

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Lada Goršić

**ORGANIZACIJA LIČNOSTI I UVID
KOD PACIJENATA U RANOJ FAZI
PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA I
NJIHOVIH RODITELJA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU
MEDICINSKI FAKULTET OSIJEK

Lada Goršić

**ORGANIZACIJA LIČNOSTI I UVID
KOD PACIJENATA U RANOJ FAZI
PSIHOTIČNIH POREMEĆAJA I
NJIHOVIH RODITELJA**

Doktorska disertacija

Osijek, 2024.

Mentorica rada: doc. prim. dr. sc. Branka Restek – Petrović, dr. med., specijalist psihijatrije, subspecijalist psihoterapije

Komentor rada: prof. prim. dr. sc Ivan Požgain, dr. med. specijalist psihijatrije, subspecijalist iz forenzičke psihijatrije

Rad ima 119 listova.

ZAHVALE

Zahvaljujem svojoj mentorici doc.prim.dr.sc.Branki Restek-Petrović i svom komentoru prof.prim.dr.sc.Ivanu Požgainu na vrijednim savjetima, smjernicama, pomoći i poticajima tijekom izrade doktorskog rada.

Zahvaljujem svim ispitanicima, kolegama, medicinskim sestrama i tehničarima Odjela za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje psihotičnih poremećaja i graničnih stanja, kao i ravnateljstvu Klinike za psihijatriju "Sveti Ivan".

Osobito želim izraziti zahvalnost mojim dragim kolegicama i medicinskom osoblju Dnevne bolnice za nepsihotične poremećaje I i II koji su me poticali i ohrabivali tijekom čitavog doktorskog studija, a nadasve prijateljici i kolegici dr.sc. Sandri Caratan čiji su mi savjeti i svesrdna pomoć bili od neprocjenjive vrijednosti.

S ljubavlju zahvaljujem svojim roditeljima Frani i Slavenki Kalajžić, bratu Igoru, Nenadu Dubravcu i mojoj djeci Heleni Goršić i Leu Goršiću kojima posvećujem doktorsku disertaciju.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Psihотиčni poremećaji.....	1
1.1.1. Pristupi u razmatranju psihотичnih poremećaja.....	1
1.1.2. Epidemiologija psihотичnih poremećaja.....	2
1.1.3. Etiologija psihотичnih poremećaja.....	4
1.1.4. Psihodinamsko razumijevanje psihотичnih poremećaja.....	5
1.1.5. Simptomatske domene.....	7
1.1.6. Rana faza psihотичnih poremećaja.....	8
1.1.7. Rana intervencija u liječenju psihотичnih poremećaja.....	10
1.1.8. Program Rana intervencija psihотичnih poremećaja (RIPEPP).....	12
1.1.9. Liječenje psihотичnih poremećaja.....	14
1.2. Uvid u psihотичni poremećaj.....	15
1.2.1. Uvid i psihopatologija	16
1.2.2. Povezanost uvida i obilježja ličnosti.....	18
1.2.3. Uvid i neuroznanstvene spoznaje.....	19
1.2.4. Uvid u psihoanalizi i njegove definirajuće karakteristike.....	20
1.2.5. Roditelji i uvid u psihотичni poremećaj djeteta.....	21
1.3. Organizacija ličnosti prema Ottu F. Kernbergu.....	23
1.3.1. Definicije ličnosti	23
1.3.2. Razvoj ličnosti prema Ottu F. Kernbergu.....	23
1.3.3. Tri razine organizacije ličnosti prema Ottu F. Kernbergu.....	26
1.4. Prikaz problema.....	27

2.	HIPOTEZA	28
3.	CILJ ISTRAŽIVANJA	29
	3.1. Specifični ciljevi istraživanja.....	29
4.	ISPITANICI I METODE	30
	4.1. Ustroj studije.....	30
	4.2. Ispitanici.....	31
	4.3. Veličina uzorka	31
	4.4. Instrumenti i metode mjerenja.....	32
	4.4.1. Ishod.....	32
	4.4.2. Neovisne varijable.....	32
	4.4.3. Zbunjujuće varijable.....	33
	4.5. Postupak istraživanja.....	36
	4.6. Statistički postupci.....	37
5.	REZULTATI	39
	5.1. Uzorak istraživanja.....	39
	5.2. Faktorska analiza.....	50
	5.3. Struktura i težina psihotičnih simptoma i težina poremećaja.....	52
	5.4. Organizacija ličnosti pacijenata i njihovih roditelja.....	53
	5.5. Uvid pacijenata i njihovih roditelja u psihotični poremećaj.....	55
	5.6. Povezanost organizacije ličnosti roditelja i pacijenata s uvidom u poremećaj.....	56
	5.7. Povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u poremećaj njihove djece neovisno o kvaliteti uvida samih bolesnika i drugim navedenim prognostičkih čimbenika.....	58
6.	RASPRAVA	61

6.1. Sociodemografska i klinička obilježja ispitanika.....	62
6.1.1. Pacijenti.....	62
6.1.2. Roditelji.....	66
6.2. Simptomi i težina kliničke slike pacijenata u ranoj fazi psihoze.....	68
6.3. Organizacija ličnosti pacijenata i roditelja.....	70
6.4. Uvid pacijenata u ranoj fazi psihoze i njihovih roditelja.....	73
6.4.1. Povezanost uvida pacijenata s psihopatologijom i težinom simptoma psihotičnog poremećaja	74
6.4.2. Povezanost uvida pacijenata s organizacijom ličnosti.....	77
6.4.3. Povezanost uvida pacijenata sa sociodemografskim i kliničkim obilježjima.....	78
6.4.4. Uvid roditelja u psihotični poremećaj djece	78
6.5. Povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u psihotični poremećaj djece neovisno o kvaliteti uvida samih bolesnika i drugih navedenih prognostičkih čimbenika.....	80
6.6. Ograničenja istraživanja.....	84
7. ZAKLJUČAK.....	85
8. SAŽETAK.....	86
9. SUMMARY (sažetak i naslov rada na engleskom jeziku).....	87
10. LITERATURA.....	89
11. ŽIVOTOPIS.....	118

POPIS KRATICA

- MKB-10 – Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, deseta revizija
- DSM-V – Dijagnostički i statistički priručnik, peta revizija
- NICE – Smjernice britanskog Nacionalnog instituta za izvrsnost zdravstva i skrbi (prema engl. *National Institute for Health and Care Excellence*)
- PPE – Prva psihotična epizoda
- KP – Kritični period
- RI – Rana intervencija
- PNP – Period neliječene psihoze
- RIPEPP – Program Rana intervencija kod prvih epizoda psihotičnih poremećaja
- SUMD – Ljestvica za mjerenje nesvjesnosti mentalnog poremećaja (prema engl. *The Scale to Assess Unawarnes of Mental Disorder, SUMD*)
- SUMD kratka verzija – Ljestvica za mjerenje nesvjesnosti mentalnog poremećaja (prema engl. *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder - Abbreviated version, SUMD*)
- IPO – Inventar organizacije ličnosti (prema engl. *The inventory of personality organization*)
- PANSS – Ljestvica pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije (prema engl. *Positive and Negative Syndrome Scale*)
- CGI-S – Ljestvica kliničke globalne procjene – ozbiljnost bolesti (prema engl. *Clinical global impression scale – severity*)
- WHO – Svjetska zdravstvena organizacija
- ISSPS– Međunarodna udruga za ranu intervenciju liječenja psihotičnih poremećaja

POPIS TABLICA

Tablica 5.1.1. Sociodemografska obilježja pacijenata (N=105)

Tablica 5.1.2. Sociodemografska obilježja roditelja (N=105)

Tablica 5.1.3. Psihička bolest pacijenata

Tablica 5.1.4. Fizička bolest pacijenata

Tablica 5.1.5. Opis okolinskih čimbenika

Tablica 5.1.6. Psihičke bolesti roditelja

Tablica 5.2.1. Faktorska struktura podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja dobivena eksploratornom FA i pripadajući indikatori pouzdanosti faktora na uzorku pacijenata

Tablica 5.2.2. Faktorska struktura podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja dobivena eksploratornom FA i pripadajući indikatori pouzdanosti faktora na uzorku roditelja

Tablica 5.3.1. Deskriptivna statistika za faktore PANNS skale i Ukupni klinički dojam (CGI-s)

Tablica 5.4.1. Deskriptivna statistika za faktore IPO skale za pacijente i roditelje

Tablica 5.5.1. Deskriptivna statistika za SUMD skalu Opće svjesnosti za pacijente i roditelje

Tablica 5.6.1. Spearmanovi koeficijenti korelacije između varijabli organizacije ličnosti pacijenata s uvidom u poremećaj pacijenata

Tablica 5.6.2. Spearmanovi koeficijenti korelacije između varijabli organizacije ličnosti roditelja s njihovim uvidom u poremećaj pacijenata

Tablica 5.7.1. Bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza u predviđanju Svjesnosti roditelja za varijablu mehanizmi obrane roditelja

Tablica 5.7.2. Bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza u predviđanju Svjesnosti roditelja za varijablu difuzija identiteta roditelja

Tablica 5.7.3. Bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza u predviđanju Svjesnosti roditelja za varijablu testiranje realiteta roditelja

1. UVOD

1. UVOD

1.1. Psihotečni poremećaji

1.1.1. Pristupi u razmatranju psihotečnih poremećaja

Psihotečni poremećaji su heterogena skupina psihijatrijskih poremećaja. Zajedničko obilježje im je psihotečni sindrom kojemu osnovu čine sumanute ideje, halucinacije i dezorganizirano mišljenje (1). U podlozi psihotečnih simptomima i dalje su nedovoljno razjašnjeni neurofiziološki mehanizmi koji dovode do oštećenog testiranja realiteta uz gubitak kontakta sa stvarnošću, pri čemu je uvid u psihozi često oštećen ili ne postoji. Nemogućnost testiranja realiteta kliničarima je i danas glavna razdjelnica psihotečnih od nepsihotečnih poremećaja (2). Deseta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-10) u poglavlju Shizofrenija i drugi sumanutni poremećaji u psihotečne poremećaje ubraja shizofreniju koja s njome srodnim poremećajima ličnosti (paranoidni, shizoidni i shizotipni) čini shizofreni spektar, perzistirajući sumanutni poremećaj, akutni i prolazni psihotečni poremećaj, shizoafektivnu psihozu, induciranu sumanutost i nespecificiranu neorgansku psihozu (3). Obilježavaju ih simptomi pozitivni/produktivni i/ili negativni/deficitarni (4). Američki klasifikacijski sustav "Dijagnostički i statistički priručnik o mentalnim poremećajima" (DSM-V) u poglavlju Shizofrenija i ostali psihotečni poremećaji psihoze definira poremećajima u jednoj ili više od pet glavnih domena: sumanute ideje, halucinacije, dezorganizirano mišljenje (govor), dezorganizirano ili abnormalno motoričko ponašanje (uključujući katatoniju) te negativne simptome (alogiju, avoliciju, anhedoniju, smanjenu afektivnu ekspresiju i socijalnu izolaciju) – (5). Pokušaji definiranja, etiologije i razrade klasifikacija psihotečnih poremećaja stalno je evoluirajući proces utemeljen na rastućim iako i dalje ograničenim spoznajama (Schrimpf) – (6). MKB-10 i DSM-V klasifikacijski sustavi su kategorijsko-deskriptivni zbog čega su teško primjenjivi u otkrivanju ranih faza psihotečnih poremećaja (7). Iako je DSM-V tek dijelom uveo dimenzionalni pristup navodeći shizofreniju kao prototip bolesti koja izranja duž kontinuuma psihopatološkog spektra počevši od shizotipnog poremećaja ličnosti, kratkotrajne psihotečne epizode (trajanje

1. UVOD

simptoma ≥ 1 mjeseca), shizofreniformnog poremećaja (trajanje psihotičnih simptoma \geq šest mjeseci), shizofrenije (trajanje psihotičnih simptoma ≥ 6 mjeseci) te je u novom poglavlju "Stanja za daljnja istraživanja" uvrstio Sindrom atenuirane psihoze, otkrivanje psihotičnih poremećaja u ranoj fazi je i dalje otežano (5, 8–10). Razvojno-fazni model (eng. *staging-phase model*) psihotične poremećaje sagledava u okviru dinamičnog i fluidnog razvojnog procesa koji se odvija u sljedećim fazama: premorbidnu, prodromalnu, akutno/sindromsku ili fazu prve psihotične epizode (PPE), čiji ishod može voditi k remisiji i oporavku ili ponavljajućim relapsima psihotičnih epizoda koje dovode do razvoja kroničnih oblika bolesti kao što je shizofrenija (11). Cilj rane intervencije je ranim otkrivanjem i ranim liječenjem sveobuhvatnim programima rane intervencije (RI) usporiti ili spriječiti razvoj shizofrenije (ibid). Primjenom rane intervencije, koja se temelji na razvojno faznom modelu, shizofrenija bi prema (eng. *National Institute of Mental Health – NIMH*), predstavljala udaljeniji kategorijski entitet u odnosu dosad, što poboljšava terapijski ishod i unosi veći optimizam u liječenju (12). U kontekstu slojevitog sagledavanja psihotičnih poremećaja postoji više pristupa od psihodinamskog do fenomenološkog pristupa Karla Jaspersa. Jaspers psihotične poremećaje razmatra u kontekstu dinamičnih promjena selfa ili struje samosvijesti koje proizlaze iz određenih životnih okolnosti unutar kojih se ti isti simptomi i reflektiraju mijenjajući tako pojedinca (egzistencija) – (13). Suvremeni pristup precizne psihijatrije implementira individualni pristup oboljelima uz uvažavanje svih njihovih različitosti unutar iste dijagnoze (dob, spol, faktori rizika, hormonske razlike, okolišni čimbenici, klinička slika itd.) – (14).

1.1.2. Epidemiologija psihotičnih poremećaja

Godišnja prevalencija psihotičnih poremećaja varira od 3,48 % (15) do 3,8 % (16). Incidencija ovisi o socioekonomskim, demografskim i geografskim karakteristikama, dostupnosti zdravstvene skrbi te stupnju motivacije za traženjem pomoći (17). Ukupna incidencija psihotičnih poremećaja iznosila je 26,6 na 100 000 stanovnika (meta analiza iz 2019. godine) – (ibid.). Veći rizik obolijevanja imali su mlađi muškarci do 35 godina u odnosu na žene, život u visoko urbanim sredinama te etničko manjinsko i migrantsko stanovništvo (ibid.). Veća incidencija psihotičnih poremećaja u urbanim sredinama nasuprot ruralnim tumači se većoj izloženosti stresnim situacijama, slabijom kohezijom stanovništva, češćim migracijama, većoj podložnosti

1. UVOD

ekonomskim nestabilnostima (18). Od prve psihotične epizode (PPE) 80 % oboljelih je u periodu adolescencije ili mlađe odrasle dobi, medijan dobi za muškarce je 19 godina, za žene 22 godine (istraživanje Goldner i sur.) – (19). Prevalencija shizofrenije je 1 % u oba spola, neznatno češća je kod muškog spola koji prosječno obolijevaju pet godina ranije u odnosu na žene (vršna pojavnost kod muškaraca je između 20 do 25 godina dok je kod žena od 25 do 35 godina). Smatra se da nakon 45.-e godine incidencija shizofrenije opada (20, 21). Od shizofrenije boluje oko 23,8 milijuna ljudi na svijetu što predstavlja porast u protekla tri desetljeća. Najvišu stopu rasta imaju Kina i južnoazijske zemlje, SAD, subsaharska Afrika dok u Europi najvišu stopu ima Nizozemska. Osim patnje oboljelih shizofrenija uzrokuje najveće troškove liječenja te predstavlja veliko opterećenje kako za obitelj tako i društvo (obolijeva mlađa dobna skupina, dugotrajnost liječenja uz često visoke troškove, česti prekidi školovanja i zaposlenja te općenito smanjen doprinos obitelji i društvu) – (22,23). Ako se bolest javi u mlađoj životnoj dobi i s dominantno negativnim simptomima, opterećenje je izrazitije (24). Stopa oporavka od shizofrenije je 1:7. Bolest je među prvih petnaest vodećih uzroka invalidnosti u svijetu (25) dok je u zemljama EU na 7. mjestu (26). Oboljeli od shizofrenije žive 15 do 20 godina kraće iako umiru od istih bolesti kao ostala populacija (kardiovaskularne, metaboličke bolesti, tumori, suicid) – (27).

Suicidalni je rizik najveći u prvih pet godina od pojave simptoma prve psihotične epizode (PPE) i dvanaest je puta veći u odnosu na opću populaciju (28). Period neliječene psihoze (PNP) je period od pojave prvih psihotičnih simptoma do traženja medicinske pomoći kada je suicidalni rizik izrazito visok. U PNP-u 2/3 pacijenata imalo je ozbiljne suicidalne ideje dok ih je 1/3 pokušala suicid (istraživanje Barreta i sur.) – (29). Istraživanje prediktora povišenog suicidalnog rizika, u okviru danskog programa (RI), OPUS navodi mlađu životnu dob, zlouporabu psihoaktivnih supstanci, društvenu i individualnu stigmu, nedostatak podrške, izloženost traumama i deprivaciji u djetinjstvu, većoj depresivnosti kao i većem uvidu kojeg prati osjećaj gubitka, stiješnjenosti, osjećaja kao da su u klopci i na teretu obitelji (30).

1. UVOD

1.1.3. Etiologija psihotičnih poremećaja

Uzroci su multifaktorijalni, nedovoljno razjašnjeni i rezultat su interakcija gena i okolišnih čimbenika(20). Poligenske aberacije uz stvaranje patoloških neuronskih mehanizama, promjene na razini neurotransmitora kao i izloženost dugotrajnim okolinskim stresnim čimbenicima povećavaju predispoziciju za razvoj psihoze kod osjetljivih pojedinaca s genetskom razvojnom podlogom (stres-dijateza model) – (7,20). Studije na jednojajčanim blizancima navode rizik obolijevanja od 50 % što govori o važnosti okolinskih čimbenika, a ne samo genetskoj predispoziciji (31). Od okolinskih čimbenika navode se infekcije majke tijekom trudnoće (osobito u drugom trimestru virusu influence), izlaganje drogama, štetnim tvarima i nutritivnim deficitima u trudnoći, porođajne komplikacije, deprivacija tijekom djetinjstva i rane traume, siromaštvo i socioekonomske neprilike, obiteljski nesklad, razvod roditelja uz disharmonične odnose, školski bullying (20). Jasan i nepobitan dokaz (biomarker) koji uzrokuje psihotične poremećaja nije pronađen (1). Postoje teorije o shizofreniji kao neurorazvojnog (rana oštećenja mozga koja se ispoljavaju odgođeno tijekom adolescencije i mlađe odrasle dobi) i neurodegenerativnog poremećaju (strukturna i funkcionalna oštećenja mozga uz promjene vidljive slikovnim *neuroimaging* prikazima moždanih struktura u smislu stanjivanja parijetalnog, temporalnog i frontalnog korteksa uz proširenje lateralnih komora) – (32).

Promjene na razini neurotransmitora primarno se odnose na poremećaj ravnoteže dopamina, GABA-e, glutamata i serotonina. Prekomjerna sinaptička razina dopamina i glutamata u hipokampalnim i strijatalnim regijama srednjeg mozga kao i dijela prefrontalnog korteksa povećava postsinaptičku stimulaciju uz posljedično sniženu razinu inhibitornih interneurona γ -aminobutirične kiseline inhibitornih interneurona (GABE) i hipofunkciju N-metil D-aspartat (NMDAR-s) glutamatnih receptora. Time se mijenja ravnoteža inhibitorno-ekscitacijskog dopaminsko-glutamatnog sustava uz povećanu razinu dopamina i glutamata koji uzrokuju manifestne simptome psihoze (33, 34). Kanabinoidni receptori također sudjeluju u posredovanju prijenosa dopamina i glutamata na sinapsama, a što kod osjetljivih pojedinaca s povišenim rizikom može uzrokovati akutnu psihotičnu epizodu. Sintetske droge poput kupki soli, koje snažno utječu na otpuštanje dopamina i serotonina, uzrokovale su fulminantna psihotična stanja s letalnim ishodom u Velikoj Britaniji (35, 36). Psihotične epizode mogu biti i autoimunog porijekla

1. UVOD

(autoimuni encefalitis), simptome koje je teško razlikovati od shizofrenije iako je liječenje potpuno drugačije (37).

