar uvid i kritičnost prema svojoj bolesti, pa mogu zadovoljavajuće funkcionirati u svim aspektima svog života.

U fazi stabilizacije važne su rehabilitacijske metode i psihoterapija koje znatno mogu utjecati na smanjenje ovih simptoma ili pak naučiti bolesnika da s njima lakše živi.

Bolesnici od shizofrenije mogu imati samo jednu epizodu poremećaja, no češće se javi više epizoda poremećaja.

Između epizoda bolesti, bolesnici mogu voditi normalan život.

Vrijeme između pojedinih faza poremećaja razlikuje se od bolesnika do bolesnika, a može se kretati između nekoliko mjeseci do nekoliko godina.

Istraživanja pokazuju da bolesnici koji redovito uzimaju antipsihotičnu terapiju i u fazama kada nemaju simptoma bolesti smanjuju rizik od ponovne pojave bolesti.

Shizofrenija je u većine bolesnika dugotrajna kronična bolest kao što je to šećerna bolest ili povišen krvni tlak. Većina će shizofrenih bolesnika vjerojatno znatan dio života morati uzimati lijekove i bit će im potrebna dodatna skrb.

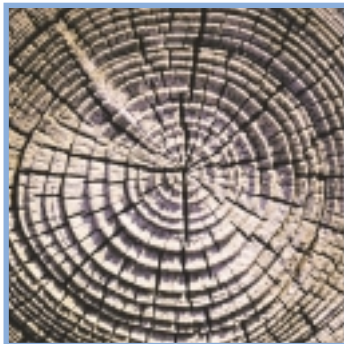
Mnogi bolesnici će uz redovito uzimanje lijekova živjeti ispunjeno i produktivno.

17. Pogoršava li se bolest

starenjem?

Shizofrenija se ne pogoršava starenjem, ali u starijoj dobi može imati drugačiju kliničku sliku (drugačije znakove bolesti) nego u mlađoj životnoj dobi. Tako se s godinama i s duljim trajanjem bolesti sve više pojavljuju negativni simptomi.

Shizofreniju valja razlikovati od demencija koje su karakteristične bolesti starije životne dobi. Primjerice, Alzheimerovu demenciju karakterizira oštećenje pamćenja (oštećena sposobnost učenja novih informacija ili prisjećanja prethodno naučenih informacija), poremećaj govora, oštećena sposobnost izvođenja motoričkih aktivnosti, poremećaj izvršnog funkcioniranja (planiranje, organizacija, nizanje, oduzimanje...).



18. Žive li shizofreni bolesnici kraće?

Prosječan životni vijek shizofrenih bolesnika nešto je kraći u odnosu na opću populaciju. Oko 10 do 15% shizofrenih bolesnika počinu suicid (samoubojstvo) najčešće u ranoj fazi bolesti. U kroničnih shizofrenih bolesnika, osobito onih koji žive bez kontakta s članovima obitelji i neredovito se kontroliraju kod psihijatra, zamjećuje se zlouporaba alkohola, slaba i nedovoljna prehrana, zanemarivanje higijene i loši životni uvjeti što sve pridonosi većem riziku od pojave nesreća i somatskih bolesti.

19. Ima li znakova koji upućuju na povoljan, odnosno nepovoljan tijek bolesti?

Tijekom tridesetih godina prošlog stoljeća norveški je psihijatar Langfeldt predložio razlikovanje dvije forme shizofrenije - jedna za koju je predložio naziv jezgrovne ili procesne shizofrenije i druge pod nazivom reaktivne ili periferne. Ova prva, procesna shizofrenija po svojim se karakteristikama približava Kraepelinovu konceptu demencije prekoks, predstavlja težu formu bolesti i nepovoljna je tijeka. Karakterizira je nepovoljno funkcioniranje i prije pojave bolesti, spor, šaljajući početak još u adolescenciji, odsustvo precipitirajućih događaja, spori oporavak, deteriorirajući tijek bolesti.

Za razliku od te forme bolesti, tzv. reaktivna shizofrenija započinje kasnije, premorbidno je funkcioniranje bilo dobro. Prije nastupa bolesti mogu se uočiti precipitirajući, stresni događaji, bolesnici se dobro oporavljaju od epizode bolesti, nema deterioracije (pogoršanja) i dobri su izgledi za funkcionalni oporavak.

Prediktori povoljnog tijeka	Prediktori nepovoljnog tijeka
Akutni nastup bolesti	Spori, šaljajući nastup bolesti
Prethodno stresno zbivanje	Bez ranijih stresnih zbivanja
Kratko trajanje psihotičnih simptoma	Dugo trajanje psihotičnih simptoma
Bez ranijih psihijatrijskih liječenja	Ranija psihijatrijska liječenja
Potpuni oporavak između epizoda	Nepotpuni oporavak između epizoda
Uspješan raniji rad	Loša radna povijest
Viši stupanj edukacije	Niži stupanj edukacije
Stabilan brak	Bez bračne zajednice
Početak bolesti u starijoj dobi	Početak tijekom adolescencije
Normalne neuropsihološke funkcije	Prisutnost neuropsiholoških oštećenja
Viši socioekonomski status	Niži socioekonomski status
Bez shizofrenije u obitelji	Podaci o shizofreniji u obitelji
Bez izraženih negativnih simptoma	Izraženi negativni simptomi

Tablica 2.
Neki prediktori
(predskazatelji) tijeka
shizofrenije



20. *Kako obitelj može pomoći shizofrenom članu?*

- Shizofrenija je bolest koja se može liječiti, stoga je ne treba doživljavati kao životnu katastrofu.
- Suradujte pri liječenju bolesnog člana obitelji. Obitelj može liječniku dati dragocjene informacije o ponašanju bolesnika i simptomima.
- Ne gubite nadu u liječenje. Katkada je potrebno i nekoliko promjena lijeka da bi se pronašao pravi lijek za određenog bolesnika. Pravi lijek za određenog bolesnika je lijek koji dovoljno dobro kontrolira psihotične simptome bolesti i ne izaziva neželjene nuspojave koje bolesnik teško podnosi.
- Bolesnik treba osjetiti da su svi članovi obitelji uz njega, da se nadaju dobrom ishodu, da vjeruju u rezultate liječenja.
- Bolesniku će nekad trebati poticanje da bi u punoj mjeri iskoristio svoje sposobnosti u koje i sam sumnja, ali poticati ga treba oprezno, s mjerom, bez da se od njega zahtjeva ono što u trenutnom stanju nije u mogućnosti napraviti.
- Informirajte se o bolesti kako biste bolje razumjeli bolesnika.
- Bolesnik nije kriv ako dođe do pogoršanja bolesti i nemojte ga kritizirati.
- Naučite prepoznavati rane simptome pogoršanja bolesti i sugerirajte liječnički pregled čim opazite promjene ponašanja.
- Pridružite se grupama samopomoći obitelji.



