

1. Zavedanje o shizofreniji



Kaj je shizofrenija?

Shizofrenija je kronična duševna motnja, ki vpliva na način, kako oseba

PRESOJA, ZAZNAVA IN SE VEDE

. Pri osebah s shizofrenijo prihaja do motenj v zaznavanju sveta in lastnem izražanju. Pogosto se zdi, da so izgubile stik z realnostjo, kar bi lahko povzročilo veliko stisko njim, njihovim družinskim članom in prijateljem.

Ljudje s shizofrenijo imajo lahko težave pri razlikovanju med resničnostjo in fantazijo. Morda jih skrbi, da jim drugi berejo misli in skrivaj načrtujejo, da jim bodo škodovali. Prav tako lahko slišijo, vidijo, se dotikajo ali čutijo stvari, ki jih ni. V drugih primerih imajo lahko težave pri čutenju, prepoznavanju in izražanju čustev. Zaradi motenj v mišljenju se težje osredotočajo ali sprejemajo odločitve. Tudi dejavnosti, v katerih so nekoč uživali, jim morda ne prinašajo več zadovoljstva.

Ti simptomi resno vplivajo na njihove vsakodnevne dejavnosti in odnose.

Shizofrenija je redkejša od drugih duševnih motenj in prizadene približno

24 MILIJONOV

ljudi po svetu oziroma

0,32 %

svetovnega prebivalstva. Shizofrenija se s podobno pogostostjo pojavlja pri vseh spolih, rasah, etničnih skupinah in ekonomskih okoljih.

Kdaj se pojavijo simptomi?

Prvi simptomi shizofrenije se običajno pojavijo v poznih najstniških letih in zgodnjih tridesetih letih. Pri moških in ženskah je verjetnost za razvoj te motnje enaka. Pri moških se simptomi običajno pojavijo prej, od pozne adolescence do zgodnje odraslosti. Pri ženskah je večje tveganje za pojav simptomov pri njihovih poznih **20 LETIH** do zgodnjih **30 LETIH**. Motnja se lahko pojavi tudi pri starosti od **45** do **50** let.

SHIZOFRENIJA JE ŽARADI SVOJEGA ŠIROKEGA SPEKTRA MANIFESTACIJ ENA OD NAJBOLJ



KOMPLEKSNIH DUŠEVNIH MOTENJ.

Čeprav je shizofrenija kronična motnja, jo je mogoče zdraviti z zdravili. Dolgoročno se lahko življenje oseb s to boleznijo bistveno izboljša s psihoterapijo in psihosocialnim zdravljenjem.

Kateri so dejavniki tveganja za shizofrenijo?

V zadnjih nekaj desetletjih smo se o shizofreniji naučili veliko novega. Vendar **NATANČEN IZVOR MOTNJE NI ZNAN.**

Raziskovalci menijo, da bi ga lahko povzročila interakcija med

GENI IN OKOLJSKIMI DEJAVNIKI.

Geni igrajo pri shizofreniji zelo pomembno vlogo. Študije kažejo, da je lahko vpletenih več različnih genov. Vendar pa en sam gen ni vzrok za to motnjo. Jasno je tudi, da geni niso neposredni vzrok shizofrenije. Pri posameznikih namreč povzročajo dovzetnost za razvoj te bolezni.

Obstajajo tudi dokazi o genetski nagnjenosti za razvoj motnje. Če imate isto DNK kot oseba s shizofrenijo, je verjetnost za razvoj shizofrenije večja. Če gre za bližnjega sorodnika, je tveganje **15-KRAT** večje.

Če pa je ta sorodnik enojajčni dvojček,



se tveganje poveča na približno **50 %**.

Razvojni in okoljski dejavniki

vključujejo revščino, stres, viruse, toksine, prehranske težave pred rojstvom ter zaplete med nosečnostjo in porodom. Dejavniki tveganja so lahko tudi življenje na območju z gosto poselitvijo ali družinsko okolje, ki ga zaznamujejo zlorabe in travme, visok inteligenčni primanjkljaj in stres zaradi ustrahovanja.

