

Usporedba shizotipnog poremećaja ličnosti i shizofrenije

Šimičić, Dora

Undergraduate thesis / Završni rad

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:199160>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-09-22**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Preddiplomski studij psihologije

Dora Šimičić

Usporedba shizotipnog poremećaja ličnosti i shizofrenije

Završni rad

Mentor: izv.prof.dr.sc. Silvija Ručević

Sumentor: dr.sc. Dino Krupić, poslijedoktorand

Osijek, 2018.

Sveučilište J.J.Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Preddiplomski studij psihologije

Dora Šimičić

Usporedba shizotipnog poremećaja ličnosti i shizofrenije

Završni rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana opća psihologija

Mentor: izv.prof.dr.sc. Silvija Ručević

Sumentor: dr.sc. Dino Krupić, poslijedoktorand

Osijek, 2018.

SAŽETAK

Shizotipni poremećaj ličnosti i shizofrenija prema DSM-5 pripadaju skupini „Shizofreni spektar i drugi psihotični poremećaji“. Zbog sličnosti simptoma i drugih obilježja može se reći kako se radi o dva slična klinička entiteta, međutim ipak postoje faktori koji čine značajnu razliku. Iako se tada javljao pod drugim imenima, o shizotipnom poremećaju ličnosti govorilo se još početkom 20. stoljeća, a upravo se taj termin pojavio u DSM-III, 1980. godine. Davne 1860. godine, francuski je psihijatar Morel opisao stanje koje odgovara današnjoj shizofreniji, ali unatoč dugoj povijesti istraživanja ovog konstrukta, još uvijek se ne zna što je točno uzrok te vrlo kompleksne bolesti. Postoji velik broj koncepata, modela i hipoteza koje objašnjavaju nastanak shizofrenije, ali smatra se kako je najčešće posrijedi kombinacija višestrukih činitelja, kako za shizofreniju, tako i za shizotipni poremećaj ličnosti. Dijagnoza ovog poremećaja odnosno bolesti često ozbiljno utječe na život osobe i vrlo je ograničavajuća kako na individualnom, tako i na društvenom planu. Međutim, bilo primjenom jedne vrste terapije ili kombinacijom više različitih, te obiteljskim angažmanom i podrškom može se značajno doprinjeti poboljšanju kvalitete života osobe s dijagnozom kako bi u svakodnevnom životu mogla funkcionirati na adekvatan način. U ovom će se radu prikazati obilježja shizotipnog poremećaja ličnosti i shizofrenije, te povijesni pregled, etiologija i tretman istih. Također, bit će prikazane glavne sličnosti i razlike ova dva klinička entiteta.

KLJUČNE RIJEČI : shizotipni poremećaj ličnosti, shizofrenija, tretman

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD | 1 |
| 2. DEFINICIJA I KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI | 2 |
| 3. SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI | 3 |
| 3.1. Povijesni pregled shizotipnog poremećaja ličnosti | 3 |
| 3.2. Dijagnostička i popratna obilježja shizotipnog poremećaja ličnosti | 4 |
| 3.3. Etiologija shizotipnog poremećaja ličnosti | 5 |
| 3.3.1. <i>Biološka perspektiva</i> | 5 |
| 3.3.2. <i>Psihološka perspektiva</i> | 6 |
| 3.3.3. <i>Socijalna perspektiva</i> | 7 |
| 3.4. Tretman shizotipnog poremećaja ličnosti | 7 |
| 4. SHIZOFRENIJA | 8 |
| 4.1. Povijesni pregled shizofrenije | 9 |
| 4.2. Dijagnostička i popratna obilježja shizofrenije | 10 |
| 4.3. Sličnosti i razlike shizofrenije i shizotipnog poremećaja ličnosti | 11 |
| 4.4. Etiologija shizofrenije | 12 |
| 4.4.1. <i>Utjecaj genetskih čimbenika</i> | 12 |
| 4.4.2. <i>Utjecaj biokemijskih čimbenika</i> | 13 |
| 4.5. Tretman shizofrenije | 14 |
| 5. ZAKLJUČAK | 16 |
| 6. LITERATURA | 17 |

1. UVOD

Svi se ponekad nađemo u situaciji s kojom se ne znamo nositi ili jednostavno ne vidimo izlaz iz nje. Ponekad životne okolnosti te stresovi s kojima se ljudi suočavaju donose negativne posljedice, pa se osobe osjećaju tužno, nemoćno, razdražljivo, anksiozno ili pak agresivno. Svaka osoba kroz život može davati naznake simptoma nekog psihičkog poremećaja, pa tako netko može otvoreno pokazivati ovisnost o drugima, ponašati se izazivački i agresivno, ili se pretjerano brinuti o svom izgledu, međutim dijagnoza poremećaja ličnosti postavlja se tek ako su njihovi obrasci ponašanja dugotrajni, pervazivni i disfunkcionalni (Davison i Neale, 2002).

Psihički poremećaj odstupanje je u jednoj ili manjem broju psihičkih funkcija, obično je kraćeg trajanja, povoljne prognoze te rijetko ostavlja trajne posljedice, a povezan je s funkcionalnim promjenama središnjeg živčanog sustava (Begić, 2016). Jedan od takvih je i shizotipni poremećaj ličnosti, čija će obilježja, povijesni pregled te etiologija i tretman biti prikazani u ovom radu.

Za razliku od psihičkog poremećaja, *psihička bolest* je jače, dulje i značajnije odstupanje u psihičkim funkcijama i funkcioniranju. Kod bolesti je trajno narušeno emocionalno, kognitivno i socijalno funkcioniranje. Ponekad psihički poremećaj može prijeći u bolest npr. shizotipni poremećaj ličnosti postupno prelazi u shizofreniju. Jasno razgraničenje poremećaja i bolesti nije uvijek jednostavno budući da ponekad nisu prisutne sve odrednice za poremećaj odnosno bolest ili su kod jednog entiteta prisutne karakteristike koje su svojstvene i nekom drugom entitetu (Begić, 2016). Osim shizotipnog poremećaja ličnosti, u ovom će radu biti prikazana i obilježja, povijesni pregled, etiologija i tretman shizofrenije kao psihičke bolesti koja je često povezana s navedenim poremećajem. Uz to, bit će izdvojene i sličnosti i razlike ovih kliničkih entiteta.

Dva poremećaja, odnosno bolesti koji će biti opisani u ovom radu pripadaju skupini „Shizofreni spektar i drugi psihotični poremećaji“. Prema petom izdanju Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), ovu skupinu čine: shizotipni poremećaj ličnosti, sumanutu poremećaj, kratki psihotični poremećaj, shizofreniformni poremećaj, shizofrenija, shizoafektivni poremećaj, supstancama/lijekovima uzrokovan psihotični poremećaj, psihotični poremećaj uzrokovan nekim medicinskim stanjem te katatonija. Obilježje koje im je zajedničko jest pojava psihotičnih simptoma koji mogu biti pozitivni ili negativni. Od pozitivnih simptoma kao najvažniji se izdvajaju sumanute misli, halucinacije, smetnje doživljavanja vlastite ličnosti, te dezorganizirano mišljenje. Negativni simptomi su alogija (siromaštvo govora), poremećaj afektivnosti, autizam, anhedonija (nemogućnost doživljavanja zadovoljstva) i avolicija (nedostatak motivacije). Za

osobe s psihotičnim poremećajima obično se kaže da žive u vlastitoj stvarnosti koja je izmijenjena i drukčija od realnosti (Begić, 2016).