21. *Kako si bolesnik može sam pomoći?*

- Vrlo je važno da bolesnik shvati prirodu bolesti i značenje i presudnu ulogu lijekova i njihova redovitog uzimanja za daljni pozitivni tijek bolesti.
- Bolesnik se treba upoznati sa simptomima bolesti i naučiti prepoznavati rane simptome pogoršanja bolesti.
- Liječenje se ne smije prekidati bez dogovora s liječnikom psihijatrom. Treba jasno kazati bolesniku da dijagnoza shizofrenije nema ono značenje bezizglednosti kao što se to u narodu misli i kao što je to prije pronalaska antipsihotičkih lijekova bilo.
- Danas uz pomoć lijekova i drugih metoda liječenja većina shizofrenih bolesnika može živjeti kvalitetnim životom.
- Ako bolesnik misli da lijekovi ne koriste ili se pojave neželjeni učinci lijeka, to treba reći liječniku, a ne sam prestati uzimati lijek.
- Ako niste zadovoljni s programom i mogućnostima liječenja, raspitajte se u svog liječnika postoji li neki rehabilitacijski program, grupa samopomoći ili nešto slično čemu bi se mogli priključiti.



22. *Mogu li shizofreni*

bolesnici/bolesnice imati djecu?

Shizofrene osobe mogu imati djecu. Rizik da će djeca oboljeti od shizofrenije veći je ako su oba roditelja shizofrena nego ako je samo jedan bolestan.

Svakodnevno svjedočimo tome kako shizofreni bolesnici i bolesnice mogu biti dobri roditelji i kako mogu uspješno odgajati svoju djecu koja su često uspješni đaci i studenti.

Ipak, treba upozoriti da su bolesnik ili bolesnica dužni prije stupanja u brak iskreno i istinito o svojoj bolesti obavijestiti svoga partnera, naravno, ako se bolest već ranije javljala. U našim se uvjetima to na žalost ne događa kako bi trebalo, što kasnije može uzrokovati čitav niz nepovoljnih i štetnih životnih zbivanja.



23. *Da li brat ili sestra shizofrene*

osobe lakše dobije shizofreniju ako živi zajedno sa shizofrenom osobom?

Brat ili sestra shizofrene osobe dijele s bolesnikom povećani genetski rizik (rizik nasljeđa), ali zajednički život ne uzrokuje nastanak shizofrenije. To potvrđuju studije usvojene djece (adoptivne studije). Djeca zdravih roditelja usvojena od shizofrenih roditelja ne oboljevaju češće od shizofrenije nego da su odrasla u okružju zdravih roditelja. S druge strane, odrastanje djece shizofrenih roditelja u okružju zdrave usvojiteljske obitelji ne smanjuje rizik oboljenja od shizofrenije. Rizik ostaje isti kao da je dijete odraslo uz svoje biološke roditelje. Biološki, a ne adoptivni rođaci shizofrenih bolesnika imaju povećan rizik od shizofrenije. Biološka djeca neshizofrenih roditelja nemaju povećan rizik od shizofrenije ako ih odgaja shizofreni roditelj - usvojitelj.

II.

Liječenje

24. Kako se liječi shizofrenija?

Kao što je već ranije rečeno, shizofrenija je bolest mozga i temeljna je terapija lijekovima - antipsihoticima. Međutim, za što bolji uspjeh u liječenju ove složene bolesti moramo koristiti sve moguće i dostupne načine liječenja koji će imati optimalno povoljni učinak na tijek bolesti, pa se stoga liječenje shizofrenih bolesnika provodi **farmakoterapijom i psihosocijalnim metodama liječenja i rehabilitacijom.**

Liječenje, naime, treba zadovoljiti biološke, psihološke, socijalne i radne potrebe bolesnika.

Primjena farmakoterapije (antipsihotika) je neosporno dokazana i apsolutno indicirana, no ona ima samo djelomični učinak na socijalne funkcije shizofrenih bolesnika.

Psihosocijalne metode liječenja uključuju: ranu detekciju i intervenciju, povećanje bolesnikove suradljivosti i uvida u bolest, terapijske zajednice (u bolničkim uvjetima), različite vidove psihoedukacije (razumijevanje bolesti, učenje bolesnika i njihovih obitelji rješavanja stresa), obiteljsku terapiju, kognitivno-bihevioralnu terapiju, grupnu psihoterapiju, individualnu i suportivnu psihoterapiju.



25. Koji se lijekovi koriste u liječenju shizofrenije?

Lijekovi za liječenje shizofrenije nazivaju se **antipsihotici.**

Uvođenje antipsihotika u kliničku uporabu 1952. godine (Delay i Deniker prvi uvode klorpromazin u liječenje shizofrenije i akutne manije) dovelo je do revolucionarne promjene u liječenju shizofrenije. Na taj način smanjen je broj hospitaliziranih bolesnika koji su život provodili u azilima ili na dugogodišnjim bolničkim liječenjima, pospješujući njihove socijalne aktivnosti i reintegraciju u društvenu zajednicu.

Danas imamo na raspolaganju široki izbor antipsihotika, od onih starijih, što ih nazivamo antipsihoticima prve generacije, pa do najnovijih koje nazivamo skupinom druge generacije. Podjela se temelji ne toliko na redoslijedu pojavljivanja na tržištu, već na djelotvornosti i profilu nuspojava.

Primjeri pojedinih generacija antipsihotika prikazani su u Tablici 3.



ANTIPSIHOTICI PRVE GENERACIJE		
generičko ime *	registriran u RH	prosječne dnevne doze u mg
klorpromazin	DA	200 - 1500
promazin	DA	200 - 600
haloperidol	DA	2 - 20
flufenazin	DA	2 - 20
tioridazin	DA	200 - 600
ANTIPSIHOTICI DRUGE GENERACIJE		
klozapin	DA	400 - 600
risperidon	DA	6 - 16
olanzapin	DA	10 - 20
quetiapin	NE	75 - 800

Tablica 3.
Antipsihotici prve i
druge generacije

U antipsihotike prve generacije, uz klorpromazin* koji je prvi otkriven, ubrajamo još haloperidol*, tioridazin*, flufenazin* i još mnoge druge. Antipsihotici druge generacije su klozapin*, risperidon*, olanzapin*, ziprasidon*, olanzapin* i quetiapin*, a neki su još u fazi kliničkih ispitivanja. Na našem se tržištu za sada nalaze klozapin*, risperidon* i olanzapin*.

Karakteristike prve generacije su dobro djelovanje na pozitivne simptome, uz izražene brojne nuspojave, prvenstveno one poznate pod nazivom ekstrapiramidalne nuspojave. Također izazivaju porast hormona prolaktina, što uzrokuje niz endokrinoloških nuspojava. Antipsihotici druge generacije, risperidon* i ziprasidon*, imaju znatno širi spektar djelovanja jer djeluju i na pozitivne i na negativne simptome, no čvrsto se vežu za dopaminske receptore zbog čega mogu izazivati ekstrapiramidalne nuspojave i porast prolaktina pri većim dozama. U znatno manjoj mjeri izazivaju neugodnu nuspojavu poznatu pod imenom tardivna diskinezija.

