

Zdravstvena njega bolesnika s prvom akutnom psihotičnom epizodom

Zajec, Petra

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Bjelovar University of Applied Sciences / Veleučilište u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:861936>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-05**



Repository / Repozitorij:

[Digital Repository of Bjelovar University of Applied Sciences](#)



VELEUČILIŠTE U BJELOVARU
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA S PRVOM
AKUTNOM PSIHOTIČNOM EPIZODOM**

Završni rad br. 57/SES/2021

Petra Zajec

Bjelovar, lipanj 2021.



Veleučilište u Bjelovaru
Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Zajec Petra**

Datum: 05.05.2021.

Matični broj: 002069

JMBAG: 0314020012

Kolegij: **PSIHIJARIJA I MENTALNO ZDRAVLJE**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnika s prvom akutnom psihotičnom epizodom**

Područje: **Biomedicina i zdravstvo**

Polje: **Kliničke medicinske znanosti**

Grana: **Sestrinstvo**

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević** zvanje: **profesor visoke škole**

Članovi Povjerenstva za ocjenjivanje i obranu završnog rada:

1. Tamara Salaj, dipl.med.techn., predsjednik
2. dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević, mentor
3. Ivana Jurković, mag. educ. philol. angl. et germ., član

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 57/SES/2021

U radu je potrebno detaljno opisati kliničku sliku bolesnika u prvoj psihotičnoj epizodi kroz sve stavke psihičkog statusa. Nadalje, studentica će analizirati potencijalne uzroke, tijek bolesti i sestrinski proces zdravstvene njege, sestrinske dijagnoze i intervencije.

Zbrinjavanje akutno psihotičnih bolesnika jedno je od najzahitjevnijih stanja u hitnoj praksi, prvenstveno zbog potencijalne ugroženosti osoblja koje prve pristupaju oboljelima. Ovaj rad bi trebao doprinijeti adekvatnijem razumijevanju oboljelih kao i educiranju osoblja u specifičnosti pristupa akutno psihotičnim pacijentima incidencija kojeg oboljevanja raste posebno obzirom na porast konzumacije sintetskih droga.

Zadatak uručen: 05.05.2021.

Mentor: **dr.sc. Marija Kudumija Slijepčević**



Zahvala

Zahvaljujem se svojoj obitelji i prijateljima koji su bili uz mene tijekom cijelog školovanja te profesorima i predavačima Veleučilišta u Bjelovaru na trudu i prenesenom znanju.

Sadržaj

1.	UVOD	1
2.	CILJ RADA.....	6
3.	METODE	7
4.	RASPRAVA.....	8
5.	ETIOLOGIJA DUŠEVNIH BOLESTI	9
5.1.	Precipitirajući čimbenici.....	9
5.2.	Ponavljajući čimbenici	9
5.3.	Podržavajući čimbenici	10
5.4.	Predisponirajući čimbenici	10
6.	POSTAVLJANJE DIJAGNOZE.....	12
6.1.	Psihijatrijski pregled.....	12
6.2.	Liječenje i terapija prve psihotične epizode	13
6.2.1.	Terapija lijekovima prve psihotične epizode.....	14
6.3.	Kako bolest doživljavaju bolesnici i članovi njihovih obitelji	18
7.	AKUTNI I PROLAZNI PSIHOTIČNI POREMEĆAJ	19
8.	BOLNIČKO LIJEČENJE.....	20
8.1.	Prijem psihijatrijskog bolesnika u bolnicu	20
9.	CILJEVI ZDRAVSTVENE NJEGE I SESTRINSKE DIJAGNOZE	22
10.	ZAKLJUČAK	27
11.	LITERATURA	28
12.	OZNAKE I KRATICE.....	29
13.	SAŽETAK.....	30
14.	SUMMARY	31

1. UVOD

Pojam „shizofrenija“ nerijetko se prevodi i kao „rascijep ličnosti“ što se može protumačiti kao da u jednom tijelu žive dvije osobe (1). 1911. godine, švicarski psihijatar Eugen Bleuler, za ovu bolest je predložio naziv shizofrenija. Razlog tome je bilo što je glavna karakteristika ove bolesti rascjep mišljenja (shizo-frenija). Ta nepovezanost misli vrlo često se očituje kao proturječenje emocija, povlačnje bolesnika u sebe, gubitak kontrole nad vlastitim tokom misli. Kada se radi o razgovoru između liječnika i bolesnika i njegove obitelji, riječ shizofrenija se vrlo često pokušava izbjeći pa se koristi termin „psihoza“. Vrlo važno je rano otkriti i pravovremeno intervenirati iz razloga što shizofrenija, ali i ostale psihotične bolesti, nisu jednostavne te, ukoliko se ne liječe, mogu imati itekako ozbiljne i dugotrajne posljedice.

Što se tiče liječenja, sam proces se planira na temelju individualne procjene bolesnika. Temelj liječenja je primjena antipsihotika čiji odabir ovisi o brojnim kriterijima: vodeći simptomi, potencijalne nuspojave, prijašnji odgovori na propisanu terapiju, želje bolesnika, prijašnje nuspojave.

Shizofrenija je bolest za čije je postavljanje dijagnoze potrebno prisutstvo znakova i simptoma. Postoje dvije vrste simptoma. To su akutni simptomi i simptomi izvan akutnog stadija bolesti. Obje ove vrste simptoma imaju svoje karakteristike. Akutna faza shizofrenije specifična je po tome što bolesnik svoju vlastitu okolinu doživljava na drugačiji način te je na taj iskrivljeni način i procjenjuje. Kada akutna faza prođe, velika većina bolesnika se bori s manjkom koncentracije i ustrajnosti te sposobnošću podnošenja opterećenja iz svakodnevnog života.

Shizofrenija se dijeli na: paranoidnu, hebefrenu, katatonu, nediferenciranu, postshizofrenu depresiju, rezidualnu, shizofreniju simpleks. Ostale shizofrenije i nespecificiranu shizofreniju (2).

U svome radu (3) autor shizofreniju definira kao: “kronični psihotični duševni poremećaj koji predstavlja klinički sindrom sastavljen od psihičkih i ponašajnih simptoma.”

Vrlo važno je naglasiti kako se klinička slika shizofrenije sastoji od više različitih simptoma i znakova: poremećaji tijeka misli pacijenta, brojne kognitivne smetnje ili poteškoće, halucinacije, motoričke promjene funkcioniranja, sumanute i suicidalne misli i brojni drugi.

Simptomi shizofrenije obično se javljaju u doba puberteta, smatra se da pubertet ima određenu ulogu u razvoju shizofrenije (4). Značajne hormonalne promjene koje se javljaju u pubertetu djeluju s toksinima u organizmu djeteta te ga dovode do stanja psihoze.

U literaturi (3, str 56.) navedeni su podaci o incidenciji shizofrenije koji kažu da na 10 tisuća ljudi, broj oboljelih iznosi od 0,5 do 5% s obzirom na geografski položaj koji je od interesa (primjer tome je povećana incidencija shizofrenije kod osoba rođenih u urbanim sredinama s visokim stupnjem industrijalizacije).