1.1.4. Psihodinamsko razumijevanje psihotičnih poremećaja

Psihoanaliza je pružila važan doprinos razumijevanju psihotičnih poremećaja u okvirima spoznaje psihodinamike ranih razvojnih faza. Teorije različitih pravaca možemo podijeliti na genetsku, teoriju objektnih odnosa, etološku teoriju, lingvističko-strukturalnu teoriju J. Lacana i ontogenetsku teoriju B. Bettelheima (38).

Predstavnici genetske teorije (S. i A. Freud, H. Hartmann) razmatraju porijeklo nastanka psihičkih konflikata u odnosu na funkcioniranje ega i mehanizme obrane koji štite ego od nagonskih instikata (ibid). S. Freud je smatrao da kod oboljelih od shizofrenije kao odgovor na intenzivnu frustraciju s okolinom dolazi do dekatkse objekta ili povratka na primarnu, autoerotičnu (bezobjektnu) fazu primarnog narcizma. Za razliku od neurotskih poremećaja koji nastaju kao odraz konflikata između ega i ida te superega s druge strane, psihoze nastaju zbog jakih konflikata između ega i vanjskog svijeta pri čemu poricanje kao mehanizam obrane ima cilj remodeliranja stvarnosti (39).

Teoretičari objektnih odnosa (W. R. D Fairbain, M. Klein) naglasak stavljaju na dinamici ranih objektnih odnosa (reprezentacijama dobrih i loših objekata) te njihovom značenju u psihičkom funkcioniranju djece i kasnije odraslih (38). Brojni su analitičari dali svoje doprinose u pokušajima rasvjetljivanja ranih razvojnih faza: R. Spitz i teorija integracije, teorija separacije-individuacije M. Mahler, D. W. Winnicott koji ističe važnost dovoljno dobrog majčinstva, ali i ulogu oca u podržavanju majke i stvaranju sigurne okoline, teoriju pravog i lažnog selfa, važnost prijelaznog objekta pri separaciji od majke, potencijalnog prostora kao prostora za igru, mogućnost kreacije i simbolizacije (ibid.). W. R. Bion daje važne teorijske doprinose, od teorije zadržavatelj/sadržani od (eng. *container/contained*) do važnosti majčine funkcije sanjarenja ili reverie u razvoju mišljenja djeteta (38).

Među predstavnicima etoloških teorija ističe se Jean Bolwby i teorija privrženosti eng. *attachmenta* (obrasci ponašanja razvijaju se kod djece vrlo rano, sami po sebi te ovise o kvaliteti odnosa s

1. UVOD

majkom ili osobom koja dijete njeguje) – (38). Lingvističko-strukturalistička teorija Jacquesa Lacana ističe simboličku funkcije jezika u strukturiranju nesvjesnog, što utječe na strukturu odnosa koje pojedinac ima s drugima i samim sobom (ibid.). Za Lacana ljudska psiha ima tri registra: realni, imaginarni i simbolički. Psihoza nastaje kada realni registar probije imaginarni i simbolički registar, što pojedinac doživi intenzivnom psihotičnom tjeskobom koju niti riječima niti slikom ne može iskazati. Čim oboljeli može riječima opisati događaj, znači da je simbolički registar ponovno uspostavljen (iako može biti sasvim drugačiji) – (40).

B. Bettelheima ističe utjecaj vanjskih dehumanizirajućih iskustava i njihovo ispravljanje ponovnom humanizacijom odnosa (38).

H. S. Sullivan i F. Fromm-Reichmann (za razliku od S. Freuda) smatrali su kako je psihoterapija kod oboljelih od shizofrenije moguća (39). F. Fromm-Reichmann isticala je kako "oboljeli od shizofrenije nisu sretni u svojoj izolaciji", već da se radi o temeljno osamljenim ljudima koji ne uspijevaju nadvladati vlastite strahove i nepovjerenje uslijed loših ranih iskustava. H. S. Sullivan prepoznaje važnost ranog odnosa (dijade majka – dijete) tijekom koje grube pogreške majčinstva stvaraju anksioznošću opterećen self koji zatim mehanizmom disocijacije biva odvojen. Oboljeli od psihoze često pokazuju manjak samopouzdanja i samopoštovanja, stoga je početak psihoze, prema Sullivanu, pokušaj ponovnog oživljavanja disociranog, odnosno odcijepljenog dijela selfa što uzrokuje jaku psihotičnu anksioznost i dezintegraciju (ibid.). W. R. Bion u svom članku *Attack on linking* piše o urođeno jakim agresivnim nagonom dojenčeta koji sprječavaju njegovo vezivanje za primarni objekt (41). Psihodinamsko razumijevanje psihotičnih poremećaja povezano je i s bioloških osobinama pojedinca, ali i s njegovim ranim iskustvima s primarnim objektom. Psihotični simptomi (čak i kada su nam potpuno nerazumljivi) uvijek imaju svoje značenje stoga je psihodinamsko znanje neophodno u psihoterapijskom liječenju psihotičnih poremećaja (42).

1. UVOD

1.1.5. Simptomatske domene

Psihopatologija psihotičnih poremećaja izražava se individualnom i temporalnom varijabilnošću te heterogenošću simptoma (43). Faktorskom analizom simptomi psihoze svrstani su unutar pet različitih domena: pozitivne, negativne, kognitivne, afektivne i agresivno/hostilne. Simptomi se unutar domena često preklapaju i međusobno utječu jedni na druge (44). Pretpostavlja se da su domene dio jedinstvene psihopatološke mreže, što ide u prilog dimenzionalnom modelu sagledavanja psihotičnih poremećaja nasuprot kategorijalnog (koji odvaja psihopatološke sindrome kao odvojene fenotipove). Novija istraživanja ističu središnju poziciju dezorganizacije unutar psihopatološke mreže, a koji bi mogao utjecati na težinu i ispoljavanje simptoma iz drugih domena, no potrebna su daljnja istraživanja (45). Činjenica je da simptome navedenih domena možemo naći kod svakog oboljelog od psihotičnih poremećaja s obzirom da su smisleno povezani kako unutar sebe tako i međusobno (primjer je povezanost sumanutih ideja i depresivnosti koji se često iskazuju idejama proganjanja). Kao važan simptom psihoze (osobito shizofrenije) potrebno je uključiti i nedostatak uvida te analizom istražiti njegov međudnos s ostalim simptomima (46).

Simptomi iz pozitivne domene su sumanute ideje, halucinacije, dezorganizirano mišljenje, nepovezani asocijativni slijed govora i ponašanja uz blokove misli, perseveracije i verbigeraciju. Simptomi iz negativne domene uključuju siromaštvo afekta, alogiju, povlačenje iz socijalnih interakcija, avoliciju, anhedoniju. Simptomi iz kognitivne domene odnose se na smanjenu sposobnost primanja, procesuiranja i prijenosa informacija, asocijativno siromaštvo, oslabljenu pažnju i sniženu izvršnu efikasnost. Simptomi iz kognitivne domene često se preklapaju s negativnom i/ili afektivnom domenom uz slabiji terapijski odgovor i slabiji ishod (potreba za oblikovanjem specifičnih terapijskih intervencija). Simptomi iz agresivno/hostilne domene uključuju neprijateljsko držanje i ponašanje, hostilnost, auto/heteroverbalnu i fizičku agresivnost, agitiranost. Simptomi iz afektivne domene su anksioznost, depresivnost, napetost, iritabilnost, zabrinutost, osjećaj krivnje (7). Najnovija istraživanja navode šest simptomatskih domena (pozitivnu, negativnu, depresivnu, maničnu, psihomotornu i kognitivnu) i ona je uvrštena u novi klasifikacijski sustav MKB-11 koji će uskoro biti u primjeni (47).

1. UVOD

1.1.6. Rana faza psihotičnih poremećaja

Rana faza obuhvaća prvih pet godina od pojave simptoma psihoze i početka liječenja (11). Najčešće uključuje prodromalni period (prethodi prvoj psihotičnoj epizodi, a sagledavamo ju najčešće retrospektivno), akutnu/sindromsku fazu ili period prve psihotične epizode (PPE) nakon koje slijedi faza remisije i oporavka ili recidivirajući relapsi psihotičnih epizoda i nastanak kronične psihoze (11, 48). Rana faza obuhvaća kritični period (KP) od dvije do pet godina od pojave simptoma psihoze kada su oštećenja najintenzivnija (dosežu plato). Neuronska plastičnost omogućava veći uspjeh ako liječenje započnemo u ranoj fazi metodama liječenja koje su sveobuhvatne i individualno prilagođene oboljelima (sekundarna prevencija) – (49). Primarna prevencija u psihijatriji je i dalje teško dostižan cilj s obzirom da je premorbidna faza (period od rođenja do prodromalne faze) i najčešće asimptomatska uz očuvanu funkcionalnost. Pažljivim promatranjem mogu se vidjeti diskretni znaci i u premorbidnoj fazi: povećan genetski rizik, blaža razvojna kašnjenja ili pojedinci s vulnerabilnim crtama ličnosti osjetljiviji na stres i traumu (50). Prvoj psihotičnoj epizodi (PPE) prethodi prodromalna faza koja biva često neprepoznata iako je važna u ranom otkrivanju i intervenciji (51, 52). Prodromi se najčešće očituju otklonom od prijašnjeg psihosocijalnog funkcioniranja uz zakazivanje u školskim i radnim postignućima. Nespecifični znakovi prodroma su socijalno povlačenje, blaža sumnjičavost (ne doseže sumanutu karakter), smetnje koncentracije, povišena anksioznost, nesanice, depresivnost, nedostatak inicijative, zlouporaba psihoaktivnih tvari, suicidalne ideje ili pokušaji (19, 48). O prodromalnoj fazi govorimo jedino ako nakon nje slijedi psihotična epizoda koja se javlja u 30 do 40 % slučajeva dok većina pojedinaca s prodromima razvije simptome anksiozno-depresivnog poremećaja, štetnu zlouporabu supstanci ili nemaju nikakvih smetnji (53). Stoga, umjesto prodroma koristimo termin stanje povišenog rizika (eng. *At High Mental Risk- AHMR*) ili stanje vrlo visokog rizika (eng. *Ultra-High Risk-UHR*) – (54). S ciljem ranog otkrivanja pojedinaca s povišenim rizikom razvijeni su mjerni instrumenti eng. *The Comprehensive Assessment of At -Risk Mental State-CAARMS*, *The Structured Interview for Prodromal Syndromes-SIPS* i *The Basel Screening Instrument for Psychosis-BS* te su definirana tri sindroma – sindrom atenuiranih pozitivnih simptoma, kratki intermitentni psihotični sindrom i genetski rizik te sindrom recentne deterioracije (54, 55). Postotak pojedinaca (eng. UHR) koji su razvili psihozu unutar dvije godine praćenja bio je 25 % dok ih 75

1. UVOD

% nije razvilo psihozu unatoč postojanju blažih atenuiranih simptoma ili slabije izraženih funkcionalnih smetnji (55). Prediktori prijelaza u psihozu nasljedno su opterećenje s ranim znacima socijalnog i funkcionalnog odstupanja, neobičan sadržaj misli (njihova bizarnost), povećana sumnjičavost, povijest zlorabe psihoaktivnih supstanci, izloženost ranim traumama tijekom djetinjstva, dob, spol (56). Istraživanje o sociodemografskim karakteristikama pojedinaca s UHR-om navelo je češće zastupljen muški spol (58 %), medijan dobi (SD) 20,6 godina, slabijeg su općeg i socijalnog funkcioniranja, suicidalne ideje (66 %), samoozljeđivanja (49 %), suicidalni pokušaji (18 %), uz česta komorbidna stanja poput zlorabe štetnih tvari (nikotin, kanabis 33 %), depresivni simptomi (40 %), anksiozni poremećaji (15%) – (Fusar-Poli i sur.) – (57). Trogodišnja longitudinalna studija uključivanja pojedinaca s UHR-om u programe ranih intervencija (RI) navodi smanjenu stopu prijelaza u psihozu s 31, 5 % (meta analiza Fusar-Poli iz 2012. g.) – (58) na 22 % (meta analiza iz 2020. g. iako ne globalno) – (57). U praćenju i liječenju pojedinaca (eng. UHR) primjenjivale su se različite preventivne i terapijske metode s heterogenim rezultatima (ibid.). Osim medikamentozne terapije nižim dozama atipičnih antipsihotika najčešće su propisivani anksiolitici, SSRI antidepressivi, stabilizatori raspoloženja, kao i Ω -nezasićene masne kiseline, a učinkovitima su se pokazale psihoterapijske metode (osobito KBT, grupna, individualna i obiteljska terapija) i psihosocijalnih intervencija (psihoedukacija, promoviranje zdravih životnih navika i vještina, regulacija ritma spavanja, pomoć pri učenju i zaposlenju, bavljenje hobijima) – (54, 55, 57–61). Unatoč brojnim istraživanjima osoba, koje su pod vrlo visokim rizikom od razvoja psihoze, mnogo je i dalje nepoznatog (62).

Prva psihotična epizoda (PPE) javlja se s izraženim pozitivnim simptomima i/ili negativnim simptomima i hitno je stanje u psihijatriji. Oboljeli izražava sumanute ideje različitog sadržaja, perceptivne obmane osjetila iz bilo koje domene (najčešće slušne), dezorganiziranog je mišljenja, govor i ponašanje okolini postaju čudni i nerazumljivi, često je i autoagresivan i/ili heteroagresivno ponašanja što su indikacije za bolničko liječenje (19). Uvid u poremećaj često je manjkav ili nedostaje što može povećati nesuradljivost tijekom postupka prijama i medikacije (ibid.). Komorbidna stanja (zloraba psihoaktivnih supstanci, poremećaji ličnosti) povećavaju nesuradljivost (63).

Period oporavka je period rekonvalescencije kada je primjenom medikamenata postignuta djelomična klinička remisija. Klinička remisija nije sinonim za oporavak, ali je važan korak k

1. UVOD

njemu. Oporavak ima svoju ranu (do godinu dana nakon psihotične epizode) i kasnu fazu (nakon godinu dana od psihotične epizode) – (11). Tijekom perioda oporavka pacijenti, i obitelj, zahtijevaju pažljivu pomoć terapeuta u suočavanju, prihvaćanju i razumijevanju događaja prije i tijekom psihotične epizode (ibid.). Oporavak je individualan proces, različitog trajanja i na kojeg utječu različiti čimbenici, stoga zahtijeva i individualan pristup (klinička procjena oboljelog uz razradu plana oporavka) – (ibid.). Prediktori oporavka su dužina trajanja neliječene psihoze (PNP), težina kliničke slike i vrsta psihopatologije, razina samopoštovanja i samopouzdanja, utjecaj okoline u smislu prihvaćanja ili odbacivanja te važan utjecaj stigme (64). Moratorij (usporavanje procesa oporavka) može biti znak depresivnosti ili slabije kliničke remisije (11). Poznato je da se nakon PPE-a pacijenti brže oporave u odnosu na recidivirajuće epizode, stoga stopa relapsa ponekad može predvidjeti ishod (65). Rezultati istraživanja ukazuju da 20,7 % oboljelih doživi relaps unutar godinu dana, 40,7 % unutar dvije godine, a 65 % unutar tri godine (66). Najčešći uzrok relapsa je prekid uzimanja terapije (ibid.). Čimbenici koji mogu umanjiti stopu relapsa su bolji klinički uvid, kontinuirano poticanje terapijske suradnje, veća uključenost obitelji u terapijski proces uz psioedukaciju oboljelih i članova obitelji, uspješno liječenje oboljelog uz stalno pružanje sigurnosti i nade (11, 66). Unatoč primjeni svih raspoloživih metoda liječenja 20 % oboljelih nakon PPE-a ne postigne oporavak (11, 67). Ovaj podatak ukazuje na heterogenost psihotičnih poremećaja, individualne različitosti oboljelih te brojne varijable koje mogu utjecati na složen proces oporavka uz nužnost individualiziranog pristupa (67). Primjena novih tehnologija i mobilnih aplikacija u terapiji, koje se koriste u novije vrijeme, može omogućiti rano prepoznavanje znakova relapsa i individualnih potreba oboljelih s ciljem postizanja oporavka (68, 69).

1.1.7. Rana intervencija u liječenju psihotičnih poremećaja

Koncept rane intervencije (RI) u liječenju psihotičnih poremećaja dobro je organiziran i utemeljen na (eng. *evidence-based medicine*) – (70). Rana intervencija ima dva specifična cilja – rano otkrivanje i fazno-specifično liječenje (71). Rano otkrivanje pojedinaca s vrlo visokim rizikom prijelaza u psihoze uz skraćivanje (PNP) utjecalo je na bolji ishod liječenja s obzirom da je PNP u razvijenim zemljama trajao i do dvije godine (53, 72). Program RI započeo je u Melbourneu u Australiji sredinom 80-ih godina XX. stoljeća kada je osnovan Odjel za liječenje prvih psihotičnih

1. UVOD

poremećaja kapaciteta deset kreveta, nakon čega je 1993. osnovan Centar za prevenciju i liječenje ranih psihoza (eng. *Early Psychosis Prevention and Intervention Centre – EPPIC*) – (19, 53, 54). Program je obuhvaćao i specifične mobilne timove u koje su bili uključeni psihijatri (stariji senior psihijatri – konzultanti, mlađi specijalizanti, klinički psiholozi, psihijatrijske sestre obučene za rad s psihotičnim pacijentima u zajednici, socijalni radnici, radnookupacijski terapeuti te grupe podrške oboljelih vršnjaka (*peer grupe*) – (53). Istodobno su se programi RI i mobilni timovi razvijali i u drugim zemljama, najprije u južnom dijelu Londona (*The Lambeth Early Onset – LEO i Outreach&Support in South London – OASIS*), a zatim i u ostalim dijelovima Velike Britanije, Kanadi, SAD-u, europskim zemljama od kojih su poznati programi *TIPS-a* u Norveškoj i Danskoj, danski *OPUS* kao i u zemljama južne Azije, Kini, Japanu, Singapuru (72). Danas u svijetu postoji više stotina RI programa koji djeluju zasebno, a mogu biti pridruženi i standardnom liječenju. Potrebno je još mnogo napora kako bi svaka zemlja implementirala programe RI u svoje nacionalne zdravstvene sustave (73). Čak i kada se svladaju ekonomske i političke prepreke, zdravstveni je sustav često sam po sebi prepreka (ovo se osobito odnosi na države koje se i dalje oslanjaju na institucionalizirano liječenje te gdje je utjecaj društvene stigme visok i gdje se oboljele drže dalje od javnosti). Države koje su implementirale programe ranog otkrivanja i intervencije u svoje zdravstvene sustave su Australija, Velika Britanija, Danska, Norveška, Kanada i Singapur (ibid.). Programi RI u odnosu na standardno liječenje pokazuju brojne prednosti (74). M. Agius ističe važnost psihoedukacije pacijenata i obitelji te važnost razrade plana relapsa (75). Prema meta analizi Correll i sur. iz 2018. godine prednosti liječenja programima RI-a u odnosu na standardno liječenje bolja su terapijska suradnja, bolja klinička remisija i ishod, manji broj hospitalizacija, manji broj prisilnih hospitalizacija, kraći broj dana bolničkog liječenja, smanjena stopa suicida, veća motiviranost za nastavkom školovanja ili rada, više oboljelih nastavilo je živjeti s obitelji (naspram beskućništva), bolje su prihvaćali i razumijevali vlastiti poremećaj, bolje su ovladavali stresnim situacijama što je doprinijelo smanjenju stope relapsa (rezultati su bili i bolji kod programa koji su imali zastupljenije metode psihoedukacije pacijenata i članova obitelji uz intenzivnije psihosocijalne i obiteljske intervencije) – (76). Norveški *TIPS* program RI-a, uz svoje mobilne timove liječenja u zajednici, kontinuiranim je radom na osvješćivanju društva o važnosti ranog prepoznavanja i liječenja psihotičnih poremećaja (77) uspio skratiti PNP na svega nekoliko tjedana (medijan je bio pet tjedana) uz bolju kliničku remisiju (78) i smanjenu stopu suicida (79). Unatoč brojnim prednostima liječenja programima RI predmetom rasprava ostaju i dalje neka etička pitanja

1. UVOD

(80) kao i vrijeme dužine trajanja programa s obzirom da završetkom programa terapijski učinak postupno slabi (81). Stoga se preporuča postupno smanjivanje dijelova programa uz ostanak trajno dostupnih psihosocijalnih intervencija (npr. *peer* grupa pomoći, trening socijalnih vještina, pomoć pri edukaciji i zapošljavanju i sl.) – (ibid.).

