



Šta je shizofrenija?



Šta je shizofrenija?

Shizofrenija je hronični mentalni poremećaj koji utiče na

RASUĐIVANJE, OPAŽANJE I PONAŠANJE.

Osobe koje pate od shizofrenije imaju “smetnje” u načinu na koji doživljavaju svet i u načinu na koji izražavaju sebe. Često ostavljaju utisak kao da su izgubile dodir sa stvarnošću, što veoma stresno za njih, za članove njihovih porodica i njihove prijatelje.

Osobe obolele od shizofrenije mogu imati poteškoće u razlikovanju stvarnosti od fantazije/imaginacije. Mogu biti zabrinuti da su osobe iz njihovog okruženja u stanju da pročitaju njihove misli ili da tajno planiraju da im naude. Oni mogu i da čuju, vide ili osećaju senzacije koje realno ne postoje. U drugim situacijama, mogu da iskuse poteškoće u razumevanju ili izražavanju emocija. Kako vremenom njihov misaoni proces biva oštećen, mogu imati poteškoća da sa koncentracijom i sa donošenjem odluka. Takođe, mogu da prestanu da uživaju u aktivnostima kojima su im nekad pričinjavale zadovoljstvo.

Ove tegobe imaju ozbiljan uticaj na njihove svakodnevne aktivnosti i odnose.

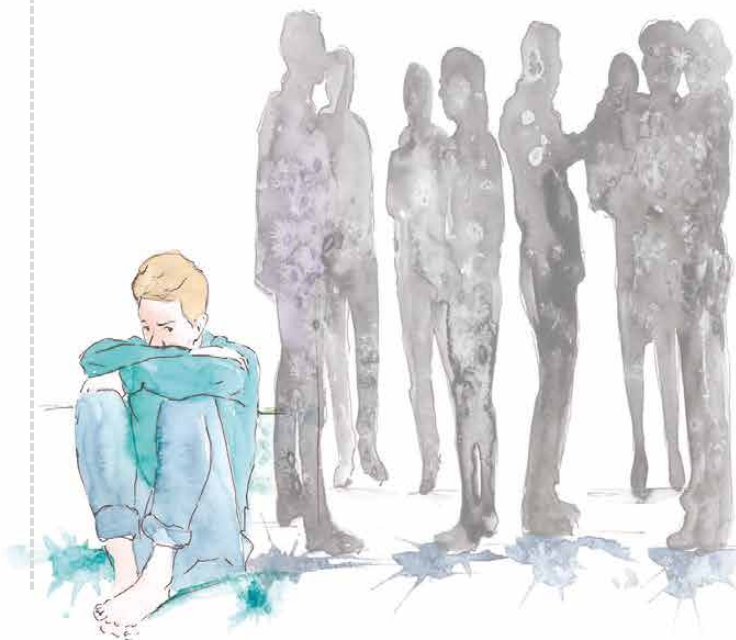
Shizofrenija se sreće ređe od ostalih mentalnih poremećaja i od nje boluje približno

24 MILIONA

ljudi širom sveta, ili

0.32%

svetske populacije. Shizofrenija je podjednako prisutna u svim polovima, rasama, etničkim grupama i slojevima društva.



Kada se javljaju simptomi?

Prvi simptomi shizofrenije tipično se javljaju u kasnim tinejdžerskim godinama pacijenta i u ranim tridesetim godinama. Ovaj poremećaj se jednako često javlja kod žena i muškaraca. Kod muškaraca se simptomi javljaju ranije, u periodu od kasne adolescencije do početka odraslog doba. Kod žena je prisutan veći rizik pojave simptoma u kasnim **20-tim** ili ranim **30-tim** godinama. Ovaj poremećaj može se javiti i između **45. i 50** godine.

Zbog širokog spektra manifestacija,

SHIZOFRENIJA JE JEDAN OD



NAJSLOŽENIJIH MENTALNIH POREMEĆAJA.

Iako je shizofrenija hronični poremećaj, može se tretirati lekovima. Pored toga, dugoročno gledano, životi ljudi sa ovim stanjem mogu se značajno poboljšati određenim psihoterapijskim tehnikama i psihosocijalnim tretmanima.