Klozapin* i olanzapin* djeluju na pozitivne i negativne simptome, a uz to imaju bolji učinak na simptome poremećenog raspoloženja i na kognitivne simptome, uz znatno manju mogućnost izazivanja tardivne diskinezije.

Antipsihoticima ne možemo izliječiti psihozu (shizofreniju), kao što na primjer možemo izliječiti upalu pluća primjenom antibiotika, već se upotrebom antipsihotika postiže u najvećem broju slučajeva povlačenje ili umanjivanje psihotičnih simptoma kao što su: halucinacije, bolesne ideje, nelogično mišljenje. Ponekad lijekovi ne otklanjaju sve simptome poremećaja jer određeni broj shizofrenih bolesnika (30% liječenih starim antipsihoticima) pokazuje slab ili neadekvatan terapijski odgovor na liječenje, stoga se danas u svijetu i dalje traži za novim i još učinkovitijim lijekovima.

* navedena imena su generička, za tvorničko ime pitajte liječnika ili ljekarnika

26.

Kako izgleda suvremena

terapija shizofrenije?

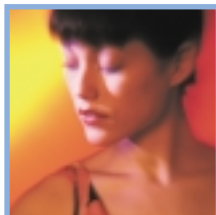
Na temelju međunarodnog psihijatrijskog konsensusa lijekovi prvog izbora danas su antipsihotici druge generacije. Preporuča se dati prednost ovim antipsihoticima zbog toga što imaju znatno širi spektar djelovanja na pozitivne, negativne, kognitivne i afektivne simptome. Uz to izazivaju manje nuspojave pa na taj način mogu utjecati na povećanje suradljivosti u liječenju, a time i na povoljniji ishod liječenja. Osobito treba dati prednost novim antipsihoticima kao prvoj liniji izbora u sljedećim situacijama:

- u liječenju prve epizode bolesti (mlađi bolesnici), kako zbog povoljnijeg djelovanja, tako i zbog toga što izazivaju manje nuspojave čime se može izbjeći prekidanje liječenja zbog nuspojave i povećati suradljivost bolesnika,
- u liječenju do tada farmakoterapijski rezistentne bolesti uz primjenu antipsihotika prve generacije,
- u bolesnika koji uz primjenu antipsihotika pate od neprihvatljivih nuspojave.

Izbor i doza lijeka je individualna za svakog bolesnika i određuje je psihijatar na temelju detaljno uzete anamneze i procjene psihičkog stanja pacijenta.

Za procjenu izbora lijeka, kada nije riječ o prvoj epizodi bolesti, važni su podaci o lijekovima koji su prije korišteni.

Stoga bolesnik treba čuvati medicinsku dokumentaciju i izvijestiti liječnika koje je lijekove uzimao, u kojim dozama, kako je na njih reagirao i je li bilo nuspojave.

**27.**

Kako djeluju antipsihotici?

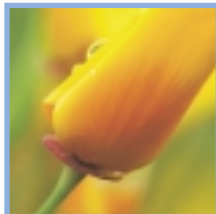
Za liječenje shizofrenije danas su na raspolaganju stari i novi antipsihotici.

Na izbor antipsihotika utječe procjena kliničke situacije i dostupnost antipsihotika na tržištu.

Dobro izabrani antipsihotik za određenog pacijenta je antipsihotik koji u terapijskoj dozi kontrolira psihotične simptome i ne izaziva ili izaziva što manje nuspojave.

Klinički učinak antipsihotika posljedica je njihove antagonističke aktivnosti na neurotransmiterskim receptorima u središnjem živčanom sustavu i to posebno na dopaminske i serotoninske receptore.

Blokadom dopaminskih D2 receptora ublažavaju se pozitivni simptomi shizofrenije, no izazivaju se ekstrapiramidne nuspojave i povećava



se razina prolaktina.

Blokadom serotoninskih 5-HT2 receptora ublažavaju se negativni simptomi shizofrenije, ublažavaju se ili smanjuju ekstrapiramidne nuspojave izazvane blokadom D2 receptora, te se postiže pozitivan učinak na poremećaj spavanja.

Antipsihotici djeluju i na alfa1 adrenergičke receptore (hipotenzija i kompenzatorna tahikardija, uz sedaciju i vrtoglavicu) i na alfa2 adrenergičke receptore (ublažavanje depresivnih simptoma i sedacije).

Svi su se antipsihotici dosad pokazali djelotvornima u liječenju pozitivnih (psihotičnih) simptoma shizofrenije.

Jedina razlika među antipsihoticima je profil nuspojava koji često može biti značajan čimbenik u odluci o izboru ili promjeni određenog antipsihotika.

Stari (tipični) antipsihotici su blokatori dopaminskih D2-receptora. Primijenjeni u ekvipotentnim dozama, imaju podjednak antipsihotički učinak te imaju veću incidenciju neuroloških nuspojava (osobito ekstrapiramidalnih simptoma i tardivne diskinezije). Oko 20% do 40% shizofrenih bolesnika je refrakterni na liječenje tipičnim antipsihoticima, te pokazuju slabiji učinak na ublažavanje negativnih simptoma.

Novi (atipični) antipsihotici imaju puno veći afinitet za serotoninske 5HT2 receptore nego za dopaminske D2 receptore, malu sklonost za izazivanje ekstrapiramidnih nuspojava, tardivnu diskineziju i hiperprolaktinemiju te pokazuju veći afinitet za mezolimbicke dopaminske neurone u odnosu na nizak afinitet za nigrostrijalne dopaminske neurone.

28. *Kada možemo očekivati odgovor na primijenjene lijekove?*



Najkraće vrijeme u kojem očekujemo klinički odgovor na primjenu antipsihotika je 2 do 6 tjedana uz adekvatnu dozu i način primjene. Kod većine bolesnika do poboljšanja dolazi tijekom trećeg ili četvrtog tjedna liječenja. Najbrže se postiže smirivanje akutnih psihomotornih simptoma (nemir, agresivnost) što nastupa za nekoliko dana do tri tjedna.

Sumanute ideje i halucinacije mogu perzistirati i tijekom 6-8 tjedana, odnosno i znatno dulje.

Potrebno je naglasiti da postoje značajne varijacije u kliničkom odgovoru na primjenu različitih skupina antipsihotika.

Antipsihotik bi trebalo primijeniti u najmanjoj dozi kojom se još postiže antipsihotički učinak, jer se time smanjuje učestalost i ozbiljnost nuspojava.

U starijih bolesnika bit će potrebna manja doza lijeka, a treba znati da postoji doza ispod koje antipsihotici ne pokazuju klinički učinak.

29. Koji su neželjeni učinci antipsihotika?

Kao i svi lijekovi, i antipsihotični lijekovi imaju i neželjene učinke. Antipsihotici prve generacije mogu kod nekih bolesnika izazvati neželjene učinke kao što su suha usta, zamućen vid, zatvor, poteškoće mokrenja, vrtoglavica zbog pada tlaka, porast tjelesne težine, poremećaj menstrualnog ciklusa i drugo. Neke od ovih smetnji obično nestanu nakon nekoliko tjedana liječenja.