1.1.8. Program Rana intervencija psihotičnih poremećaja (RIPEPP)

RIPEPP program osnovan je 2005. godine u Psihijatrijskoj bolnici "Sveti Ivan" u Zagrebu. Njegovom osnivanju prethodilo je višegodišnje iskustvo u grupnom psihodinamskom liječenju psihoza kao i psihoterapijski dobro educiran kadar. Program je namijenjen liječenju pacijenata u ranoj fazi psihotičnih poremećaja (prema klasifikaciji MKB-10) i psihotičnom obliku BAP-a, tijekom kritičnog perioda (≤ 5 godina trajanja poremećaja), a u kojem su osim pacijenata uključene i njihove obitelji. RIPEPP program liječenja odvija se i u bolnici i ambulantno (82).

Liječenje akutnog psihotičnog pacijenta započinje na akutnom prijemnom odjelu, primjenom antipsihotika i drugih psihofarmaka te ostalih metoda sukladno protokolu liječenja. Nakon uspostave djelomične kliničke remisije pacijenti koji su motivirani te zadovoljavaju kriterije premještaju se na otvoreni Odjel za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje psihotičnih poremećaja i graničnih stanja. Odjel je dio Referentnog centra za psihoterapiju, psihosocijalne metode i ranu intervenciju kod psihotičnih poremećaja pri Ministarstvu zdravlja Republike Hrvatske, a u sklopu kojeg se odvija program Rana intervencija (RIPEPP). Pacijenti se nakon premještaja na Psihoterapijski odjel ili Dnevnu bolnicu za psihotične poremećaje i ranu intervenciju uključuju u (RIPEPP) program koji uz medikamentoznu terapije podrazumijeva intenzivno psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje pacijenata uz uključivanje članova obitelji (83). U liječenju se preporuča primjena druge i treće generacije antipsihotika po principu (*start low, go slow*) – (ibid.).

Psihoterapijsko liječenje pacijenata na Odjelu uključuje tri puta tjedno psihodinamski orijentiranu grupnu psihoterapiju u malim grupama koje vode educirane medicinske sestre – grupni terapeuti i jednom tjedno srednju grupu koju vode psihijatri – grupni analitičari. Grupe su podijeljene na grupe više i niže razine ovisno o prevladavajućim mehanizmima obrane, zrelosti objektnih odnosa i

1. UVOD

komunikacijskim sposobnostima oboljelih. KB terapiju vodi klinički psiholog – KB terapeut s ciljevima promjene modela ponašanja, osnaživanja samopouzdanja i samopoštovanja, identifikacija distorzija mišljenja uz pokušaje promjena pogrešnih uvjerenja, borbi protiv stigme (antistigma radionice). Psihoedukacija pacijenata na odjelu odvija se kroz interaktivna predavanja koja pripremaju pacijenti uz pomoć medicinskog osoblja pri čemu se obrađuju različite teme relevantne za problematiku psihoza (84).

Socioterapijsko liječenje vode educirani radni terapeuti, medicinske sestre i ostali suradnici na odjelu, tijekom poslijepodnevni sati u Klubu pacijenata "Zajedno" nudi različite radionice (literarna, likovna, dramska, glazbena, sportska, računalna, grupa psihosocijalne potpore itd.). Rad Psihoterapijskog odjela ustrojen je po principima terapijske zajednice uz redovite supervizije osoblja nakon terapijskih grupa. U slučajevima kada nije potrebna puna hospitalizacija, dio pacijenata upućuje se u Dnevnu bolnicu za psihotične poremećaje i ranu intervenciju ili odmah u ambulantni dio programa RIPEPP (82–84).

Ambulantni dio RIPEPP programa uključuje dugotrajnu *long term* grupnu psihoterapiju za pacijente, višeobiteljsku grupnu terapiju za roditelje te psihoedukacijske radionice za pacijente i članove obitelji zajedno (83). Dugotrajna (eng. *long term*) grupna psihoterapija za pacijente oboljele od psihotičnih poremećaja vodi se ambulantno prema dinamskim načelima (maksimalno deset pacijenata u grupi), jednom tjedno u trajanju od 60 minuta, a vodi ih koterapijski par psihijatar – grupnih analitičara. Nužna prilagodba tehnike grupne psihoterapije za pacijente oboljele od psihoze uključuje suportivniji stav terapeuta, veću aktivnost u poticanju komunikacije, izbjegavanje pružanja interpretacija (ako nije nužno), poticanje diskusije na ovdje i sada umjesto tamo i nekad (ibid.). Grupna psihoterapija je učinkovita metoda liječenja oboljelih od psihotičnog poremećaja (85). U grupi se potiče komunikacija, socijalizacija, osnažuju mehanizmi obrane te stvaraju mogućnosti za bolji uvid (85). U mreži odnosa u grupi *matrix* omogućava se korektivno dobra simbioza kojom se mogu postupno mijenjati internalizirani objekti tako da postanu manje loši i zastrašujući (85, 86). Yalomovi terapijski faktori važni su u grupnoj psihoterapiji psihoza. Grupna kohezija i ulijevanje nade pokazali su se važnim terapijskim čimbenicima na početku liječenja dok su korektivno emocionalno iskustvo i identifikacija s terapeutom bili važniji oboljelima s duljim iskustvom rada u grupi (87). Ambulantne višeobiteljske grupne terapije za roditelje u sklopu RIPEPP-a vode grupni analitičari u koterapiji dva puta mjesečno u trajanju od

1. UVOD

90 minuta. Cilj im je omogućiti razumijevanje i bolji uvid u problematiku oboljele djece uz pokušaj promjene dinamike obiteljskih odnosa (ako je moguće) i neprikladnih komunikacijskih stilova (82, 83). Ambulantna psihoedukacije za pacijente i njihove obitelji provodi se za sve oboljele i članove obitelji u poslijepodnevnim satima, dva puta mjesečno u trajanju od 60 minuta. Tijekom osamnaest tematskih radionica obrađuju se sve relevantne teme povezane s psihotičnim poremećajima. Njihova specifičnost je da na njima ravnopravno sudjeluju psihijatri – KB terapeuti i psihijatri – grupni analitičari jer je broj članova koji pohađa radionicu u okvirima grupe velik (82, 83). RIPEPP program kontinuirano doprinosi znanstveno istraživačkom radu uz evaluaciju programa (83). Istraživali su se čimbenici koji utječu na stupanj uključenosti u grupnu psihoterapiju vezano uz obilježja ličnosti (88), sociodemografska obilježja oboljelih (89), kognitivno funkcioniranje (90), kvalitetu života (91), promjene kod roditelja uključenih u višeobiteljske grupne psihoterapije (92). Rezultati su poboljšanje kognitivnog funkcioniranja nakon tri godine praćenja kod pacijenata uključenih u grupnu psihoterapiju u odnosu na one koji su prošli samo psihoedukaciju, poboljšanje kvalitete života, a pacijenti s nižim stupnjem narcizma, manjom stigmom i sigurnijim stilom privrženosti pokazali su veći stupanj uključenosti u grupnu psihoterapiju dok su roditelji uključeni u višeobiteljske grupne terapije imali pozitivne pomake na planu samopoštovanja, poboljšanja obrambenih mehanizama uz značajno manji osjećaj osamljenosti (88–92).

1.1.9. Liječenje psihotičnih poremećaja

U liječenju psihotičnih poremećaja vodimo se predloženim hrvatskim smjernicama za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja Hrvatskog psihijatrijskog društva koji preporučuje korištenje razvojno-faznog modela (93). Temelj liječenja su antipsihotici, osobito novije generacije radi šireg spektra mehanizma djelovanja, bolje podnošljivosti i manje nuspojava. Antipsihotici su heterogena skupina lijekova koji se međusobno razlikuju po načinu djelovanja, profilu djelovanja na različite simptome psihoze kao i mogućim nuspojavama. Osnovni koncept im je dopaminsko-serotoninski (SDA), a svima je zajednička blokada dopaminskih D2 receptora (94). Liječenje obično počinjemo uvođenjem manjih doza uz pažljivu titraciju s ciljem postizanja kliničke remisije i kasnije oporavka. Preferira se monoterapija jer su pacijenti s PPE-om skloniji nuspojavama (porast TT, sedacija, ekstrapiramidni učinci) – (55). Pacijenti s PPE-om brže reagiraju na terapiju

1. UVOD

antipsihoticima te su obično potrebne niže doze za postizanje remisije nego kod ponovljenih epizoda. Preporuča se uzimanje antipsihotika najmanje tri godine od početka PPE-a, a liječenje može trajati i više od tri do pet godina, ponekad i doživotno (ibid.). Za rezistentne pacijente vodeći izbor je klopazin (95). Zbog nedostatka uvida i svjesnosti o važnosti uzimanja terapije oboljeli ju često samoinicijativno prekidaju uzimati zbog čega se u cilju sprječavanja relapsa i rehospitalizacija primjenjuju parenteralni dugodjelujući antipsihotici (96). Pored uzimanja psihofarmaka psihoterapijske i psihosocijalne intervencije sastavni su i nezaobilazni dio liječenja psihotičnih poremećaja (55, 82–92).

1.2. Uvid u psihotični poremećaj

Klinički uvid u poremećaj ključan je za početak liječenja (97). Smatra se da je uvid važan čimbenik koji utječe na terapijsku suradnju, tijek poremećaja i ishod liječenja kao i pravnu odgovornost i mjere prisilnog liječenja oboljelih (98). U širem smislu uvid podrazumijeva sposobnost bolesnika da razumije prirodu, značaj i težinu svoje bolesti te može varirati od potpunog nedostatka i nesvjesnosti do dubokog emocionalnog i intelektualnih razumijevanja (99). U psihoanalitičkom smislu uvid je temeljni pokretač progresivnih promjena kojemu je u osnovi znanje (100). Uvid nije izoliran simptom već je relacijski ili odnosni fenomen kojeg sagledavamo jedino u odnosu spram nečeg te se smisleno može evaluirati jedino kod oboljelih s iskustvom psihoze (101). Različiti čimbenici mogu utjecati na uvid – od individualnih i bioloških odrednica pojedinca (obilježja ličnosti, psihopatologija, vrste i tijeka poremećaja, kognitivnih sposobnosti ali i sposobnosti samorefleksije kojim svaki pojedinac integrira spoznaje o sebi i svijetu koji ga okružuje – kognitivni uvid) do utjecaja različitih sociokulturalnih i religijskih uvjerenja, znanja, društvene, obiteljske ili individualne stigme (102–109). Iako je pojam uvida složen i intuitivan i teško ga je obuhvatiti, uvid zahtijeva preciznu definiciju (110). Klinički je uvid važan za osvješćivanje simptoma psihoze i početak liječenja. A. David klinički uvid definira višedimenzionalnim fenomenom koji označava sposobnost osvješćavanja i prepoznavanja simptoma poremećaja od strane bolesnika, mogućnost sagledavanja socijalnih posljedica poremećaja, prihvaćanje potrebe za liječenjem i sposobnost označavanja neuobičajenih psihičkih fenomena patološkima (110, 111).

1. UVOD

Prema Mythry i Ebenezeru pacijenti koji su u stanju prepoznati simptome kao dio psihotičnog poremećaja i prihvaćaju liječenje (neovisno o načinu interpretacije simptoma te neovisno slažu li se psihijatrom/ispitivačem ili ne), imaju dobar uvid (98). Oštećen uvid čest je kod oboljelih od psihotičnih poremećaja s prevalencijom od 30 do 50 % u ranim stadijima psihoze, od 50 do 80 % kod kroničnih shizofrenih bolesnika (112). Posljedice nedostatka uvida su dulji PNP – (113), teža klinička slika (114), češće hospitalizacije uključujući i one prisilne (115,116), slabija terapijska suradnja (117–119), slabiji oporavak i ishod (120). Dok neki istraživači smatraju kako je uvid ovisan o psihopatologiji te je simptom poremećaja (kod oboljelih od shizofrenije tzv. anosognozija), K. Jacob ističe važnost socijalnog okruženja u proučavanju uvida, stoga smatra kako uvid nije ovisan o psihopatologiji niti predviđa tijek i ishod poremećaja (121). Klinički uvid mjerimo ljestvicom za mjerenje svjesnosti u mentalni poremećaj – SUMD (eng. *The Scale to Assess Unawares of Mental Disorder-SUMD*) koja u originalnoj verziji razmatra sadašnji i prošli uvid za sedamnaest simptoma psihoze. Svaka čestica označava se ocjenom od 1 do 5 pri čemu veći broj označava lošiji uvid (122). Zbog opsežnosti mjernog instrumenta i mogućnosti glatkog odbijanja pružanja informacija od strane oboljelih, istraživači su nužno prilagođavali mjerenja uz posljedicu heterogenosti rezultata (111, 123). Kraća verzija SUMD-a češće se koristi (124). Manjkav uvid kod oboljelih od psihotičnih poremećaja objašnjava se različitim konceptima – posljedicom kliničke slike, težine simptoma i vrste poremećaja, nezrelih obrambenih mehanizma i načina nošenja sa stresom, neuroanatomskim modelom i neurokognitivnim oštećenjima (125) kao i psihoanalitičkim konceptima uvida (100). Istraživači koji se bave problematikom uvida trebaju imati na umu svu njegovu složenost kao i složenost psihotičnih poremećaja uz uvažavanje i vrednovanje različitih pristupa koje koriste oboljeli pri pokušaju povratka izgubljene homeostaze (126).

1.2.1. Uvid i psihopatologija

Više studija potvrdilo je povezanost težine simptoma (pozitivnih, negativnih, dezorganizacije i kognitivnih) sa slabijim kliničkim uvidom (112, 114, 120, 127, 128). Navedeno su potvrdili i rezultati meta-analize (2009. g.) – (129). Demografski čimbenici (dob, spol, razina edukacije, broj hospitalizacija) nisu bili značajnije povezani s uvidom, no neka istraživanja pronašla su povezanost

1. UVOD

uvida s razinom edukacije te neznatno bolji uvid kod muškog spola (130). Poznato je da se manjkav uvid samo djelomično može objasniti kliničkim i demografskim karakteristikama (ibid). Rezultati istraživanja Kama i sur. navode povezanost nedostatka uvida s težim pozitivnim simptomima i simptomom dezorganizacijom kod žena (112). Mlađa dob, bolja terapijska suradnja, zadovoljstvo osobljem i manje izraženi pozitivni simptomi povezani su s boljim uvidom i ishodom (112). Cobo i sur. navode kako postoji neznatna razlika slabijeg uvida kod žena u odnosu na muški spol (131). Rezultati ukazuju da je duljina PNP-a povezana s lošijim uvidom (132). Longitudinalna trogodišnja studija praćenja nedostatka uvida kod oboljelih u ranoj fazi psihotičnih poremećaja pokazala se stabilnim obilježjem, nalik osobinama ličnosti, uz razmišljanja o posebnim edukacijskim i terapijskim intervencijama s ciljem njegovog poboljšanja (133). Postoji pozitivna korelacija uvida s depresivnim simptomima tzv. paradox uvida (134). Shizofreni pacijenti slabijeg premorbidnog funkcioniranja koji su bili manje depresivni imali su slabiji klinički uvid (ibid). Bellvederi-Murri i sur. potvrdili su povezanost depresivnosti i kliničkog uvida, što je čak i istaknutije između kognitivnog uvida i depresivnosti (135). Diskriminacija, internalizirana stigma, osjećaj beznadnosti, niži socioekonomski status, slabija dostupnost medicinske skrbi imaju posrednu ulogu između depresivnih simptoma i uvida (136, 137). U obiteljima u kojima je vladala negativna atmosfera, međusobne optužbe, veći kriticizam i stigma, oboljeli su imali izraženije depresivne simptome uz veći suicidalni rizik (terapeuti ovo moraju imati na umu) – (138). Bolji klinički uvid i povećana depresivnost povezana je sa slabijom kvalitetom života (meta analiza iz 2020. godine) – (139) za razliku od kognitivnog uvida koji povećava kvalitetu života s obzirom da je stjecanje novih spoznaja i integracija informacija povezano s nastavkom školovanja, zaposlenja, održavanja socijalnih odnosa što pruža veći osjećaj sigurnosti kao i dostupnost kvalitetne zdravstvene zaštite (140). S obzirom na uvid kao složen fenomen na kojeg mogu utjecati razni čimbenici, poboljšanje psihopatologije ne znači da će se nužno poboljšati i uvid premda se to događa u većini situacija. Većina istraživanja ukazuje na važnost psihoedukacije kao i psihoterapija usmjerenih na poboljšanje kognitivnih sposobnosti (141). Longitudinalna studija jednogodišnjeg praćenja pacijenata s PPE-om i kliničkog uvida potvrdila je povezanost boljeg kliničkog uvida s izraženijim depresivnim simptomima kao i slabijeg uvida s izraženijim negativnim simptomima (142). Manjkav klinički uvid značajno smanjuje učinke psihosocijalnih i metakognitivnih intervencija kod oboljelih s kognitivnim oštećenjima (143). Keshevan i sur. ističu važnost intervencija usmjerenih na poboljšanje uvida primarnim terapijskim ciljem (metakognitivni trening, KBT,

1. UVOD

kognitivna remedijacija) – (120). Istraživanje kliničkog uvida oboljelih od shizofrenije, BAP-a I i metamfetaminske psihoze pokazalo je povezanost slabijeg kliničkog uvida s težinom pozitivnih, negativnih i kognitivnih simptoma, a kod metamfetaminske psihoze i simptoma agitacije. Shizofreni pacijenti, u odnosu na oboljele od BAP-a I i metamfetaminske psihoze, pokazali su značajno slabiji klinički uvid koji se odnosio na dimenziju svjesnosti poremećaja dok za druge dvije dimenzije kliničkog uvida nije bilo značajnih razlika (svjesnost socijalnih posljedica poremećaja i svjesnosti uzimanja medikacije) – (144). Klinički uvid nije statičan nego dinamičan fenomen koji se mijenja kako s dobi i fazom poremećaja (prati U-krivulju). Nedostatak uvida najizraženiji je na početku PPE-a, ali postupnom stabilizacijom psihičkog stanja, stišavanjem psihopatologije i kliničkom remisijom poboljšava se i klinički uvid (ne kod svih). Tijekom srednjih godina i ponovljenih hospitalizacija oboljeli postupno prihvaćaju svoj poremećaj zadržavajući određeni stupanj uvida koji se u kasnijoj dobi, iz nepoznatih razloga, ponovno smanjuje (vjerovatno se radi o slabljenju kognitivnih sposobnosti) – (145). U periodu akutne psihoze nedostatak uvida može uzrokovati hostilnost i fizičku agresivnost. Međutim, moguće je i obrnuto – da veći uvid potakne agresivnost zbog povećanja stigme i osjećaja manje vrijednosti koji zatim mogu potaknuti snažne nekontrolirane reakcije (146). Slabiji uvid kod pacijenata s PPE-om povezan je sa sumanutim idejama i negativnim simptomima dok je na kognitivnoj razini posljedica slabijih metakognitivnih sposobnosti i sposobnosti samoopservacije (147). Negativni simptomi i slabiji uvid imaju negativne učinke na kognitivne sposobnosti uz slabiji ishod (148). Općenito, klinički uvid povezan je s težinom kliničke slike i psihopatologijom dok dob, spol, bračni status, razina edukacije nisu pokazali značajniju povezanost (ibid).