Koji su faktori rizika za nastanak shizofrenije?

U zadnjih nekoliko decenija smo naučili mnogo o shizofreniji.

Međutim, **TAČAN UZROK POREMEĆAJA JE NEPOZNAT.**

Istraživači veruju da se uzrok može sakrivati u interakciji

GENA I FAKTORA OKRUŽENJA

Geni igraju veoma važnu ulogu kada je reč o shizofreniji. Studije pokazuju da su za etiologiju poremećaja značajni poremećaji mnogih različitih gena i da malformacija jednog gena nije uzrok poremećaja. Takođe je jasno da geni nisu direktan uzročnik shizofrenije. Umesto toga, oni doprinose tome da pojedinci budu “ranjiviji” na razvoj ove bolesti.

Postoje dokazi i da genetska predispozicija predstavlja bitan faktor za nastanak bolesti odnosno da ista DNK kao kod osobe koja ima shizofreniju povećava verovatnoću nastanka bolesti. Ako se radi o bliskom



rođaku, rizik postaje **15** puta veći. Ali, ako je taj rođak identični blizanac, rizik se povećava na oko **50%**.

Razvojni i faktori sredine uključuju siromaštvo, stres, viruse, toksine, probleme sa ishranom pre rođenja, kao i komplikacije u trudnoći i prilikom rođenja. Život u gusto



naseljenom području, porodično okruženje sa zlostavljanjem i traumama, niska inteligencija i uznemirujuća proživljena iskustva siledžijskog ponašanja u detinjstvu mogu, takođe, predstavljati faktore rizika.

Adolescencija se smatra prekretnicom u razvoju shizofrenije. Tokom ovog perioda razvoja tela, mozak prolazi kroz niz

promena. U slučaju vulnerabilnijih osoba, ove promene mogu dovesti do psihotičnih epizoda.



Zloupotreba psihoaktivnih supstanci

se takođe prepoznaje kao faktor rizika za razvoj shizofrenije, posebno u adolescentskom uzrastu. Na primer, čini se da kanabis, u kombinaciji sa ostalim faktorima rizika koji su pomenuti gore, direktno doprinosi razvoju poremećaja.



Kako shizofrenija utiče na mozak?

Shizofrenija se ispoljava kroz niz simptoma. Kako bismo razumeli ove simptome, prvo moramo da sagledamo šta se dešava u mozgu osobe koja pati od ovog poremećaja. Istraživanje je pokazalo da kod osoba koje boluju od shizofrenije moždane ćelije funkcionišu i međusobno komuniciraju na drugačiji način.

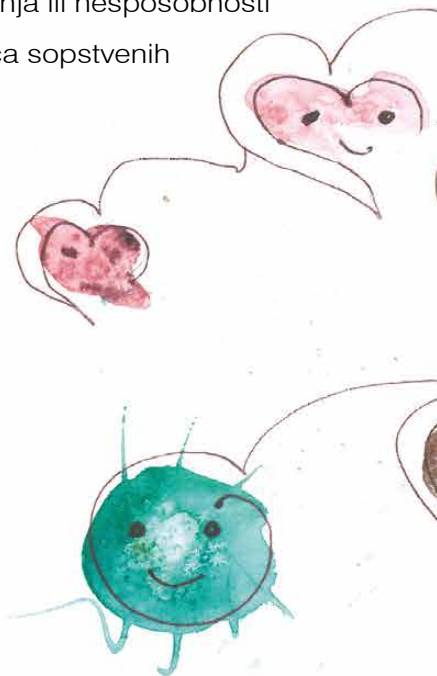
Uloga neurotransmitera

Neurotransmiteri su hemijski glasnici koji prenose informacije između moždanih ćelija. Postojanje previše ili premalo ovih glasnika utiče na to kako mozak funkcioniše.