2. DEFINICIJA I KLASIFIKACIJA POREMEĆAJA LIČNOSTI

Crte ličnosti dugotrajni su model percepcije, odnosa i razmišljanja o okolini i samom sebi koji se izražava u širokom rasponu osobnih i socijalnih situacija (Marčinko, Jakovljević, Rudan i sur., 2015). Kada su crte ličnosti neprilagođene, nefleksibilne i kada uzrokuju značajno funkcijsko oštećenje ili subjektivnu patnju dolazi do poremećaja ličnosti (American Psychiatric Association, 2013).

Poremećaji ličnosti definiraju se kao trajni, pervazivni i nefleksibilni obrasci unutarnjeg doživljavanja i ponašanja koji značajno odstupaju od kulturalnih očekivanja, razmjerno su stabilni tijekom vremena i dovode do patnje ili oštećenja. Prema DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), u poremećaje ličnosti uključeno je 10 poremećaja, koji su grupirani u tri skupine, na temelju sličnosti u opisima. Skupina A ili ekscentrični poremećaji uključuje paranoidni, shizoidni i shizotipni poremećaj, a osobe s ovim poremećajima karakterizira čudno ili ekscentrično ponašanje. U skupinu B ili dramatične poremećaje pripadaju antisocijalni, granični, histrionični i narcistični poremećaj ličnosti, a osobe s dijagnozom ovih poremećaja doimaju se dramtizirajućima, emocionalnima ili nedosljednima. Skupina C ili anksiozni poremećaji uključuje izbjegavajući, ovisni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti, a osobe s ovim poremećajima često se čine anksioznima ili prestrašenima.

Da bi se poremećaj ličnosti dijagnosticirao, potrebna je procjena dugotrajnih obrazaca funkcioniranja osobe, a posebna obilježja ličnosti moraju biti prisutna od rane odrasle dobi (primjerice iznimna socijalna anksioznost kod shizotipnog poremećaja ličnosti). Također, crte ličnosti koje definiraju ove poremećaje moraju se razlikovati od obilježja koja se obično pojavljuju kao reakcija na specifične situacijske stresore ili od prolaznih psihičkih stanja (npr. bipolarni, depresivni, anksiozni poremećaj itd.) (American Psychiatric Association, 2013).

Stručna osoba treba procijeniti stabilnost crta tijekom vremena i u različitim situacijama. Ponekad je jedan razgovor dovoljan kako bi se postavila dijagnoza, međutim ponekad je teško i u dužem razdoblju postaviti dijagnozu jer odrednice koje definiraju poremećaj ličnosti osoba ne mora doživljavati problematičnim.

Prevalencija poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznosi od 10 do 13%, a prevalencije pojedinih tipova poremećaja ličnosti u općoj populaciji iznose :

- Paranoidni poremećaj ličnosti = 0,5-2,5%
- Shizotipni poremećaj ličnosti = 3%
- Antisocijalni poremećaj ličnosti = 3% kod muškaraca i 1% kod žena
- Granični poremećaj ličnosti = 2%
- Histrionični poremećaj ličnosti = 2-3%
- Narcistični poremećaj ličnosti = 2-16%
- Izbjegavajući poremećaj ličnosti = 0,5-1%
- Opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti = 1% (Marčinko i sur., 2015).

3. SHIZOTIPNI POREMEĆAJ LIČNOSTI

Kao što je već navedeno, ovaj poremećaj, razmjerno stabilnog tijeka, pripada skupini A poremećaja ličnosti koji se još nazivaju i ekscentrični poremećaji ličnosti. Temeljno obilježje shizotipnog poremećaja ličnosti je pervazivni obrazac socijalnih i interpersonalnih deficita koji je obilježen akutnom nelagodnom u bliskim odnosima te smanjenim kapacitetom za njih. Također, prisutna su kognitivna ili perceptivna iskrivljenja i neobična ponašanja. Taj obrazac može po prvi put biti vidljiv u djetinjstvu i adolescenciji sa simptomima poput usamljivanja, slabih odnosa s vršnjacima, socijalnom anksioznošću, čudnim mislima i govorom, slabim školskim uspjehom itd. (American Psychiatric Association, 2013).

3.1. Povijesni pregled shizotipnog poremećaja ličnosti

Podrijetlo shizotipnog poremećaja ličnosti seže još iz samih početaka 20. stoljeća kada je imao centralnu ulogu u opisima psihopatologije, iako se javljao pod drugim imenima. Povijest ovog poremećaja ima vrlo jaku vezu sa shizofrenijom, što se ogleda čak i u samom njegovom imenu (Widiger, 2012).

Izraz „shizotipni“ prvi je predložio mađarski psihoanalitičar Rado (1953; prema Kendler, 1985) kao skraćenicu za psihodinamski izraz „shizofreni genotip“. Pretpostavio je kako shizotipni pojedinci imaju dvije glavne abnormalnosti: urođeni deficit za doživljavanje zadovoljstva koji je označio terminom „integrativni nedostatak zadovoljstva“ i iskrivljenu svijest tjelesnog ja koju je nazvao „proprioceptivni poremećaj“. Prema ovom autoru simptomi koji se manifestiraju kod shizotipnih pojedinaca proizlaze iz navedena dva osnovna nedostatka. Od simptoma je izdvojio: poremećeno mišljenje, pomanjkanje bliskih interpersonalnih odnosa, sklonost intenzivnoj ljutnji, ovisnost o drugima, osjetljivost na odbijanje i anhedoniju.

Termin shizotipni poremećaj ličnosti, kao takav, prvi se put pojavljuje tek u DSM-III, točnije 1980. godine (American Psychiatric Association, 1980). Tijekom razvoja DSM-III, od glavnog interesa bilo je operacionalizirati dijagnostičke kriterije za poremećaje ličnosti. Spitzer, Endicott i Gibbon (1979; prema Kendler, 1985), predložili su kriterije za tada novu dijagnostičku kategoriju – shizotipni poremećaj ličnosti, koji su utemeljeni na 35 intervjua s rodbinom sudionika istraživanja „Danish adoption study of schizofrenia“ provedenog od strane Ketyja i suradnika. To je istraživanje pružilo dokaze kako su poremećaji iz spektra shizofrenije češći kod rodbine pacijenata koji i sami imaju shizofreniju. Kasnija istraživanja potvrdila su Ketyjeve nalaze, te su izvijestila i o povišenoj učestalosti shizotipnog poremećaja ličnosti kod članova obitelji pacijenata sa dijagnozom shizofrenije. Od kriterija, Spitzer i suradnici izdvojili su: neobično (magično) mišljenje, socijalnu izolaciju, ponavljajuće iluzije, nepovezan govor, neadekvatne i hladne odnose, sumnjičavost, pretjeranu socijalnu anksioznost i preosjetljivost (Kendler, 1985).