Kada je riječ o incidenciji shizofrenije s obzirom na spol osobe, ona je podjednaka kod osoba i muškog i ženskog spola. No, razlika je nešto veća s obzirom na životnu dob. Velika većina hospitaliziranih muškaraca s dijagnozom shizofrenije su u dobi do 25 godina, dok je u toj dobnoj skupini samo trećina ukupno oboljelih žena. Što se tiče ženske populacije, veliki postotak žena koje obole od shizofrenije starije su od 45 godina. Zaključno ovome, pojava shizofrenije prije 10-te i iznad 60-te godine života je izrazita rijetkost.

Životna dob osoba koje boluju od shizofrenije može biti kraća za do 30 godina u odnosu na životni vijek zdrave ljudske populacije. Tome doprinose brojni čimbenici, primjerice rana incidencija bolesti kardiovaskularnog sustava (povezano je s genetskim nasljeđivanjem), loše životne navike (nezdrava prehrana, konzumiranje alkohola i duhanskih proizvoda) te, nerijetko, i zbog razvoja nekakvog metaboličkog sindroma uzrokovano terapijom antipsihoticima.

Kada se radi o uzrocima shizofrenije, za njih se može reći da su brojni te da nisu razjašnjeni do kraja. Neka istraživanja dala su rezultate koji kažu da je ranjivost pojedinca za pojavu shizofrenije rezultat genetskih i okolišnih čimbenika. Ti čimbenici utječu na razvoj mozga, no shizofrenija se vrlo rijetko može dijagnosticirati prije razdoblja adolescencije ili rane odrasle dobi. Pretpostavka da je shizofrenija bolest mozga vjerojatno je točna. Tijekom posljednjih nekoliko desetljeća shizofreni bolesnici ispitivani su brojnim slikovnim metodama. Među njima se najviše istaknula kompjuterizirana tomografija (CT). Snimka mozga CT-om daje korisne informacije o moždanim strukturama, pogotovo moždanim komorama. Kod nekih bolesnika oboljelih od shizofrenije mogu se pronaći povećane moždane komore na CT snimci. Zaključno se može reći da se slikovnim metodama može prikazati promjenjena moždana struktura bolesnika oboljelih od teških oblika shizofrenije ili neke druge psihotične bolesti.

Shizofrenija je vrlo poznata po tome što bolesnici, koji boluju od shizofrenije, sebe i svoju okolinu doživljavaju na način drugačiji od zdravih osoba (1). Opažanje okoline na drugačiji način, gubitak kontrole na vlastitim mislima i njihovim tokom, kriva procjena okoline, samo su od nekih simptoma koji muče osobe oboljele od shizofrenije.

Osjetilne obmane ili halucinacije su vrlo česta pojava. Naime, bolesnici vrlo često čuju, vide, osjete ili namirišu nešto u svojoj okolini, ali to zapravo ne postoji.

Nadalje, postoje brojni oblici sumanutosti. Sumanuto opažanje prvi je od nekoliko oblika. Doživljavanje okoline osoba koje boluju od shizofrenije ima totalno drugačije značenje od uobičajenog. Brojni znakovi u njihovoj okolini upućuju ih na nešto ružno ili loše, primjerice crveno svjetlo na semaforima znak je progonitelja, pokreti rukama znak su iskrenog iskazivanja ljubavi i slično. Sumanute ideje ili misli su praktički neizostavni život shizofrenog bolesnika. Kada sumanute predodžbe ili doživljaji nisu ni u kakvoj povezanosti sa opažanjem okoline, tada se za njih kažu da su sumanute misli ili ideje. Sumanuto raspoloženje je krivac za pojavu sumanutog opažanja, ideja ili misli. Autor (1) u svojoj knjizi kaže da se pod time misli na stanje u kojemu sve stvari imaju posebno, ali neodređeno značenje te da opažanje iz svakodnevice upućuje na nešto loše ili ugrožavajuće. Sumanuti sustavi su sustavi misli načinjeni od sumanutih ideja te opažanja.

U simptome akutne bolesti također spada i nemogućnost kontroliranja vlastitih misli, odnosno , poremećaj bolesnika u doživljavanju samog sebe. Problem kod shizofrenih bolesnika je taj što oni smatraju da druge osobe mogu čitati njihove misli, da ih mogu natjerati da misle na nešto određeno.

Poremećaj toka misli također je vrlo čest problem na koji se žale shizofreni bolesnici. Odjednom imaju previše misli u glavi koje teku nekim nelogičnim slijedom i vrlo često bolesnici ne mogu niti razaznati koji je sadržaj misli. Ovaj problem se može prepoznati na način da bolesnik, za vrijeme razgovora, ne može razumno odgovoriti na njima razumljiva pitanja. Kod vrlo teški stanja shizofrenije, bolesnici žele nešto reći, ali kroz njihova usta izlaze potpuno nerazumljive riječi.

U akutnoj bolesti većinu bolesnika se ni na kakav način ne može smiriti. To je posljedica poremećaja kontrole vlastitih emocija. Preko dana su stalno u pokretu i uvijek nešto pricaju, dok po noći nikako ne mogu spavati, neki bolesnici plaču cijeli dan bez ikakvog razloga, dok se neki smiju. Kod teških akutnih shizofrenih bolesnika dolazi do potpuno prekida iskazivanja emocija što znači da ne reagiraju ni na kakav vanjski podražaj (ne jedu, ne piju, ne govore, rijetko se miču).

Logično je za očekivati da je, nakon prolaska simptoma akutne bolesti, bolesnik relativno izliječen, ali u većini slučajeva to nije tako. Vrlo često se javljaju negativni ili minus simptomi. Pod njima se podrazumijeva smanjenje emocija, gubitak interesa za okolinu i druge ljude, smanjena sposobnost socijalne interakcije, nemogućnost podnošenja svakodnevnog napora.

Nakon akutne faze bolesti, bolesnici osjete da im fali motivacije, kao da su toliko iscrpljeni da ne vide smisao u njihovom radu i zalaganju. Javljaju se potištenosti te im slabe ostali osjećaji. Nisu više u mogućnosti veseliti se, plakati i smijati se te izražavati emocije poput ostalih zdravih osoba. Također dolazi do smanjenja sposobnosti uspostavljanja socijalnih veza i interakcije s ljudima. Razlog tome je potištenost i bolesnici se s vremenom zatvaraju u sebe jer ni u čemu više ne vide smisla. Također dolazi i do smanjenja koncentracije i ustrajnosti u svakodnevnim zadacima.

Kako kaže autor (3) u svome radu, prodromalnu i asimptomatsku fazu shizofrenije potrebno je gledati unatrag ili retrogradno nakon što se pojave simptomi koji su od kliničkog značaja. Asimptomatska faza bolesti obuhvaća razdoblje od rođenja do pojave prodromalne faze. Ovo razdoblje ni po čemu ne upućuje na eventualnu pojavu shizofrenije. Tijekom asimptomatske faze sve funkcije pojedinca su normalne pa se iz toga razloga asimptomatska faza još naziva i premorbidnim razdobljem ili razdobljem do pojave bolesti. Brojna istraživanja koja su se provodila s ciljem pronalaska konkretnijih znakova koji bi mogli upućivati na buduću pojavu shizofrenije nisu dali obećavajuće rezultate, no neka od njih zaključila su da se abnormalnosti tijekom razvoja mogu pronaći i do polovice djece koja imaju povećani rizik od pojave shizofrenije (tu se prvenstveno misli na djecu čiji su, jedan ili oba roditelja, bolovala od shizofrenije). Neki od tih abnormalnosti su: slabija koordinacija u smislu motorike, hipotonija za vrijeme neonatalnog razvoja i brojni drugi.