1.2.2. Povezanost uvida i osobina ličnosti

Ličnost oboljelih od psihotičnih poremećaja nije uništena kako se tradicionalno vjerovalo za vrijeme Bleulera i Kraepelina (88). Istraživanja ukazuju na individualne različitosti crta ličnosti oboljelih od psihotičnih poremećaja, njihovu stabilnost kroz vrijeme te da ih iskustvo psihoze bitno ne mijenja (149). Vjerojatno je da ličnost ima patoplastičan utjecaj na simptome psihoze stvarajući okvir unutar kojeg se simptomi izražavaju (primjer je povezanost shizoidnih crta ličnosti s izraženim negativnim simptomim psihoze) – (150). Iako u osnovi osobine ličnosti (osim

1. UVOD

shizoidnih) nisu direktno povezane s uvidom (151), šestomjesečna longitudinalna studija potvrdila je da pojedinci sa shizoidnim i sociopatskim crtama ličnosti pokazuju značajno slabiji klinički uvid u odnosu na oboljele koji nemaju izražene sociopatske i shizoidne crte (152). Pretpostavlja se kako oboljeli s premorbidnim shizoidnim i shizotipnim crtama ličnosti u ranoj fazi psihoze imaju izraženije negativne simptome i oštećen uvid zbog socijalne izolacije, slabije sposobnosti kritičkog rasuđivanja i samoopservacije dok pacijenti s izraženijim pozitivnim simptomima (halucinacije) imaju slabiji uvid kao posljedica novih i zastrašujućih iskustava koja uzrokuju duboku psihotičnu anksioznost koja onemogućava razmišljanje i kritičko rasuđivanje (152). I dalje se vode debate je li manjkav uvid ili svjesnost u psihozi posljedica neurokognitivnih oštećenja ili je posljedica aktivacije nezrelih obrambenih psiholoških mehanizama (poricanje, projekcije, projektivne identifikacije, cijepanja) – (153, 154).

1.2.3. Uvid i neuroznanstvene spoznaje

Neuroznanstvena istraživanja o uvidu također potvrđuju njegovu složenost (155). Slikovnim prikazima funkcionalnog MR mozga utvrđena je povezanost neuroanatomskih regija kortikalnih središnjih struktura (eng. *cortical midline structures*, CMS) sa sposobnošću metakognicije i funkcijama samoopažanja i atribucije (ibid.). Navedene strukture obuhvaćaju medijalni prefrontalni korteks (Brodmanove aree 9,10 i 11), anteriorni i posteriorni cingularni korteks kao i lateralni prefrontalni korteks koji je povezan s medijalnim kortikalnim strukturama (CMS), uključujući zrcalne neurone donjeg parijetalnog lobula (ibid.). Oni tvore jedinstvenu i složenu neuronsku mrežu koja ima važnu ulogu ne samo u određivanju svjesnosti ili nesvjesnosti simptoma psihoze, nego i u procesu samoopservacije, sposobnosti diferencijacije sebe od okoline, kritičkog rasuđivanja sebe i okoline, atribucije simptoma (ibid.).

1. UVOD

1.2.4. Uvid u psihoanalizi i njegove definirajuće karakteristike

Za Madeleine i Willy Beranger uvid je fenomen polja (bipersonalnog polja u analizi ili grupnog polja u grupnoj analizi) te je kao takav neprenosiv (analitičar ne može znati što se zbiva u drugoj osobi već može imati jedino znanje o vlastitom kontratransferu) – (100). Iako je odnos s objektom važan za uvid, uvid je uvijek odraz refleksije, odnosno onog što proizlazi iz analitičkog polja u terapijskom odnosu putem introjektivne identifikacije (ibid.). Za P. Heimann uvid je temeljni akt samopromatranja ili refleksija u dvostrukom smislu riječi nalik Jaspersovu razmatranju koji navodi kako se primarno sumanuto iskustvo definira uvijek novim značenjem, a koje se iznenada javi u pacijentu te je nedostupno promatraču (13, 39, 100). Stoga je za analitičara uvid uvijek novi spoj značenja koji mijenja subjektive spoznaje o sebi i okolini (dakle, ako primarno sumanuto iskustvo stvara novo značenje, uvid će ga poništiti) – (13, 100). Uvid nije statičan nego dinamičan fenomen koji se kreće od intelektualnog do dubokih emocionalnih značenja kroz ponavljajući analitički proces prorade (eng. "*working through* ") – (39). Coderch (1995) navodi dvije faze prorade – fazu interpretacije i fazu uvida. Tek prorada interpretacije omogućava pacijentu da prevlada vlastite obrane, osvijesti ih i stekne uvid u vlastite konflikte (100). Za M. Klein uvid je uvijek povezan s depresivnim tjeskobama koje u pacijentu potiču promjene jedino u situaciji prorade depresivne pozicije i reparacije, stoga je uvid za M. Klein stanje nalik žalovanju, kojeg jedino zavist može ometati (ibid.). Za M. Klein depresivna pozicija je temelj psihičkog razvoja (prepoznavanje da je objekt istodobno i dobar i loš). U shizoparanoidnoj (S – P) poziciji oni su odvojeni shizoidnim mehanizmima cijepanja. Kapacitet za samoopservaciju zahtijeva stjecanje postupne zrelosti ega i njegovih sintetičkih funkcija te spoznaju odvojenosti subjekta od objekta (uvid da objekt ima svoje želje i potrebe) – (39, 156). Fenichel i Greenson slažu se s M. Klein kada navodi kako se proces prorade (i uvida) odvija kroz rad žalovanja i da uvidu prethodi depresivna bol (tijekom analize nakon uvida uvijek se javi nutarnji mir i nada kao nagrada) – (100). Prema Kennedyju (1978) šestogodišnje dijete ne može imati dobar uvid zbog nedovoljno razvijenih kognitivnih sposobnosti i egocentričnih stavova (100). Stvaranjem struktura ega i superega povećava se i sposobnost uvida (ibid.). S obzirom da dijete u periodu latencije ima izgrađene strukture ega i superega, posjeduje i sposobnost za samoopservaciju. Međutim, uvid može ometati obrambeni mehanizam potiskivanja (ibid.). Adolescenti imaju introspektivnost i refleksivnost, ali ih intenzitet agresivnih i libidnih

1. UVOD

nagona može učiniti anksioznima, stoga period adolescencije obilježava okupiranost ovladavanjem nadnagonskim impulsima i intrapsihičkim konfliktima (zavisnost/nezavisnost i sl.) – (ibid). Jedino odrasli imaju samostalnu želju za samospoznajom ili uvidom (ibid.).

S obzirom da uvid pokreće mogućnosti novim prilagodbama i ponašanju, uvid se uvijek prepoznaje po svojim plodovima tijekom terapijskog procesa koji se odvija u dijalektici regresija/progresija ili regresija u službi ega (39, 100).

Povezanost uvida i unutarnjih objekata sastoji se u procesu prorade unutarnjih objekata. Dok infantilni self projektivno pokušava uništiti ili kontrolirati unutarnje objekte (S – P pozicija), u integrirajućoj i zrelijoj depresivnoj poziciji, unutarnji objekti postižu veću slobodu djelovanja, odnosno postaju sukladnima onome što su realni (vanjski) objekti već odradili. Uvid ne označava samo inkorporaciju unutarnjih objekata, već i njihovu integraciju te rastuću autonomiju. Psihoterapija pruža mogućnost dubljeg uvida i novih smjernica (100). Pacijenti s psihotičnim poremećajem ne samo da se moraju nositi s težinom svojih simptoma i žalovanjem zbog gubitka svog starog identiteta, već istodobno nužno moraju proći proces transformacije identiteta koji uključuju inkorporaciju traumatskih iskustava psihoze, njegovu proradu i uvid. Transformacija identiteta ima središnju ulogu u postizanju funkcionalnog oporavka (157).

1.2.5. Roditelji i uvid u psihotični poremećaj djeteta

Vrlo je važna uloga roditelja u ranom prepoznavanju simptoma psihoze i početku liječenja. Najčešće roditelji prvi prepoznaju jasne simptome psihoze te dijete dovode u bolnicu (52). Posljednjih godina istražuje se utjecaj roditeljskog uvida na klinički uvid njihove djece. Međutim, istraživanja su malobrojna, na malom uzorku, uz primjenu različite metodologije uz neujednačene rezultate. Unatoč heterogenim rezultatima roditeljski uvid je prepoznat kao važan doprinos boljoj terapijskoj suradnji (158–163). Tri su studije pronašle neznatno bolji klinički uvid kod roditelja, nego kod djece, ali ne za sve dimenzije kliničkog uvida (Smith i sur. 1997., Gigante i Castel 2004.g., Brent i sur. 2011). Doprinos njihovih istraživanja odnosio se na način kako se roditelji nose s psihotičnim poremećajem djeteta (povećana kritičnost roditelja povezana je sa slabijim kliničkim uvidom oboljele djece) – (159). Važnost obiteljske atmosfere, psihoedukacija roditelja te

1. UVOD

potreba za njihovom većom uključenošću u proces liječenja prepoznata je i u istraživanju Brenta i sur. (160). Istraživanje Raffard i sur. na 37 parova (roditelj – dijete) potvrdilo je da su se roditelji s boljim kognitivnim sposobnostima više uključivali u proces psihoedukacije, a kao rezultat su bolje razumijevali poremećaj djece, odnosno imali su bolji uvid (161). Sve studije ukazuju na važnost psihoedukacije te potrebu za posebno oblikovanim terapijskim intervencijama kojima bi roditelji ostvarili bolju povezanost s oboljelom djecom, terapijskim timom te se lakše nosili s bolešću. Poznato je da su članovi obitelji koji vode skrb o oboljelom djetetu izloženi povećanim emocionalnim i svakodnevnim opterećenjima (162–164). Pozitivno obiteljsko okruženje, niži stupanj kritičnosti, češći dnevni kontakti s oboljelom djecom, bolje prihvaćanje i razumijevanje psihoza rezultirali su boljom terapijskom suradnjom i boljim oporavkom kod pacijenata u ranoj fazi psihozeu odnosu na kronične shizofrene bolesnike (165). Bolji roditeljski uvid povezan je s kraćim PNP-om, boljom terapijskom suradnjom, kraćim brojem dana hospitalizacije (166). Povećana stigma okoline kao odraz kulturalnih čimbenika negativno utječe na uvid oboljelog djeteta s obzirom da povećava roditeljsku razinu stresa i anksioznosti uz mogućnost negativnog utjecaja na samopoštovanje djece i odgađanje liječenja (167, 168). Psihoterapijski rad s obiteljima oboljelih od psihotičnih poremećaja nužan je za terapijsku učinkovitost i poboljšanje ishoda (92). Bolja informiranost, poboljšanje komunikacije i učenje vještina rješavanja sukoba u obitelji, učenje nošenja s ljutnjom i drugim negativnim emocijama, prorada krivnje i osjećaja žalovanja za djetetom kakvo je nekad bilo kao i sprječavanje pretjeranog zaštićivanja imalo je pozitivan utjecaj na tijek liječenja oboljelih od psihotičnih poremećaja (169). Rezultati Mulligan i sur. podupiru važnost daljnjih istraživanja utjecaja parenteralnih čimbenika uz nužnost intenziviranja psihosocijalnih i obiteljskih intervencija u liječenju oboljelih od psihotičnih poremećaja (170).

1. UVOD

1.3. Organizacija ličnosti prema Ottu F. Kernbergu

1.3.1. Definicije ličnosti

Ličnost je teško definirati s obzirom na jedinstvenost, složenost i neponovljivost ljudske prirode (171). Ličnost najčešće definiramo skupom psihičkih osobina i mehanizama unutar pojedinca koji su organizirani i relativno trajni te koji utječu na njegova unutarnja zbivanja, odnose s drugima i adaptaciju prema okolini (172). Otto F. Kernberg ličnost razmatra u kontekstu dinamičke integracije kako svjesnih stavova, doživljaja sebe i okoline, obrazaca ponašanja, želja, strahova, tako i nesvjesnih afekata, motivacije, ranih iskustava, obrazaca ponašanja, temperamenta (173). Ličnost je puno više od pukog zbroja čimbenika. Ličnost grade temperament, objektni odnosi, identitet, karakter, sistem etičkih vrijednosti, kognitivne sposobnosti (inteligencija) – (ibid.)

1.3.2. Razvoj ličnosti prema Ottu F. Kernbergu

Kernbergova teorija organizacije ličnosti pokušaj je sinteze Freudove nagonске teorije i teorije objektnih odnosa (174). Temperament je temeljna konstitutivna odrednica ličnosti jer sadržava opću psihološku reaktivnost pojedinca – afektivnu, psihomotornu i kognitivnu. Kao odgovor na rane potrebe dojenčeta aktiviraju se rani neurofiziološki afektivni sustavi koji potječu iz limbičkih i hipokampalnih regija mozga (eng. *attachment-separation system, panic system, fight/flight system, play-bonding system, feeding system, eroticism*). Urođene temperamente odrednice dojenčeta u odnosu s primarnim objektom (majkom), koja se bolje ili lošije prilagođava u zadovoljavanju njegovih primarnih potreba (sigurnost, hrana, njega), dovodi do stvaranja primarnih afektivnih self – objektnih dijadnih jedinica. Ponavljanjem pozitivnih i negativnih iskustava te uz stalne podražaje određenih neuronskih krugova limbičko-hipokampalnog područja i dijelova prefrontalnog korteksa stvaraju se rane afektivno-kognitivno-memorijske dijadne jedinice koje procesom internalizacije postaju dijadne self-objekt reprezentacije. Za Kernberga razlika između selfa i objekta počinje već na početku života (neuroznanstvena istraživanja su

1. UVOD

potvrdila da je središnji dio prefrontalnog korteksa odgovoran za percepciju selfa dok je dorzolateralni dio odgovoran za percepciju drugih, tj. objekata) – (173).

Kernberg smatra kako temperament sudjeluje u gradnji nagona na način da regije mozga bivaju investirane libidnim ili agresivnim nagonom (urođenom energijom). Kernberg pokušava sjediniti Freudovu nagonsku teoriju s teorijom objektnih odnosa uz svoj jedinstveni doprinos gradnji nagona (173, 174).

Ako razvojno prevladaju pozitivna/libidna iskustva stvaraju se pozitivne ili dobre self-objekt reprezentacije, a ako prevladaju negativna iskustva stvaraju se negativne ili loše self-objekt reprezentacije. Rani nezreli ego aktivacijom primitivnog mehanizma obrane cijepanja (eng. *splitting*) dobre od loših self-objekt reprezentacija drži odvojenim (zaštitni mehanizam cijepanja u ranoj funkciji očuvanja ega) – (173, 174). Kognitivnim sazrijevanjem i daljnjim razvojem objektnih odnosa postupno slabi primitivni obrambeni mehanizam cijepanja čime se stvara mogućnost spajanja dobrih i loših self-objektnih reprezentacija te razlikovanje selfa od objekta (174). Navedeno se odvija procesom internalizacije koji ima tri stadija: fazu introjeksijske, identifikacijske i gradnje ego identiteta (ibid.).

Faza introjeksijske (pounutrenja) je najranija faza tijekom koje su self i objekt reprezentacije spojene (fuzionirane), a afekti intenzivni i primitivni. Mehanizmom cijepanja (eng. *splitting*) postupno se razdvajaju dobri od loših self-objekt reprezentacija tako što će jedan dio biti investiran libidnom energijom, a drugi agresivnom. Dobri unutarnji objekti ove rane dojenačke faze izgrađeni su od pozitivno introjiciranih, nediferenciranih, spojenih slika selfa i primarnog objekta (majke) – (ibid.).

Tijekom ranog razvoja odvojene jedinice postupno se integriraju, razdvajaju i remodeliraju u dobar unutarnji objekt investiran libidnim nagonom koji dalje jača ego. Za razliku od Freuda koji je smatrao da ego postupno izranja iz ida, Kernberg gradnju ega vidi procesom internalizacije ranih objektnih odnosa (rana percepcija i rani memorijski tragovi kojima se pridaje urođena temperamentna nagona energija) – (ibid.).

Proces identifikacije razvijeniji je stupanj izgradnje ega koji se odvija krajem prve i tijekom druge godine života. Njime je postignut stupanj odvojenosti subjekta od objekta te subjekta od okoline (bez obzira na to što subjekt uvijek afektivno boji sve svoje interakcije s okolinom), odnosno pridaje im određenu količinu nagona energije (173, 174).

1. UVOD

Stvaranje egoidentiteta treća je i najrazvijenija razina procesa internalizacije koja podrazumijeva sintetičku sposobnost ega u organizaciji unutrašnjih introjekata kao i identifikacije s objektima kojima se ego konsolidira i postaje zreo (173). Dijete stječe kontinuitet selfa i svog postojanja kroz internalizaciju kojoj su prethodili procesi introjeksijske i identifikacije. Vanjski objektni svijet internaliziran je u svijet unutarnjih objekata i gradi njegov identitet. Dobro oblikovan identitet znači da su primitivne identifikacije postupno zamijenjene identifikacijama selfobjektnih reprezentacija koje su više u skladu s vlastitim egoidentitetom. Te identifikacije potječu od ljudi koje volimo i kojima se na određeni način divimo. To znači da su dobra iskustva nadvladala loša što razvojno daje mogućnost realističnije procjene okoline, dalje jača ego te oblikuje karakter (ibid.). Triangulacije tijekom edipske faze (pozicija trećeg) u pozitivnom smislu povećat će kapacitet za samosvijest i mogućnost boljeg uvida i realnijih procjena (173–177). Čitav proces tvorbe identiteta omogućen je slabljenjem ranih primitivnih mehanizama obrane (cijepanja eng. *splitting*, poricanja, projekcije, projektivne identifikacije) i njihovom zamjenom zrelijim mehanizmima obrane (potiskivanje, reaktivna formacije, racionalizacija, sublimacija, altruizam, humor) premda nezreli mehanizmi obrane nikad u potpunosti ne iščezavaju iz naše psihe obzirom da se u stresnim situacijama reaktiviraju (39).