Jedan od najčešće proučavanih neurotransmitera kod shizofrenije je **DOPAMIN**. **DOPAMIN** koji se se naziva i neurotransmiter „dobrog osećanja“, ima važnu ulogu u razmišljanju, percepciji i motivaciji. Kod shizofrenije, prevelika količina **DOPAMINA** u nekim delovima mozga može dovesti do nastanka halucinacija ili

sumanutih ideja. Na drugoj strani, premalo **DOPAMINA** u drugim delovima mozga može predstavljati razlog nedostatka motivacije i energije koji je tipičan za ove pacijente. Ostali neurotransmiteri, kao što su GABA 🖐️, glutamat 🖐️ i serotonin 🖐️ (koji se naziva i „hormon sreće“) mogu takođe imati važnu ulogu.

Ove promene mogu da objasne simptome kao što su problem sa pamćenjem, problemi sa prebacivanjem sa zadatka na zadatak ili osećaj rasejanosti. Oni takođe mogu biti uzrok lošeg rasuđivanja ili nesposobnosti predviđenja posledica sopstvenih postupaka.



“Mreža podrazumevanog režima”

Neka područja u našem mozgu postaju aktivna kada pustimo svoje misli da slobodno teku. To nam omogućava da sanjarimo i procesuiramo naše misli i sećanja.

Naučnici ovo nazivaju „podrazumevani režim“, a oblasti mozga koje su uključene „mreža podrazumevanog režima“.

Kod osoba koje boluju od shizofrenije

OVA PODRUČJA SU SKORO STALNO U PREKOMERNO AKTIVNOM STANJU

što može da remeti pažnju pacijenta kao i sposobnost upamćivanja novih informacija.



Pozitivni simptomi



Koji su simptomi shizofrenije?

Postoji nekoliko glavnih kategorija simptoma: pozitivni, negativni, kognitivni i afektivni.

1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi (koji se često nazivaju i „psihotični simptomi“) su misli i ponašanja kakvi se ne sreću kod drugih ljudi. Moguće je ispoljavanje više simptoma odjednom.

To obuhvata:

- **HALUCINACIJE**: osobe čuju, vide ili osećaju stvari koje nisu stvarne i koje drugi ne primećuju. Pacijenti mogu čuti zvuk, muziku, šapat ili glasove, videte razne predmete, bljeskove ili lica drugih ljudi, a mogu i osetiti teksture predmeta, ukusa ili mirisa stvari. Najčešće halucinacije uključuju zvučne halucinacije u vidu glasova koji komentarišu pacijenta i njegovo ponašanje, obično u formi dijaloga, često u vidu kritika ili pretnji. Ovi glasovi mogu pacijentu govoriti da čini stvari koje inače ne bi činio.
- **SUMANUTE IDEJE**: su pogrešna uverenja, nastala na bolesnoj osnovi, koja druge osobe ne dele, gotovo ih

nemoguće korigovati i vrlo često mogu delovati bizarno. Pacijenti koji boluju od shizofrenije često veruju da su žrtve progona ili špijuniranja. U drugim situacijama, oni veruju da su druge osobe u stanju da pročitaju njihove misli ili da imaju posebne moći ili sposobnosti. Moguće je ispoljavanje nekoliko vrsta sumanutih ideja istovremeno.

- **DEZORGANIZACIJA MISLI I GOVORA**: obuhvataju konfuzan, haotičan, dezorganizovan govor i protok misli. Pacijenti dok govore često zastaju usred rečenice. Nekada mogu i da sastavljaju reči bez ikakvog logičkog značenja, da govore o stvarima koje nisu povezane sa temom ili da skaču sa jedne na drugu ideju. Na taj način, njihov govor može biti težak za razumevanje.
- **BIZARNI OBLICI PONAŠANJA** mogu se manifestovati u više oblika, od dečje nezrelosti do neočekivane uzbuđenosti. U drugim situacijama, pacijent se može naći u bizarnom telesnom položaju ili se prekomerno pokretati. On/ona se takođe može opirati instrukcijama, ili pokazivati odsustvo bilo kakvog odgovora.

Negativni simptomi

2. Negativni simptomi

Negativni simptomi obuhvataju misli i ponašanja koje shizofrenija umanjuje ili skoro potpuno suzbija, poput motivacije ili sposobnosti izražavanja emocija. U terapijskom smislu teže ih je tretirati u odnosu na pozitivne.