Drugi neželjeni učinci koje nazivamo *ekstrapiramidalnim nuspojavama* mogu biti nemir u nogama, stalna potreba za kretanjem, ukočenost tijela, drhtanje ruku ili tijela, neki neobični pokreti tijela, nevoljni pokreti očima, osjećaj napetosti mišića, usporenost pokreta. Iako su ove smetnje neugodne, one nisu medicinski opasne i ne trebaju plašiti bolesnika. Nakon primjerenog odgovarajućeg postupka (snižavanje doza, primjena dodatnog lijeka ili promjena antipsihotika) iščezavaju. Neželjeni učinci lijeka ne moraju se javiti u svih bolesnika niti na sve lijekove.

Ako ste primijetili da imate neke od ovih smetnji, recite to odmah svom psihijatru. Nemojte prestati uzimati lijek ili smanjivati dozu na svoju ruku. Ako liječnik ustanovi da je riječ o neželjenim učincima lijeka kojeg uzimate, odlučit će treba li smanjiti dozu lijeka, dodati neki drugi lijek ili izabrati drugi antipsihotik.

Antipsihotici druge generacije ovakve nuspojave izazivaju znatno rjeđe ili ih uopće ne izazivaju.



30. Što su to ekstrapiramidalne nuspojave?

Ekstrapiramidalne nuspojave su poremećaji pokreta izazvani lijekovima - antipsihoticima.

Češće se javljaju uz antipsihotike prve generacije, a znatno rjeđe uz antipsihotike druge generacije.

Mogu se manifestirati kao Parkinsonizam izazvan antipsihoticima, akutna distonija, akatizija i tardivna diskinezija. Parkinsonizam prouzročen antipsihoticima karakterizira tremor (drhtanje ruku, prstiju), zakočenost mišića, prekomjerna čvrstoća i napetost mišića u mirovanju (rigor) i akinezija - slabija spontanost motoričkih aktivnosti (sporost započinjanja i izvođenja pokreta).

Akutna distonija izazvana antipsihoticima je stalno nenormalno držanje ili grč mišića, a može se manifestirati kao nenormalan položaj glave ili vrata u odnosu na tijelo, grč mišića čeljusti, otežano gutanje, devijacija očiju prema gore (okulogirna kriza). Obično se pojavljuje unutar 7 dana od početka uzimanja ili povećanja doze antipsihotika. Akatizija je subjektivni osjećaj nemira i najmanje jedan od sljedećih

pokreta: nervozni pokreti ili ljuljanje nogu dok osoba sjedi, hodanje, cupkanje na mjestu dok osoba stoji, hod gore-dolje, nemogućnost održavanja bilo koje pozicije dulje od nekoliko sekundi. Subjektivne pritužbe uključuju tjeskobu, osjećaj unutarnjeg nemira, najčešće u nogama te poriv da se noge pokreću.

31. Kako spriječiti neželjene

ekstrapiramidalne nuspojave (tremor, distonije, akatiziju) kao posljedicu uzimanja antipsihotika?



Danas je to vrlo jednostavno jer postoje antipsihotici druge generacije koji u principu ne izazivaju takve nuspojave (olanzapin*) ili tek pri većim dozama (risperidon*). Ranije, kad su na tržištu bili prisutni samo antipsihotici prve generacije te su se nuspojave mogle smanjiti smanjenjem doze lijeka, što baš nije bila jednostavna procedura jer je mogla uzrokovati pogoršanje osnovne bolesti. Stoga su se u terapiju uvodili dodatni lijekovi koji su smanjivali ekstrapiramidalne nuspojave. Naime, treba znati zašto te nuspojave nastaju. Antipsihotici prve generacije blokiraju dopaminske receptore u moždanim putovima koji su odgovorni za finu kontrolu pokreta (ekstrapiramidalni sustav), a gdje je za dobru kontrolu pokreta važna ravnoteža funkcije dopamina i acetilkolina. Blokada dopaminskih receptora uzrokuje pojačanu kolinergičku aktivnost, pa dodavanje lijekova koji smanjuju tu aktivnost (antikolinergici, npr. biperiden*) uspostavlja narušenu ravnotežu dvaju neurotransmiterskih sustava i smanjuje ili sasvim rješava nuspojave.

Osim antikolinergika, u terapiji akutne ekstrapiramidalne nuspojave možemo koristiti i lijekove iz nekih drugih farmakoloških skupina, npr. benzodiazepine, antihistaminike, beta-blokatore ili dopaminske agoniste (lijekove koji oponašaju djelovanje dopamina).

** navedena imena su generička, za tvorničko ime pitajte liječnika ili ljekarnika*

32. Zašto shizofreni bolesnici

dobivaju u terapiji lijek biperiden*?

Ekstrapiramidalne nuspojave znatno ometaju bolesnicima svakodnevnu aktivnost i u dobroj su mjeri razlogom odbijanja uzimanja terapije, stoga je vrlo važno bolesnika poštediti tih nuspojava. To je razlog zašto bolesnici uz antipsihotike prve generacije (rijetko druge generacije) primaju i biperiden*. Profilaktička primjena

antikolinergika ne preporuča se u rutinskoj praksi već tada, kada su izražene ekstrapiramidne nuspojave (posebice djeca, mladi ljudi) jer mogu uzrokovati neželjene autonomne nuspojave - dovesti do oštećenja pamćenja, uzrokovati akutnu intoksikaciju te mogu biti zloupotrijebljeni zbog svojih euforičnih karakteristika. Spomenute nuspojave mogu se povući, reducirati ili prevenirati. Odluka o primjeni antikolinergika donosi se zasebno u svakom pojedinačnom slučaju. Od koristi za donošenje odluke mogu biti: postojanje podatka od ranije u anamnezi o akutnim ekstrapiramidnim nuspojavama; preferiranje profilaktičke medikacije od strane liječnika ili pacijenta: ili kod onih kod kojih će nuspojave dovesti do nesuradnje u liječenju visokopotentnim antipsihoticima. Liječenje antikolinergicima treba reevaluirati nakon akutne faze liječenja i svaki put kod promjene doze antipsihotika.

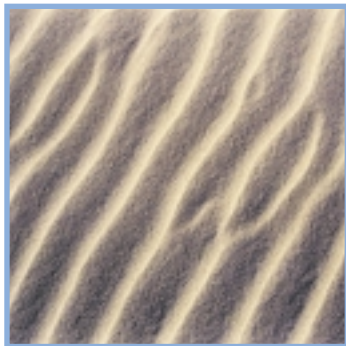
** navedeno ime je generički naziv, za tvorničko ime pitajte liječnika ili ljekarnika*

33. Što je to tardivna diskinezija?