Što se tiče prodromalne faze shizofrenije, razdoblje u kojem se najčešće javlja je pubertet i adolescentsko razdoblje. Karakteristična je po nespecifičnim znakovima i simptomima koji se javljaju: smanjenje koncentracije i motivacije, uznemirenost, poremećaji spavanja, depresija, povlačenje osobe u sebe. Prodromalna faza nema ograničeno trajanje te može biti prisutna i do nekoliko godina. Od kliničke je važnosti jedino ako nakon nje nastupe jasni klinički simptomi shizofrenije.

2. CILJ RADA

Svrha ovog rada je pobliže objasniti stanje u kojoj osoba doživi akutnu psihotičnu epizodu i navesti zadatke i intervencije medicinske sestre/tehničara koje je potrebno provest kako bi se moglo što bolje zbrinuti takav pacijent.

3. METODE

Pri obradi teme korištena je stručna literatura, stručne knjige, stručni članci i knjige za medicinske studije.

4. RASPRAVA

Neovisno o boji kože, nacionalnosti, spolu, inteligenciji ili socijalnom statusu, otprilike jedna do dvije osobe od sto tijekom života obole od shizofrenije (1). Akutna shizofrenija pojavljuje se nekoliko puta tijekom života, a nakon akutne bolesti učinkovitost mnogih bolesnika je tijekom dužeg perioda narušena zato je važno preventivnim mjerama spriječiti da dođe do ponovnog pojavljivanja bolesti.

Tko je prvi put obolio od shizofrenije nada se da se bolest više neće pojavljivati. Ta se želja nekad ostvaruje; 30-50% bolesnika ostaju tijekom iduće godine, a 10-30% do kraja života zdravi, iako ne uzimaju redovno psihofarmake za prevenciju. Ako dođe do ponovnog pojavljivanja bolesti, mora se računati s daljnjim epizodama bolesti, bez liječenja nakon godinu dana oboli 70-80%, a nakon dvije godine 90% bolesnika.

Neke bolesti slične shizofreniji, no njihov tijek je nešto drukčiji i njihovo liječenje. U njih se ubrajaju shizoafektivne bolesti i akutni psihotični poremećaji kao što su: shizoafektivni poremećaji, shizomanični poremećaji, shizodepresivni poremećaji, prolazni akutni psihotični poremećaji te se može zamjeniti i depresijama i manijama.

Psihički bolesne osobe, a naročito osobe koje boluju od shizofrenije, smatraju se neračunljivima, opasnima i ne može ih se razumjeti. Taj stav se tijekom posljednjih 20 godina nešto ublažio, ali još uvijek postoji. Samo mali broj shizofrenih bolesnika postaju nasilnici, tako da nema opasnosti od bolesnika koji se liječe. Nasilništva se pojavljuju samo kod bolesnika koji se ne liječe ili se nedovoljno liječe, kod kojih tijekom dužeg perioda traju teški simptomi sumanosti.

5. ETIOLOGIJA DUŠEVNIH BOLESTI

Uzroci psihičkih ili duševnih bolesti mogu biti posredni i neposredni (2). Posredni uzročni čimbenici pospješuju nastanak psihičkih poremećaja, ali ih ne uzrokuju, dok, s druge strane, neposredni uzročni čimbenici izravno uzrokuju poremećaj. Posredni uzročni čimbenici mogu se podijeliti na: precipitirajuće, ponavljajuće, podržavajuće i predisponirajuće uzročne čimbenike.

5.1. Precipitirajući čimbenici

Precipitirajući uzročni čimbenici pojavljuju se neposredno prije pojave bolesti ili poremećaja (2). Iz tog razloga se nazivaju i trigger faktorima. Ovi čimbenici omogućuju olakšanu pojavu bolesti te mogu biti psihički, socijalni i tjelesni.

Psihički precipitirajući čimbenik je gubitak bliske osobe koji izaziva žalost, gubitak raspoloženja te strah. Svojim trajanjem i jačinom, sve to može izgledati kao psihijatrijski poremećaj. Primjer tome su velike depresivne epizode.

Primjer socijalnog čimbenika može biti ismijavanje učenika prilikom odgovaranja, zadirkivanje, omalovažavanje i slično. Sve te situacije kod učenika izazivaju osjećaj neugode te se taj osjećaj pojavljuje svaki sljedeći put pri odgovaranju iako omalovažavanje odsutno. Konačni rezultat svega toga je strah od socijalne interakcije.

5.2. Ponavljajući čimbenici

Ponavljajući čimbenici dovode do ponovne pojave simptoma (2). U osobe koja ima posttraumatski stresni poremećaj ili PTSP, realno i/ili simbolično podsjećanje na stresni traumatični događaj obično će izazvati simptome pogoršanja toga poremećaja.

Ponavljajući čimbenik ne mora biti otkriven dugo vremena ili uopće ne mora biti otkriven. Tako roditelji, čije dijete prolazi kroz prve epizode shizofrenije, jednostavno ne prihvaćaju da je ono bolesno. Nakon hospitalizacije djeteta verbalno su zainteresirani za liječenje, ali kod kuće rade sve suprotno od očekivanog i dogovorenog. Oni mogu inicirati prekid uzimanja terapije, što neupitno može dovesti do pogoršanja shizofrenije.

Svi ovi čimbenici pridonose pojavi psihičke bolesti. Problem je u tome što je potrebno odrediti kada i koliko je neki od tih čimbenika značajniji. Spoznaje o ovim čimbenicima doprinose boljem razumijevanju svake zasebne bolesti ili poremećaja, ali ne doprinosi otkrivanju njihovih uzroka.

5.3. Podržavajući čimbenici

Podržavajući čimbenici pomažu u održavanju trajanja bolesti. Najvećim dijelom vezani su za okolinu (2). Primjer tome je sredina koja zagovara vitku liniju i mediji koji promiču izgled manekenki kao ideal ljepote. Sve to će dovesti do stvaranja i održavanja anoreksičnog modela. To neće biti vidljivo u svim osoba s anoreksijom, ali hoće kod većine njih.

Još jedan primjer je radna okolina koja stigmatizira shizofrenog bolesnika. Radna sredina vrlo rijetko prihvaća takve osobe jer se ne zna puno o shizofreniji te iz razloga što se boje takvog bolesnika. Okolina smatra da je shizofreni bolesnik smanjene sposobnosti obavljanja poslova. Sve to još više pojačava bolesnikovo uvjerenje da je on nesposoban. S vremenom, boravak u takvoj okolini posljedično dovodi do resocijalizacije takvih osoba. Nadalje, to sve dovodi do egzistencijalne ugroženosti te do pogoršavanja bolesti.