Negativni simptomi uključuju:

- **SMANJENO ISPOLJAVANJE OSEĆANJA** (koje se naziva i **“ZARAVNJENI AFEKT”** 🖐️): utiče na govor, facijalne ekspresije, pa čak i pokrete. Govor osobe postaje jednoznačan, sa tupim, monotonim glasom dok se na licu pacijenta neretko javlja potpuno odsustvo pokazivanja emocija i često izbegavanje kontakta očima sa sagovornikom.
- **SMANJENA SPOSOBNOST GOVORA** (naziva se i **“ALOGIJA”**): moć govora se smanjuje i govor postaje veoma siromašan. Odgovori pitanja se često daju sa produženom latencom, sa kratkim rečenicama ili u jednoj reči. To ostavlja utisak unutrašnje praznine.

• SMANJENA SPOSOBNOST POSTIZANJA ZADOVOLJSTVA

(naziva se **“ANHEDONIJA”**): niska zainteresovanost ili odsustvo interesa za aktivnosti koje su osobi nekad pričinjavale zadovoljstvo. Ove aktivnosti uključuju slušanje muzike, baštovanstvo i čak uzimanje hrane. Mogu biti pogođena i osećanja prema drugim osobama.

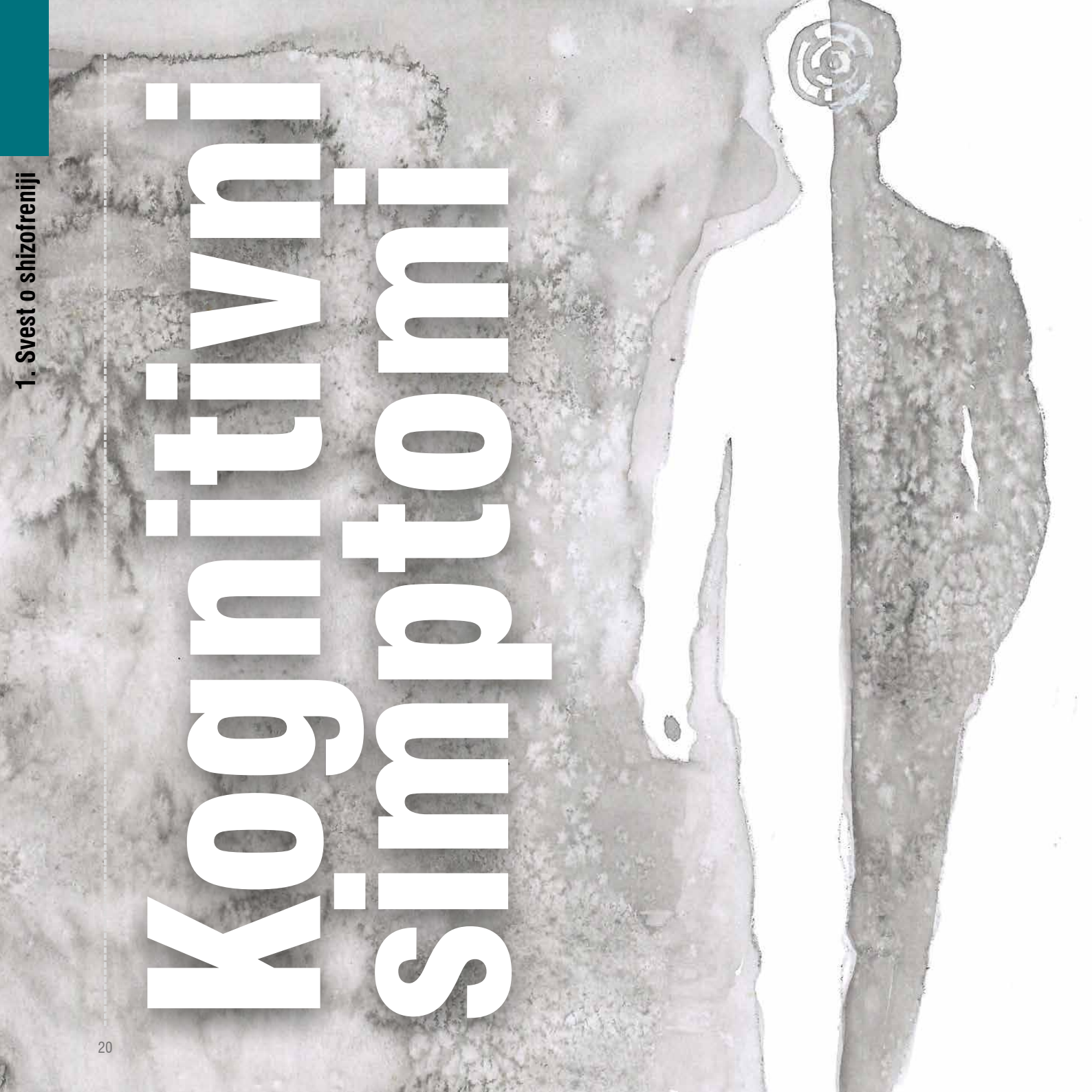
• NEDOSTATAK MOTIVACIJE

(naziva se i **“AVOLICIJA”**): značajno smanjene voljnih dinamizama i svrhe. Ispoljava se i kao nedostatak sposobnosti u planiranju i sprovođenju planiranog. Važno je istaći da su ove manifestacije izazvane bolešću, a ne nedostatkom volje.

• POVLAČENJE IZ DRUŠTVA

(ili **“ASOCIJALNOST”**): smanjeno interesovanje za ostvarivanje bliskih odnosa sa drugima. To dovodi do značajnog smanjenja društvenih interakcija.

Kognitivni simptomi



3. Kognitivni simptomi

Kognitivni simptomi utiču na razmišljanje i raspoloženje osobe obolele od shizofrenije i indukuju pogoršanje njenog učinka u školi, na poslu kao i u svakodnevnom funkcionisanju. Oni se tipično pojavljuju pre pozitivnih simptoma i često su prisutni i nakon smanjenja/nestanka pozitivnih simptoma.