Tardivna diskinezija je dugotrajna i ozbiljnija smetnja koja se može pojaviti nakon dugotrajne (nekoliko godina) primjene antipsihotika. Ne mora se pojaviti kod svih bolesnika, čak ni nakon višegodišnjeg uzimanja antipsihotika. Tardivna diskinezija počinje s malim crvolikim nevoljnim pokretima jezika, tikovima lica, nenormalnim pokretima žvakanja i mišića lica. Simptomi se mogu dalje razviti kao nevoljni pokreti jezika, pravljenje grimasa, pucketanje ustima, pućenje usana, mljackanje, žvakanje i pokreti sisanja. Mogu se pojaviti i nevoljni pokreti ruku, nogu, vrata i ramena. Ako primijetite ove simptome, javite se vašem liječniku psihijatru koji će u liječenje uvesti drugi lijek.

Budući da se neželjeni, crvoliki pokreti jezika javljaju kao prvi znak tardivne diskinezije, to je važno da se pri redovitim kontrolnim pregledima bolesnika obrati pozornost na javljanje tog znaka, jer se pretpostavlja da se u ranoj fazi javljanja može izbjeći dalja progresija te potencijalne invalidirajuće nuspojave.

Rizik razvijanja tardivne diskinezije tijekom jednogodišnje primjene antipsihotika prve generacije za mlađe osobe iznosi oko 5%, za starije 25%, a pri korištenju antipsihotika druge generacije za mlađe osobe rizik je oko 0,5% i za starije osobe oko 2,5%. I ovi podaci uvjerljivo govore u prilog korištenja nove, druge generacije antipsihotika.



34. Kada i kako mijenjati

antipsihotik?

Ukoliko nema zadovoljavajućeg odgovora na izabrani antipsihotik koji smo primijenili tijekom dovoljno dugog vremena (oko 6 tjedana), ukoliko je odgovor djelomičan ili ako nije korištena maksimalna terapijska doza, doza se može prilagoditi. Odluku o promjeni antipsihotika donosimo kada izabrani antipsihotik ne djeluje zadovoljavajuće na pozitivne (psihotične) simptome, negativne simptome ili kada izaziva netolerirajuće nuspojave.

Prije donošenja odluke o promjeni antipsihotične terapije potrebno je razmisliti

- 1) da li pacijent surađuje (uzima lijek);
- 2) je li liječen prema pravilima adekvatnog terapijskog pokušaja;
- 3) ima li nuspojave koje se mogu otkloniti dodatnim liječenjem.

Antipsihotici relativno često izazivaju neželjene nuspojave koje mogu znatno kompromitirati pozitivne rezultate liječenja i nepovoljno djelovati na suradnju pacijenta. Stoga je izbor intervencije na pojavu nuspojava izuzetno važan za uspješnost ishoda liječenja.

Psihijatar treba svoju intervenciju bazirati prema onoj intervenciji koja će maksimalno održati suradnju pacijenta u liječenju.

35. Što je to terapija održavanja,

a što su depot pripravci lijeka?



Terapija održavanja kod shizofrenih bolesnika važna je za smanjenje rizika ponovne pojave bolesti. Kada nakon primijenjenog liječenja jednim izabranim antipsihotikom dođe do povoljnog odgovora, prelazi se na terapiju održavanja. Preporuča se primjena iste doze s kojom je postignuto poboljšanje u trajanju od 6 mjeseci. Nakon toga preporuča se snižavanje doze svakih 6 tjedana za 10% doze ili postupno u intervalima od 2 do 4 tjedna tijekom perioda od nekoliko mjeseci prema najnižoj efikasnoj dozi.

Terapijske doze u fazi održavanja su niže u odnosu na akutnu fazu.

Depot preparati su esteri aktivnog lijeka u obliku uljne otopine. Radi se o antipsihoticima (zasad samo starim flufenazin*, haloperidol*) koji se primjenjuju intramuskularno (injekcije) u redovitim intervalima svaka tri ili četiri tjedna u dozama od 25 - 50 mg. Spomenuta forma antipsihotika omogućava postupno, sporo otpuštanje aktivne supstance i njeno dulje (prolongirano) djelovanje. Depot preparati imaju prednosti pred oralnom terapijom u slučajevima kada bolesnik ne surađuje u liječenju, kada je zaboravljiv ili zbog nekog drugog razloga nije u stanju redovito uzimati propisanu terapiju.

* navedena imena su generička, za tvorničko ime pitajte liječnika ili ljekarnika

36.

Koliko dugo je potrebno

uzimati lijekove?

Nužno je redovito uzimati lijekove u akutnoj fazi bolesti i fazi stabilizacije bolesti čak i kada više nema izraženih simptoma bolesti. **Redovito uzimanje lijekova može znatno smanjiti rizik ponovne pojave bolesti.** Uz redovito uzimanje lijekova, kad se i pojavi sljedeća epizoda, ona se pojavljuje kasnije, traje kraće ili su simptomi blaži.

Incidencija recidiva bolesti u shizofrenih bolesnika tijekom 12 mjeseci je 65-80% ako ne primaju terapiju antipsihoticima, u usporedbi sa oko 25% bolesnika koji redovito uzimaju antipsihotike. Ukoliko se radi o prvoj psihotičnoj epizodi, a bolesnikovo stanje je stabilno tijekom 9 -12 mjeseci, terapija održavanja može se smanjiti, a trebala bi trajati najmanje godinu dana. Nakon druge psihotične epizode terapija održavanja trebala bi trajati 5 godina. Ako ste pak imali više epizoda bolesti ili su epizode česte sa nezadovoljavajućim oporavkom između epizoda, preporuča se dugotrajno pa i doživotno uzimanje antipsihotika. Moguće je da psihijatar u dogovoru s Vama preporuči prekid uzimanja terapije. To se može pokušati nakon prve epizode bolesti kada najmanje jednu godinu nemate više znakova bolesti.

Odluku o prekidu terapije nikad ne donosite sami, o tome razgovarajte sa svojim psihijatrom.

**37.**

Što je to terapijska rezistencija

i postoje li druge metode liječenja osim liječenja lijekovima?

Refrakternost (rezistentnost) na terapiju definira se kao neuspjeh postizanja prihvatljive remisije simptoma (stabilizacije stanja) u bolesnika koji su liječeni sa dva stara antipsihotika iz različitih grupa u adekvatnoj dozi i trajanju terapije. Različiti činitelji mogu utjecati na bolesnikov odgovor na liječenje antipsihoticima, stoga treba razmotriti sljedeće: prvo je potrebno isključiti nesuradljivost bolesnika, odnosno ne uzimanje lijeka. Drugi činitelji na koje treba misliti su bioraspoloživost antipsihotika tj. (terapijski prozor) različiti odgovori na manje ili veće doze lijeka (neki bolesnici pokazuju poboljšanje kada im se smanji doza lijeka). Treba spomenuti da su sa slabijim terapijskim odgovorom na antipsihotike povezani npr. istodobna zlouporaba alkohola ili poremećaji osobnosti.

Nakon neuspjeha terapije antipsihoticima, preporuča se liječenje klozapinom* (također spada u skupinu novih antipsihotika), ali zbog mogućih nuspojava (agranulocitoze) potrebno je redovito praćenje bijele krvne slike.