5.4. Predisponirajući čimbenici

Predisponirajući čimbenici pogoduju pojavi bolesti i čine predispoziciju ili sklonost za razvitak te bolesti (2). Predispozicija je prirođena ili stečena osobina organizma koja u sebi sadržava sklonost prema razvitku nekih patoloških procesa i bolesti ili sklonost prema određenom tipu reakcije na bolest ili njezino liječenje. Predispoziciju čini i okolinska situacija koja pogoduje nastanku bolesti.

Predisponirajući čimbenici su genetski, zatim tjelesni, konstitucijski, okolinski i brojni drugi. Primjer genetske predispozicije jest povećani rizik obolijevanja od shizofrenije ako je jedan roditelj obolio od te bolesti. Prosječni rizik od obolijevanja od shizofrenije je oko 1%, a ako shizofreniju ima roditelj, rizik za njegovo dijete se povećava na 6-8%.

Tjelesna predispozicija jest, primjerice, način reagiranja na pušenje marihuane. Opće je poznato da oko 30% konzumenata marihuane pokazuje neke simptome i pojave neugodnog

karaktera. Većina ljudi nema takva iskustva s prvim konzumiranjem marihuane pa je stoga neki nastavljaju uzimati i upravo se među njima najčešće pojavljuju budući ovisnici. U ovom slučaju je tjelesna predispozicija povezana s većom mogućnošću pojave ovisničkih navika.

Konstitucijska predispozicija je vidljiva u povezivanju konstitucije s češćom pojavom određenih bolesti. Primerice, ljudi pikničke konstitucije imaju veću šansku tijekom života oboljeti od poremećaja raspoloženja nego osobe drugih konstitucija.

Okolinska predispozicija uključuje utjecaj uže i šire okoline. Kao primjer okolinske predispozicije mogu poslužiti promjene u primarnoj obitelji, Tako se gubitak roditelja smatra jednim od najvažnijih okolinskih predisponirajućih čimbenika. Ako se ovaj gubitak dogodi u dobi 11.-12.- godine djetetova života to je značajan prediktor pojavljivanja depresije u odrasloj dobi.

6. POSTAVLJANJE DIJAGNOZE

U ovom poglavlju opisano je kako liječnik postavlja dijagnozu i na temelju kojih simptoma i znakova to može zaključiti (5). Kao što je već rečeno, klinička slika shizofrenije je izrazito „šarolika“ te se zbog toga shizofrenija vrlo lako može zamijeniti nekom sličnom bolesti.

6.1. Psihijatrijski pregled

Psihijatrijski pregled, kao i svaki drugi, služi za prikupljanje potrebnih informacija i prepoznavanje znakova i simptoma potrebnih za pravilno postavljanje dijagnoze (5).

Glavni dio psihijatrijskog pregleda je intervju pacijenta. Za vrijeme intervjua liječnik postavlja pitanja pacijentu s ciljem dobivanja što korisnijih informacija iz obiteljskog života pacijenta, njegove radne okoline te o odnosima u zajednici u kojoj živi. To je vrlo bitno kako bi se mogao donijeti zaključak o eventualnim uzrocima pojave shizofrenije. Liječnik za vrijeme razgovora treba pažljivo slušati pacijenta i pokazati interes za njega. Također je potrebno obratiti pažnju na bolesnikove prijašnje bolesti, životne navike, stavove i mišljenja o određenim temama. Na taj način liječnik stvara odnos povjerenja s pacijentom te mu to pomaže za odabir načina na koji će pristupiti pacijentu u nastavku liječenja. Tijekom razgovora liječnik promatra i bolesnikov izgled te držanje. To daje vrijedne podatke o bolesnikovom raspoloženju i to jel se osjeća sigurno i udobno. Bolesnici vrlo često mogu biti deprimirani i utučeni, ali u drugu ruku se mogu osjećati uznemireno i ugroženo. Stoga je vrlo važno da bolesnik pokaže bolesniku svoj interes i volju da mu pomogne.

Liječnik se tijekom intervjua treba držati određenih pravila:

- razgovor se obično započinje tako da liječnik zamoli pacijenta da mu svojim riječima opiše srž problema
- poticanje bolesnika na otvoreni razgovor
- tražiti bolesnika za objašnjenje pojmova za koje se smatra da su bitni
- za vrijeme rane faze razgovora, potrebno je odrediti što je pacijentu bitno (fokusirati se na emocije koje se javljaju tijekom razgovora, neverbalna komunikacija)
- nakon početne faze razgovora, prelazi se na strukturirani pristup koji je važan za razradu bolesnikovog problema (mjesto i vrijeme nastana problema, detaljan opis znakova i simptoma bolesti)

- nakon toga je potrebno uzeti obiteljsku i osobnu anamnezu koja je vrlo bitna za promatranje mogućnosti gentskog nasljeđivanja bolesti te za određivanje terapijskog pristupa

6.2. Liječenje i terapija prve psihotične epizode

Vrlo važno je pravovremeno otkrivanje i liječenje osoba s prvom psihotičnom epizodom (5). Kada je riječ o suvremenom pristupu tijekom procesa liječenja osoba koje boluju od shizofrenije, stavlja se naglasak na funkcionalni ishod bolesti.

Rane terapijske intervencije služe za sprječavanje ili smanjivanje psihičke dekompenzacije u osoba koje imaju visoki rizik za pojavu psihotičnih poremećaja te otkloniti postojeće simptome s krajnjim ciljem vraćanja normalnih funkcija. Autor (6) u svome radu navodi važnost provođenja ranih preventivnih i terapijsko-rehabilitacijskih intervencija isticanjem činjenice da se kognitivna deterioracija (gubitak tjelesnih i duševnih funkcija) bolesnika, koji boluju od shizofrenija, javlja u prvih 2-5 godina od prve pojave simptoma. To se razdoblje naziva i kritični period.

Potrebno je naglasiti da se svi oblici intervencija bolesnika koji su oboljeli od prve psihotične epizode, razlikuju od intervencija bolesnika koji boluju od višestrukih psihotičnih epizoda. Prije svakog provođenja intervencija, potrebno je procijeniti bolesnika na individualnoj razini što uključuje: kliničku sliku, trajanje razdoblja neliječene psihoze, suradnja sa zdravstvenim osobljem, premorbidne karakteristike, simptomi za vrijeme prodromalne faze i drugi.

Prodromalna faza shizofrenije uključuje razdoblje tijekom kojeg je došlo do odstupanja od fiziološkog ili normalnog funkcioniranja te do pojave prvih nekarakterističnih simptoma i znakova. Tu se podrazumijevaju: promjene u raspoloženju, promjene na socijalnoj razini, kognitivne promjene i slično.

Ono što predstavlja izazov je identifikacija osoba koje imaju klinički povišeni rizik od razvoja psihoze (eng. *Clinical high risk – CHR*). Logično se može zaključiti da taj rizik postoji kod osoba kojima bliski srodnici boluju od shizofrenije.

Kako bi se mogle otkriti osobe s izrazito visokim rizikom od nastanka psihotičnog poremećaja (eng. *Ultra high risk – UHR*), konceptualizirana su tri klinička sindroma koji spadaju

u skupinu ultra visokog rizika koji su prikazani na slici 6.1. (5). Ti sindromi su: kratki intermitentni psihotični sindrom, sindrom recentne deterioracije i genetski sindrom te, na kraju, sindrom atenuiranih pozitivnih simptoma.