Mladostništvo velja za prelomnico



v razvoju shizofrenije. V obdobju telesnega razvoja se možgani med dozorevanjem spreminjajo. Pri ranljivih osebah lahko te spremembe sprožijo

psihotične epizode.



Zloraba drog prav tako velja za dejavnik tveganja pri razvoju shizofrenije, zlasti v mladostniškem obdobju. Zdi se, da je na primer konoplja skupaj z drugimi zgoraj omenjenimi dejavniki tveganja neposredno vključena v razvoj te motnje.



Kako shizofrenija vpliva na možgane?

Pri shizofreniji se pojavljajo številni simptomi. Da bi razumeli te simptome, si moramo najprej ogledati, kaj se dogaja v možganih osebe s to motnjo. Raziskave so pokazale, da pri osebah s shizofrenijo možganske celice delujejo in med seboj komunicirajo drugače.

Vloga neurotransmiterjev oziroma živčnih prenašalcev

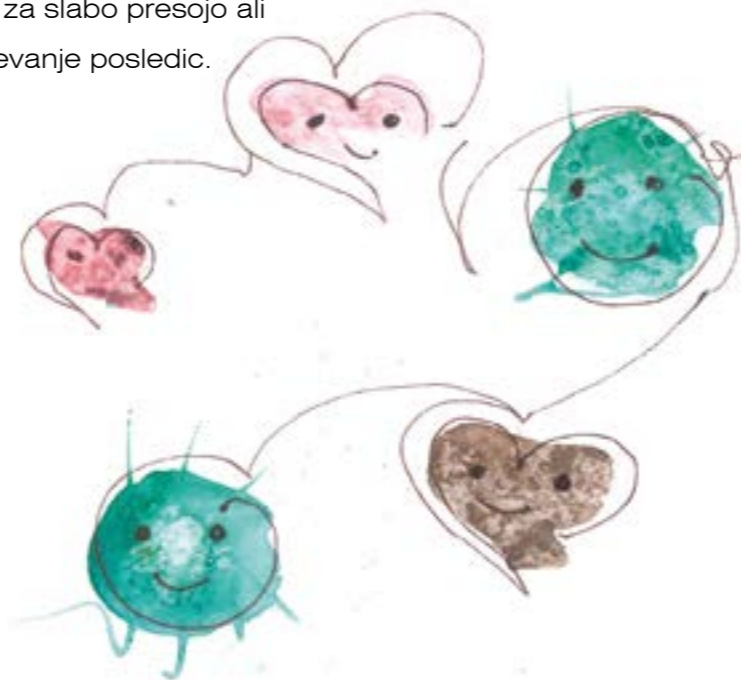
Nevrotransmiterji so kemične snovi, ki prenašajo informacije med možganskimi celicami. Preveč ali premalo teh prenašalcev vpliva na delovanje možganov.

Eden najbolj preučevanih neurotransmiterjev pri shizofreniji je **DOPAMIN**. **DOPAMIN**, imenovan tudi neurotransmiter dobrega počutja, ima pomembno vlogo pri razmišljanju, zaznavanju in motivaciji. Pri shizofreniji lahko preveč **DOPAMINA** v nekaterih delih možganov povzroči halucinacije

ali blodnje. Po drugi strani pa lahko premalo **DOPAMINA** v drugih delih možganov pojasni pomanjkanje motivacije in energije, ki je značilno za shizofrenijo.

Pomembno vlogo imajo lahko tudi drugi neurotransmiterji, kot so GABA (glutamat) in serotonin (imenovan tudi »kemikalija sreče«).

Te spremembe lahko pojasnijo simptome, kot so težave pri priklicu spomina, težave s prehajanjem med nalogami ali občutek raztresenosti. Lahko so tudi vzrok za slabo presojo ali neuspešno predvidevanje posledic.



Omrežje privzetega načina delovanja

Nekatera področja v naših možganih postanejo aktivna, ko pustimo mislim prosto pot. To nam omogoča sanjarjenje ter obdelavo misli in spominov. Znanstveniki temu pravijo »privzeti način delovanja«, možganskim področjem, ki so pri tem udeležena, pa »omrežje privzetega načina delovanja«.