Elektrostimulativna terapija (EST)

U liječenju shizofrenih bolesnika koji su rezistentni na antipsihotike moguće je i liječenje elektrostimulativnom terapijom, ranije nazivanom elektrošok ili elektrokonvulzivnom terapijom. Budući da su oba ranija naziva i netočna (nema ni izazivanja šokova ni konvulzija) i poprimila su zastrašujuću konotaciju za bolesnike, mi već nekoliko godina zagovaramo i rabimo naziv *elektrostimulativna terapija*.

Elektrostimulativna terapija je vrlo uspješna, sigurna, dugo godina primjenjivana terapija u liječenju shizofrenih bolesnika kod kojih je dokazana terapijska rezistencija i nalaze se u ranoj fazi akutnog pogoršanja, kod kojih dominira afektivna ili katatona simptomatika ili iskazuju izrazito suicidalno ponašanje. Preporuča se od 8 - 12 tretmana uz mogućnost kombinacija sa psihofarmacima.

38. Izazivaju li antipsihotici

ovisnost?

Antipsihotici **ne** izazivaju ovisnost, ne truju bolesnika, ne kontroliraju mozak, mišljenje i ponašanje, nego pomažu bolesniku da sredi svoje misli koje su često konfuzne, pomažu bolesniku da realnije doživljava svoju okolinu i kontrolira svoje ponašanje. Neki puta bolesnici koji ne prihvaćaju terapiju, to odbijanje terapije opravdavaju tobožnjim strahom od stvaranja ovisnosti od antipsihotičkih lijekova. Stoga je vrlo važno, već na samom početku liječenja naglasiti kako su antipsihotici lijekovi koji nemaju ni najmanju mogućnost izazivanja ovisnosti kako bi bolesnik lakše prihvatio ideju trajnijeg uzimanja lijeka.

39. Mogu li se lijekovi uzimati za

vrijeme trudnoće i dojenja?



Liječenje antipsihoticima bi trebalo izbjegavati za vrijeme trudnoće, osobito u prvom tromjesečju. Ako je potrebno liječenje trudnica, preporuča se primjena visokopotentnih antipsihotika. Većina antipsihotika izlučuje se u majčinom mlijeku stoga se ne preporuča dojenje tijekom liječenja antipsihoticima. Nema nikakvih posebnih podataka da bi antipsihotici prve generacije mogli izazivati fetalne abnormalnosti, no opreza nikad dosta. Treba reći da se manje fetalne abnormalnosti mogu javiti i tijekom normalne trudnoće, a kad bi se istodobno uzimao i lijek sigurno bi se to pripisalo učinku

lijeka. Međutim, ponekad se i tijekom trudnoće moramo odlučiti za primjenu antipsihotika jer puno više štete i za majku i za dijete može nastati ako se ne intervenira pravovremeno. U tim slučajevima potrebna je klinička mudrost da se pravilno odvagne odnos rizika i koristi i da se donese najbolja odluka.

40. Razlikuje li se primjena

antipsihotika u starijih bolesnika?

Pri primjeni antipsihotika u bolesnika starijih od 65 godina treba obratiti pozornost na promjene u apsorpciji i izlučivanju lijeka, kao posljedica fizioloških osobina starijih ljudi. Liječenje treba započeti vrlo malim dozama i postupno ih povećavati ovisno o podnošljivosti i postignutom učinku, a za očekivati je da će klinički učinak biti postignut primjenom relativno manjih doza antipsihotika u odnosu na one koje rabimo u mlađih dobnih skupina.



41. Mogu li se uz lijekove za

liječenje shizofrenije uzimati drugi lijekovi?

Prema procjeni psihijatra u slučajevima kada su psihotični simptomi dobro kontrolirani uz antipsihotike mogu se primjenjivati i neki drugi lijekovi, npr. lijekovi kojima smanjujemo unutarnji nemir, napetost i anksioznost (anksiolitici), lijekovi kojima reguliramo i poboljšavamo san (hipnotici) te lijekovi kojima poboljšavamo raspoloženje (antidepresivi).

42. Kakva je uloga psihosocijalnog

liječenja i rehabilitacije?

Osim farmakološkog liječenja, važni su i drugi oblici liječenja (psihosocijalne metode, rehabilitacija) i oni se međusobno nadopunjuju. Mnogi bolesnici, osobito nakon akutne faze bolesti imaju poteškoće u uspostavljanju i održavanju međuljudskih odnosa, stoga su drugi oblici liječenja (rehabilitacija, edukacija, psihoterapija, grupe samopomoći) važni i u toku akutne epizode, a još više nakon oporavka od akutnih simptoma bolesti.



43. Pomaže li psihoterapija u liječenju shizofrenije?

Psihoterapija može pomoći bolesniku da dosegne maksimalno moguće socijalno funkcioniranje u odnosu na njegove realne kapacitete. Preporučuje se **suportivna psihoterapija** koja je više orijentirana na realne probleme u sadašnjosti. Od osobite je važnosti edukacija bolesnika o bolesti. Uspješna socijalna prilagodba može djelovati na smanjenje rizika ponovne pojave bolesti. Uz pomoć psihoterapije pacijent može naučiti lakše živjeti sa svojom bolešću, steći socijalne vještine, poboljšati međuljudske odnose, smanjiti socijalnu izolaciju i općenito poboljšati svoju kvalitetu života. U psihoterapijskom procesu bolesnici postupno uče sve bolje razumijevati sebe i svoje probleme, razlikovati stvarno od nestvarnog. Psihoterapija nije zamjena za farmakoterapiju, ali uspješno nadopunjuje farmakoterapiju koja je temelj liječenja shizofrenije.

44. Kada i kako provoditi rehabilitaciju shizofrenih bolesnika?

U fazi stabilizacije važne su rehabilitacijske metode i psihoterapija koje znatno mogu utjecati na smanjenje ovih simptoma ili pak naučiti bolesnika da s njima lakše živi. Rehabilitacija uključuje nemedicinske metode s naglaskom na vježbanju socijalnih i radnih vještina. Cilj rehabilitacije je pomoći osobi da poboljša radne i socijalne vještine neophodne za rad i život izvan zaštićene bolničke sredine. Važno i obvezno je u rehabilitacijski proces uključiti obitelj bolesnika, te njegovu bližu i širu društvenu okolinu. Pitaajte Vašeg liječnika ili se raspitajte sami za rehabilitacijske programe na području gdje živite.



III.

Stigma

45. Što je to stigma?

Stigma znači negativno obilježavanje osobe samo zato što ima dijagnozu psihičke bolesti, a najčešće se to odnosi na shizofreniju. Ona je povezana s predrasudama, tj. negativnim stavovima koji su utemeljeni na pogrešnim činjenicama da se shizofrenija ne može liječiti.

Stigma je, u načelu, uzrokovana kombinacijom neznanja i straha, što je podloga stvaranju ukorijenjenih mitova i predrasuda. Gledajući povijesno, shizofrenija je kao bolest ostala za javnost jedno od rijetkih medicinskih područja uz čiji se spomen vezuje osjećaj nelagode, straha, predrasuda i izbjegavajućeg ponašanja.