Nadalje, kao dijagnostički kriteriji u DSM-IV za shizotipni poremećaj ličnosti navode se : ideje odnosa, čudna vjerovanja, neobična perceptivna iskustva, čudna razmišljanja ili govor, sumnjičavost i paranoidne ideje, neprikladni ili ograničeni afekt, osebujno ponašanje ili pojava, izostanak bliskih prijatelja ili osoba od povjerenja te pretjerana socijalna anksioznost (American Psychiatric Association, 1994). Sukladno tome, može se reći kako u odnosu na DSM-IV, u DSM-5 nije došlo do promjena u pogledu spomenutih kriterija tj. obilježja, a isti će biti navedeni u narednom odlomku. Danas se shizotipni poremećaj ličnosti definira kao obrazac akutne nelagode u bliskim vezama, kognitivnih ili perceptivnih iskrivljenja te ekscentričnosti u ponašanju (American Psychiatric Association, 2013).

3.2. Dijagnostička i popratna obilježja shizotipnog poremećaja ličnosti

Osobe s ovim poremećajem često imaju ideje odnosa tj. netočne interpretacije uzročnih poticaja i vanjskih događaja kao da imaju neko posebno i neobično značenje usmjereno na tu osobu. Nadalje, ove osobe mogu biti sklone praznovjerju ili zaokupljene paranormalnim pojavama koje su neusklađene sa supkulturnim pravilima. Također, mogu osjećati da imaju posebne sposobnosti ili moći da osjete događaje prije nego li se dogode ili da čitaju misli drugih ljudi, kao i da imaju kontrolu nad drugim ljudima. Skloni su neuobičajenim perceptivnim iskustvima uključujući tjelesne iluzije, a njihov govor može uključivati neuobičajene ili idiosinkratične fraze i konstrukcije, te je često nejasan.

Sumnjičavost i paranoidne ideje također su značajna obilježja ovog, kao i ostalih srodnih poremećaja. Osobe s dijagnozom ovog poremećaja obično nisu sposobne za puni opseg afekta te

interpersonalnih izmjena koje su potrebne za uspješne odnose pa se zbog toga često čini da prema drugima reagiraju na ukočen, neprimjeren ili ograničen način. Nadalje, doimaju se čudnima ili ekscentričnima, što zbog neuobičajenog ponašanja te stila odijevanja koji je nerijetko vrlo upečatljiv (kombiniranje odjeće koja „ne ide zajedno“), tako i zbog ne obraćanja pažnje na uobičajene socijalne konvencije (npr. izbjegavanje kontakta očima). Isto tako, osobe sa shizotipnim poremećajem ličnosti ne osjećaju se ugodno u odnosima s drugim ljudima, a interpersonalne odnose doživljavaju kao problematične. Obično imaju smanjenu želju za intimnim kontaktima, vrlo malo ili nimalo prijatelja te osoba od povjerenja. U socijalnim situacijama često su anksiozni, osobito u onima koje uključuju nepoznate ljude.

Osobe sa shizotipnim poremećajem ličnosti nerijetko traže liječenje za popratne simptome depresije ili anksioznosti, a ne za obilježja poremećaja ličnosti kao takvog. Također, mogu doživljavati prolazne psihotične epizode u trajanju od nekoliko minuta ili sati, a u nekim slučajevima mogu se razviti značajni psihotični simptomi koji zadovoljavaju kriterije za kratkotrajni psihotični poremećaj, shizofreniformni poremećaj, sumanuti poremećaj ili shizofreniju. Uz ovaj poremećaj nerijetko je prisutna i dijagnoza nekog drugog poremećaja, pa tako između 30 i 50% osoba sa shizotipnim poremećajem ličnosti istovremeno ima prisutnu dijagnozu velikog depresivnog poremećaja pri samom dolasku na klinički pregled, a često je i istodobna prisutnost shizoidnog, paranoidnog, izbjegavajućeg i graničnog poremećaja ličnosti. Potrebno je barem pet ili više navedenih dijagnostičkih obilježja kako bi se dijagnosticirao ovaj poremećaj (American Psychiatric Association, 2013).

3.3. Etiologija shizotipnog poremećaja ličnosti

Iako nema jednog specifičnog uzroka koji leži u podlozi shizotipnog poremećaja ličnosti, kao i kod većine drugih mentalnih poremećaja, tako je i kod ovoga obično posrijedi više uzroka. Radi se o kombinaciji bioloških, psiholoških te socijalnih činitelja (Begić, 2016).

3.3.1. *Biološka perspektiva*

Prema biološkoj teoriji za početak razvoja shizotipnog poremećaja ličnosti potrebna je prisutnost genetskih i neuroloških rizičnih faktora (Chemerinski, Triebwasser, Roussos i Siever, 2013). Jedan od gena, čiji je utjecaj vrlo često predmet istraživanja, a pretpostavlja se da igra važnu ulogu u ovom poremećaju je katekol-o-metil-transferaza (COMT). Osobe sa shizotipnim poremećajem ličnosti mogu imati brojne deficite u područjima frontalnog i temporalnog režnja te u skladu s tim i loš uradak na zadacima koji zahtijevaju upotrebu tih područja mozga. Gen katekol-o-metil-transferaza povezan je s uratkom na zadacima takvog tipa i moguće je da

doprinosi postojanju deficita radnog pamćenja, mišljenja itd. (Minzenberg, Xu, Mitropolou, Harvey i sur., 2006).

Nadalje, frontalni režanj uključuje većinu dopaminskih neurotransmitera, a zbog neravnoteže tj. viška istih, kod osoba s dijagnozom shizotipnog poremećaja ličnosti česte su i poteškoće sa selektivnom pažnjom te percepcijom podražaja. Svi su ti nedostaci, iako problematični za funkcioniranje osobe, više ograničavajući za osobe sa shizofrenijom nego sa shizotipnim poremećajem ličnosti koje imaju bolje strategije suočavanja s preprekama nastalih uslijed tih ograničenja (Tendon, 2013; prema Walsh 2017). Neka su prefrontalna područja kod shizotipnih bolesnika veća nego što je to uobičajeno, tako da je uspjeh na zadacima koji zahtijevaju funkcije frontalnog režnja kod njih bolji nego kod osoba s dijagnozom shizofrenije, što može poslužiti kao kompenzacijski mehanizam za nedostatke koje imaju (Suzuki, Zhou, Takahashi i sur., 2005).

Kao i kod mnogih drugih bolesti i poremećaja, tako je i kod shizotipnog poremećaja ličnosti obiteljska povijest mentalnih bolesti također rizični faktor za njegov razvoj. Istraživanja su pokazala da osobe imaju povećan rizik za razvoj shizotipnog poremećaja ličnosti ukoliko jedan ili oba roditelja imaju dijagnozu bolesti iz shizofrenog spektra. Ovaj poremećaj češći je kod osoba čiji su rođaci u prvom koljenu osobe sa shizofrenijom nego u općoj populaciji (American Psychiatric Association, 2013).