Kognitivni simptomi uključuju probleme sa **PAŽNJOM**, **KONCENTRACIJOM**, i **MEMORIJOM**. Osobe kojima je dijagnostikovana shizofrenija imaju poteškoća u učenju novih stvari ili obrađivanju informacija koje su neophodne za donošenje odluka. Oni, često zbog halucinacija, mogu imati problema sa fokusiranjem na određeni zadatak i na održavanje pažnje. Pošto nisu u stanju da "pravilno reaguju" na druge osobe, oni često komuniciraju što je moguće manje.

Kognitivni simptomi otežavaju obavljanje svakodnevnih aktivnosti. Kao posledica toga, oni mogu biti jedan od najiscrpljujućih aspekata shizofrenije.

Osobe koje pate od shizofrenije često nisu

svesne da pate od ovog poremećaja. Ovaj nedostatak uvida, koji se naziva i „anozognozija“, može da učini njihovo lečenje i negovanje mnogo izazovnijim.

4. Afektivni simptomi

Pored navedenih simptoma, osobe koje boluju od shizofrenije često ispoljavaju afektivne simptome kao što su depresija i anksioznost. Depresija može biti prisutna kod do **80%** koje boluju od shizofrenije i može imati širok spektar negativnih posledica: povećava rizik od recidiva i dovodi do lošijeg društvenog funkcionisanja kao i lošijeg kvaliteta života. Depresija takođe povećava rizik od samoubistva: skoro dve trećine koje boluju od shizofrenije, a koji sebi oduzmu život, to čine dok imaju simptome depresije. Oko polovina osoba koje boluju od shizofrenije ima samoubilačke misli i probleme sa raspoloženjem, bilo kao simptom bolesti bilo zbog stresa i društvenih problema nastalih kao posledica same bolesti. Pored toga, oko **30%** pacijenata ima opsesivno-kompulzivne simptome, koji se manifestuju kao ponavljajuće, nametljive i neželjene misli koje uzrokuju značajan stres i depresivno raspoloženje.

Shizofrenija ima tri faze

Tok shizofrenije zavisi od nekoliko faktora: kada simptomi počinju, koliko su jaki i koliko dugo traju. Rani simptomi se često pojavljuju progresivno i vremenom postaju izraženiji i očigledniji.