Kombinacija teške psihičke bolesti, diskriminacije i stigmatiziranosti može biti pogubna za psihičke bolesnike i kroz povijest je igrala veliku ulogu u njihovoj emocionalnoj i socijalnoj izoliranosti od drugih ljudi te produblivanju njihovih patnji. Česta posljedica stigme jest diskriminacija koja spada u tešku povredu osnovnih ljudskih prava. Psihički bolesnici se često i neopravdano doživljavaju kao opasni, nesposobni i neodgovorni što uzrokuje njihovu izolaciju, beskućništvo i ekonomsko propadanje. Time se uvelike smanjuju mogućnosti za normalan život, rad, liječenje, rehabilitaciju i povratak u društvenu zajednicu.

Zbog diskriminacije, osoba s psihičkim poteškoćama se često socijalno izolira i osamljuje te se osjeća neshvaćenom. Srećom, postoje pokazatelji kako se diskriminacija smanjuje u pojedinim društvima. Tomu pridonosi tolerancija i razumijevanje koji zamjenjuju predrasude i stigmatizaciju.

Također, mediji su ti koji često povezuju psihičke bolesnike i sklonost kriminalnim djelima, iako se dobro zna da ne postoji signifikantna povezanost. No ta se činjenica prešućuje, a sve u cilju poboljšanja marketinške dobiti koja je bazirana na bombastičnosti i pikantnim naslovima.



Predrasude prema psihičkim bolesnicima

Predrasude prema psihičkim bolesnicima raširene su u javnosti. Osobe s psihičkim poremećajima često se potpuno neopravdano smatraju opasnim i neodgovornim, a psihički se poremećaj često tumači kao karakterna slabost. Usljed neznanja, ustanove za liječenje psihičkih bolesnika često se smatraju represivnim, a samo liječenje kao nešto neuspješno.

U vremenu kada se hrvatska psihijatrija suočava s reorganizacijom sustava zdravstvene zaštite i prijelazom iz institucionalne u organizaciju po tipu psihijatrije u zajednici, razvijaju se programi podrške za pacijente i njihove obitelji s ciljem poboljšanja zdravstvene skrbi i što boljom reintegracijom pacijenata u zajednicu.



46. Što nas čeka u budućnosti u borbi protiv stigme?

Prema dosad objavljenim rezultatima istraživanja Svjetske psihijatrijske organizacije poznato je da posljedice stigme i negativnih i diskriminirajućih stavova društvene zajednice prema psihijatrijskim bolesnicima stvaraju značajne poteškoće u liječenju takvih bolesnika, tijekom njihove bolesti i prihvatanju u društvu.

Smanjenje stigmatizacije i negativnog stava prema psihijatrijskim bolesnicima u društvu, neobično je važno. Time se postiže niz značajnih poboljšanja, kao što su bolje prepoznavanje, ranije postavljanje dijagnoze i učinkovitije liječenje psihičkih bolesnika. Smanjuje se broj bolnički liječenih bolesnika i trajanje bolničkog

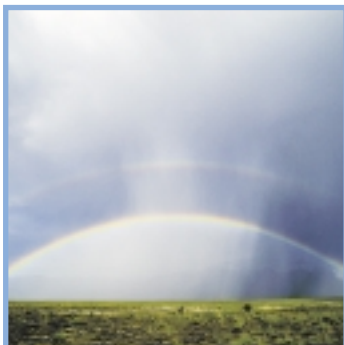
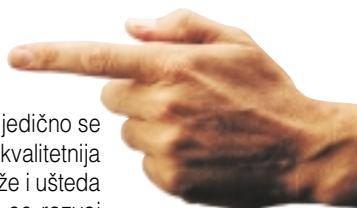
liječenja, a ostvaruje se i ušteda u potrošnji lijekova. Posljedično se osigurava bolje funkcioniranje obitelji bolesnika te brža i kvalitetnija reintegracija psihičkih bolesnika u zajednici. Tako se postiže i ušteda sredstava cjelokupne društvene zajednice i ostvaruje se razvoj suvremenog sustava zaštite mentalnog zdravlja.

Uvidjevši veliki značaj ove problematike za razvoj modernog društva, Svjetska psihijatrijska organizacija (WPA) 1996. godine pokreće **globalni program zaštite oboljelih od shizofrenije i drugih psihičkih bolesti**, boreći se protiv stigmatizirajućih stavova i diskriminacije opće društvene zajednice. Na razvoju spomenute ideje svakodnevno rade i uključuje se brojna psihijatrijska društva i udruge iz cijelog svijeta. Objavljena su i provedena brojna istraživanja i projekti europskih zemalja (Austrija, Švicarska, Španjolska, Njemačka, Poljska, Slovačka) te zemalja svijeta (Kanada, Indija, Australija, SAD).

Revidirane zajedničke i temeljne točke programa su:

- poboljšanje znanja u javnosti o psihičkim bolestima,
- edukacija i podrška obitelji oboljelih,
- stvaranje međunarodne mreže centara povezanih zajedničkom odrednicom borbe protiv stigme u cilju poboljšanja kvalitete života shizofrenih bolesnika,
- temeljni cilj mreže je poticanje i izmjena znanja i iskustava vezanih uz psihičke bolesnike.

Jedan od temelja dobrog provođenja programa treba biti dobra edukacija javnosti jer je upravo neznanje i neinformiranost temelj stvaranja predrasuda bilo koje vrste. U tom smislu važna je i uloga medija, koji mogu objektivnim iznošenjem činjenica, za razliku od senzacionalističkih naslova i tekstova, značajno pripomoći skidanju stigme vezane uz psihijatriju.



IV.

Moja svakodnevnica

47. Smiju li shizofrene osobe

pušiti?



Shizofrenim osobama savjetuje se da ne puše, kao i svim drugim osobama jer pušenje šteti zdravlju svake osobe, a štetnost se povećava porastom količine uzetih cigareta.

48. Smiju li shizofrene osobe

piti alkohol?



Kao i kod cigareta, savjetuje se izbjegavanje uzimanja većih količina alkohola. Uzimanje manjih količina alkohola (1 čaša vina dnevno), ukoliko je to odobrio liječnik (ovisno o terapiji koju osoba prima i općem tjelesnom stanju), nije zabranjeno ni kod shizofrenih osoba.

49. Smiju li se shizofrene osobe

baviti planinarenjem?

Bavljenje tzv. mirnim sportovima, kao što su rekreacijsko planinarenje, savjetuje se osobama koje boluju od shizofrenije jer uz to što je to jedan od zdravih načina življenja to je i prilika za socijalizaciju i druženje.

50. Smiju li se shizofrene osobe

baviti alpinizmom i rizičnim sportovima?



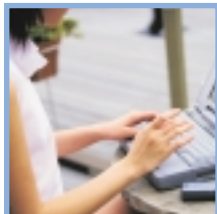
Shizofrenim osobama ne savjetuje se bavljenje rizičnim sportovima jer oni iziskuju potpuno psihofizičko zdravlje, pojačan psihofizički napor i naporene treninge za koje shizofrene osobe nisu spremne.