Sindrom atenuiranih pozitivnih simptoma
<ul style="list-style-type: none">• Tijekom protekle godine javljanje atenuiranih (supkliničkih pozitivnih simptoma), ali ne i pravih simptoma psihoze• Javljanje simptoma najmanje jedanput na tjedan u posljednjih mjesec dana
Kratki, intermitentni psihotični sindrom
<ul style="list-style-type: none">• Kratka, vremenski ograničena, prava psihotična iskustva dogodila su se tijekom protekla 3 mjeseca• Spomenuta iskustva ne zadovoljavaju kriterije vrijedeće klasifikacije za psihotični poremećaj• Simptomi se javljaju na nekoliko minuta (ne dulje od 60 minuta) na dan, do 4 dana na tjedan• Simptomi nisu opasni i ne dovode do dezorganiziranosti
Genetski rizik i sindrom recentne deterioracije
<ul style="list-style-type: none">• Osoba ima ili shizotipni poremećaj ličnosti ili rođaka u prvom koljenu koji boluje od psihoze• U protekloj godini funkcioniranje je bilo smanjeno za najmanje 30 bodova na ljestvici GAF tijekom bar mjesec dana

Slika 6.1. Kriteriji postavljeni za sindrome izrazito visokog rizika od razvoja psihoze(UHR) iz spektra shizofrenije (5).

6.2.1. Terapija lijekovima prve psihotične epizode

Antipsihotici predstavljaju temelj liječenja shizofrenije, ali i drugih psihotičnih bolesti iz spektra shizofrenije (7). Postoje dvije skupine antipsihotičnih lijekova. Prva skupina je starija ili prva generacija lijekova, dok je druga novija ili druga i treća generacija.

Mehanizam djelovanja antipsihotika prve i druge generacije temelji se na antagonističkom djelovanju na postsinaptičke dopaminske receptore. Treća generacija lijekova ima parcijalno postsinaptičko dopaminsko agonističko/antagonističko djelovanje. Mehanizmi djelovanja antipsihotika prikazani su na slici 6.2.

Antipsihotici su lijekovi širokog spektra djelovanja te se zbog toga mogu primjenjivati u liječenju ovih poremećaja:

- shizoafektivni poremećaj
- shizofrenija

- akutni psihotični poremećaj
- organski uvjetovani psihotični poremećaj
- psihotična dekompenzacija afektivnih poremećaja (BAP, depresija)
- postpartalna psihoza
- ostali neorganski i nekarakteristični psihotični poremećaji

		Antagonisti dopaminskih D2 receptora	Antagonisti serotoninskih 5HT2A receptora	Antagonisti adrenergičkih α1 receptora	Antagonisti muskarinskih M1 receptora	Antagonisti histaminskih H1 receptora	Ostalo
Antipsihotici prve generacije (stari/tipični antipsihotici)	Haloperidol	+++	-	++	-		
	Flufenazin	+++	+/-	+	-		
	Promazin	+	-	+	++		
	Levomepromazin	+	-	++	++		
	Clopixol	++	+/-	+	+		
Antipsihotici druge generacije (novi/atipični antipsihotici)	Klozapin	+	++	+++	+++	+++	
	Olanzapin	++	++	+	++	+++	
	Risperidon	+++	+++	+++	-	-	
	Paliperidon	+++	+++	++	+	-	
	Amisulprid	+++	+	-	-	-	
	Sulpirid	+++	-	-	-	-	
	Kvetiapin	+	++	+++	++	+++	NET*
	Sertindol	++	++	++	-	-	
	Asenapin	++	+++	+	+	+++	
	Ziprazidon	+++	+++	+	-	-	NET/SERT*
	Lurasidon	+++	++++	+	-	-	
Iliperidon	++	+++	+	+	+		
Antipsihotici treće generacije (novi/atipični antipsihotici)	Aripiprazol	parcijalni agonist/antagonist /D2	+++	++	-	+	
	Breksiprazol	parcijalni agonist/antagonist /D3/D2	+++(+)	+	+	+	NET*; serotoninski 5HT2b, GABA B***, § AMPA
	Kariprazin	parcijalni agonist/antagonist /D2	+++	++	+	+++	D3/D5

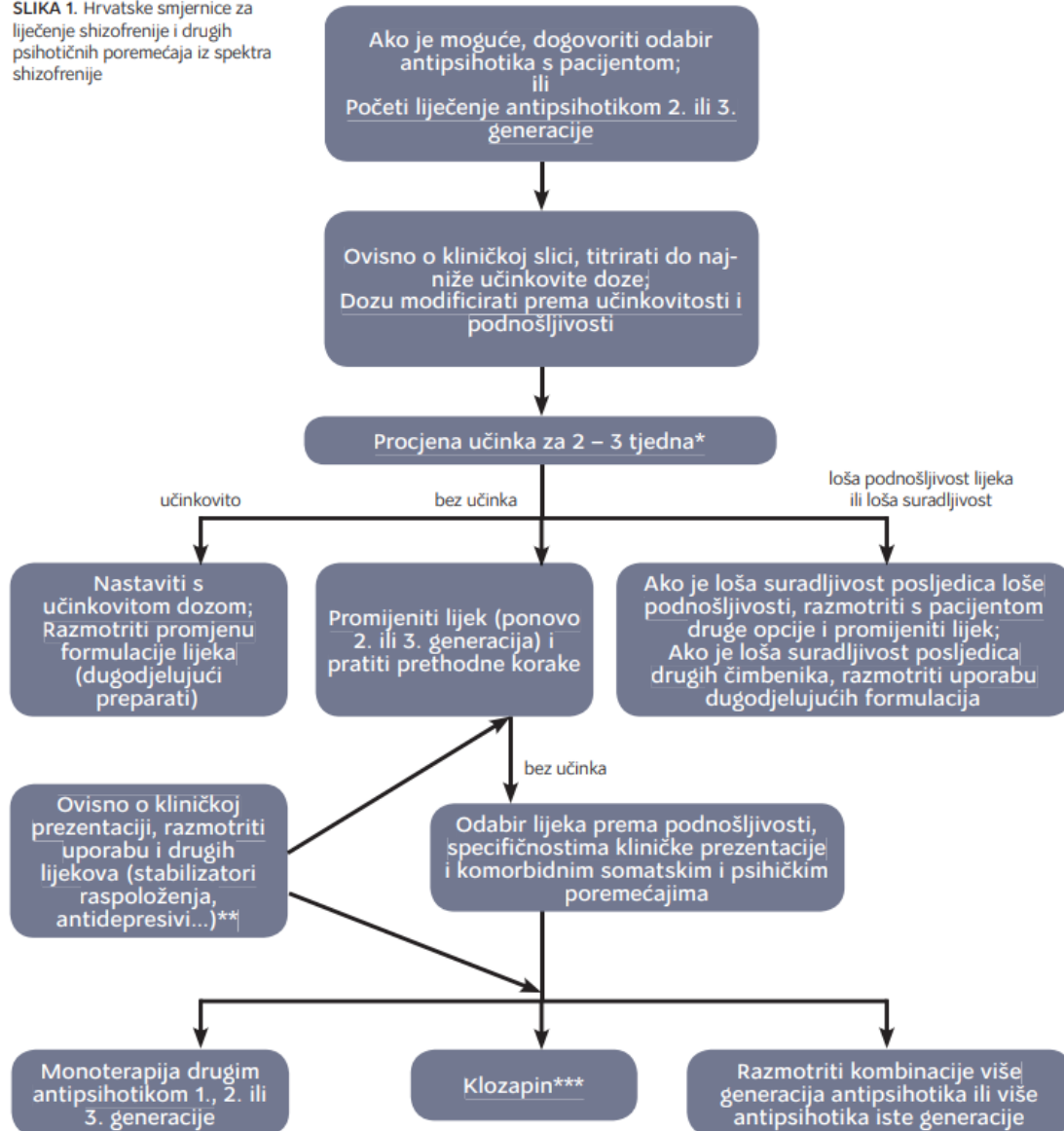
Slika 6.2. Prikaz mehanizama djelovanja antipsihotičnih lijekova (6).