Zreli identitet označava cjelovitu i više-manje stabilnu sliku o sebi i svijetu koji nas okružuje (173). Karakterne crte označavaju način kako se predstavljamo na van i oblikovane su modelima sačinjenima od ranih internaliziranih odnosa. Karakterne crte ponekad služe u obrambene svrhe i tad ćemo ih prepoznati po njihovoj rigidnosti i aktivaciji u bilo koje vrijeme bez obzira imaju li smisla ili ne (karakterna patologija) – (ibid.). Kognitivni je razvoj važan u oblikovanju identiteta i karaktera u smislu kognitivnog učenja i prorade iskustava o sebi i svijetu koji nas okružuje. Sistem etičkih vrijednosti najviša je razina ličnosti koja svoje porijeklo ima u superegu (dio koji brani neprihvatljive želje i pulzije) smanjujući naše primitivne iluzije o vlastitoj apsolutnoj dobroti, moći i pravednosti uz realističnu procjenu sebe i okoline (ibid.). Normalan identitet, prilagodljive karakterne crte i izgrađen sistem etičkih vrijednosti karakteristike su zdrave ličnosti s kapacitetom za svjesnost, brigu i empatiju za druge (174). Difuzija identiteta označava neuspjeh integracije reprezentacije selfa i objekta uz prevlast primitivnih mehanizama obrane (*splitting*, projekcija, projektivna identifikacija, poricanje). Očituje se kaotičnim obrascima ponašanja, slabijom sposobnošću da se opiše sebe i značajne druge, nesigurnostima vezano uz područja interesa, brzim izmjenama slika sebe i drugih (dobar/loš), oscilacijama u regulaciji samopoštovanja i

1. UVOD

samopouzdanja, kontrolom nad impulsima, poteškoćama u predanosti poslu, profesiji te intimnim odnosima koji integriraju nježnost, ljubav i erotiku (173, 174, 178). Difuzija identiteta glavna je odrednica granične organizacije ličnosti (178).

1.3.3. Tri razine organizacije ličnosti prema Ottu F. Kernbergu

Uspjeh ili neuspjeh integracije dobrih i loših aspekata selfa i objekta te diferencijacija selfa od objekta označit će nastanak tri razina organizacije ličnosti: neurotsku (NO), graničnu (GO) i psihotičnu organizacije ličnosti (PO) – (179). Navedene razine organizacije ličnosti razlikuju se ovisno o razinama funkcioniranja i patologije vezano uz: mehanizme obrane (zreli vs. nezreli) – sposobnost suočavanja pojedinca s unutarnjim i vanjskim sukobima na više/manje funkcionalan način; identitet (koherentnost vs. difuzija) – sposobnost predstavljanja sebe i drugih na više ili manje stabilan, odnosno koherentan način; testiranje realiteta – sposobnost razlikovanja vanjskih od unutarnjih podražaja (179, 180). Psihotičnu i graničnu razinu organizaciju ličnosti karakterizira dominacija nezrelih mehanizama obrane utemeljenih na rascjepu (splittingu), projekciji, projektivnoj identifikaciji uz difuziju identiteta. Testiranje realiteta razlikuje psihotičnu od granične organizacije ličnosti s obzirom da pojedinci s psihotičnom organizacijom ne testiraju realitet osobe dok je testiranje realiteta kod granične organizacije ličnosti očuvano (ukoliko se privremeno i izgubi brzo se može vratiti) – (180–183). Neurotsku ličnost označava stabilan identitet, prevlast zrelih mehanizama obrane utemeljenih na potiskivanju, sublimaciji, humoru, reaktivnoj formaciji uz očuvano testiranje realiteta (173, 178, 179).

Kernbergovim strukturnim intervjuom (184) i mjernim instrumentom inventarom organizacije ličnosti (eng. *The Inventory of Personality Organization* – IPO) – (185) mjerimo stupanj zrelosti mehanizama obrane, stupanj difuzije identiteta te sposobnost testiranja realiteta i važan je doprinos kako u procjeni različitih razina organizacije ličnosti tako i određivanju tehnika liječenja uz implikacije na novi klasifikacijski sustav (MKB-11) – (186).

1. UVOD

1.4. Prikaz problema

Klinički uvid u psihotični poremećaj vrlo je važan u ranom prepoznavanju i početku liječenja kao i u kasnijem održavanju terapijske suradnje. S obzirom da se radi o mladoj populaciji koja uglavnom živi s roditeljima, utjecaj roditelja u ranom prepoznavanju simptoma i početku liječenja vrlo je važna. Različite razine organizacije ličnosti roditelja (NO, BO, PO) sa svim implikacijama koje imaju vezano uz mehanizme obrane, identitet i testiranje realiteta mogle bi utjecati na kvalitetu njihovog roditeljskog uvida u psihotični poremećaj oboljele djece bez obzira na druge prognostičke čimbenike (dob, spol, razina edukacije). Ovim istraživanjem pokušali bismo nadopuniti dosadašnje teorijske spoznaje o čimbenicima koji utječu na klinički uvid u psihotični poremećaj, osobito vezano uz roditeljske čimbenike koji su povezani s njihovim organizacijama ličnosti i svjesnosti u psihotični poremećaj njihove djece.

2. HIPOTEZA

2. HIPOTEZA

Organizacija ličnosti roditelja povezana je s kvalitetom uvida u mentalni poremećaj njihove djece neovisno o drugim prognostičkim čimbenicima kvalitete roditeljskog uvida.

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

3. CILJ ISTRAŽIVANJA

Opći je cilj istraživanja ispitati povezanost organizacije ličnosti roditelja s njihovim uvidom u mentalni poremećaj njihove djece u ranoj fazi psihotičnih poremećaja neovisno o drugim prognostičkim čimbenicima kvalitete roditeljskog uvida.

3.1. Specifični ciljevi istraživanja:

1. ispitati strukturu i težinu psihotičnih simptoma pacijenta i težinu poremećaja
2. ispitati organizaciju ličnosti pacijenata i njihovih roditelja
3. ispitati uvid pacijenata i njihovih roditelja u psihotični poremećaj
4. ispitati povezanost organizacije ličnosti roditelja i pacijenata s uvidom u poremećaj pacijenata
5. ispitati povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u poremećaj njihove djece neovisno o kvaliteti uvida samih bolesnika i drugih navedenih prognostičkih čimbenika.

4. ISPITANICI I METODE

4.1. Ustroj studije

Provedeno je unicentrično presječno (engl. *cross-sectional*) istraživanje u razdoblju od ožujka 2022. do ožujka 2023. godine na općoj populaciji od 105 roditelja i njihove djece oboljele u ranoj fazi psihotičnih poremećaja (trajanje bolesti kraće od pet godina) koji su liječeni na Odjelu za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje i ranu intervenciju u sklopu programa Rane intervencije RIPEPP. Prethodno su dobivena dopuštenja etičkih povjerenstava Klinike za psihijatriju "Sveti Ivan" u Zagrebu i Medicinskog fakulteta Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Svi sudionici istraživanja vlastitim su potpisom ovjerali informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Identitet ispitanika bio je u potpunosti zaštićen, a osobni podatci ispitanika nisu se nigdje objavljivali. Rezultati istraživanja korišteni su isključivo u znanstvene i neprofitne svrhe (izrada doktorata, znanstveni rad). Identitet uključenih bolesnika i njihovih roditelja bio je poznat samo voditeljici istraživanja. Svim drugim sudionicima istraživanja identitet bolesnika i njihovih roditelja bio je sakriven. Sakrivanje je provedeno tako što je pri uključivanju svakog bolesnika i roditelja voditeljica istraživanja dodijelila kodne brojeve na koji su se pozivali svi drugi sudionici istraživanja. Istraživanje je provedeno u skladu s Helsinškom deklaracijom Svjetske zdravstvene organizacije (187). Istraživanje se sastojalo od kliničkog intervjua svakog od ispitanika kojeg je vodila voditeljica istraživanja te ispunjavanja upitnika i mjernih ljestvica.

Kriteriji uključivanja za bolesnike bili su potpisan informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju, dijagnoza prve ili više epizoda psihotičnog poremećaja (F20-F29) u posljednjih pet godina, oba spola, dobne skupine od 18 do 35 godina, sposobnost za samostalno ispunjavanje upitnika. Kriteriji isključivanja bili su teška oštećenja mozga, mentalna retardacija, teška ovisnost o drogama, akutna suicidalnost, nesposobnost bolesnika da odgovori na pitanja iz upitnika.

Kriteriji uključivanja za roditelje bili su život u zajedničkom kućanstvu s oboljelim djetetom te barem minimalna skrb o oboljelom djetetu određena kao postojanje kontakta s psihijatrom koji vodi liječenje njihova djeteta. U svakom paru roditelja koji je zadovoljavao kriterije uključivanja, bio je uključen samo jedan roditelj i to onaj koji je više vodio brigu o liječenju oboljelog djeteta ili

4. ISPITANICI I METODE

češće komunicirao s psihijatrom. Kriteriji isključivanja bili su umjerena ili teška mentalna retardacija ili druga funkcionalna ograničenja koja su ih onemogućavala da samostalno odgovore na upitnike te teška ovisnost o drogama.

4.2. Ispitanici

U istraživanju su sudjelovale dvije osnovne skupine ispitanika – bolesnici u ranoj fazi psihotičnih poremećaja (trajanje bolesti ≤ 5 godina) koji su bili na hospitalnom liječenju na Odjelu za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje psihotičnih poremećaja i graničnih stanja te ranu intervenciju Klinike za psihijatriju "Sveti Ivan" i njihovi roditelji uključeni u RIPEPP program. Istraživanjem su obuhvaćeni bolesnici s dijagnozama psihotičnog spektra od (F20-F29), koje su postavili specijalisti psihijatri prema kriterijima Klasifikacije mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja MKB-10: Klinički opisi i dijagnostičke smjernice, deseta revizija (3). Biran je sustavni (eng.*consecutive*) uzorak svih bolesnika iz ciljane skupine prema redoslijedu početka aktualne hospitalizacije i njihovih roditelja. Stratifikacija uzorka učinjena je za broj hospitalizacija i grupirana je na sljedeći način: 1. prva hospitalizacija, 2. dvije do tri prethodne hospitalizacije, 3. više od tri hospitalizacije.

4.3. Veličina uzorka

Potrebna veličina uzorka izračunata je uz sljedeće pretpostavke. U primarnoj analizi samo jedan statistički test multivarijabilnom linearnom regresijskom analizom ciljane statistička snaga od 80 %, ciljane razina statističke značajnosti dvosmjernog testa $p < 0,05$, tri nezavisne varijable: tri dimenzije inventara organizacije ličnosti: primitivne obrane, difuzija identiteta, testiranje realiteta te 17 kovarijata prognostičkih čimbenika roditeljskog uvida i uvida oboljelih, povezanost tih 17 kovarijata s roditeljskim uvidom $R^2 \geq 0,05$ i ciljane minimalna, klinički i teorijski relevantna povezanost tri dimenzije organizacije ličnosti roditelja s uvidom u mentalni poremećaj djeteta, neovisno o 17 kovarijata, $R^2 \geq 0,10$ uz očekivano ≤ 10 % pogrešno ispunjenih upitnika, inicijalno

4. ISPITANICI I METODE

potrebna veličina uzorka iznosi $n = 98$. U svrhu biranja jednakog broja ispitanika u sva tri stratum (prema broju hospitalizacija tijekom 5 godina liječenja) birao se uzorak veličine $n = 105$ bolesnika i $n = 105$ roditelja, po 35 ispitanika u svakom stratumu. Potrebna veličina uzorka izračunata je s pomoću programa PASS 21 – *Power Analysis and Sample Size Software* (2021).

4.4. Instrumenti i metode mjerenja

4.4.1. Ishod

Glavni ishod bio je istražiti svjesnost roditelja o psihotičnom poremećaju njihove djece za kojeg smo koristili prvu glavnu komponentu podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj – kratka verzija (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder - Abbreviated version, SUMD) – (124). Prvu podljestvicu Opće svjesnosti čine tri čestice: 1. je li roditelj svjestan psihičkog / psihotičnog poremećaja djeteta, 2. svjesnost o socijalnim posljedicama psihičkog poremećaja djeteta, 3. vjeruje li roditelj da je oboljelom djetetu liječenje psihofarmacima potrebno. Navedenom se ljestvicom u polustrukturiranom intervjuu procjenjivao roditeljski uvid u psihotični poremećaj oboljele djece na Likertovoj 5-stupanjskoj skali od 1 = svjestan do 5 = nesvjestan za prve dvije čestice te od 1 = definitivno da, do 5 = definitivno ne za treću česticu. Podljestvica Opće svjesnosti SUMD upotrijebljena je u velikom broju istraživanja i pokazala je dobre psihometrijske karakteristike te je u praksi korištena kao valjan i pouzdan instrument za procjenu kliničkog uvida u psihotični poremećaj (123, 124). Prevedena je na hrvatski jezik i korištena u istraživanju Vidović i sur. gdje je pokazala dobre metrijske karakteristike u populaciji bolesnika sa shizofrenijom (125).

4.4.2. Neovisne varijable

Organizacija ličnosti roditelja i djece oboljelih od psihotičnih poremećaja mjerena je upitnikom inventarom organizacije ličnosti (*The inventory of personality organization, IPO*) (188). Upitnik se sastoji od 57 samoprocjenskih čestica na skali Likertova tipa tijekom kojeg ispitanik samostalno

4. ISPITANICI I METODE

procjenjuje koliko se pojedina čestica odnosi na njega, od 1 = nikada se ne odnosi na mene do 5 = uvijek se odnosi na mene. Upitnikom se procjenjuju tri dimenzije ličnosti – koherentnost identiteta (21) čestica, zrelost mehanizama obrane (16) čestica i sposobnost testiranja realiteta (20) čestica. Upitnik je samoprocjenskog tipa i preveden je na hrvatski jezik te je validiran (189). Pokazuje dobru unutarnju konzistentnost i pouzdanost ponovnog testiranja za sve tri podskale dobivene su na kliničkim (190, 191) i nekliničkim uzorcima (189). Koeficijent pouzdanosti u ovom istraživanju bio je $\alpha = 0,861$ za podskalu primitivne obrane, $\alpha = 0,918$ za podskalu difuzija identiteta i $\alpha = 0,906$ za podskalu testiranje realiteta.

4.4.3. Zbunjujuće varijable

Prognostički čimbenici roditeljskog uvida čiji smo učinke kontrolirali, a povezani su s oboljelima od psihotičnog poremećaja.

1. Kvaliteta uvida u psihički poremećaj samog bolesnika mjerena je kao i primarni ishod, prvom glavnom komponentnom podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj – kratka verzija (*The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder – Abbreviated version, SUMD*) – (110). Prvu podljestvicu Opće svjesnosti čine tri čestice: 1. svjesnost mentalnog poremećaja pacijenta, 2. svjesnost socijalnih posljedica mentalnog poremećaja, 3. vjeruje li bolesnik da je liječenje psihofarmacima potrebno. Navedenom se ljestvicom u polustrukturiranom intervjuu procjenjivao uvid oboljelog u njegov psihički poremećaj, na Likertovoj 5-stupanjskoj skali od 1 = svjestan do 5 = nesvjestan za prve dvije čestice te od 1 = definitivno da, do 5 = definitivno ne za treću česticu.

Izraženost i struktura simptoma psihoze u trenutku uključivanja bolesnika mjerene su ljestvicom pozitivnih i negativnih simptoma shizofrenije (Positive and Negative Syndrome Scale; PANSS) (192). Svaka se čestica procjenjuje na ordinalnoj ljestvici od 1 do 7 pri čemu veći rezultat označava veću izraženost pojedinog simptoma. Za procjenu težine pet glavnih dimenzija psihotičnih simptoma koristili smo jedan od najbolje dokumentiranih Petfaktorskih modela PANSS-a (193):

2. pozitivni simptomi (čestice: p1, g9, p3, p6, p5)

4. ISPITANICI I METODE

3. negativni simptomi (čestice: n2, n1, n4, n6, n3, g7, g16)
4. dezorganizirano mišljenje ili kognitivni simptomi (čestice: p2, g11, n5, g13, n7, g5, g15, g10)
5. afektivni ili depresivno-anksiozni simptomi (čestice: g2, g6, g3, g4, g1)
6. otpor / nesuradljivost ili uzbuđenje (čestice: p7, g14, p4, g8).

Čestica g 12. za pomanjkanje procjene i uvida u vlastito stanje nije se koristila jer nije niti uključena u pentagonalni model (193) s obzirom na to da mjeri isto što i ishod ovog istraživanja. Petofaktorski model PANSS korišten je u velikom broju istraživanja na hrvatskoj populaciji, a dokazano je dobrih metrijskih karakteristika na velikom broju drugih populacija (194).

7. težina bolesti mjerena ljestvicom ukupnog kliničkog dojma (Clinical global impression scale – severity; CGI-S) – (195) na kojoj se procjenjuje trenutna težina bolesti od 1 = normalno stanje (odnosno nije bolestan) do 7 = izrazito bolestan. CGI-S dokazane je valjanosti i pouzdanosti u procjeni težine psihotičnih poremećaja i remisije u shizofreniji i na hrvatskoj populaciji (196)

8. trajanje poremećaja iz shizofrenog spektra operacionalizirano kao vrijeme od datuma prve psihijatrijske hospitalizacije radi tog poremećaja (iz medicinske dokumentacije i strukturiranog kliničkog intervjua)

9. broj prethodnih psihijatrijskih hospitalizacija kao surogat mjera broja povrata primarnog mentalnog poremećaja (iz medicinske dokumentacije)

10. psihijatrijska farmakoterapija u trenutku uključivanja u istraživanje (iz medicinske dokumentacije i strukturiranog kliničkog intervjua),

11. dob

12. spol

13. obrazovanje operacionalizirano kao osnovna ili srednja škola te viša ili visoka škola

14. zajednički život s bračnim ili stalnim izvanbračnim partnerom.

Povezano s roditeljima:

15. dob roditelja

4. ISPITANICI I METODE

16. spol roditelja

17. obrazovanje roditelja.

Ostale varijable koje smo koristili samo u opisu uzorka.

Sociodemografski upitnik za bolesnike i roditelje konstruiran je za samo za potrebe ovog istraživanja.

Sociodemografskim upitnikom za pacijente prikupljeni su podatci o dobi, spolu, stupnju obrazovanja, radnom statusu u vrijeme aktualne hospitalizacije, podatci o bračnom i partnerskom statusu, broju djece koju eventualno imaju, uvjetima stanovanja (s kim žive, koji je broj članova kućanstva, imaju li vlastiti stan / kuću ili su podstanari), o urbanosti sredine u kojoj žive, zatim podatci o samoprocjenskom socioekonomskom statusu u odnosu na prosjek drugih ljudi. Dio kliničkih podataka prikupljen je tijekom intervjua, a dio iz medicinske dokumentacije. Ostali podatci odnosili su se na okolnosti dolaska u bolnicu (sam, u pratnji bliske osobe, intervencija HMP-a, intervencija MUP-a i HMP-a), početak liječenja (uvjet kraći od 5 godina), vrijeme od pojave prvih simptoma psihoze do početka liječenja (PNP), uzimanje psihofarmakoterapije, terapijskasuradljivost, pokušaje suicida, vrstu dijagnoze iz psihotičnog spektra te komorbidne dijagnoze (MKB-10), eventualne psihičke poremećaje u obitelji, ranija druženja, sudjelovanje u kućanskim aktivnostima, hobijima.

Sociodemografskim upitnikom za roditelje prikupljeni su podatci o spolu, dobi, broju djece i članovima kućanstva, sredini u kojoj žive (visoko urbana, urbana, ruralna), uvjetima stanovanja, razini obrazovanja, o zaposlenosti, životu u bračnoj / izvanbračnoj zajednici, samci, udovci / udovice, samoprocjenski i socioekonomski status u odnosi na prosjek drugih ljudi te o eventualnim psihičkim poremećajima.