51. Mogu li shizofrene osobe biti dobri prijatelji?

Da, shizofrene osobe također imaju razvijenu emotivnu sferu života i na području prijateljstva one mogu puno dati.

52. Smiju li shizofrene osobe raditi na kompjutoru?

Shizofrene osobe, koje su pod terapijom, mogu se baviti kompjutorima i raditi sve na tom polju kao i zdrave osobe.



53. Smiju li shizofrene osobe posjećivati rock koncerte?

Da, shizofrene osobe mogu kao i svi ostali sudjelovati u javnom i društvenom životu što uključuje i posjećivanje koncerata.

54. Mogu li shizofrene osobe upisivati visoke škole i fakultete?

To ovisi o njihovim mentalnim kapacitetima, jer za shizofrene osobe ne postoje posebna ograničenja glede upisivanja visokih škola i fakulteta. Veliki je broj shizofrenih bolesnika završio uspješno i srednjoškolsko i visokoškolsko obrazovanje, da ne spominjemo i dobitnika Nobelove nagrade koji se godinama ranije liječio od shizofrenije.



I NA KRAJU... DVA PISMA

Ovu knjižicu trebala bi dobiti svaka obitelj koja ima psihički bolesnog člana, prigodom prvog dolaska psihijatru. Liječim se 23 godine, a zadnjih pet bavim se stvaranjem udruge koja se brine za interese psihički bolesnih ljudi. Osnovali smo je po iskustvu sličnih udruga susjednih država. Dakle, uz vlastito iskustvo, skupljao sam podatke s Interneta, čitao dostupne članke i bez obzira na sve to, iz ove brošure naučio sam puno novoga.

Na laicima razumljiv način objašnjena je bolest i sve što se uz nju veže. Činjenice da 20% oboljelih ima mogućnost potpuno ozdraviti, a 70% oboljelih može voditi više-manje normalan život, ako su pod terapijom, jako su me iznenadile. Ekstrapiramidalne nuspojave, tardivna diskinezija i sl., pojmovi su koje često čujemo, no ne znamo što znače, ovdje su nam razumljivo objašnjeni. Svaku nuspojavu treba reći svom liječniku, kako bi se na vrijeme uklonila.

"Smiju li psihički bolesni ljudi imati djecu?" - pitanje je u knjižici naročito dobro razrađeno, kao i pitanje o bavljenju rizičnim sportovima. I na kraju, na dvojbu "Mogu li shizofrene osobe upisivati visoke škole i fakultete?" dobivamo odgovor da to ovisi jedino o njihovim mentalnim mogućnostima! Jedan je psihički bolesnik nakon što je obolio postao Nobelovac!

Na pristupačan način objašnjeno je kako se shizofrenija liječi i što lijekovi rade u našem mozgu. Čovjek shvati zašto treba piti lijekove i da to u stvari nije ništa strašno, naprotiv, oni nam stvarno pomažu.

Stigma je posljedica neznanja, krivog prikazivanja bolesti u popularnim filmovima koji nemaju nikakve veze sa stvarnošću.

Knjižica nam nudi cjelovit prikaz bolesti sa različitih gledišta i daje dobra, jednostavna objašnjenja, razumljiva svakome.

Lijepo je znati da ovako nešto postoji na hrvatskom jeziku!

Igor Erber, udruga "Sjaj"

Pred nama je jedna od rijetkih brošura o shizofreniji objavljenih na hrvatskom jeziku. Mnoštvo vrijednih informacija koje ju ispunjavaju namijenjene su oboljelima i onima koji se brinu o njima, a najčešće je to sama obitelj.

Pozitivan tijek bolesti moguće je potaknuti edukacijom oboljelih i, posebice, njihovih obitelji. Kako su osobe oboljele od shizofrenije vrlo osjetljive na događanja koja ih okružuju, i kako terapije lijekovima nisu uvijek dostatne, potrebno je obratiti veliku pažnju obiteljskom životu i njihovoj svakodnevnicu u društvu. Rješavanje svakodnevnih malih životnih problema, neprestani usponi i padovi, uvelike pogađaju oboljele. Čak i male izmjene u uobičajenim dnevnim poslovima, selidba u drugi stan, suočavanje s ispitom na fakultetu, mogu prouzročiti novi napad bolesti. Život s osobom koja boluje od shizofrenije počesto može biti iznimno težak. Oboljeli kao da živi u svom svijetu, čudno razgovara sam sa sobom, cijeli dan leži u krevetu i ponekad troši sate i sate kako bi obavio neki posao, ne održava higijenu. Mnoge obitelji gube strpljenje, dok su druge, pak, stalno zabrinute. Uvjereni su kako oboljeli član ne može nigdje i niti u čemu biti samostalan, strepe nad njim u svakom trenutku, boje se njegovih postupaka. Zabrinuti su što će biti s oboljelim nakon što njih više neće biti.

Sve su to uobičajena osjećanja koja obitelj ima, no međutim, nimalo ne pomažu oboljelom. Stalna kritika i odbacivanje u oboljelog mogu izazvati veliku tugu i pogoršanje bolesti.

Udruga obitelji i prijatelja DUGA pomaže svim članovima da steknu vještine u što boljem snalaženju s bolešću, kako zabrinutost i kritiziranje promijeniti u pokazivanje toplih osjećaja koji oboljelom pomažu da se njegovo stanje poboljša.

DUGA pomaže obiteljima da iskoriste svoje unutarnje snage i da, unatoč teškoj duševnoj bolesti njenog člana, vode kvalitetan život.

Zora Cazi Gotovac, voditeljica udruge "Duga"

Informacija o DUGI:

Adresa: Zagreb, Ksaver 200

(prostorije MZ "Gupčeva zvijezda")

e-mail : duga@ring.net

telefon: 01 46 78 426

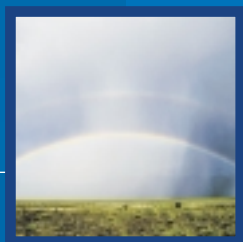
Sastanci obitelji: svaki četvrtak u 19 h



otvorite zdravu stranicu

 PLIVA zdravlje.hr

zdravstveni internet portal
www.plivazdravlje.hr



Dragi čitatelji,

nadamo se da smo Vam ovom brošurom pomogli pronaći odgovore na barem neka od Vaših pitanja.

Kako bismo Vam na odgovarajući način i dalje što uspješnije pružali podršku, pozivamo Vas da nam pomognete svojim prijedlozima i komentarima!

- Je li Vam sadržaj ove brošure bio dovoljno razumljiv?
- Ima li još pitanja na koja biste željeli dobiti odgovor?
- Na koji način želite ubuduće dobivati slične informacije?
- Ostalo...

Vaše komentare i prijedloge možete poslati na sljedeću adresu:

PLIVA d.d.

Ured za razvoj odnosa s korisnikom
Ulica grada Vukovara 49
10000 Zagreb

besplatni info-telefon: 0800-0222

fax. 01/6160 562

e-mail: shizofrenija@plivazdravlje.hr