3.3.2. Psihološka perspektiva

Prema Benjamin (1996), osobe sa shizotipnim poremećajem ličnosti obično su rasle u okruženju koje je karakteriziralo roditeljsko zanemarivanje, zlostavljanje i modeliranje nelogičnog mišljenja. Djeca se nerijetko kažnjavaju za sve ono što ide u prilog njihovoj autonomiji te im se postavljaju stroga ograničenja. Također, često im se daju dvosmislene poruke, primjerice roditelj koji puno vremena provodi izvan doma kažnjava dijete ako se želi igrati izvan doma.

Nadalje, roditelji mogu podrazumijevati kako mogu nadgledati i kontrolirati dijete te znati što radi i kada ono nije prisutno. Djeca tada internaliziraju taj obrazac magičnog promatranja i razvijaju uvjerenje da ljudi možda imaju posebne načine ili moći za stjecanje znanja o nekom ili mogućnosti utjecaja na druge. Uz sve to, roditeljske zabrane za izlazak iz kuće i igru s vršnjacima dovode do toga da djeca počinju shvaćati kako je samoća zapravo na neki način utočište od zbunjujućih interakcija, što i dalje stvara „plodno tlo“ za nastanak magičnog mišljenja te fantaziranja. Negativni efekti zlostavljanja ili zanemarivanja dovode do toga da se dijete paranoično povlači od socijalnih interakcija.

3.3.3. Socijalna perspektiva

Osobe koje od malena imaju barijeru prema razvijanju odnosa izvan svoga doma, potencijalno mogu razviti shizotipni poremećaj ličnosti u odrasloj dobi. Oni su na neki način nesvjesni normalnih obrazaca ponašanja i u socijalnim situacijama odgovaraju na nekonvencionalne načine. Upravo zbog toga ne uče, niti stvaraju sposobnost za normalno uključivanje u socijalne interakcije. Tendencija da pronađu ugodnost u izolaciji pokreće krug koji može trajati čitavog života. Također, zbog nemogućnosti da shvate svakodnevne elemente ljudske interakcije, pogrešno interpretiraju interpersonalnu komunikaciju. Preferencija za izolacijom dovodi do toga da osobe s ovim poremećajem nerijetko imaju aktivnosti koje im čine ugodu, a koje skrivaju od drugih osoba. Kod osoba s ovim poremećajem povlačenje je jedan od načina za nošenje sa stresom koji je povezan sa životom u urbanim sredinama (Ryan, Macdonald i Walker, 2013).

3.4. Tretman shizotipnog poremećaja ličnosti

Osobe s ovim poremećajem prilično se rijetko se odlučuju na samostalno traženje pomoći i veća je vjerojatnost da će odustati od te namjere nego osobe s nekim drugim poremećajima. Objašnjenje zašto je tomu tako može biti značajan osjećaj nelagode u interpersonalnim odnosima (Ryan i sur., 2013). Upravo ta nelagoda nerijetko dovodi do sklonosti depresiji, anksioznosti te zlouporabi sredstava ovisnosti (Chemerinski i sur., 2013). No ponekad može postojati vanjski poticaj koji navodi osobu da potraži pomoć, primjerice mogućnost da će izgubiti posao.

Preduvjet da klijent uopće pristane na bilo kakve intervencije pozitivan je odnos terapeuta i njega samoga, a ukoliko se ti preduvjeti zadovolje, velika je vjerojatnost da će intervencije rezultirati poboljšanjem kvalitete života klijenta. Ono na čemu se obično radi s osobama koje imaju dijagnozu ovog poremećaja jest razvijanje normalnijih obrazaca interpersonalnih odnosa, povećavanje izvora zadovoljstva u njihovim životima te učenje kako da prepoznaju kada iskrivljuju realnost. Kako bi pomogli klijentima pri ostvarenju tih ciljeva, terapeuti mogu koristiti intervencije proizašle iz klijentu usmjerene terapije koja naglašava empatiju i bezuvjetno pozitivno potkrepljenje (Rogers, 1951; prema Walsh, 2017). Također, u tretmanu se može koristiti i kognitivno-bihevioralna terapija koja uključuje modifikaciju disfunkcionalnih uvjerenja na način da se klijentu pomogne razumjeti poveznicu između percepcija, uvjerenja i emocionalnih te bihevioralnih reakcija (Lecomte, Corbiere, Simard i Leclerc, 2014).

Budući da klijenti s ovim poremećajem ni ne razumiju, niti se snalaze u interpersonalnim odnosima, odnos klijenta i terapeuta u početku može biti vrlo kompleksan te zahtijeva puno truda

i rada kako bi se stvorilo "plodno tlo" za napredak. Terapeut može na neki način pružiti zaštitu te smanjiti nelagodu klijenta osiguravanjem ugodne atmosfere i okruženja te pomaganjem u stjecanju znanja o socijalnim konvencijama, pozitivnim strategijama suočavanja, socijalnim vještinama i vještinama upravljanjem anksioznošću. Isto tako, klijenta može poučavati na koji način može korigirati kognicije kada se nađe u stresnim situacijama.

Nadalje, ono što u početku također stvara poteškoće u odnosu klijent-terapeut je sumnjičavost klijenta i vrlo izražena socijalna anksioznost te održavanje distance radi osjećaja sigurnosti. Jednom kada se klijent počne osjećati sigurno u prisutnosti terapeuta, vjerojatno je da će početi otkrivati ono što je o sebi do tada skrivao (Walsh, 2017).

Treninzi socijalnih vještina isto tako mogu biti od velike koristi za klijenta. Ottavi, D'Alia, Lysaker i sur. (2014) opisuju vrstu treninga socijalnih vještina koja koristi elemente treninga socijalne kognicije kako bi došlo do pozitivnih promjena. Socijalna kognicija odnosi se na mentalne operacije koje leže u podloži socijalnih interakcija, a uključuju sposobnost percepcije, interpretacije i adekvatnih odgovora na podražaje te ponašanje drugih (Green i Horan, 2010). Odgovarajuća socijalna kognicija podrazumijeva sposobnost percepcije i prikladno korištenje, razumijevanje i upravljanje emocijama, održavanje točne socijalne percepcije s naglaskom na svjesnost socijalnog konteksta, pravila i uloga te razumijevanje atribucija. Kroz tu vrstu treninga klijenta se navodi na razmišljanje o događajima iz stvarnog života, bolje razumijevanje mišljenja i namjera drugih osoba na način da gledaju i komentiraju pripremljene scenarije, a kroz igre uloga dobivaju vještine akvizicije i retencije (Walsh, 2017).

Ukoliko intervencije budu uspješne, klijent u pravilu izvještava o smanjenju stresa, poboljšanjima pamćenja i pažnje, smanjenju fantazija te većem osjećaju ugodnosti u interpersonalnim odnosima (Nathanson i Jamison, 2011).

4. SHIZOFRENIA

Riječ shizofrenija dolazi od grčke riječi *schizophrenia*, a za nju se često kaže da je rascjep duše, odnosno razuma. Kao što je već rečeno kako je psihička bolest "dublje" odstupanje u psihičkim funkcijama i funkcioniranju, tako se shizofrenija, poput depresije, demencije i dr. može svrstati u tu kategoriju upravo zbog težine simptoma i posljedica koje ostavlja na emocionalnom, kognitivnom i socijalnom planu. Bolest može doći u stanje poboljšanja (remisija), može se ponovno javiti (relaps ili recidiv) ili pogoršati (egzacerbacija), može trajati kratko (akutni oblik) ili pak dugo (kronični oblik), a neki simptomi mogu ostati trajno prisutni

(rezidualni oblik).