4.5. Postupak istraživanja

Ispitanici su nakon inicijalne stabilizacije psihičkog stanja na akutnom odjelu i premještaja na otvoreni Odjel za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje te ranu intervenciju kod psihotičnih poremećaja koji djeluje u sklopu RIPEPP programa rane intervencije u liječenju psihotičnih poremećaja, nakon obrazloženja svrhe i ciljeva istraživanja te potpisanog informiranog pristanka za sudjelovanje, prošli klinički intervju kojeg je vodila istraživačica te su samostalno odgovorili na pitanja iz upitnika i mjernih ljestvica. RIPEPP program namijenjen je liječenju pacijenata u ranoj fazi psihotičnih poremećaja, tijekom kritičnog perioda (≤ 5 godina) u kojeg su uključeni pacijenti i članovi obitelji (roditelji). RIPEPP program odvija se u bolnici i ambulantno, a pacijenti i roditelji uključuju se u program već za vrijeme liječenja na Psihoterapijskom odjelu ili Dnevnoj bolnici za psihotične poremećaje i ranu intervenciju (82). Rad Odjela za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje te ranu intervenciju kod psihotičnih poremećaja organiziran je po načelima terapijske zajednice, gdje uz terapiju psihofarmacima pacijenti imaju tri puta tjedno grupnu psihoterapiju u maloj grupi te jednom tjedno grupnu terapiju u srednjoj grupi koji vodi specijalist psihijatar – grupni analitičar. KB terapiju vodi klinički psiholog – KB terapeut s ciljevima promjena modela ponašanja, osnaživanju samopouzdanja i samopoštovanja, identifikaciji distorzija mišljenja te pokušajima promjene pogrešnih uvjerenja kao i borbi protiv stigme (u antistigma radionicama). Psihoedukacije se na Odjelu odvijaju kao interaktivna predavanja koja pripremaju pacijenti uz pomoć medicinskog osoblja pri čemu se obrađuju različite teme vezane uz problematiku psihotičnih poremećaja. Socioterapijski dio liječenja vode odgovarajući stručnjaci (radni terapeuti i medicinske sestre). Pacijentima se nude kreativne aktivnosti na odjelu, a tijekom poslijepodneva u Klubu pacijenata "Zajedno" (82–84). Ambulantni dio RIPEPP programa sastoji se od *long term* grupnih psihoterapija za pacijente koje se odvijaju, 1 puta tjedno po 60 minuta vođenih po psihodinamskim načelima uz nužnost prilagodbe tehnike vođenja psihotičnim pacijentima (83,85). Višeobiteljske grupne psihoterapije za roditelje odvijaju se dva puta mjesečno i vode ih grupni analitičari u koterapiji. Psihoedukacijske radionice za pacijente i roditelje zajedno vode se u poslijepodnevnom satima dva puta mjesečno u koterapijskom paru KB terapeuta i grupnog analitičara s obzirom na to da je broj članova grupe velik. Na njima se u 18 tematski strukturiranih radionica obrađuju sve relevantne teme vezane uz psihotične poremećaje, a glavna uloga im je

4. ISPITANICI I METODE

informiranje pacijenata i roditelja o psihotičnim poremećajima, uključenje obitelji u proces liječenja, naučiti prepoznati znakova relapsa, razumjeti važnost uzimanja terapije i suradljivost, povećati uvid u poremećaj, osnažiti pacijente i roditelje uz pružanje nade, borbu protiv stigme i suicida (83). Roditelji su pozivani na kliničke intervjuue i ispunjavanje upitnika najčešće tijekom njihova pohađanja psihoedukacijskih radionica RIPEPP programa uz prilagodbu epidemiološkim mjerama zbog pandemije SARS Cov-2 (197, 198) zbog čega su roditelji sukladno tome povremeno pozivani zasebno od voditeljice. Prosječno trajanje kliničkog intervjua i ispunjavanja upitnika bilo je 90 minuta.

4.6. Statistički postupci

Kako bismo provjerili hipotezu planirali smo koristiti univarijatnu multivarijabilnu linearnu hijerarhijsku regresijsku analizu u kojoj je ishod (nezavisna varijabla) prva glavna komponenta podljestvice Opće svjesnosti SUMD-a u roditelja. U prvom koraku bismo kao kovarijate uveli 17 opisanih prognostičkih čimbenika roditeljskog uvida, a u drugom koraku tri nezavisne varijable dimenzije organizacije ličnosti roditelja. Plan je bio prikazati nestandardizirane regresijske koeficijente (b) s njihovim 95 %-tnim intervalima pouzdanosti, koeficijente determinacije doprinosa tri nezavisne varijable povezanosti s ishodom prilagođene za broj prediktora te statističke značajnosti njihove razlike od nule. Za svaku od tri nezavisne varijable dodatno smo planirali prikazati semiparcijalne koeficijente korelacije s ishodom. U uvodnoj analizi učinili smo planiranu po jednu bivarijabilnu i jednu multivarijabilnu regresijsku analizu s prilagodbom za istih 17 kovarijata, ali bez izračuna statističkih značajnosti koeficijenata. No kako se u uvodnim analizama nije pokazalo postojanje barem umjerenih korelacija među varijablama zaključujemo da u našem istraživanju nismo uspjeli dokazati postojanje predikcije organizacije ličnosti roditelja u predviđanju svjesnosti roditelja o mentalnom poremećaju djeteta te nema preduvjeta za provedbu daljnjih predviđenih regresijskih analiza.

Prvu glavnu komponentnu podljestvice Opće svjesnosti SUMD-a oblikovali smo, kako je i planirano, analizom glavnih komponenti. Primjerenost matrice korelacija za analizu glavnih komponenti provjerili smo Bartlettovim testom sfericiteta i Kaiser-Mayer-Olkinovim (KMO)

4. ISPITANICI I METODE

testom, te smo ih smatrali primjerenima, s obzirom da je Bartlettov test ukazivao na njihovu statistički značajnu ($p < 0,05$) razliku od matrica identiteta, odnosno interkorelacije statistički značajno veće od 0, te jer je KMO statistika bila $> 0,50$. S obzirom da su svi uvjeti bili zadovoljeni, koristili smo navedenu analizu. Da ti uvjeti nisu bili zadovoljeni, ishod bismo oblikovati kategorijalnom analizom glavnih komponenti.

Planirali smo provjeriti i linearnost povezanosti ishoda i nezavisnih varijabli vizualnom usporedbom crta najmanjih kvadrata odstupanja na točkastom dijagramu i krivuljom lokalno otežanog glačanja točkastog dijagrama (engl. Locally weighted scatterplot smoothing; LOWESS) s 80 % podataka upotrijebljenih u glačanju svake točke te analizom simetričnosti točkastog dijagrama reziduala u odnosu na predviđene vrijednosti. Sekundarne preduvjete, kao što su podatci koji izrazito odstupaju, provjerili smo Tukeyevim kriterijem $\pm 1,5$ interkvartilnog raspona (IKR) ispod prvog, odnosno iznad trećeg kvartila svih rezultata kao blago, a ± 3 IKR kao jako odstupajuće rezultate, homoscedastičnost analizom varijance reziduala, a multivarijabilnu normalnost raspodjela reziduala Shapiro-Wilkovim testom. Ako preduvjeti planirane analize ne bi bili zadovoljeni, hipoteza bi se testirala trima kvantilnim regresijskim analizama, po jednom za svaku nezavisnu varijablu. Radi nezadovoljenih uvjeta opisanih u gornjem tekstu, ove metode nisu bile potrebne pa stoga nisu ni korištene. Dodatno smo planirali podatke koji će nedostajati nadomjestiti višestrukom imputacijom uz 50 iteracija te prikazati rezultate s i bez tog nadomještanja, no radi ispunjenosti svih podataka ovo nije bilo potrebno.

U analizi svih specifičnih ciljeva planirali smo koristiti predviđene primjerene statističke testove u deskriptivne svrhe i bez generalizacije na populaciju. Tako smo za testiranje razlike između dvije skupine radi odstupanja rezultata od normalne raspodjele koristili neparametrijski Mann-Whitney U test te za više skupina Kruskal-Wallisov test. U slučaju zavisnog testiranja smo pri dva mjerenja upotrijebili Wilcoxonov test, a za više od dva Friedmanov test i naposljetku statističku značajnost korelacije testirali smo Spearmanovim koeficijentom korelacije. Dvosmjernu razinu statističke značajnosti odredili smo na $p < 0,05$ i sve intervale pouzdanosti izračunali na 95 %-tnoj razini. Zbog objektivnih razloga (promjena statističara) analizu podataka nismo radili pomoću planiranog programa StataCorp 2019 (Stata Statistical Software: Release 16.1. College Station, TX: StataCorp LLC) nego pomoću SPSS 8 (Statistical package for social sciences).

5. REZULTATI

5. REZULTATI

Kako bi se ostvario osnovni cilj istraživanja, odnosno ispitala povezanost organizacije ličnosti roditelja s njihovim uvidom u mentalni poremećaj njihove djece, u ranoj fazi psihotičnih poremećaja, neovisno o drugim prognostičkim čimbenicima kvalitete roditeljskog uvida, rezultati su podijeljeni prema specifičnim, pojedinačnim ciljevima.

Prije pregleda glavnih rezultata istraživanja opisat će se uzorak sudionika istraživanja, prikazati rezultati faktorske analize zavisne varijable te deskriptivna obilježja mjerenih varijabli.

5.1. Uzorak istraživanja

U tablici 5.1.1. opisani su svi sudionici istraživanja iz skupine pacijenata, a u tablici 5.1.2. roditelja na temelju njihovih osnovnih obilježja.

Tablica 5.1.1. Sociodemografska obilježja pacijenata (N=105)

VARIJABLA	RAZINA VARIJABLE	N	%
spol	žensko	43	41.0
	muško	62	59.0
mjesto	malo selo	7	6.7
	veliko selo	4	3.8
	mali grad	34	32.4
	veliki grad	60	57.1
bračni status	u braku	2	1.9
	u izvanbračnoj zajednici	3	2.9
	neudane/neoženjeni	96	91.4
	rastavljene/rastavljeni	4	3.8
djeca	niti jedno	103	98.1
	jedno	2	1.9

5. REZULTATI

Broj osoba u kućanstvu	1	1	1.0
	2	14	13.3
	3	31	29.5
	4	32	30.5
	5	19	18.1
	6	7	6.7
	7	1	1.0
Stanovanje	vlastiti stan / kuća	91	86.7
	iznajmljen stan / kuća	14	13.3
Obrazovanje	osnovna škola ili nezavršena osnovna škola	4	3.8
	srednja škola	77	73.3
	viša škola	11	10.5
	fakultet, akademija	13	12.4
Radni status	zaposleni na neodređeno (za stalno)	24	22.9
	zaposleni na određeno, privremeno ili sezonski	20	19.0
	nezaposleni	21	20.0
	učenici/studenti	37	35.2
	invalidska mirovina	2	2.0
	ostalo	1	1.0
Zanimanje	slobodna profesija	10	9.5
	stručnjaci i intelektualci	12	11.4
	srednji management	3	2.9
	službenici	5	4.8
	kvalificirani radnici	31	29.5
	nekvalificirani i niskokvalificirani radnici	2	1.9
	ostalo	42	40.0

LEGENDA: N – broj; % – postotak

5. REZULTATI

VARIJABLA	RAZINA VARIJABLE	N	%
Primanja kućanstva	do 2000 kn	4	3.8
	do 6000 kn	6	5.7
	do 8000 kn	9	8.6
	do 10000 kn	14	13.3
	do 12000 kn	28	26.7
	do 14000 kn	23	21.9
	više od 14000 kn	21	20.0
Socioekonomski status	lošije od prosjeka	15	14.3
	prosječno	62	59.0
	bolje od prosjeka	28	26.7

LEGENDA: N – broj; % – postotak

Rezultati u tablici 5.1.1. donose informaciju da je u uzorku pacijenata prisutno više (59 %) muškaraca nego žena (41 %), uglavnom iz velikog (57 %) ili malog (32 %) grada te se većinom (91 %) radi o neudatim odnosno neoženjenim osobama. Njih 98 % nema djece i 2 % ima jedno dijete.

Oko trećine uzorka pacijenata živi u kućanstvu od tri ili četiri osobe i uglavnom (87 %) žive u vlastitom stanu/kući. Njih $\frac{3}{4}$ imaju završenu srednju školu i najviše (35 %) ih je još u fazi školovanja te je $\frac{1}{5}$ zaposlena na neodređeno, određeno/sezonski/privremeno ili nezaposleni. Kvalificiranih radnika je 30 %, oko desetina slobodnih profesija te stručnjaka i intelektualaca. Primanja kućanstva su u 27 % slučajeva između 10.000 i 12.000 kn, 22 % između 12.000 i 14.000 i 20 % više od 14.000 kn, a svoj socioekonomski status uglavnom procjenjuju kao prosječan (59 %) i u 27 % slučajeva kao bolji od prosjeka.

Dodatno je izračunata prosječna dob pacijenata i pokazalo se da ona iznosi $M = 25.4$ ($SD = 3.56$, $C = 25$, min. = 18, max. = 32).

5. REZULTATI

Tablica 5.1.2. Sociodemografska obilježja roditelja (N=105)

VARIJABLA	RAZINA VARIJABLE	N	%
spol	žensko	70	66.7
	muško	35	33.3
mjesto	malo selo	17	16.2
	veliko selo	4	3.8
	mali grad	29	27.6
	veliki grad	55	52.4
Bračni status	u braku	64	61.0
	u izvanbračnoj zajednici	8	7.6
	neudane/neoženjeni	7	6.7
	udovice/udovci	16	15.2
	rastavljene/rastavljeni	17	16.2
Djeca	jedno	21	20.0
	dvoje	53	50.5
	troje ili više	31	29.5
Broj osoba u kućanstvu	1	10	9.5
	2	16	15.2
	3	31	29.5
	4	26	24.8
	5	17	16.2
	6	3	2.9
	7	2	1.9
Stanovanje	vlastiti stan / kuća	86	81.9
	iznajmljen stan / kuća	18	17.1
	smještaj preko socijalne službe	1	1.0
Obrazovanje	osnovna škola ili nezavršena osnovna škola	15	14.3
	srednja škola	41	39.0
	viša škola	20	19.0
	fakultet, akademija	25	23.8

5. REZULTATI

	doktorski studij	4	3.8
	zaposleni na neodređeno (na stalno)	63	60.0
	zaposleni na određeno, privremeno ili sezonski	7	6.7
	nezaposleni	3	2.9
Radni status	učenici/studenti	5	4.8
	starosna mirovina	13	12.4
	invalidska mirovina	10	9.5
	ostalo	4	3.8
	slobodna profesija	3	2.9
	stručnjaci i intelektualci	22	21.0
	viši management. Rukovoditelji, direktori	5	4.8
	srednji management	7	6.7
Zanimanje	službenici	30	28.6
	kvalificirani radnici	19	18.1
	nekvalificirani i niskokvalificirani radnici	7	6.7
	poljoprivrednici i ribari	2	1.9
	vojska, policija	5	4.8
	ostalo	4	3.8
	nitko nema stalne prihode	1	1.0
	do 2000 kn	10	9.5
	do 4000 kn	5	4.8
	do 6000 kn	5	4.8
Primanja kućanstva	do 8000 kn	6	5.7
	do 10000 kn	11	10.5
	do 12000 kn	18	17.1
	do 14000 kn	21	20.0
	više od 14000 kn	28	26.7
Socioekonomski status	lošije od prosjeka	11	10.5
	prosječno	68	64.8
	bolje od prosjeka	26	24.8

LEGENDA: N – broj; % – postotak

5. REZULTATI

Rezultati u tablici 5.1.2. donose informaciju da je u uzorku roditelja prisutno više (67 %) majki nego očeva (33 %), uglavnom iz velikog (52 %) ili malog (28 %) grada te se većinom (61 %) radi o osobama koje žive u bračnoj zajednici.

Njihova je prosječna dob u vrijeme testiranja iznosila $M = 55.6$; $SD = 5.38$; $C = 56$.

Njih 20 % ima jedno dijete, 50 % ima dvoje i 30 % troje ili više djece.

Trećina roditelja živi u kućanstvu od tri i više od četiri osobe i uglavnom (82 %) žive u vlastitom stanu/kući. Završenu srednju školu ima 40 %, 19 % višu školu, 24 % fakultet. Njih 60 % je zaposleno na neodređeno, 29 % su službenici, 21 % stručnjaka i intelektualaca te 18 % kvalificiranih radnika. Primanja kućanstva su im u 27 % slučajeva više od 14.000 kn, 20 % između 12.000 i 14.000 te 17 % između 10.000 i 12.000 kn, a svoj socioekonomski status uglavnom procjenjuju kao prosječan (65 %) i u 25 % slučajeva kao bolji od prosjeka.

Dodatno je izračunata prosječna dob roditelja i pokazalo se da ona iznosi $M = 55.6$ ($SD = 5.38$, $C = 55$, min. = 41, max. = 68).

U naredne tri tablice prikazane su ostale opisne varijable pacijenata: psihička bolest, fizička bolest i okolinski faktori.

Tablica 5.1.3. Psihička bolest pacijenata

VARIJABLA	RAZINA VARIJABLE	N	%
Dijagnoza po MKB 10	shizofrenija	7	6.7
	shizotipni poremećaj	1	1.0
	perzistirajući sumanutu poremećaj	1	1.0
	akutni i prolazni psihotični poremećaj	73	69.5
	shizoafektivni poremećaj	10	9.5
	nespecificirana neorganska psihoza	13	12.4
Šifra dijagnoze	F20	7	6.7
	F21	1	1.0
	F22.9	1	1.0
	F23.0	29	27.6
	F23.1	22	21.0
	F23.2	8	7.6

5. REZULTATI

Šifra dijagnoze	F23.3	1	1.0
	F23.9	13	12.4
	F25.1	2	1.9
	F25.2	8	7.6
	F29	13	12.4
Druga psihijatrijska dijagnoza	ima	39	37.1
	nema	66	62.9
	alkohol	21	20.0
	psihoaktivna sredstva	41	39.0
	psihotični poremećaj	105	100.0
	poremećaji raspoloženja	4	3.8
	stresom i traumom uzrokovani poremećaji (PTSP)	1	1.0
	poremećaj spavanja	2	1.9
	poremećaj prehrane	2	1.9
	poremećaj ličnosti	47	44.8
	OKP	12	11.4
DUP (nastup psihotičnog poremećaja do odgovarajućeg tretmana / uključenja u psihijatrijski tretman)	2 dana	1	1.0
	3 dana	1	1.0
	5 dana	3	2.9
	7 dana	3	2.9
	10 dana	11	10.5
	15 dana	11	10.5
	20 dana	6	5.7
	30 dana	26	24.8
	60 dana	10	9.5
	90 dana	15	14.3
	100 dana	1	1.0
	120 dana	1	1.0
	180 dana	10	9.5
270 dana	1	1.0	

5. REZULTATI

	360 dana	3	2.9
	600 dana	2	1.9
	dolazi sam	8	7.6
	dolazi u pratnji bliske osobe	83	79.0
Okolnosti dolaska u bolnicu	intervencija HMP-a	27	25.7
	intervencija HMP-a + MUP	23	21.9
	prisilna hospitalizacija	4	3.8
	manje od godine dana	37	35.2
	1 godina	22	21.0
Trajanje poremećaja pacijenta (od prve hospitalizacije)	2 godine	15	14.3
	3 godine	15	14.3
	4 godine	12	11.4
	5 godina	4	3.8
	0	35	33.3
	1	21	20.0
	2	14	13.3
	3	9	8.6
Broj prethodnih hospitalizacija	4	16	15.2
	5	8	7.6
	8	1	1.0
	9	1	1.0
	1	8	7.6
Broj prisilnih hospitalizacija	2	2	1.9
	3	1	1.0
	prije hospitalizacije	67	63.8
Ambulantno liječenje	nakon hospitalizacije	65	61.9
Pokušaj suicida	da	32	30.5
Prestanak uzimanja psihofarmaka	da	49	46.7
	antipsihotici	105	100.0
Vrsta psihofarmaka	antidepresivi	49	46.7

5. REZULTATI

stabilizatori raspoloženja	45	42.9
anksiolitici	91	86.7
antikolinergici	38	36.2

LEGENDA: N – broj; % – postotak

Podatci vezani uz psihičku bolest pacijenata pokazuju da se u najvećem broju radi o akutnom i prolaznom psihotičnom poremećaju (70 %) te slijedi nespecificirana neorganska psihoza (12 %). Najčešće se radi o šiframa dijagnoze F23.0 (28 %) i F23.1 (21 %) te potom F23.9 (12 %) i F29 (12 %). Drugu psihijatrijsku dijagnozu ima 1/3 pacijenata, 39 % ih uzima psihoaktivna sredstva, 20 % alkohol, 45 % imaju neki od poremećaj ličnosti, 11 % OKP.