Pri ljudeh s shizofrenijo **SO TA PODROČJA SKORAJ NEPRESTANO V STANJU PRETIRANEGA ZAGONA.**

Zaradi tega imajo težave s pozornostjo oziroma si težje zapomnijo informacije.



Pozitivni simptomi



Kateri so simptomi shizofrenije?

Obstaja več glavnih kategorij simptomov: pozitivni, negativni, kognitivni in afektivni.

1. Pozitivni simptomi

Pozitivni simptomi (pogosto imenovani »psihotični simptomi«) so misli in vedenje, ki pri zdravih ljudeh niso prisotni. Naenkrat je lahko prisotnih več pozitivnih simptomov. Med njimi so:

- **HALUCINACIJE:** slišijo, vidijo ali čutijo stvari, ki niso dejansko resnične in jih drugi ne morejo zaznati. Osebe s shizofrenijo lahko slišijo zvoke, glasbo, šepetanje ali glasove, vidijo predmete, bliske ali osebe, zaznavajo teksture ali predmete, okušajo ali vonjajo stvari, ki jih ni. Najpogostejše halucinacije so, da slišijo glasove, ki komentirajo, običajno v obliki dialoga in ki pogosto kritizirajo ali grozijo. Ti glasovi lahko bolniku ukažejo, naj naredi nekaj, česar sicer ne bi storil.
- **BLODNJE:** napačna prepričanja,

ki jih ni možno korigirati z dokazi in ki jih drugi ne delijo in se lahko zdijo bizarna. Osebe s shizofrenijo pogosto verjamejo, da jih nekdo preganja ali vohuni za njimi. V drugih primerih verjamejo, da lahko drugi berejo njihove misli ali da imajo posebne moči ali sposobnosti. Hkrati se lahko pojavi več vrst blodenj.

- **DEZORGANIZIRANO MIŠLJENJE IN GOVOR:**

vključuje zmeden in neurejen govor in razmišljanje. Bolniki se pogosto ustavijo sredi stavka. Prav tako lahko sestavljajo besedne zveze brez logičnega pomena, govorijo o stvareh, ki se ne nanašajo na temo pogovora, ali preskakujejo z ene misli na drugo. Tako lahko postane njihov govor težko razumljiv.

- **BIZARNO VEDENJE** se

lahko kaže v različnih oblikah – od otroške neumnosti do nepričakovane vznemirjenosti. V drugih primerih lahko bolnik zavzame nenavadno držo ali pa so njegovi gibi pretirano ekspresivni. Lahko se tudi upira navodilom ali se sploh ne odziva.

Negativni simptomi

2. Negativni simptomi

Negativni simptomi vključujejo misli in vedenja, ki jih shizofrenija zmanjšuje ali odpravlja, na primer motivacijo ali sposobnost izražanja čustev. V primerjavi s pozitivnimi jih je tudi težje zdraviti.

Negativni simptomi vključujejo:

- **ZMANJŠANO IZRAŽANJE ČUSTEV** (imenovano tudi »**ČUSTVENA SPLITVENOST**« ali »**OHLAPNO ČUSTVOVANJE**«): to vpliva na govor, mimiko obraza in celo gibanje. Oseba govori z dolgočasnim, monotonim glasom. Njen obraz ne kaže čustev in se lahko celo izogibajo očesnemu stiku.
- **ZMANJŠANA SPOSOBNOST GOVORJENJA** (imenovana tudi »**ALOGIJA**«): slog in vsebina govora osebe sta osiromašena. Odgovori so lahko zapozneli in vsebujejo kratke ali enobesedne stavke. To ustvarja vtis notranje praznine.

- **ZMANJŠANA SPOSOBNOST DOŽIVLJANJA ZADOVOLJSTVA** (imenovana tudi »**ANHEDONIJA**«):

malo ali nič zanimanja za dejavnosti, ki so včasih prinašale veselje. Te dejavnosti vključujejo poslušanje glasbe, vrtnarjenje ali celo prehranjevanje. Prizadeta so lahko tudi čustva do bližnjih.