U shizofreniji postoji ideoafektivna disocijacija, a to je stanje u kojem su misli i osjećaji često neusklađeni. Te misli i osjećaji nisu sukladni ni s vanjskim svijetom, pa se zbog toga može reći kako oboljeli od shizofrenije žive u svojem izoliranom svijetu. Taj je svijet izvan uobičajene realnosti, ali ga bolesnik doživljava stvarnim. S obzirom na to, može se reći kako osoba s dijagnozom ove bolesti "ne testira realitet", što je osnovna značajka shizofrenije (Begić, 2016). Životna prevalencija obolijevanja od shizofrenije u općoj populaciji iznosi oko 0,5 do 2%, dok je prosječni rizik za obolijevanje 1% (van Os i Allardyce, 2009; prema Begić, 2016).

4.1. Povijesni pregled shizofrenije

Još je u 19. stoljeću, točnije 1860. godine, francuski psihijatar Morel (1860; prema Begić, 2016) govorio o stanju koje odgovara današnjoj shizofreniji. Opisao je bolesnika koji je u mladosti počeo intelektualno propadati, te je imao halucinacije i sumanute misli, a tu je bolest nazvao *démence précoce*. Nedugo nakon toga, E. Hecker (1871; prema Jablensky, 2010) je opisao psihozu koju je nazvao *hebephrenia*, a ona bi po svojim karakteristikama odgovarala današnjoj hebefrenoj shizofreniji, koja se kao takva može pronaći u DSM-IV pod nazivom dezorganizirani tip. Ubrzo je K. L. Kahlbaum (1874; prema Jablensky, 2010) opisao psihozu katatonog tipa, a umjesto dotadašnjeg naziva *vesania katatonica*, uvodi pojam *katatonia*. Par godina poslije, E. Fink (1881; prema Begić, 2016) opisuje kombiniranu formu katatonije i hebefrenije.

Klasifikaciju duševnih poremećaja stvorio je Emil Kraepelin (1896; prema Kendler, 1985). Duševne je poremećaje podijelio na dvije velike skupine : manično-depresivne psihoze i psihoze tada nazvane *dementia praecox* u koje se ubraja hebefrenija, katatonija i *dementia paranoia*. Ono što je zajedničko ovim psihozama jest zakočeni misaoni tok, emocionalna tupost te gubitak energije. Također, Kraepelin je shizofrene simptome podijelio na floridne i deficitarne, što odgovara većini kasnijih dihotomija shizofrene simptomatike.

Još jedno, zasigurno veliko ime u povijesti koncepta shizofrenije jest Eugen Bleuler (1911; prema Moro i Frančišković, 2011), koji je skupini shizofrenija pridodao još jednu psihozu, shizofreniju *simplex* kod koje nema produktivnih simptoma nego se osoba povlači, sama je sebi dovoljna te postupno zakazuje u funkcioniranju. Bleuler (1911; prema Moro i Frančišković, 2011) je govorio kako se kod ovih bolesti radi o rascjepu tj. odvajanju misli od osjećaja, pa je za navedene psihoze uveo naziv grupa shizofrenija (grč. schizo – rascjep; phren – razum). Također, postavio je koncept „4 a“ simptoma shizofrenije, a to su: poremećaj asocijacija, poremećaj afekta, autizam i ambivalencija. Kasnije je dodao još dva „a“ simptoma: poremećaj

pažnje (*engl. attention*) i anormija (gubitak vitalnih dinamizama). Iako postoje i sekundarni simptomi (npr. halucinacije i sumanute misli), smatrao je kako su „a“ simptomi primarni, te da se bez njih može postaviti dijagnoza shizofrenije (Begić, 2016).

DSM-IV sadrži pet vrsta tj. podtipova shizofrenije, a to su: paranoidni tip, dezorganizirani tip, katatonični tip, nediferencirani tip i rezidualni tip. U odnosu na to izdanje priručnika, u najnovijem, DSM-5, dogodila promjena u vidu toga da nema podjele ove bolesti po vrstama. Danas se shizofrenija može definirati kao kompleksna bolest, najčešće kroničnog tijeka, koju čini više različitih poremećaja koji imaju neka zajednička obilježja, a glavno im je obilježje psihotičnost (Begić, 2016).

4.2. Dijagnostička i popratna obilježja shizofrenije

Obilježja karakteristična za shizofreniju uključuju različite kognitivne, bihevioralne i emocionalne disfunkcije, međutim nijedan simptom nije patognomoničan za ovu bolest tj. tipičan isključivo za shizofreniju. Osobe s dijagnozom shizofrenije značajno će se razlikovati po većini obilježja s obzirom na to da je shizofrenija vrlo heterogen klinički sindrom.

Neki od simptoma svojstvenih shizofreniji su: sumanutosti, halucinacije, disocirani govor, jako dezorganizirano ili katatono ponašanje te negativni simptomi (npr. smanjena emocionalna ekspresija ili avolicija). Za dijagnozu, najmanje dva od navedenih simptoma moraju biti prisutna značajan dio vremena tijekom jednomjesečnog razdoblja ili duže, a barem jedan od simptoma mora biti prisutnost sumanutih ideja, halucinacija ili disociranog govora.

Shizofrenija uključuje oštećenja u jednom ili više važnih područja funkcioniranja poput rada, međuljudskih odnosa ili brige o samom sebi. Ako smetnje započnu u adolescenciji, ili pak u djetinjstvu, ne postiže se očekivana funkcionalna razina. Neki od znakova shizofrenije moraju trajati neprekidno najmanje šest mjeseci. Prodromalni simptomi (oni koji se pojavljuju prije same bolesti) nerijetko su prisutni i prije aktivnog stadija, a za njima mogu slijediti rezidualni simptomi karakterizirani blagim ili supkliničkim halucinacijama ili sumanutostima.

Osobe mogu iskazivati neobična ili čudna uvjerenja koja nemaju sumanute razmjere (npr. ideje odnosa ili magično mišljenje). Također mogu imati i neobična perceptivna iskustva poput osjećaja prisutnosti nevidljive osobe, njihov govor može biti razumljiv, ali nedovoljno jasan, a njihovo ponašanje može biti čudno, ali ne i jako dezorganizirano (npr. mrmljanje u javnosti). U prodromalnim i rezidualnim stadijima bolesti uobičajeni su negativni simptomi koji mogu biti teški, pa se tako osobe koje su bile socijalno aktivne mogu početi povlačiti iz prijašnjih rutinskih aktivnosti, a upravo su takva ponašanja često prvi znak shizofrenije.

Nadalje, osobe sa shizofrenijom nerijetko iskazuju neodgovarajući afekt poput smijanja u

odsutnosti odgovarajućeg podražaja, disforično raspoloženje koje može poprimiti oblik srdžbe, anksioznosti ili depresije, poremećaje u spavanju pa tako mogu spavati tijekom dana, a noću biti budni, te manjak interesa ili odbijanje hrane. Također, može se javiti depersonalizacija, derealizacija te zabrinutost oko somatskog stanja što može doseći sumanute razmjere, a fobije i anksioznost uobičajeno se pojavljuju.