Pojedinci mogu doživeti periode pogoršanja i poboljšanja simptoma. Periodi pogoršanja simptoma poznati su kao bljeskovi ili recidivi. Primenom lečenja, većina ovakvih simptoma može da se smanji ili nestane (naročito pozitivni). Remisija se odnosi na period bez simptoma ili samo sa blagim simptomima.

Iako se tok bolesti razlikuje od osobe do osobe, može se podeliti u tri različite faze:

PRODROMALNA,
AKTIVNA, i
REZIDUALNA.

1. Prodromalna faza

Prodromalno znači "pre bolesti". U ovoj fazi, koja može trajati **2–5 godina**, pojedinci prolaze kroz promene koje postaju приметne porodici i bliskim prijateljima. Ove promene uključuju



probleme sa pamćenjem, koncentracijom ili neuobičajeno ponašanje i neobične ideje. Takođe mogu ispoljiti dezorganizovanu komunikaciju i smanjeno interesovanje za svakodnevne aktivnosti. Kod adolescenata se ove promene često zanemaruju jer se smatraju normalnim za ovaj period. Gledajući unazad, ove simptome je lakše protumačiti kao znakove upozorenja. Međutim, u to vreme ih je veoma teško razdvojiti od uobičajenih znakova puberteta.

2. Aktivna faza

Ovu fazu karakteriše pojava psihotičnih simptoma kao što su halucinacije, sumanute ideje i/ili dezorganizacija mišljenje i govora, ali i depresivno ponašanje ili zatupljeni afekt. Prisustvo ovih simptoma naziva se „psihoza“, a period njihove manifestacije naziva se „psihotična epizoda“. Simptomi se mogu pojaviti postepeno ili odjednom.



U većini slučajeva, uzrok ostaje nepoznat. Psihijatri smatraju da prvo pojavljivanje psihotičnih simptoma (koji se naziva i „prvi prekid“) može biti uzrokovano stresom. Obično pacijenti i članovi njihovih porodica potraže stručnu pomoć tokom ove faze.

3. Rezidualna faza

Odnosi se na period od **6–18 meseci** nakon aktivne faze.

U ovoj fazi, mnogi od karakterističnih psihotičnih simptoma se smanjuju. Međutim, neki rezidualni simptomi, kao što su halucinacije ili funkcionalna oštećenja, mogu ostati. Pozitivni simptomi mogu takođe biti zamenjeni negativnim simptomima, na primer, nedostatkom energije i povlačenjem iz društva. U mnogim slučajevima, pacijenti počinju da prepoznaju svoje simptome u ovom periodu i počinju da uče kako da ih leče.





Kako shizofrenija progredira?

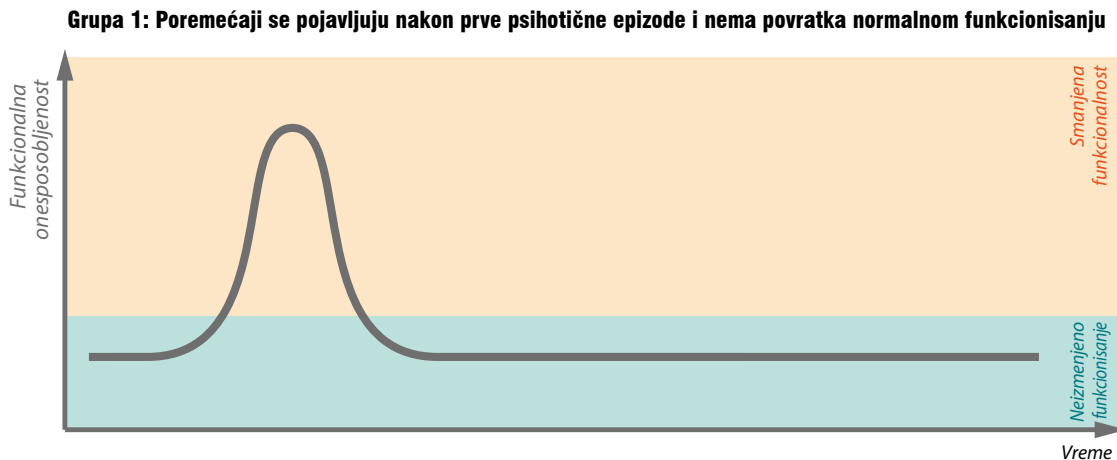
Iako bolest pogađa svakog pacijenta na različit način, prema istraživanjima u praksi, tok bolesti

obično sledi jedan od tipičnih oblika ilustrovanih u okviru sledeće četiri shematske predstave mogućeg toka shizofrenije i njenog uticaja na normalno funkcionisanje pacijenta.