- **POMANJKANJE MOTIVACIJE** (imenovana tudi »**AVOLICIJA**«): znatno zmanjšan občutek zagona in cilja. Kaže se tudi kot nezmožnost uresničevanja načrtov. Pomembno je opozoriti, da so te manifestacije posledica motenj in ne pomanjkanja volje.

- **SOCIALNI UMIK** (ali »**ASOCIALNOST**«): zmanjšano zanimanje za vzpostavljanje tesnih odnosov z drugimi. Zaradi tega se močno zmanjšajo socialni stiki.

Kognitivni simptomi

3. Kognitivni simptomi

Kognitivni simptomi vplivajo na mišljenje in razpoloženje ter poslabšajo uspešnost v šoli in na delovnem mestu. Običajno se pojavijo pred pozitivnimi simptomi in so pogosto prisotni tudi po tem, ko se pozitivni simptomi zmanjšajo.

Kognitivni simptomi vključujejo težave s **POZORNOSTJO**, **KONCENTRACIJO** in **SPOMINOM**. Ljudje s shizofrenijo se težko učijo novih stvari ali obdelujejo informacije za sprejemanje odločitev. Lahko imajo tudi težave z osredotočanjem in pozornostjo, pogosto zaradi halucinacij. Ker se ne morejo pravilno odzivati na druge ljudi, pogosto z njimi komunicirajo čim manj.

Kognitivni simptomi otežujejo opravljanje vsakodnevnih dejavnosti. Zato so lahko eden od vidikov shizofrenije, ki najbolj otežujejo življenje.

Ljudje s shizofrenijo se pogosto ne zavedajo, da trpijo za to motnjo. To pomanjkanje uvida, imenovano tudi »anozognozija«, lahko močno

oteži njihovo zdravljenje in oskrbo.

4. Afektivni simptomi

Poleg omenjenih simptomov se pri osebah s shizofrenijo pogosto pojavljajo tudi afektivni (čustveni) simptomi, kot sta depresija in anksioznost. Depresija je lahko prisotna pri do **80 %** oseb s shizofrenijo in ima lahko številne negativne posledice: povečuje tveganje za ponovitev bolezni, povzroča slabše socialno delovanje in slabšo kakovost življenja. Depresija povečuje tudi tveganje za samomor: skoraj dve tretjini oseb s shizofrenijo, ki si vzamejo življenje, to stori, ko se sooča s simptomi depresije.

Približno polovica oseb s shizofrenijo ima samomorilne misli in težave z razpoloženjem, ki so bodisi simptom motnje bodisi posledica stresa in socialnih težav, ki jih povzroča shizofrenija. Poleg tega ima približno **30 % OSEB** obsesivno-kompulzivne simptome, ki se kažejo kot ponavljajoče se, vsiljive in neželene misli, ki povzročajo veliko stisko in depresijo.

Shizofrenija ima tri faze

Potek shizofrenije je odvisen od več dejavnikov: kdaj se simptomi začnejo, kako hudi so in kako dolgo trajajo. Zgodnji simptomi se pogosto pojavijo postopoma in sčasoma postanejo hujši in očitnejši.

Pri posameznikih se lahko pojavijo obdobja poslabšanja in izboljšanja simptomov. Obdobja poslabšanja simptomov so znana kot izbruhi (zagoni) ali relapsi. Z zdravljenjem lahko večina teh simptomov upade ali izgine (zlasti pozitivnih). Remisija se nanaša na obdobje brez simptomov ali le z blagimi simptomi.

Čeprav je potek bolezni pri različnih osebah različen, jo lahko razdelimo na tri različne faze:

PRODROMALNO,
AKTIVNO in **REZIDUALNO.**

1. Prodromalna faza

Prodromalna faza pomeni faza »pred nastopom motnje«.