Mogu se javiti i kognitivni deficiti poput redukcije deklarativnog pamćenja, radnog pamćenja, jezičnih i drugih izvršnih funkcija te sporije procesiranje. Ovi su kognitivni deficiti usko povezani s profesionalnim i funkcionalnim oštećenjima. Moguće su i abnormalnosti u senzornom procesiranju, inhibitornim procesima te redukcija pažnje. Isto tako, osobe sa shizofrenijom mogu imati nedostatan uvid ili shvaćanje svog poremećaja te simptoma svojstvenih istom.

Uz shizofreniju se mogu vezati neprijateljstvo i agresija, međutim velika većina osoba sa shizofrenijom nije agresivna. Čak štoviše, osobe s ovom dijagnozom, u odnosu na osobe u općoj populaciji, češće su žrtve agresije. Agresija je češće prisutna kod mlađih muškaraca te osoba s ranijom anamnezom agresivnog ponašanja, kod nesuradljivosti u liječenju, impulzivnosti te zlouporabe psihoaktivnih tvari.

Kod osoba sa shizofrenijom uočeno je smanjenje cjelokupnog volumena mozga, te jače izraženo smanjenje volumena mozga u starenju, u odnosu na zdravu populaciju. Naposljetku, pokreti praćenja očima i elektrofiziološki pokazatelji drugačiji su kod zdravih osoba u odnosu na osobe sa shizofrenijom, a upravo kod njih, kao blagi neurološki znakovi, mogu se javiti oštećenja u motoričkoj koordinaciji, osjetilnoj integraciji, motoričkom slijedu složenih pokreta, brkanju lijeve i desne strane i dezinhibicija vezanih pokreta (American Psychiatric Association, 2013).

4.3. Sličnosti i razlike shizofrenije i shizotipnog poremećaja ličnosti

Ova se dva klinička entiteta naizgled doimaju gotovo isto, međutim postoje odrednice koje čine razliku. Ono što razlikuje shizofreniju te druge psihičke poremećaje sa psihotičnim simptomima od shizotipnog poremećaja ličnosti jest da su oni karakterizirani razdobljem perzistirajućih psihotičnih simptoma poput halucinacija i sumanutosti (American Psychiatric Association, 2013). Sama prisutnost psihotičnog stanja tj. onog kod kojeg osoba ne „testira“ realitet utječe na promjene u cjelokupnom doživljavanju sebe i okoline (Begić, 2016). Upravo psihoza te mogući kognitivni, motorički, neurološki i drugi deficiti najčešće narušavaju sposobnost osobe da se adekvatno nosi sa zahtjevima okoline i normalno živi (American Psychiatric Association, 2013).

Iako u neku ruku slični, simptomi shizotipnog poremećaja ličnosti ipak su nešto blaži te

prema tome nisu dovoljni da bi opravdali dijagnozu shizofrenije. Čudna vjerovanja, magično mišljenje, ideje odnosa, nejasan govor ili čudno odijevanje, samo su dio širokog spektra ponašanja odnosno obilježja tog poremećaja (Davison i Neale, 2002). U slučaju eventualnih prolaznih psihotičnih simptoma, za dijagnozu shizotipnog poremećaja ličnosti ključno je da bude prisutan prije početka pojave istih te da ustraje kada se psihotični simptomi povuku. Također, shizotipni poremećaj ličnosti od shizofrenije se može razlikovati i po supkliničkim simptomima koji su povezani s trajnim obilježjima ličnosti (American Psychiatric Association, 2013).

No usprkos neobičnom ponašanju te svim simptomima, najveći dio osoba sa shizotipnim poremećajem ličnosti ipak živi prihvaćeno od okoline, radno funkcionira i može imati obitelj (Begić, 2016). Nasuprot tome, shizofrenija se veže uz značajnu socijalnu i radnu disfunkciju. Napredak u školovanju i zadržavanje radnog mjesta nerijetko su narušeni zbog avolicije ili drugih manifestacija shizofrenije, a većina je osoba zaposlena na lošijim radnim mjestima od svojih roditelja. Najveći dio osoba s dijagnozom shizofrenije, a naročito muškarci, ne ulazi u brak ili ima ograničene socijalne kontakte izvan obitelji (American Psychiatric Association, 2013).

Iako postoje bitne razlike, dokazi da su poremećaji iz spektra shizofrenije češći kod rodbine pacijenata s dijagnozom te bolesti na indirektan način upućuju na to da su ova dva klinička entiteta u mnogo čemu povezana (Kendler, 1985). Sukladno tome, neke osobe sa shizotipnim poremećajem ličnosti naposljetku ipak razvijaju shizofreniju (Begić, 2016).

4.4. Etiologija shizofrenije

Pravi uzrok shizofrenije još uvijek nije poznat. Postoje različite hipoteze o nastanku ove bolesti, međutim niti jedna u potpunosti ne objašnjava njezin uzrok, niti je prisutna i dokaziva kod svakog bolesnika. Upravo se zbog toga može reći kako je shizofrenija uzrokovana višestrukim činiteljima što znači da na njezin nastanak, razvoj te oblikovanje kliničke slike utječu biološki, psihološki i socijalni čimbenici koji su u složenom međuodnosu (Begić, 2016). U ovom će radu biti opisan utjecaj genetike te biokemijskih čimbenika na nastanak shizofrenije.

4.4.1. Utjecaj genetskih čimbenika

Već i sama činjenica da je rizik od shizofrenije podjednak u različitim zemljama i kulturama, upućuje na to da je nasljeđe mogući uzrok ove bolesti (Begić, 2016). Glavne metode koje se primjenjuju u istraživanjima genetskog utjecaja jesu studije obitelji, studije blizanaca te istraživanja s usvojenom djecom.

Od obiteljskih studija te studija blizanaca ističu se one koje su proveli Gottesman,

McGuffin i Farmer (1987). Obiteljske su studije pokazale kako se rizik za obolijevanje od shizofrenije povećava s blizinom i brojem krvnih srodnika koji tu bolest imaju. Ukoliko je od shizofrenije obolio brat ili sestra, rizik da će se i kod drugog brata ili sestre razviti ova bolest je oko 7%. Ako je obolio jedan roditelj, rizik da će oboljeti i dijete iznosi oko 6%, a ako dijagnozu shizofrenije imaju brat ili sestra, a uz njih i jedan roditelj, tada rizik od obolijevanja raste na 17%. Ipak, najveći je rizik za obolijevanje ako su oba roditelja shizofreni bolesnici, a on tada iznosi više od 40%.

Studija blizanaca, provedena od strane istih istraživača, utvrdila je stupnjeve konkordantnosti (zajedničkog pojavljivanja) za jednojajčane i dvojajčane blizance. Konkordantnost za jednojajčane blizance iznosi 44,3%, dok za dvojajčane blizance ona iznosi 12,08%.