Kao što pokazuje Slika 1 u nastavku, nakon akutne prve epizode sa psihotičnim simptomima, **22%** pogođenih lica može

doživeti remisiju, bez recidiva ili funkcionalno oštećenje u budućnosti.

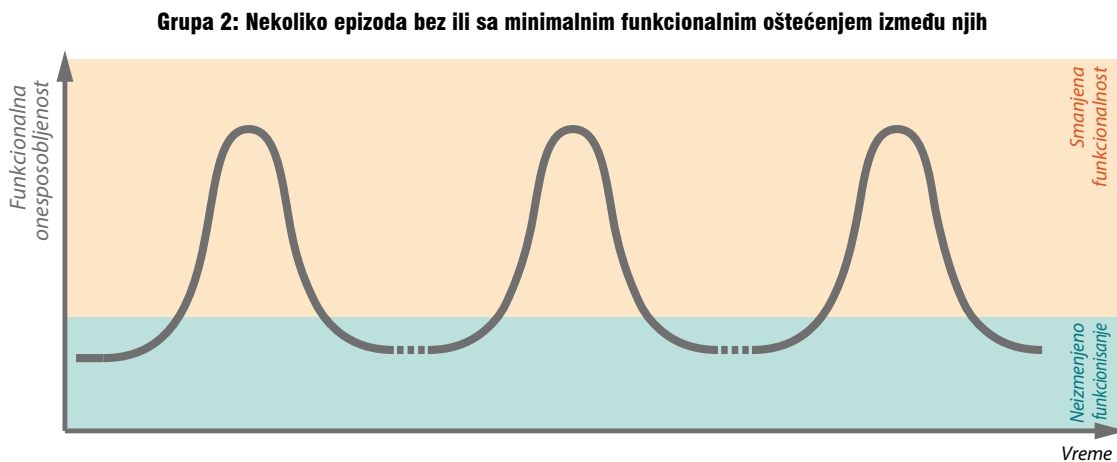
Grafik 1.



Istraživanja otkrivaju da u **35%** slučajeva bolest napreduje u epizodama, sa nekoliko psihotičnih epizoda u narednim godinama, kao što je prikazano na slici 2 ispod. Ove

epizode su često izazvane povećanim nivoom stresa. U nekim slučajevima postoji potpuna remisija između pojedinačnih epizoda, sa ponovno stečenom funkcionalnošću.

Grafik 2.

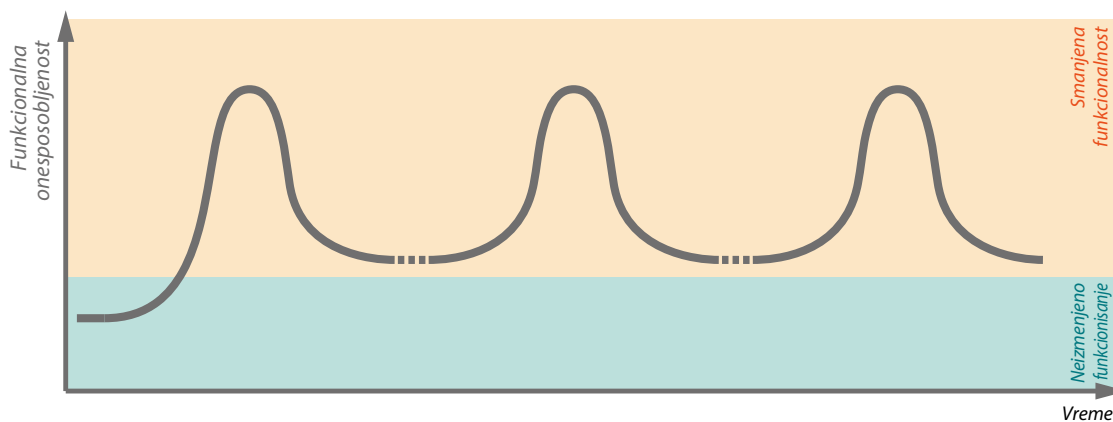


Kod oko **8%** obolelih postoji delimična remisija, sa smanjenim, ali istrajnim simptomima, kao što je prikazano na slici 3.