V tej fazi, ki lahko traja od **2 do 5 let**, se pri posameznikih pojavijo spremembe, ki postanejo opazne za družino in bližnje prijatelje. Te spremembe vključujejo



težave s spominom in koncentracijo ter nenavadno vedenje in ideje. Prav tako lahko kažejo dezorganizirano komunikacijo in manjše zanimanje za vsakodnevne dejavnosti. Pri mladostnikih te spremembe pogosto spregledamo, saj se lahko štejejo za normalne za to obdobje. Če pogledamo nazaj, si te simptome lažje razlagamo kot opozorilne znake. Vendar bi jih bilo takrat zelo težko ločiti od običajnih znakov pubertete.

2. Aktivna faza

Za to fazo so značilni psihotični simptomi, kot so halucinacije, blodnje in/ali dezorganizirano oziroma raztreseno razmišljanje in govorjenje, a tudi depresivnost ali splitveno čustvovanje. Prisotnost teh simptomov imenujemo »psihozo«, njeno obdobje pojavljanja pa »psihotična epizoda«. Simptomi se lahko pojavijo postopoma ali nenadoma.



V večini primerov vzrok ostaja neznan. Znanstveniki menijo, da je prvi pojav psihotičnih simptomov (imenovan tudi »prvi zlom«) lahko posledica stresa. Bolniki in njihovi družinski člani v tej fazi običajno poiščejo strokovno pomoč.

3. Rezidualna faza

Opisuje obdobje od **6 do 18 mesecev** po aktivni fazi. V tej fazi se številni značilni psihotični simptomi zmanjšajo. Vendar pa lahko ostanejo nekateri rezidualni simptomi, kot so halucinacije ali prizadetost funkcioniranja. Pozitivne simptome lahko nadomestijo tudi negativni simptomi, na primer pomanjkanje energije in umik iz družbe. V mnogih primerih bolniki v tem obdobju začnejo prepoznavati svoje simptome in se naučijo, kako jih obvladovati.





Kako shizofrenija napreduje?

Čeprav motnja vsakega bolnika prizadene drugače, raziskave na tem področju kažejo, da potek motnje

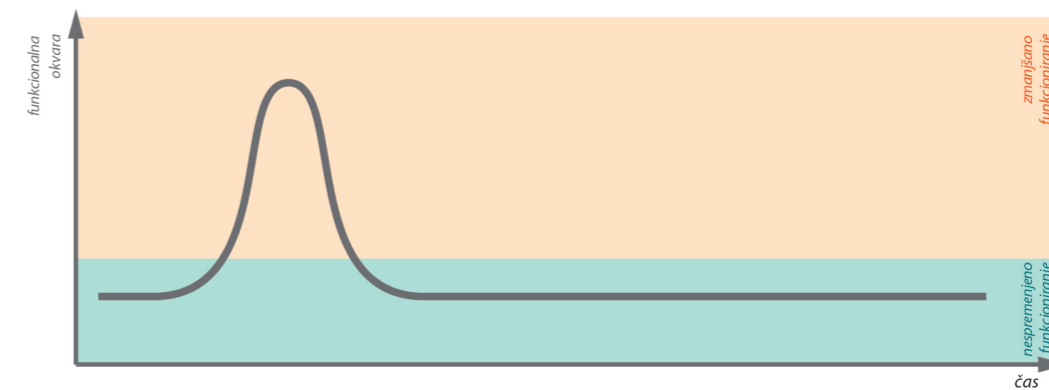
običajno sledi eni od tipičnih oblik, ki so prikazane v naslednjih štirih shematskih prikazih možnega poteka shizofrenije in njenega vpliva na bolnikovo normalno delovanje.

Kot kaže spodnja slika 1, lahko po akutni prvi epizodi s psihotičnimi simptomi pri **22 %** prizadetih pride do remisije, in to brez

ponovitve ali funkcijske prizadetosti v prihodnosti.

Slika 1

1. skupina: Enkratna epizoda, ki ji ni sledila funkcionalna okvara.