Nastup psihotičnog poremećaja do odgovarajućeg tretmana / uključenja u psihijatrijski tretman je u 75 % uzorka u periodu od 10 do 90 dana. Otprilike, prosječan broj dana od nastupa psihotičnog poremećaja do odgovarajućeg tretmana / uključenja u psihijatrijski tretman iznosi 74. Većinom (79 %) dolaze u pratnji bliske osobe te po oko ¼ dolazi uz intervenciju HMP-a ili intervenciju HMP-a uz MUP. Kod trećine uzorka poremećaj je trajao manje od godine dana te kod petine godinu dana. Trećina uzorka ispitanika nije imala hospitalizaciju do sada, imala je do dvije hospitalizacije prije ove ili više od dvije. Broj prisilnih hospitalizacija je nizak, odnosno postoji kod desetine ispitanika. Ambulantno je liječeno prije ove hospitalizacije 64 % pacijenata i 62 % ih je liječeno ambulantno nakon prve hospitalizacije. Oko trećine pacijenata pokušalo je suicid.

Što se tiče uzimanja antipsihotika pokazalo se da ih je 47 % prestalo uzimati. Svi pacijenti dobili su propisane antipsihotike, 87 % anksiolitike, 47 % antidepresive, 43 % stabilizatore raspoloženja i 36 % antikolinergike.

5. REZULTATI

Tablica 5.1.4. Fizička bolest pacijenata

VAR.	RAZINA VARIJABLE	N	%
Fizičke bolesti	nema	88	83.8
	hipertenzija	3	2.9
	dislipidemija	2	1.9
	GERB, ulkus, čir na želucu, gastritis, kronična žgaravica	6	5.7
	astma, kronična opstruktivna plućna bolest, kronični bronhitis	2	1.9
	osteoartritis, reumatoidni artritis, giht, reumatizam	2	1.9
	oboljenja kičme, kronična bol u leđima, dorzopatije	5	4.8
	bolesti oka, glaukom, povišeni očni tlak	1	1.0
	zloćudne bolesti, rak	1	1.0
Druge bolesti i stanja	ozljeda glave	9	8.6
	epilepsija	2	1.9
	disfunkcija štitnjače	10	9.5
	dijabetes	1	1.0

LEGENDA: VAR – varijabla, N – broj; % – postotak

Podatci vezani uz druge bolesti i stanja pokazuju da većina (84 %) pacijenata nema fizičkih bolesti, a kao najčešća (6 %) se pojavljuje GERB, ulkus, čir na želucu, gastritis, kronična žgaravica te u 5 % slučajeva oboljenja kičme, kronična bol u leđima, dorzopatije. Od drugih bolesti i stanja 10 % ih ima disfunkciju štitnjače.

Tablica 5.1.5. Opis okolinskih čimbenika

VARIJABLA	RAZINA VARIJABLE	N	%
Obiteljska anamneza psihotičnih poremećaja	psihotični poremećaji	27	25.7
	poremećaji raspoloženja	24	22.9
	ovisnosti	10	9.5
Kućanski poslovi	malo	27	25.7
	srednje	63	60.0
	puno	15	14.3

5. REZULTATI

Obiteljska druženja	malo	40	38.1
	srednje	50	47.6
	puno	15	14.3
Socijalni kontakti	1 do 3 prijatelja	55	52.4
	više od 3 prijatelja	45	42.9
	internet prijatelji	5	4.8
Hobiji / interesi	da	100	95.2

LEGENDA: N – broj; % – postotak

Okolinski faktori donose informacije da kod $\frac{1}{4}$ pacijenata postoje psihotični poremećaji u obiteljskoj anamnezi kao i poremećaji raspoloženja. Uglavnom 60% osrednje doprinosi kućanskim poslovima u obitelji te uglavnom (48 %) osrednje sudjeluju u obiteljskim druženjima. Što se tiče socijalnih kontakata 52 % imaju 1 do 3 prijatelja, 43 % više od tri prijatelja i 5 % isključivo internetske prijatelje dok 95 % pacijenata imaju različite interese i hobije.

Što se tiče uzorka roditelja ostale opisne varijable su psihička bolest / bolest roditelja.

Tablica 5.1.6. Psihičke bolesti roditelja

VARIJABLA	RAZINA VARIJABLE	N	%
Psihička bolest roditelja	da	35	32,5
	alkohol	4	3.8
	psihotični poremećaj	5	4.8
	poremećaji raspoloženja	13	12.4
	stresom i traumom uzrokovani poremećaji (PTSP)	6	5.7
	poremećaj spavanja	3	2.9
	poremećaj prehrane	3	2.9

LEGENDA: N – broj; % – postotak

Rezultati vezani uz psihička oboljenja roditelja pokazuju da 32,5 % roditelja ima neku psihijatrijsku dijagnozu, 12 % pati od poremećaja raspoloženja, 6 % od PTSP-a i 5 % od psihotičnog poremećaja.

5. REZULTATI

5.2. Faktorska analiza

U narednom poglavlju prikazat ćemo rezultate faktorske analize za prvu glavnu komponentu podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj – kratka verzija (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder – Abbreviated version; SUMD) dobivenu na pacijentima i roditeljima. Da bismo provjerili radi li se o jednom faktoru, korištena je provedena eksploratorna faktorska analiza metodom glavnih komponenta ortogonalnom (varimax) rotacijom.

Ponajprije su analizirani rezultati na pacijentima pa je Kaiser-Guttmanov kriterij pokazao da se, kao što je i očekivano, dobiva 1 faktor s karakterističnim korijenom većim od 1 i objašnjava ukupno 68.17 % varijance Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja.

Dobivene rezultate faktorske analize smatramo prikladnima s obzirom na to da je Bartlettov test pokazao postojanje statistički značajne (118.7 (3); $p < .01$) razlike matrice interkorelacija od matrica identiteta, odnosno interkorelacije su statistički značajno veće od 0, a KMO statistika je veća $> .50$ odnosno iznosi .59.

Tablica 5.2.1. Faktorska struktura podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja dobivena eksploratornom FA i pripadajući indikatori pouzdanosti faktora na uzorku pacijenata

TVRDNJE	Saturacija faktora
1. Svjesnost socijalnih posljedica poremećaja	.912
2. Svjesnost duševnog poremećaja	.905
3. Svjesnost odgovora na medikaciju	.628
Karakteristični korijen	2.045
% objašnjene varijance	68.17
Cronbach α	0.76

Temeljem gornje tablice vidljivo je da smo dobili očekivano jednofaktorsko rješenje i dobru Cronbach Alfa pouzdanost ($r = .76$) podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog

5. REZULTATI

poremećaja što opravdava korištenje ukupnog rezultata Opće svjesnosti pacijenata u daljnjim analizama u svrhu postizanja specifičnih ciljeva istraživanja.

Što se tiče rezultata na roditeljima, Kaiser-Guttmanov kriterij pokazao je da se i ovdje dobiva 1 faktor s karakterističnim korijenom većim od 1 i objašnjava ukupno 70.73 % varijance Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja.

Ponovo dobivene rezultate faktorske analize smatramo prikladnima s obzirom da je Bartlettov test pokazao postojanje statistički značajne (181.9 (3); $p < .01$) razlike matrice interkorelacija od matrica identiteta, odnosno interkorelacije su statistički značajno veće od 0, a KMO statistika je veća $> .50$ odnosno iznosi .56.

Tablica 5.2.2. Faktorska struktura podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja dobivena eksploratornom FA i pripadajući indikatori pouzdanosti faktora na uzorku roditelja

TVRDNJE	Saturacija faktora
1. Svjesnost socijalnih posljedica poremećaja	.950
2. Svjesnost duševnog poremećaja	.928
3. Svjesnost odgovora na medikaciju	.599
Karakteristični korijen	2.122
% objašnjene varijance	70.73
Cronbach α	0.79

Temeljem gornje tablice vidljivo je da smo dobili očekivano jednofaktorsko rješenje i dobru Cronbach Alfa pouzdanost ($r = .79$) podljestvice opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja što opravdava korištenje ukupnog rezultata Opće svjesnosti roditelja u daljnjim analizama u svrhu postizanja glavnog cilja istraživanja.

5. REZULTATI

5.3. Struktura i težina psihotičnih simptoma i težina poremećaja

Prvi specifični cilj studije bio je ispitati strukturu i težinu psihotičnih simptoma pacijenta i težinu poremećaja pacijenata. Da bismo to mogli izračunati, ponajprije smo izračunali ukupne rezultate za 5 dimenzija PANSS upitnika (tablica 5.3.1) i to korištenjem jednog od najbolje dokumentiranih petofaktorskih modela PANSS-a (Shafer A, Dazzi F, 2019), odnosno procijenili smo težinu pet dimenzija psihotičnih simptoma: pozitivni simptomi (čestice: p1, g9, p3, p6, p5), Negativni simptomi (čestice: n2, n1, n4, n6, n3, g7, g16), dezorganizirano mišljenje ili kognitivni simptomi (čestice: p2, g11, n5, g13, n7, g5, g15, g10), afektivni ili depresivno-anksiozni simptomi (čestice: g2, g6, g3, g4, g1) i otpor / nesuradljivost ili uzbuđenje (čestice: p7, g14, p4, g8). Čestica g12. pomanjkanje procjene i uvida u vlastito stanje nije bila korištena jer nije uključena u pentagonalni model, a mjeri isto što i ishod ovog istraživanja. Težina bolesti mjerena ljestvicom ukupnog kliničkog dojma (Clinical global impression scale – severity; CGI-S) i također je prikazana u donjoj tablici.

Tablica 5.3.1. Deskriptivna statistika za faktore PANNS skale i ukupni klinički dojam (CG-s)

VARIJABLA	M	C	D	SD	Skewness	Kurtosis	min	max
Ukupni pozitivni simptomi PANNS	12.3	12.0	12.0	3.44	0.45	0.35	5.0	23.0
Prosječni pozitivni simptomi PANNS	2.5	2.4	2.4	0.69	0.45	0.35	1.0	4.6
Ukupni negativni simptomi PANNS	14.5	14.0	17.0	5.75	0.68	-0.03	7.0	33.0
Prosječni negativni simptomi PANNS	2.1	2.0	2.4	0.82	0.68	-0.03	1.0	4.7
Ukupni kognitivni simptomi PANNS	13.2	12.0	15.0	4.34	1.15	1.55	8.0	29.0
Prosječni kognitivni simptomi PANNS	1.7	1.5	1.9	0.54	1.15	1.55	1.0	3.6
Ukupni afektivni simptomi PANNS	15.9	16.0	12.0	4.50	0.23	-0.43	6.0	29.0
Prosječni afektivni simptomi PANNS	3.2	3.2	2.4	0.90	0.23	-0.43	1.2	5.8
Ukupni otpor PANNS	5.6	5.0	4.0	1.84	1.75	3.63	4.0	13.0
Prosječni otpor PANNS	1.4	1.3	1.0	0.46	1.75	3.63	1.0	3.3
CG	4.2	4.0	4.0	0.73	-0.52	-0.45	2.0	5.0

5. REZULTATI

LEGENDA: M – aritmetička sredina, C – centralna vrijednost, D – dominantna vrijednost, SD – standardna devijacija, Skewness – zakrivljenost, Kurtosis – spljoštenost, min. – najmanji rezultat, max. – najveći rezultat.

Rezultati u gornjoj tablici ukazuju na najveću izraženost simptoma na skali afektivnih simptoma (M = 3.2, SD = 0.90), zatim slijede pozitivni simptomi (M = 2.5, SD = 0.69), negativni (M = 2.1, SD = 0.82) te kognitivni (M = 1.7, SD = 0.54) i na kraju otpor (M = 1.4, SD = 0.46).

Testiranje normaliteta distribucija Kolmogorov Smirnov testom pokazalo je da su sve distribucije rezultata statistički značajno različite od normalne raspodjele (Z = 0.09, p < .01; Z = 0.12, p < .01; Z = 0.13, p < .01 i Z = 0.21, p < .01) osim afektivnih simptoma (Z = 0.08, p > .05). Stoga je pri testiranju razlike u prosječnim vrijednostima korišten Friedmanov test koji je pokazao da postoji statistički značajna razlika u pojedinim rezultatima PANNS testa ($\chi^2(4) = 255.54$; p < .01).

Naknadni pojedinačni Wilcoxonovi testovi donose podatak da su sve razlike statistički značajne (Z = -4.47, p < .01; Z = -8.68, p < .01; Z = -5.89, p < .01; Z = -8.84, p < .01; Z = -5.80, p < .01; Z = -7.62, p < .01; Z = -6.53, p < .01; Z = -8.58, p < .01; Z = -4.64, p < .01 i Z = -8.85, p < .01), odnosno značajno viši je rezultat na afektivnim, pa pozitivnim, zatim na negativnim simptomima. Slijede značajno niži kognitivni simptomi i najniži rezultat na otporu.

Prosječan ukupni klinički dojam (CG) iznosi 4.2 (SD = 0.73).

5.4. Organizacija ličnosti pacijenata i njihovih roditelja

U svrhu provjere organizacije ličnosti pacijenata i njihovih roditelja izračunati su ukupni rezultati i srednje vrijednosti na skalama primitivne obrane, difuzija identiteta te testiranje realiteta iz inventara organizacije ličnosti (IPO) i to posebno za pacijente i roditelje (tablica 5.4.1).

Tablica 5.4.1. Deskriptivna statistika za faktore IPO skale za pacijente i roditelje

VARIJABLA	M	C	D	SD	Skewness	Kurtosis	min	max
Mehanizmi obrane pacijenti	42.9	43.0	40.0	10.33	0.22	0.20	20.0	76.0
Prosječni mehanizmi obrane pacijenti	2.7	2.7	2.5	0.65	0.22	0.20	1.3	4.8
Difuzija identiteta pacijenti	52.2	52.0	51.0	13.91	0.18	-0.55	25.0	82.0
Prosječna difuzija identiteta pacijenti	2.5	2.5	2.4	0.66	0.18	-0.55	1.2	3.9
Testiranje realiteta pacijenti	43.6	43.0	43.0	13.32	0.28	-0.48	20.0	76.0
Prosječno testiranje realiteta pacijenti	2.2	2.2	2.2	0.67	0.28	-0.48	1.0	3.8
Mehanizmi obrane roditelji	31.1	30.0	34.0	8.70	0.53	-0.49	16.0	54.0

5. REZULTATI

Prosječni mehanizmi obrane roditelji	1.9	1.9	2.1	0.54	0.53	-0.49	1.0	3.4
Difuzija identiteta roditelji	35.4	31.0	26.0	11.17	1.11	0.55	21.0	70.0
Prosječna difuzija identiteta pacijenti	1.7	1.5	1.2	0.53	1.11	0.55	1.0	3.3
Testiranje realiteta roditelji	26.1	24.0	24.0	6.79	3.30	14.93	20.0	64.0
Prosječno testiranje realiteta roditelji	1.3	1.2	1.2	0.34	3.30	14.93	1.0	3.2

LEGENDA: M – aritmetička sredina, C – centralna vrijednost, D – dominantna vrijednost, SD – standardna devijacija, Skewness – zakrivljenost, Kurtosis – spljoštenost, min. – najmanji rezultat, max. – najveći rezultat

Rezultati pokazuju da pacijenti postižu najviši prosječni rezultat na IPO skali mehanizma obrane ($M = 2.7$, $SD = 0.65$), potom na difuziji identiteta ($M = 2.5$, $SD = 0.66$) i na kraju na testiranju realiteta ($M = 2.2$, $SD = 0.67$).

Kolmogorov Smirnov test pokazuje da se sve mjere dobivene na pacijentima distribuiraju prema normalnoj raspodjeli ($Z = 0.05$, $p > .01$; $Z = 0.06$, $p > .01$ i $Z = 0.06$; $p > .01$) te se u svrhu provjere razlike u tri gornje dimenzije računala analiza varijance za ponovljena mjerenja. Pokazalo se ($F(1/104) = 33.50$, $p < .01$) da je razlika u tri mjere statistički značajna. Usporedbom svih pojedinačnih parova razlika dobiva se podatak da su sve mjere međusobno statistički značajno različite, odnosno značajno najviši je rezultat na mehanizmima obrane pa na difuziji identiteta i na kraju na testiranju realiteta.

Što se tiče roditelja, i kod njih je redosljed rezultata jednak: mehanizmi obrane ($M = 1.9$, $SD = 0.54$), potom na difuziji identiteta ($M = 1.7$, $SD = 0.53$) i na kraju na testiranju realiteta ($M = 1.3$, $SD = 0.34$).

Podatci na roditeljima temeljem Kolmogorov Smirnov testa ($Z = 0.12$, $p < .01$; $Z = 0.20$, $p < .01$ i $Z = 0.16$, $p < .01$) pokazuju da se niti jedna od mjerenih varijabli ne distribuira po normalnoj raspodjeli pa je pri izračunu statističke značajnosti razlike između tri mjere na roditeljima korišten Friedmanov test. Testiranje je pokazalo da postoji statistički značajna razlika u tri mjere na roditeljima ($\chi^2(2) = 137.87$; $p < .01$). Naknadni pojedinačni Wilcoxonovi testovi donose podatak da su sve razlike statistički značajne ($Z = -6.64$, $p < .01$; $Z = -8.66$, $p < .01$ i $Z = -8.11$, $p < .01$), odnosno značajno najviši je rezultat na mehanizmima obrane pa na difuziji identiteta i na kraju na testiranju realiteta.

Da bismo provjerili razlikuju li se roditelji i pacijenti na navedenim mjerama, korišten je neparametrijski Mann Whitney U test jer su sve distribucije rezultata na roditeljima različite od

5. REZULTATI

normalne raspodjele. Za sve tri varijable – mehanizme obrane ($Z = -7.27$, $p < .01$), difuziju identiteta ($Z = -8.22$, $p < .01$) i testiranje realiteta ($Z = -9.64$, $p < .01$) pokazalo se da su razlike statistički značajne, odnosno ako pogledamo srednje vrijednosti, roditelji postižu niže vrijednosti od pacijenata.

5.5. Uvid pacijenata i njihovih roditelja u psihotični poremećaj

Pri provjeri uvida pacijenata i njihovih roditelja u psihotični poremećaj izračunati su ukupni i prosječni rezultati na prvoj glavnoj komponenti podljestvice opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj (SUMD) posebno za pacijente i roditelje (tablica 5.5.1).

Tablica 5.5.1. Deskriptivna statistika za SUMD skalu Opće svjesnosti za pacijente i roditelje

VARIJABLA	M	C	D	SD	Skewness	Kurtosis	min.	max.
Ukupna svjesnost pacijenti	6.1	5.0	3.0	3.26	1.14	0.63	3.0	15.0
Prosječna svjesnost pacijenti	2.0	1.7	1.0	1.09	1.14	0.63	1.0	5.0
Ukupna svjesnost roditelji	5.0	3.0	3.0	2.99	1.41	1.19	1.0	15.0
Prosječna svjesnost roditelji	1.7	1.0	1.0	1.00	1.41	1.19	0.3	5.0

LEGENDA: M – aritmetička sredina, C – centralna vrijednost, D – dominantna vrijednost, SD – standardna devijacija, Skewness – zakrivljenost, Kurtosis – spljoštenost, min. – najmanji rezultat, max. – najveći rezultat.