Istraživanja s usvojenom djecom provode se na dva načina. Prvi je tip istraživanja onaj u kojemu su se promatrala djeca shizofrenih roditelja koja su usvojena nedugo nakon rođenja, a drugom su tipu istraživanja promatrana sva djeca usvojena u nekom kasnijem razdoblju (Begić, 2016). Rezultati istraživanja prvog tipa pokazali su kako ta djeca zaista često obolijevaju od shizofrenije. Oni zadržavaju „svoj“ rizik od obolijevanja budući da im je barem jedan roditelj shizofreni bolesnik, a ne poprimaju rizik „novih“, zdravih roditelja (Heson, 1966: prema Begić, 2016). U drugom tipu istraživanja utvrđeno je kako usvojene odrasle osobe oboljele od shizofrenije imaju krvne srodnike koji jesu shizofreni bolesnici (a s kojima nisu živjeli). Za usvojene osobe koje nisu oboljele od shizofrenije utvrđeno je kako nisu ni imali srodnike s tom bolešću, a ako jesu, bilo ih je vrlo malo (Kety, Rosenthal, Wender i sur., 1968). Ukupno uzevši, rezultati ovih istraživanja pokazuju veći utjecaj genetskih u odnosu na okolinske čimbenike.

4.4.2. Utjecaj biokemijskih čimbenika

Biokemijske teorije objašnjavaju kako izmijenjeni biokemijski procesi izazivaju različite patofiziološke promjene, prije svega neurotransitorske, koje potencijalno dovode do nastanka shizofrenije (Jakovljević, 2011; prema Begić, 2016). Postoji čitav niz teorija odnosno hipoteza, pa tako neke govore o ulozi serotonina, noradrenalina te drugih neurotransmitera u shizofreniji, neke o ulozi gama-aminomaslačne kiseline, virusa itd., a u ovom je radu izdvojena ona o dopaminskom utjecaju.

Najznačajnija hipoteza u objašnjenju nastanka shizofrenije, iz biokemijske perspektive, zasigurno je *dopaminergička*, koja dominira već dugi niz godina, a prve su hipoteze govorile o hiperaktivnosti dopamina kao rezultatu pojave shizofrenih simptoma (Brisch, Saniotis, Wolf, Bielau i sur., 2014). Teorija da je shizofrenija povezana s aktivnošću dopamina, uglavnom se

temelji na informacijama o načinu djelovanja lijekova učinkovitih u terapiji shizofrenije. Fenotijazini, lijekovi koji ublažavaju pozitivne simptome shizofrenije, izazivaju i sporedne učinke koji podsjećaju na Parkinsonovu bolest, a poznato je kako je parkinsonizam uzrokovan smanjenom koncentracijom dopamina u mozgu. S obzirom na to, pretpostavlja se da lijek fenotijazin smanjuje aktivnost dopaminskog sustava, a da je shizofrenija zapravo posljedica pretjerane aktivnosti dopaminskih moždanih puteva (Davison i Neale, 2002).

Još jedan dokaz koji ide u prilog ovoj teoriji temelji se na literaturi o amfetaminskoj psihozi. Amfetamini kod osobe mogu izazvati stanje slično paranoidnoj shizofreniji te pogoršati simptomatologiju shizofrenije, a poznato je kako amfetamini povećavaju aktivnost dopamina u sustavu neurotransmitera (Angrist, Lee i Gershon, 1974; prema Davison i Neale, 2002).

Nadalje, postoje i istraživanja u kojima je u žarištu utjecaj homovanilične kiseline na shizofreniju, koja je metabolit dopamina. Pronađena je povećana koncentracija te kiseline u središnjem živčanom sustavu te u plazmi kod shizofrenih bolesnika, a upravo je ta povećana koncentracija povezana s produktivnom simptomatikom shizofrenije, kao i boljim odgovorom na farmakoterapiju (Lieberman i Koreen, 1993; prema Begić, 2016).

Međutim, neke novije hipoteze govore kako se ne radi samo o hiperaktivnosti dopamina, već i o njegovoj hipoaktivnosti (da Silva Alves, Figuee, van Amelsvoort, Veltman i de Haan, 2008). Sukladno tome, novija su se istraživanja više usmjerila na uočavanje razlika među neuralnim dopaminskim putevima, pa je tako hiperaktivnost dopaminskog sustava uočena samo u mezolimbickom putu, za koji se pretpostavlja da je odgovoran za pozitivne simptome shizofrenije, dok se mezokortikalna regija smatra odgovornom za negativne simptome shizofrenije koji su posljedica hipofunkcije dopamina (Lau, Wang, Hsu i Siu, 2013).

4.5. Tretman shizofrenije

Shizofrenija je vrlo kompleksna bolest koja osim na bolesnika i njegov život, utječe i na živote njemu bliskih osoba. Samim tim, i liječenje je vrlo zahtijevan te naporan proces, kako za bolesnika, tako i za obitelj i medicinsko osoblje. Terapija se provodi na različite načine pa su tako mogući psihoterapijski postupci, socioterapijski postupci ili pak biološke metode liječenja poput psihofarmakoterapije ili elektrokonvulzivne terapije. Cilj terapije je suzbijanje te kontrola simptoma bolesti i socijalna rehabilitacija, a najčešće se provodi kombiniranjem različitih metoda (Moro i Frančišković, 2011).

Najveći broj istraživanja liječenja shizofrenije odnosi na primjenu psihofarmakoterapije kod ove bolesti. Tako se za redukciju pozitivnih simptoma shizofrenije koriste antipsihotici koji se mogu podijeliti na one „tipične“ korištene još od samih početaka primjene lijekova, i one

„atipične“ ili novije. Od „tipičnih“ izdvajaju se klorpromazin, haloperidol i flufenazin, a u „atipične“ se ubrajaju klozapin, risperidon, olanzapin itd.

Primjena konvencionalnih antipsihotika, koji blokiraju dopaminske D2 receptore, pokazala se vrlo efikasnom za liječenje akutne faze ove bolesti, ali i za dugoročnu terapiju održavanja te prevenciju relapsa (Ballus, 1997). Međutim, neka istraživanja pokazuju da ovi lijekovi samo reduciraju ukupnu neurotransmisiju dopamina, ali ne uspijevaju djelovati na mjesto glavne dopaminergičke abnormalnosti (Howes, Kambeitz, Kim, Stahl, Slifstein, Abi-Dargham i Kapur, 2012). Dopaminski D2 receptori odgovorni su, osim za pozitivne simptome shizofrenije, i za centar užitka i nagrade. Stoga se blokadom tih receptora prekidaju i mehanizmi nagrađivanja, a kod pacijenta mogu dovesti do apatije, anhedonije i potpune odsutnosti užitka u socijalnim interakcijama. Odnosno, reducirajući pozitivne simptome blokadom D2 receptora, istovremeno se mogu pogoršati negativni simptomi bolesti (Li, L. Snyder i E. Vanover, 2016).

Nasuprot tome, podaci o efikasnosti „atipičnih“ antipsihotika ukazuju na to da su oni jednako učinkoviti u suzbijanju pozitivnih simptoma kao i oni „tipični“, a imaju manje nuspojava. Ono što čini razliku jest da noviji antipsihotici djeluju i na negativne simptome shizofrenije, tako da ih se može smatrati efikasnijom metodom u odnosu na konvencionalne lijekove (Ballus, 1997).