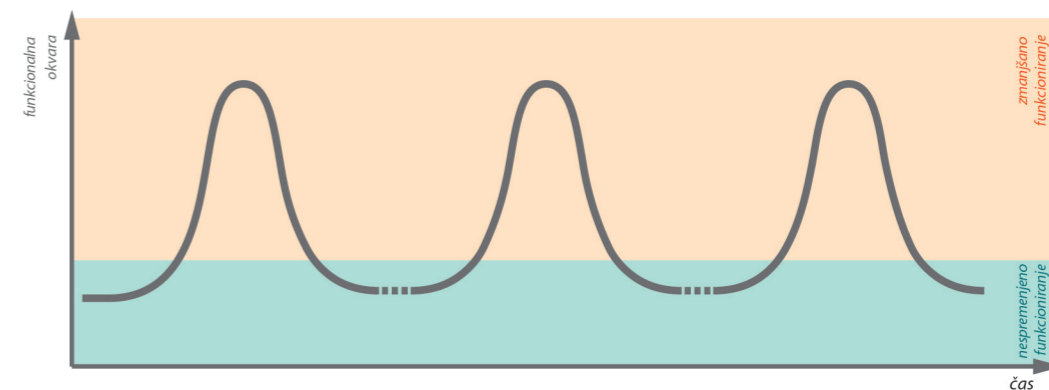


Raziskave razkrivajo, da se bolezen v **35 %** primerov razvija epizodično, z več psihotičnimi epizodami v naslednjih letih, kot je prikazano na spodnji sliki 2. Te epizode pogosto sproži povečana

raven stresa. V nekaterih primerih med posameznimi epizodami pride do popolne remisije in ponovne funkcionalnosti.

Slika 2

2. skupina: Več epizod brez funkcionalne okvare ali z minimalno funkcionalno okvaro med njimi.

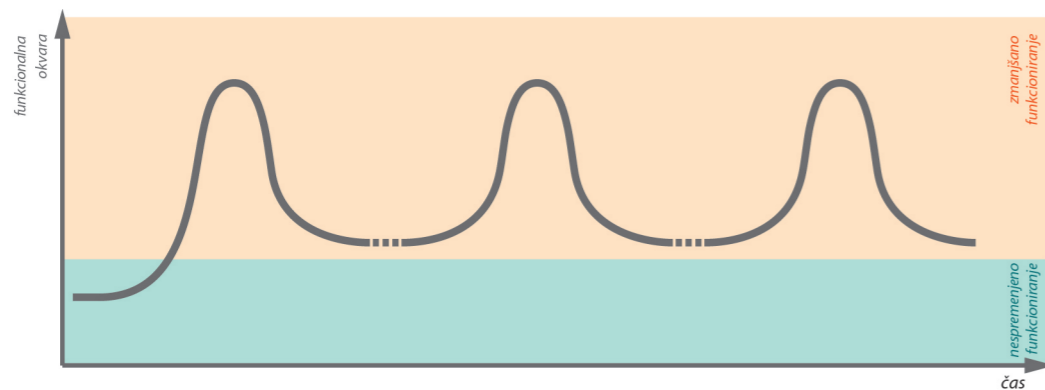


Pri približno **8%** obolelih pride do delne remisije z zmanjšanimi, vendar vztrajnimi simptomi, kot kaže slika 3. Ti

lahko vključujejo psihotične simptome, negativne simptome, kognitivne motnje in izgubo normalnega delovanja.

Slika 3

3. skupina: Okvara se pojavi po prvi epizodi. Ni vrnitve k normalnemu delovanju.