To može uključivati psihotične simptome, negativne simptome, kognitivne poremećaje i gubitak normalnog funkcionisanja.

Grafik 3.

Grupa 3: Jedna psihotična epizoda koju prati funkcionalno oštećenje

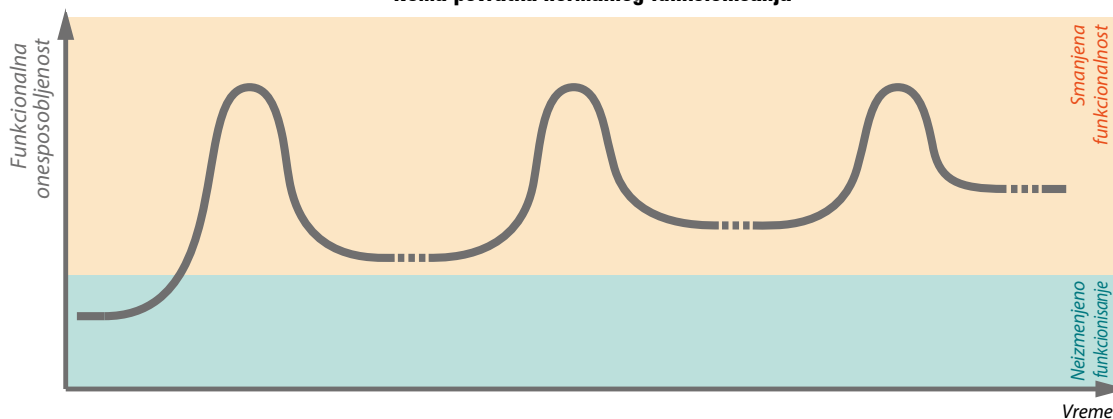


Kod ostalih približno **35%** slučajeva, bolest se progresivno pogoršava, a epizode

se ne mogu identifikovati odvojeno. Za vizuelni prikaz, pogledajte sliku 4 ispod.

Grafik 4.

Grupa 4: Funkcionalno oštećenje se pogoršava nakon svake nove psihotične epizode. Nema povratka normalnog funkcionisanja



Važna napomena!

SIMPTOMI SHIZOFRENIJE MOGU SE ADEKVATNO KONTROLISATI

**odgovarajućim lečenjem,
a obolela lica mogu da vode
bogat i ispunjen život.**

**Briga i podrška vas kao negovatelja
mogu biti od suštinskog značaja
za pomoć vašoj voljenoj osobi da
vodi maksimalno ispunjen život.**

Reference

1. World Health Organization. (www.who.int) Webpage: Schizophrenia. 2022.
2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov 10;392(10159):1789–858.
4. Gaebel W, Wölwer W. Themenheft 50 “Schizophrenie.” Robert Koch-Institut; 2010.
5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. 1999 Jan;60(1):61–7; quiz 68–9.
6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.
7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. [cited 2020 Oct 4]. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430
8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis*. 2016 Jan 2;8(1):48–59.
10. Schizophrenia - Mental Health Disorders [Internet]. Merck Manuals Consumer Version. [cited 2020 Oct 4]. Available from: <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>
11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.
12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizophr Res*. 2007 February; 90(1-3): 186–197
13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia [Internet]. *Psychiatric Times*. [cited 2021 Jun 16]. Available from: <https://www.psychiatristimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>
14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia:

an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Jul 1;21(8):64.

15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophr Bull.* 2003;29(4):671–92.
16. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2020.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003 Oct;37(5):586–94.
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry.* 2005 Mar;162(3):441–9.
19. Bäuml J. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
20. Schizophrenia.com. Schizophrenia Facts and Statistics. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)