Prva psihotična epizoda ima brojne specifičnosti na koje je potrebno obratiti pažnju. Potrebno je odrediti ciljeve liječenja, odnosno, je li cilj reduciranje ili sprežavanje pojave. Nadalje, potrebno je razumjeti individualne karakteristike bolesnika, osiguravanje sigurne okoline bolesniku i njegovoj obitelji, provoditi pravovremene intervencije s ciljem skraćivanja razdoblja tijekom kojeg se nije liječila psihoza, razvijanje plana liječenja, educiranje bolesnika i njegove obitelji o specifičnostima bolesti i o načinu na koji je ona liječi te pružanje informacija s ciljem smanjivanja stresa i poboljšanja funkcioniranja.

Odabir antipsihotika u procesu liječenja nije jednostavan te je potrebno obratiti pažnju na sljedeće stavke:

- vodeći simptomi – pojava halucinacija, sumanutih ideja, negativnih simptoma, uznemirenosti, poremećaja sna
- potencijalne nuspojave – ESP (ekstrapiramidalni simptomi), promjene u tjelesnoj težini
- prijašnji odgovori na propisanu terapiju
- prijašnje nuspojave
- želje bolesnika

SLIKA 1. Hrvatske smjernice za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja iz spektra shizofrenije



Slika 6.3. Hrvatske smjernice za liječenje shizofrenije i drugih psihotični poremećaja iz spektra shizofrenije (6).

6.3. Kako bolest doživljavaju bolesnici i članovi njihovih obitelji

Bolesnik i njegova šira i uža obitelj pojavu shizofrenije i akutnu fazu te bolesti doživljavaju na drugačiji način s obzirom na liječnike i terapeute (1). Naime, ukoliko bolesnik ima osjećaj nadmoći nad ostalim osobama, tad u slučaju akutne faze bolesti ne pati on, već njegova okolina. S druge pak strane, bolesnici akutnu fazu shizofrenije gledaju kao mučenje zbog stalnog promatranja, ispitivanja liječnika. Zatim, čuju brojne glasove u svojoj glavi koji im čitaju misli, prijete im te ih napadaju.

Postojani simptomi dosta često upućuju bolesnika da nešto nije u redu s njegovim zdravljem. Preko noći nesanica, a preko dana anksioznost, bijeg misli i njihovo nekontrolirano izmjenjivanje u glavi znakovi su zbog kojih bolesnici pomišljaju da su bolesni.

Nakon prolaska akutne faze bolesti, većina bolesnika nema se čemu veseliti. Razlog tome su drugi problemi koji su posljedica akutne faze. Poteškoće pri gledanju televizije ili čitanja duljih tekstova, gubitak motivacije i koncentracije, poteškoće prilikom ponovnog uspostavljanja socijalnih interakcija.

Što se tiče bolesnikove obitelji, njihov život se mijenja iz temelja. Paranoidne misli člana obitelji, njihova uznemirenost i uvjerenost da su ugroženi vrlo teško pada ostalim članovima obitelji. Tijekom akutne faze bolesti, bolesnik je vrlo često u dvojabama sa svojim mislima. Obitelj je ta koja treba to iskoristiti te dati bolesniku do znanja u kakvoj se situaciji nalazi. Na taj način bolesnik će biti spreman prihvatiti pomoć i nastojat će se truditi koliko god može da doprinese svojem izlječenju.

7. AKUTNI I PROLAZNI PSIHOTIČNI POREMEĆAJ

Akutni i prolazni psihotični poremećaj je psihotično stanje koje ima izrazito nagli početak. Trajanje mu je kratko te se najčešće završava potpunim oporavkom oboljele osobe (2). Postoji više vrsta akutnog psihotičnog poremećaja, a to su: bez pristunosti simptoma shizofrenije, uz prisutnost shizofrenih simptoma te akutni psihotični poremećaj koji je vrlo sličan shizofreniji. Iz razloga što ovome poremećaju može prethoditi nekakav stresni događaj, također se koristi i naziv reaktivna psihoza.

Kada je riječ o epidemiologiji akutnog psihotičnog poremećaja, njegova učestalost je nepoznata. S obzirom na podatke koji su dosad prikupljeni, pretpostavka je da je poremećaj češći u žena, kod osoba niskog socioekonomskog statusa te kod osoba mlađe životne dobi.

Najznačajniju biološku ulogu u pojavi ovoga poremećaja igra naslijeđe. Neke studije su pokazale da su shizofrenija i poremećaji raspoloženja češći kod srodnika koji boluju od akutnog psihotičnog poremećaja u usporedbi sa zdravim srodnicima.

Klinička slika akutnog psihotičnog poremećaja traje otprilike od jednog dana pa do jednog mjeseca. Što se tiče simptoma, tu prevladavaju psihotični simptomi kao što su halucinacije i sumanutost. Nadalje, tu su poremećaji raspoloženja poput depresivnosti, uzbuđenosti, anksioznosti i razdražljivosti. Kao što je već rečeno, poremećaj nastupa izuzetno naglo i brzo te su od samog početka prisutne halucinacije i sumanute misli.

Iz razloga što poremećaj kratko traje te zbog odsutnosti ostalih simptoma, ne može se postaviti dijagnoza za shizofreniju. Zbog toga se upotrebljavaju diferencijalne dijagnoze koje u obzir najprije uzimaju psihotična stanja organske podloge, primjerice delirij, epilepsija te stanja uzrokovana lijekovima i psihoaktivnim tvarima. Nakon toga je potrebno isključiti shizofreniju, shizofreniformnu psihozu, shizoafektivnu psihozu te ostale poremećaje povezane sa shizofrenijom. Na samom kraju potrebni je isključiti psihotične poremećaje kao što su manija, psihotična depresija te bipolarni afektivni poremećaj.