Psihosocijalne intervencije smatraju se gotovo jednako važnima kao i terapija lijekovima, budući da bitno utječu na poboljšanje kvalitete života bolesnika. Tako se preporučuje da osobe s dijagnozom shizofrenije budu uključene u suportivnu psihoterapiju, obiteljske intervencije te treninge socijalnih vještina. Individualna, grupna te obiteljska psihoterapija kombiniraju podršku, psihoedukaciju te rad na bihevioralnim i kognitivnim vještinama. Isto tako, stavljaju naglasak na specifične probleme s kojima su osobe suočene, a također im pomažu da se lakše nose sa svojom bolesti i reintegriraju u društvo. Obiteljske intervencije cijeloj obitelji mogu olakšati razvoj obrazaca ponašanja pomoću kojih bi bolesniku na adekvatan način pružili razumijevanje i potporu (Penn i Mueser, 1996).

5. ZAKLJUČAK

Na kraju, temeljem pregleda prikladne literature može se zaključiti kako su i shizotipni poremećaj ličnosti i shizofrenija zasigurno relevantni klinički entiteti što zbog značajki i posljedica koje su vidljive na individualnom planu, što zbog onih koje su vidljive i u širem društvenom kontekstu. Iako je uzrok još uvijek nepoznat, na temelju brojnih znanstvenih istraživanja, sigurno je da je posrijedi vrlo složena interakcija različitih čimbenika koji na kraju formiraju psihički poremećaj. Kako istraživanja ovog psihičkog poremećaja odnosno bolesti sežu u daleku prošlost, a još uvijek postoji prostor i za daljnja istraživanja, očito je kako se radi o vrlo kompleksnim kliničkim entitetima koji iziskuju trud, rad i maksimalnu posvećenost kako stručnjaka, tako i osobe kojoj je pomoć potrebna, kako bi mogla postići onu razinu funkcioniranja koja je dostatna za normalan život. Također, u svrhu postizanja boljih terapijskih učinaka, ukoliko postoji barem donekle očuvan odnos s realnošću, korisno je identificirati, istaknuti i poticati jake strane klijenta odnosno pacijenta te raditi na samopouzdanju i samoprihvatanju, a ne se fokusirati samo na korekciju i kontrolu čimbenika koji otežavaju funkcioniranje. Kao i za mnoge druge, tako je i za ove poremećaje odnosno bolesti iznimno bitna uloga obitelji čija je podrška, razumijevanje i spremnost na suradnju od neupitne važnosti za osobu s dijagnozom. Iako svaki problem nosi svoje posljedice, dugotrajne i kontinuirane terapije ipak najčešće dovode do pozitivnih rezultata te pružaju mogućnost za postizanje optimalne dobrobiti te urednog funkcioniranja u svim sferama života.

6. LITERATURA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.(DSM-5)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Ballus, C. (1997). Effects of antipsychotics on the clinical and psychosocial behavior of patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 28, 247–255.
- Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Brisch, R., Saniotis, A., Wolf, R., Bielau, H., Bernstein, H. G., Steiner, J., ... i Henneberg, M. (2014). The role of dopamine in schizophrenia from a neurobiological and evolutionary perspective: old fashioned, but still in vogue. *Frontiers in psychiatry*, 5, 47.
- Chemerinski, E., Triebwasser, J., Roussos, P. i Siever, L.J. (2013). Schizotypal personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 652–679.
- da Silva Alves, F., Figue, M., van Amelsvoort, T., Veltman, D. i de Haan, L. (2008). The revised dopamine hypothesis of schizophrenia: evidence from pharmacological MRI studies with atypical antipsychotic medication. *Psychopharmacol Bull*, 41(1), 121-132.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (2002). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Jasterbarsko: Naklada Slap.
- Green, M.F. i Horan, W.P. (2010). Social cognition in schizophrenia. *Association for Psychological Science*, 19(4), 243–248.
- Gottesman, I. I., McGuffin, P. i Farmer, A. E. (1987). Clinical genetics as clues to the „real“ genetics of schizophrenia (a decade of modest gains while playing for time). *Schizophrenia Bulletin*, 13(1), 23-48.

- Howes, O. D., Kambeitz, J., Kim, E., Stahl, D., Slifstein, M., Abi-Dargham, A. i Kapur, S. (2012). The nature of dopamine dysfunction in schizophrenia and what this means for treatment: meta-analysis of imaging studies. *Archives of general psychiatry*, 69(8), 776-786.
- Jablensky, A. (2010). The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 271.
- Kendler, K. S. (1985). Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11(4), 538-553.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H. i Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 345-362.
- Lau, C. I., Wang, H. C., Hsu, J. L. i Liu, M. E. (2013). Does the dopamine hypothesis explain schizophrenia? *Reviews in the Neurosciences*, 24(4), 389-400.
- Lecomte, T., Corbiere, M., Simard, S. i Leclerc, C. (2014). Merging evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 4, 437-447.
- Li, P., L. Snyder, G. i E. Vanover, K. (2016). Dopamine targeting drugs for the treatment of schizophrenia: past, present and future. *Current topics in medicinal chemistry*, 16(29), 3385-3403.
- Marčinko, D., Jakovljević, M. i Rudan, V. (2015). *Poremećaji ličnosti : Stvarni ljudi, stvarni problemi*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Minzenberg, M. J., Xu, K., Mitropoulou, V., Harvey, P. D., Finch, T., Flory, J. D., ... i Siever, L. J. (2006). Catechol-O-methyltransferase Val158Met genotype variation is associated with prefrontal-dependent task performance in schizotypal personality disorder patients and comparison groups. *Psychiatric genetics*, 16(3), 117-124.
- Moro, Lj. i Frančišković, T. (2011). *Psihijatrija : udžbenik za više zdravstvene studije*. Zagreb: Medicinska naklada.
- Nathanson, B.J. i Jamison, S.C. (2011). Psychotherapeutic and pharmacologic treatment of schizotypal personality disorder: the heuristic utility of stressing function over form. *Clinical Case Studies*, 10(5), 395-407.

- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G. i Dimaggio, G. (2014). Metacognition-oriented social skills training for individuals with longterm schizophrenia: methodology and clinical illustration. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 21, 465–473.
- Penn, D. L. i Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 153, 607–617.
- Ryan, A., Macdonald, A. i Walker, E. (2013). The treatment of adolescents with schizotypal personality disorder and related conditions: a practice-oriented review of the literature. *Clinical Psychology Science and Practice*, 20, 408–424.
- Suzuki, M., Zhou, S. Y., Takahashi, T., Hagino, H., Kawasaki, Y., Niu, L., ... i Kurachi, M. (2005). Differential contributions of prefrontal and temporolimbic pathology to mechanisms of psychosis. *Brain*, 128(9), 2109-2122.
- Walsh, J. (2017). Schizotypal personality disorder: A clinical social work perspective. *Journal of Social Work Practice*, 31, 67-78.
- Widiger, T. A. (Ed.). (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford University Press.