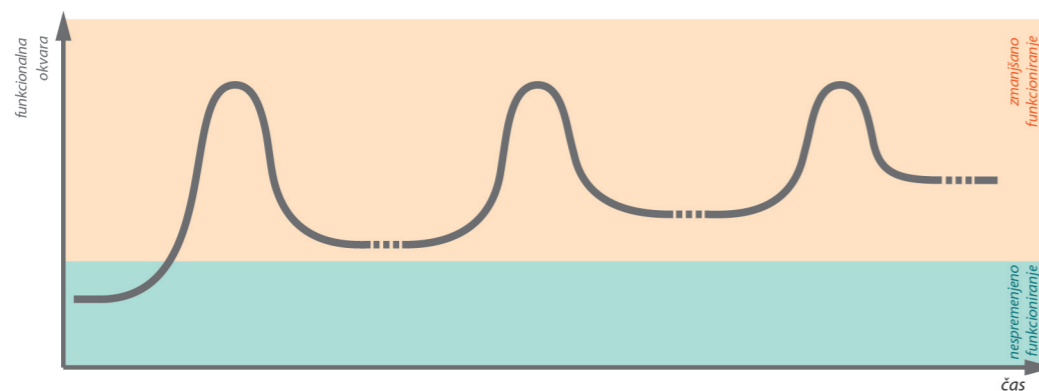


V drugih približno **35%** primerov se motnja postopoma slabša in epizod

ni mogoče določiti ločeno. Vizualni prikaz je na spodnji sliki 4.

Slika 4

4. skupina: Okvara se z vsako epizodo poslabša. Ni vrnitve k normalnemu delovanju.



Pomembno opozorilo!

SIMPTOMI SHIZOFRENJE SO LAHKO DOBRO NADZOROVANI

z zdravljenjem, prizadeti pa lahko živijo bogato in smiselno življenje.

Kot skrbnik lahko s svojo skrbjo in podporo pomagata svojemu bližnjemu živeti polno življenje.

Viri

1. Svetovna zdravstvena organizacija. (www.who.int) Spletna stran: Schizophrenia. 2022.
2. Lewis SW, Buchanan RW. Fast Facts: Schizophrenia, Fourth Edition. Health Press; 2015.
3. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 10. 11. 2018;392(10159):1789–858.
4. Gaebel W, Wölwer W. Themenheft 50 "Schizophrenie" Robert Koch-Institut; 2010.
5. Lindamer LA, Lohr JB, Harris MJ, McAdams LA, Jeste DV. Gender-related clinical differences in older patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry*. januar 1999;60(1):61–7; quiz 68–9.
6. Roberts LW, Hales RE, Yudofsky SC. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychiatry. Seventh Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2019.
7. National Institute of Mental Health. Schizophrenia [Internet]. [citirano 4. 10. 2020]. Na voljo na spletni strani: https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml#part_145430
8. Gaebel W, Hasan A, Falkai P. S3-Leitlinie Schizophrenie. Berlin: Springer-Verlag; 2019.
9. Cunningham T, Hoy K, Shannon C. Does childhood bullying lead to the development of psychotic symptoms? A meta-analysis and review of prospective studies. *Psychosis*. 2. 1. 2016;8(1):48–59.
10. Schizophrenia – Mental Health Disorders [Internet]. Merck Manuals Consumer Version. [citirano 4. 10. 2020]. Na voljo na spletni strani: <https://www.merckmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizophrenia>
11. Ernest, D., Vuksic, O, Smith-Shepard, A., Webb, E. Schizophrenia. An information guide. Canada. Library and Archives Canada Cataloguing in Publication; 2017.
12. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries D, Kinon BJ. The Burden of Depressive Symptoms in the Long-Term Treatment of Patients With Schizophrenia. *Schizophr Res*. februar 2007; 90(1–3): 186–197
13. Harkavy-Friedman J. Risk Factors for Suicide in Patients With Schizophrenia [Internet]. *Psychiatric Times*. [citirano 16. 6. 2021]. Na voljo na spletni strani: <https://www.psychiatristimes.com/view/risk-factors-suicide-patients-schizophrenia>
14. Tezenas du Montcel C, Pelissolo A, Schürhoff F, Pignon B. Obsessive-Compulsive Symptoms in Schizophrenia: an Up-To-Date Review of Literature. *Curr Psychiatry Rep*. 1. 7. 2019;21(8):64.
15. Corcoran C, Walker E, Huot R, Mittal V, Tessner K, Kestler L, et al. The stress cascade and schizophrenia: etiology and onset. *Schizophr Bull*. 2003;29(4):671–92.
16. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. Third Edition. American Psychiatric Association Publishing; 2020.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. oktober 2003;37(5):586–94.
18. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. marec 2005;162(3):441–9.
19. Bäuml J. Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2013.
20. Schizophrenia.com. Schizophrenia Facts and Statistics. (<http://schizophrenia.com/szfacts.htm>)