8. BOLNIČKO LIJEČENJE

Bolnica je samo jedan, i po mogućnosti što kraći, dio liječenja psihijatrijskog bolesnika u suvremenoj psihijatriji (8). Ona bi trebala biti samo inicijalna faza u početku liječenja ili kratkotrajni oblik liječenja u slučaju pogoršanja u tijeku liječenja, a tek u iznimnim situacijama duži, pa i u pojedinom slučaju doživotni oblik zbrinjavanja psihijatrijskog bolesnika. Samo po sebi i izdvojena iz sveukupnog liječenja kao mjesto, bilo zaštite bolesnika od društva ili društva od bolesnika, gubi svaki smisao i opravdanost u suvremenom psihijatrijskom liječenju. Osim toga, u tijeku hospitalizacije mora ostati očuvan kontinuitet i stalna povezanost bolesnika s njegovom okolinom te prirodne okoline s bolesnikom.

8.1. Prijem psihijatrijskog bolesnika u bolnicu

Na bolničko liječenje primaju se psihijatrijskih bolesnici u širem smislu riječi što znači zajedno s njegovom prirodnom okolinom, obitelji, radnom organizacijom te susjedstvom.

Okolina psihijatrijskog bolesnika, kao i sam bolesnik, može se podijeliti na bolesni ili poremećeni dio s jedne strane, te očuvani ili zdravi dio s druge strane. Kao što se kod samog bolesnika nastoji osloniti na njegov očuvani dio, isto tako potrebno je učiniti i s njegovom okolinom. Prema tome, potrebno je usredotočiti se na očuvani i zdravi dio bolesnikove okoline koja će uvelike doprinijeti bržem i kvalitetnije oporavku bolesnika.

Najprikladniji oblik pronalaženja prikladnog predstavnika bolesnikove neposredne okoline je sastanak terapijskog tima i svih dostupnih članova njegove uže i šire obitelji, prijatelja i susjeda, a po mogućnosti i predstavnika radne organizacije u okviru network seanse. To se organizira odmah na početku liječenja što ne znači na dan prijema. Sa svima dostupnima analizira se plan liječenja, daju osnovne upute i dijagnostički dojmovi o bolesniku i protumači se narav bolesti i način njezinog liječenja. Zatim se ponudi zajednički izbor jednog njihovog predstavnika koji će stalno biti veza između bolničkog terapijskog tima i bolesnikove sredine.

Ukratko se može reći da su osnovni zadaci pri prijemu psihijatrijskog bolesnika u bolnicu sljedeći:

- bolesnika i njegovu pratnju motivirati da sudjeluje u organiziranju network seanse

- u tijeku network seanse naglasiti nužnost suradnje u tijeku liječenja i odgovornosti čitave bolesnikove okoline za njegov uspjeh
- pronaći najprikladnije aktivne predstavnike bolesnikove sredine za neposredne i direktne suradnike u tijeku liječenja
- s izabranim predstavnikom sklopiti terapijski pakt i konkretno ga/ih upoznati s njegovim/njihovim zadacima, obvezama i dužnostima
- razraditi plan liječenja i odrediti ulogu i mjesto predstavnika bolesnikove sredine u njemu (8).

9. CILJEVI ZDRAVSTVENE NJEGE I SESTRINSKE DIJAGNOZE

Medicinska sestra je osoba koja najviše vremena provodi s pacijentom, promatra ga te na temelju simptoma utvrđuje probleme iz područja zdravstvene njege (9). Kako bi riješila određeni problem mora odrediti najprikladnije intervencije te napraviti plan zdravstvene njege. Medicinska sestra mora posjedovati dobre komunikacijske vještine s obzirom da su ti bolesnici često u svijetu svojih halucinacija, sumnjičavi i agresivni. Važno je da sestra bude strpljiva s takvim bolesnicima i da stvori odnos povjerenja.

Ciljevi u zdravstvenoj njezi su:

1. promicati i unapređivati interakciju između bolesnika i njegove okoline
2. nastojati povećati i pojačati psihološku stabilnost
3. osigurati zaštitu
4. poticati i ohrabrivati obitelj i druge bitne osobe da se uključe u aktivnosti koje potiču i promiču bolesnikovu neovisnost i zadovoljstvo životom (9).

Sestrinske dijagnoze:

1. Promijenjeni procesi mišljenja, shvaćanja i razumijevanja

Ako se kod bolesnika primjeti dezintegracija procesa mišljenje i shvaćanja, kriva prosudba, poremećaj sna i spavanja, psihološki konflikti, ambivalencija i prateća ovisnost, konfuzija u odnosu na okolni svijet, ideje odnosa i netočno i krivo interpretiranje okoline i događaje iz okoline. To je sestrinska dijagnoza u kojoj se mogu primjeniti sljedeće intervencije:

-terapijska komunikacija

-pravilan pristup kod bolesnikovih promijenjenih procesa shvaćanja i razmišljanja

-aktivno slušanje čime se identificira bolesnikovo mišljenje i poboljšava se razumijevanje

-izražavanje želje da se shvati i razumije bolesnikovo shvaćanje i razmišljanje, razjašnjavanje toga što je nejasno, fokusirajući se na osjećaje više nego na sadržaj; pažljivo slušati bolesnika i regulirati slijed i tok misli ako je to potrebno (9).

2. Promjena senzoričkog-perceptualnog funkcioniranja

Simptomi koji se javljaju kod ove dijagnoze su: iluzije, halucinacije, poremećaj u afektivnom planu, panične razine anksioznosti, odnos prema okolini, promjene u uobičajenim reakcijama na neki podražaj, promjene psihomotoričkog ponašanja.

Intervencije za ovu dijagnozu su:

- provoditi vrijeme s bolesnikom, pažljivo ga slušati i dati mu podršku da se mijenja
- osigurati sigurno okruženje za bolesnika
- orijentirati se na stvarnost pomoću djelotvorne komunikacije
- postaviti granice za bolesnikove impulsivne reakcije na promijenjene percepcije (9).

3.Narušena verbalna komunikacija

Podaci po kojima se može zaključiti postojanje ove dijagnoze su: verbalno izražavanje neologizmima, nemogućnost racionalnog verbaliziranja, asocijalno, lutajuće izgovoreno verbalno izražavanje,paralogički jezik,eholalija, stereotipno ponašanje,neverbalno izražavanje u smislu ehopraksije.

Intervencije :

- osiguravanje normalnog okruženja koje ne izaziva strah i koje je sigurno za bolesnikovu komunikaciju
- izbjegavanje rasprava,sukobljavanje, svađa ili usuglašavanja s netočnim tvrdnjama
- uporaba terapijskih vještina u komunikaciji kao što su parafraziranje, reflektiranje..
- uporaba alternativnih metoda komunikacije: crtanje, šaranje,pjevanje, mimikiranje,ples itd.

- budite otvoreni i iskreni u terapeuskom korištenju verbalne i neverbalne komunikacije (9).

4. Individualna neučinkovitost i nemogućnost suočavanja

Podaci iz kojih je vidljiva dijagnoza su: opadanje sposobnosti donošenja odluka, skromno samopoštovanje, umanjivanje problema, kronična anksioznost i depresija, nesposobnost da se izvršavaju očekivane uloge, promjena u sudjelovanju u društvu i društvenom životu.

Intervencije:

- pomoć bolesniku da diskutira o mišljenjima, percepcijama, shvaćanjima i osjećajima
- podržavati i podrpirati formulaciju realističnih ciljeva i učenja prikladnih i odgovarajućih tehnika rješavanja problema
- ohrabrivati bolesnika da izrazi područja koja ga zanimaju i koja su mu važna
- ohrabrivati bolesnika da identificira pretpostavke koje dovode do neučinkovitog suočavanja kad god je to moguće (9).

5. Smanjen stupanj samopoštovanja

Podaci na temelju kojih ćemo zaključiti da se radi o ovoj dijagnozi: verbalizacija izraza bezvrijednosti, neadekvatan razvoj samopoštovanja, beznadnost, negativni osjećaji o samome sebi, ambivalencija, krive prosudbe, autizam, poremećen smisao o sebi samome.

Intervencije:

- poticati i ohrabrivati pacijenta da verbalizira razmišljanja o područjima o kojima želi govoriti ili da verbalizira svoje osjećaje
- provesti određeno razdoblje s bolesnikom, slušati i prihvaćati bolesnika
- pružiti pomoć bolesniku da shvati kako negativni osjećaji smanjuju samopoštovanje
- ohrabrivati bolesnikove sposobnosti, napore i nastojanja

-ohrabrivati i poticati bolesnika da prepozna pozitivne karakteristike u vezi sa sobom (9).

6. Anksioznost i strah

Tu dijagnozu možemo prepoznati po neprikladnim regresivnim reakcijama ili, odsutnosti reakcija uopće, usmjerenosti samo na sebe, siromašnog i oskudnog vidnog kontakta, povećanja zapažanja, straha od gubitka kontrole, opadanja sposobnosti rješavanja problema, straha da ne ozlijedi sebe ili druge te kod psihomotoričkih poremećaja koji variraju od pobuđene motorike, odnosno potaknutog motoričkog ponašanja do nepokretnosti.

Intervencije:

-uspostavljanje povjerenja pažljivim odnosom ispunjenim pružanjem potpore: odnos koji je brižan i kojim bolesniku prežamo osjećaj prihvaćanja

-pružanje pomoći bolesniku da identificira izvore anksioznosti i područja za koja osjeća zabrinutost

-poticati i ohrabrivati bolesnika da verbalizira strahove

-demonstriranje i poticanje provođenja i uporabe učinkovitih i efikasnih strategija suočavanja s anksioznošću, npr. Tehnike opuštanja i zaustavljanja misli, meditacija, tjelovježba (9).

7. Društvena izolacija

Simptomi kod društvene izolacije: teškoće u stvaranju odnosa s drugim ljudima, rješavanje problema ljutnjom, neprijateljstvom i nasiljem, socijalna izolacija i povlačenje iz društva, izražavanje osjećaja odbacivanja.

Intervencije:

-provođenje vremena s bolesnikom i boravak s njim

-pružanje pomoći bolesniku da sudjeluje u aktivnostima s drugima na grupnim sastancima

-stvaranje i uspostavljanje kratkih, sažetih interakcija koje omogućuju komunikaciju o interesima, zabrinutostima i sl.

-identificiranje sustava za pružanje podrške i potpore bolesniku kao što su obitelj, prijatelji, suradnici i ostali (9).

10. ZAKLJUČAK

Psihoza je naziv koji obuhvaća veliki broj poremećaja, primjerice prvu psihotičnu epizodu, nekakve psihogene i paraonidne psihoze, shizofreniju ili shizoafektivni poremećaj. Klinička slika ovakvih bolesti je izrazito heterogena uključujući halucinacije, sumanutne ideje i misli, povlaćanje u sebe, anksioznost, gubitak kontrole toka vlastitih misli. Iz toga razloga potreban je kvalitetan psihijatrijski pregled kako bi se prikupile što točnije i detaljnije informacije o bolesnikovoj bolesti te da se na taj način pravilno postavi dijagnoza. Rano otkrivanje i pravovremeno liječenje osoba oboljelih od prve psihotične epizode od iznimne je važnosti jer s vremenom, ako se bolest ne liječi, dolazi do kronifikacije simptoma. Posljednjih godina ulažu se veliki naponi s ciljem otkrivanja ranih znakova psihoze (bioloških, kliničkih endofenotipskih).

Osnova liječenja svih oblika psihoze su antipsihotici. To su lijekovi širokog spektra djelovanja, no potrebno je odabrati lijek na individualnoj razini. Ovakav oblik bolesti vrlo teško pada, ne samo bolesniku, već i članovima njegove obitelji. Zbog toga je vrlo važno informiranje bolesnika i njegove obitelji te edukacija o bolesti te načinima na koje se ona liječi.

11. LITERATURA

1. Jurgen Luderer H. Shizofrenija: kako naučiti nositi se s bolešću. Jasterbarsko: Naklada slap; 2006.
2. Begić D. Psihopatologija: drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
3. Ostojić D. Prva epizoda shizofrenije- važnost ranog otkrivanja bolesti: Što trebaju znati socijalni radnici. Ljetopis socijalnog rada. 2012; 19(1), 53.-72. str.
4. Campbell-McBride N. GAPS-Crijevno-psihološki sindrom. Medinform Publishing, Cambridge, Velika Britanija, 2004.
5. Moro Lj. Frančišković T. Psihijatrija: udžbenik za više zdravstvene studije. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
6. Ostojić D. Silić A. Kos S. Čulo I. Savić A. Terapija prve psihotične epizode. Medicus. 2017; 26(2), 151.-160. str.
7. Ostojić D. Silić A. i sur. Hrvatske smjernice za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja.
8. Brajša P. Drukčija psihijatrija. Zagreb: Medicinska naklada; 2016.
9. Sedić B. Zdravstvena njega psihijatrijskih bolesnika. Zagreb: Priručnik za studij sestinstva; 2007.

12. OZNAKE I KRATICE

CHR - Clinical high risk (klinički povišeni rizik)

CT - Computed tomography (kompjuterizirana tomografija)

UHR - Ultra high risk (ultravisoki rizik)

13. SAŽETAK

Svrha ovoga rada je prikazati što zapravo znači prva psihotična epizoda. Također je razjašnjena shizofrenija kao vrsta psihotične bolesti. Nadalje, razjašnjeni su uzročni čimbenici i incidencija ovakvog oblika bolesti u općoj populaciji, navedeni su simptomi s obzirom na fazu bolesti u kojoj se javljaju te proces liječenja. Pri kraju rada pobliže je opisano kako bolesnici i članovi njihovih obitelji doživljavaju bolest i kako se suočavaju s problemima koje bolest donosi.

Ključne riječi: shizofrenija, prva psihotična epizoda, antipsihotici

14. SUMMARY

The purpose of this paper is to show what the first psychotic episode actually means. Schizophrenia as a type of psychotic illness has also been clarified. Furthermore, the causal factors and incidence of this form of the disease in the general population are clarified, the symptoms are listed with respect to the stage of the disease in which they occur and the treatment process. At the end of the paper, it is described in more detail how patients and their family members experience the disease and how they face the problems that the disease brings.

Keywords: schizophrenia, first psychotic episode, antipsychotics

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, 21.10.2021.	Petra Zajec	Petra Zajec

Prema Odluci Veleučilišta u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Veleučilišta u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

Petra Zajec

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 21.10.2021.

Petra Zajec

potpis studenta/ice