Rezultati u gornjoj tablici ukazuju na veću srednju vrijednost na općoj svjesnosti pacijenata ($M = 6.1$, $SD = 3.26$) u odnosu na roditelje ($M = 5.0$, $SD = 2.99$). Obje mjerene varijable imaju distribucije rezultata različite od normalne raspodjele temeljem Kolmogorov Smirnov testa ($Z = 0.21$; $p < .01$ i $Z = 0.29$; $p < .0$) pa je pri izračunu statističke značajnosti razlike korišten Mann Whitney U test koji pokazuje ($Z = 2.99$; $p < .01$) da je ova razlika i statistički značajna, odnosno pacijenti su svjesniji psihičkog poremećaja nego njihovi roditelji.

Ovdje nas je također zanimalo razlikuju li se u srednjoj vrijednosti na općoj svjesnosti pacijenti i roditelji ovisno o broju hospitalizacija (1 hospitalizacija, 2 do 3 hospitalizacije, više od 3 hospitalizacije) te je Kruskal-Wallisov test pokazao da razlika nije statistički značajna niti za svjesnost pacijenata ($H(2) = 2.94$, $p > .05$) niti za svjesnost roditelja ($H(2) = 1.36$, $p > .05$).

5. REZULTATI

Također, za uvid smo željeli provjeriti kakva je korelacija s različitim demografskim varijablama te se korištenjem Spearmanovog koeficijenta korelacije pokazalo da nema povezanosti uvida pacijenta s njihovom dobi ($r = .11, p > .05$), obrazovanjem ($r = -.09, p > .05$), prihodima kućanstva ($r = .01, p > .05$) niti samoprocjenom socioekonomskog statusa ($r = -.07, p > .05$) kao ni veličinom PNP-a ($r = -.11, p > .05$). Razlika po spolu ($z = -1.05, p > .05$) također se nije pokazala statistički značajnom. Iste provjere na roditeljima pokazuju da nema povezanosti uvida roditelja s njihovom dobi ($r = .06, p > .05$), obrazovanjem ($r = .02, p > .05$), prihodima kućanstva ($r = -.16, p > .05$) niti samoprocjenom socioekonomskog statusa ($r = -.04, p > .05$) kao ni veličinom PNP-a pacijenta ($r = -.05, p > .05$). Dobivena razlika po spolu roditelja statistički je značajna ($z = -2.07, p < .05$), odnosno pokazalo se da očevi imaju bolji uvid ($M = 2.0, SD = 1.15$) nego majke ($M = 1.5, SD = 0.89$).

5.6. Povezanost organizacije ličnosti roditelja i pacijenata s uvidom u poremećaj

U svrhu provjere organizacije ličnosti roditelja i pacijenata s uvidom u poremećaj pacijenata izračunati su Spearmanovi neparametrijski koeficijenti korelacije (tablica 5.6.1.).

Tablica 5.6.1. Spearmanovi koeficijenti korelacije između varijabli organizacije ličnosti roditelja i pacijenata s uvidom u poremećaj pacijenata

VARIJABLA	Ukupna svjesnost pacijenti	Ukupna svjesnost roditelji
Mehanizmi obrane pacijenti	.02	.00
Difuzija identiteta pacijenti	-.08	.06
Testiranje realiteta pacijenti	-.03	-.02
Mehanizmi obrane roditelji	-.10	.15
Difuzija identiteta roditelji	-.08	.25**
Testiranje realiteta roditelji	-.08	.15

LEGENDA: ** - $p < .01$

5. REZULTATI

Rezultati tablice 5.6.1. donose podatke da niti jedna od varijabli organizacije ličnosti pacijenata niti organizacije ličnosti roditelja nije značajno povezana s rezultatom opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj (SUMD) osim varijable difuzija identiteta roditelja koja je malo, ali statistički značajno povezana s rezultatom roditelja na SUMD mjeri ($r = .25$; $p < .01$).

S obzirom da nismo dobili očekivane povezanosti, dodatno smo izračunali i povezanost pojedinačnih tvrdnji iz SUMD skale s tri varijable organizacije ličnosti pacijenata i roditelja što je prikazano u tablicama 5.6.2. i 5.6.3.

Tablica 5.6.2. Spearmanovi koeficijenti korelacije između varijabli organizacije ličnosti pacijenata s uvidom u poremećaj pacijenata

VARIJABLA	Svjesnost duševnog poremećaja	Svjesnost socijalnih posljedica duševnog poremećaja	Svjesnost odgovora na medikaciju
Mehanizmi obrane pacijenti	.00	.04	.02
Difuzija identiteta pacijenti	-.12	-.11	-.00
Testiranje realiteta pacijenti	-.07	-.03	-.02

LEGENDA: ** - $p < .01$

Rezultati u gornjoj tablici pokazuju da nema statistički značajnih povezanosti niti za pojedinačne varijable SUMD skale s tri varijable organizacije ličnosti.

5. REZULTATI

Tablica 5.6.3. Spearmanovi koeficijenti korelacije između varijabli organizacije ličnosti roditelja s njihovim uvidom u poremećaj pacijenata

VARIJABLA	Svjesnost duševnog poremećaja	Svjesnost socijalnih posljedica duševnog poremećaja	Svjesnost odgovora na medikaciju
Mehanizmi obrane roditelji	.10	.11	.14
Difuzija identiteta roditelji	.23**	.24**	.13
Testiranje realiteta roditelji	.15	.14	.12

LEGENDA: ** - $p < .01$

Što se tiče roditelja, dobivene su dvije pojedinačne statistički značajne korelacije. Difuzija identiteta statistički značajno je povezana sa svjesnošću o duševnom poremećaju ($r = .23$; $p < .01$) te svjesnošću o socijalnim posljedicama duševnog poremećaja ($r = .24$; $p < .01$).

5.7. Povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u poremećaj njihove djece neovisno o kvaliteti uvida samih bolesnika i drugim navedenim prognostičkim čimbenicima

Naposlijetku, zadnjim specifičnim ciljem željeli smo provjeriti postoji li povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u poremećaj njihove djece uz kontrolu određenih prognostičkih čimbenika – kvaliteta uvida u mentalni poremećaj samog bolesnika (prva glavna komponenta podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja SUMD), PANNS pozitivni simptomi, PANNS negativni simptomi, PANNS kognitivni simptomi, PANNS afektivni ili depresivno-anksiozni simptomi, PANNS otpor, težina bolesti mjerena ljestvicom ukupnog kliničkog dojma (Clinical global impression scale – severity; CGI-S), trajanje poremećaja iz shizofrenog spektra, broj prethodnih psihijatrijskih hospitalizacija na tri razine, postojanje

5. REZULTATI

psihijatrijske farmakoterapije u trenutku uključivanja u istraživanje, dob pacijenta, spol pacijenta, obrazovanje pacijenta, dob roditelja, spol roditelja i obrazovanje roditelja.

Prije glavne regresijske analize uvodno je napravljena jedna bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza uz kontrolu navedenih prognostičkih čimbenika za svaku od dimenzija ličnosti roditelja bez izračuna statističke značajnosti koeficijenata (tablice 5.7.1–5.7.3)

Tablica 5.7.1. Bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza u predviđanju svjesnosti roditelja za varijablu mehanizmi obrane roditelja

ANALIZA	R	R ²	Prilagođeni R ²	F	p
Bivariabilna	.081	.007	-.003	0.67	>.05
Multivarijabilna 1. korak	.412	.169	.017	1.12	>.05
Multivarijabilna 2. korak	.426	.182	.020	1.29	>.05

LEGENDA: R – koeficijent multiplekorelacije; R² – koeficijent multipleterminacije

Rezultati za bivarijabilnu analizu mehanizma obrane pokazuju da se ne dobiva statistički značajan prediktor i da se mehanizmi obrane roditelja nisu pokazali važnima u predikciji svjesnosti roditelja o mentalnom poremećaju djeteta (SUMD, prva komponenta) u našem istraživanju, a ista stvar se dobiva i u multivarijabilnoj analizi s ovim prediktorom.

Tablica 5.7.2. Bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza u predviđanju svjesnosti roditelja za varijablu difuzija identiteta roditelja

ANALIZA	R	R ²	Prilagođeni R ²	F	p
Bivariabilna	.129	.017	.001	1.73	>.05
Multivarijabilna 1. korak	.408	.167	.015	1.10	>.05
Multivarijabilna 2. korak	.424	.180	.020	1.41	>.05

LEGENDA: R – koeficijent multiplekorelacije; R² – koeficijent multipleterminacije

5. REZULTATI

I kod difuzije identiteta rezultati za bivarijabilnu analizu kao i za multivarijabilnu analizu pokazuju da se ne dobiva statistički značajna predikcija difuzije identiteta roditelja u predikciji svjesnosti roditelja o mentalnom poremećaju djeteta (SUMD, prva komponenta).

Tablica 5.7.3. Bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza u predviđanju svjesnosti roditelja za varijablu testiranje realiteta roditelja

ANALIZA	R	R ²	Prilagođeni R ²	F	p
Bivariabilna	.073	.005	-.004	0.54	>.05
Multivarijabilna 1. korak	.414	.172	.019	1.13	>.05
Multivarijabilna 2. korak	.415	.173	.009	0.08	>.05

LEGENDA: R – koeficijent multiplekorelacije; R² – koeficijent multiple determinacije

Naposlijetku, uvodne analize pokazuju da niti testiranje realiteta roditelja kao samostalna varijabla nije prediktivna za svjesnost roditelja o mentalnom poremećaju djeteta (SUMD, prva komponenta) niti u bivarijabilnoj niti u multivarijabilnoj analizi.

Gore dobiveni podatci pokazuju da nema samostalne predikcije varijabli organizacije ličnosti roditelja – mehanizmi obrane, difuzija identiteta i testiranje realiteta roditelja za varijablu svjesnost roditelja o mentalnom poremećaju djeteta (SUMD, prva komponenta). Temeljem uvodnih analiza i nepostojanja barem umjerenih korelacija među varijablama zaključujemo da u našem istraživanju nismo uspjeli dokazati postojanje predikcije organizacije ličnosti roditelja u predviđanju svjesnosti roditelja o mentalnom poremećaju djeteta te nema preduvjeta za provedbu daljnjih predviđenih regresijskih analiza.

6. RASPRAVA

Opći cilj istraživanja bio je ispitati ulogu organizacije ličnosti roditelja o kvaliteti uvida u psihotični poremećaj njihove oboljele djece u ranoj fazi psihotičnih poremećaja neovisno o drugim prognostičkim čimbenicima kvalitete roditeljskog uvida. Klinički je uvid u osvješćivanju simptoma psihotičnog poremećaja kao i početka liječenja (111, 122) relativno dobro dokumentiran u literaturi za razliku od roditeljskog uvida. Stoga je ovo istraživanje pokušaj nadopune istraživanja roditeljskog uvida u psihotični poremećaj njihove djece te čimbenicima koji potencijalno utječu na njega.

U istraživanju smo s jedne strane ispitivali organizaciju ličnosti roditelja i njihov klinički uvid u psihotični poremećaj djece dok smo s druge strane ispitivali težinu i vrstu psihopatologije oboljele djece, njihovu organizaciju ličnosti te njihov uvid u vlastiti psihotični poremećaj. Suprotno našim očekivanjima, iako su pacijenti imali nezrelije mehanizme obrane, veći stupanj difuzije identiteta te slabije testiranje realiteta u odnosu na roditelje rezultati pacijenata pokazali su veću svjesnost u vlastiti psihotični poremećaj u odnosu na njihove roditelje. S obzirom na to da riječ psihoza dolazi od grč. *psýkhōsis* koja je označavala abnormalno stanja uma i gubitak kontakta sa stvarnošću (33), rezultati našeg istraživanja gotovo su u kontradikciji s nazivom te daju optimističniji pogled na mogućnosti liječenja psihotičnih poremećaja programima rane intervencije kao što je RIPEPP (11, 82–92). Istraživanje je provedeno u visokospecijaliziranoj ustanovi za liječenje psihotičnih poremećaja u sklopu programa RIPEPP (82, 83) na Odjelu za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje psihotičnih poremećaja i graničnih stanja Klinike za psihijatriju "Sveti Ivan" koja je ujedno i referentni centar Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske. Istraživanje je provedeno u periodu pandemije SARS Cov-2 koju je proglasila WHO (eng. *World Health Organization*) – (199) kada je svijet globalno prilagođavao svoj rad u različitim segmentima (pa tako i psihijatrija unutar zdravstvenog sustava) sukladno važećim epidemiološkim mjerama koje su tada bile blaže (200).

6.1. Sociodemografska i klinička obilježja ispitanika

6.1.1. Pacijenti

Kod pacijenata je više bio zastupljen muški spol u odnosu na žene, većinom su dolazili iz urbanih sredina, većina ih je imala najmanje završenu srednju školu dok su ostali bili u procesu daljnjeg školovanja ili zaposleni. Većina pacijenata je neudata/neoženjena, bez djece te ih većina živi u zajedničkom kućanstvu s roditeljima. Samoprocjenski socioekonomski status uglavnom su označavali prosječno ili iznadprosječno. Prosječna dob ($M = 25,4$; min. = 18, max. = 32). Slični sociodemografski podatci dobiveni su i u prethodnim istraživanjima (89, 130, 201). Većina ih dolazi iz urbanih sredina što je u skladu s ranijom istraživanjima koja navode dvostruko veću incidenciju psihotičnih poremećaja u urbanim sredinama zbog veće izloženosti stresu, slabijoj koheziji stanovništva, većoj podložnosti socioekonomskim nestabilnostima (17, 18, 19), ali i većoj dostupnosti adekvatne zdravstvene skrbi u odnosu na druga područja Republike Hrvatske (89, 201). Meta analiza Jongsma i sur. potvrdila je heterogenost incidencije psihotičnih poremećaja vezano uz stupanj urbanosti, varijacije geografske širine te ostalih sociodemografskih podataka, ali zbog primjene različitih metodologija u istraživanjima kao i neravnomjerne zastupljenosti podataka (najviše ih je bilo iz EU, Amerike i Australije), predlaže se razvoj internacionalnih smjernica u istraživanju incidencije psihotičnih poremećaja (202). Prevalencija shizofrenije ne pokazuje značajnije varijacije vezano uz geografsku širinu niti sociokulturne razlike te se kreće oko 1 % , $M = 0,82$ (20, 21, 202, 203). Dobivene razlike po spolu ispitanika u našem istraživanju (59 % muškaraca, 41% žena) u skladu su s prethodnim istraživanjima vezano uz veću zastupljenost psihotičnih poremećaja u mlađoj dobi kod muškog spola u odnosu na žene kod kojih se psihoza javlja prosječno pet godina kasnije nego kod muškaraca (18, 19, 20, 21, 56 ,57, 89). Ovo se tumači spolnim (20, 21) i socijalnim različitostima (203). Kod muškaraca je testosteron povezan s izraženijim pozitivnim simptomima koji su izražajni i uočljiviji što uz povećanu hostilnost doprinosi ranijoj pojavnosti psihoze kod mlađih muškaraca (20, 21). Psihotični poremećaji kod žena imaju dvostruki vrh pojavnosti u dvadesetim godinama (prosječno pet godina kasnije od muškaraca) i tijekom postmenopauze kada razina estrogena pada (17, 19–22, 204). Čini se da estrogen ima neuroprotektivni učinak (smanjuje prekomjernu razinu glutamata, ima protuupalno i

6. RASPRAVA

antioksidativno djelovanje) što utječe na slabije izražavanje simptoma psihoze kod oba spola (204). Snižena razina estrogena pogoršava kognitivne simptome kod žena oboljelih od psihotičnih poremećaja u periodu postmenopauze dok kod muškaraca nema učinka na smanjenje kognicije (204). Testosteron može sniziti negativne simptome kod muškaraca, ali povećava agresivnost (205). Odgođeni početak psihoze kod žena, zbog protektivnog djelovanja estrogena, pruža mogućnost da dovrše školovanje, osnuju obitelj, zaposle se i ostvare bolju početnu pozicije u odnosu na muški spol kod kojih se psihoza očituje ranije s često izraženijim negativnim, ali i pozitivnim simptomima te koji zbog sociokulturalnih očekivanja često imaju slabiju podršku okoline u početku (206, 207). Dodatna terapija estrogenima ili testosteronom uz terapiju antipsihoticima kod nekih pacijenata može umanjiti simptome psihoze dok djelovanje oksitocina može poboljšati socijalno funkcioniranje (208). Povišen kortizol i prolaktin imaju negativan učinak na verbalne sposobnosti i pamćenje, a čini se da povišen kortizol može potaknuti prijelaz u psihozu kod visoko osjetljivih pojedinaca (209, 210). Razina edukacije (najviše ih je sa završenom srednjom školom ili su u procesu daljnjeg školovanja) i zaposlenost (većina ih je zaposlena sezonski ili stalno), uz podatak da žive s obitelji, govori o boljem premorbidnom funkcioniranju, mogućnostima ranijeg otkrivanja i liječenja uz bolji terapijski ishod (211). U predmetnom istraživanju većina je pacijenata u bolnicu došla u pratnji bliske osobe, što govori o uključenosti obitelji, kraćem PNP-u i boljem ishodu (ibid.). Školski sustav edukacijom i preventivnim programima može imati važnu ulogu u ranom prepoznavanju znakova prodroma ili simptoma psihoze (212). Poznato je da nezaposlenost, nedostatak podrške i socijalna izolacija odgađaju početak liječenja (duži PNP) uz jače izražene negativne i kognitivne simptome, težu kliničku sliku, slabiji ishod te povećanu mogućnost pada na društvenoj ljestvici (siromaštvo i beskućništvo) – (212, 213). U ovom je istraživanju PNP pokazivao širok raspon, no kod većine (75 %) oboljelih trajao je od nekoliko dana do tri mjeseca uz medijan (M = 74 dana) što je ispod tri mjeseca kolika je preporuka Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) i Međunarodna udruga za ranu intervenciju (ISSPS) – (214). Iz prethodnih istraživanja poznato je da duži PNP značajno povećava suicidalni rizik (29, 30). U ovom je istraživanju 1/3 pacijenata imala pokušaj suicida prije hospitalizacije što je u skladu sa studijom Barreta i sur. (29). Norveški program rane intervencije (TIPS) skratio je PNP na pet tjedana uz sniženje suicidalnog rizika i poboljšanje kvalitete života (77–79). Skraćivanje PNP-a ispod tri tjedna doprinosi ranijem povratku aktivnostima uz poboljšanje i općeg funkcioniranja i kvalitete života (longitudinalna trogodišnja studija) zbog čega je rano

6. RASPRAVA

prepoznavanje i rana intervencija od iznimne važnosti (215–217). U ovom je istraživanju broj prisilnih hospitalizacija bio zanemariv. Ponovljene hospitalizacije (relapsi) najčešće su bile uzrokovane prestankom uzimanja psihofarmaka (50 %) što je u skladu s prethodnim istraživanjima (19, 55, 65, 76, 96). U prve dvije godine od početka psihoze stopa relapsa je 60 % (19), u nekim istraživanjima 44,7 % – (66).

Vežano uz kliničke karakteristike pacijenata najveći postotak ih je bio s dijagnozom F23 (70 %), slijedi F29 (12,5 %), shizoafektivni poremećaj (10 %) te shizofrenija (6,7 %). Slični podatci dobiveni su u ranijim istraživanjima u sklopu programa RIPEPP uz razlike nešto većeg postotka pacijenata sa shizofrenijom u prethodnom istraživanju (16 do 18 %) – (89, 201). Poznato je da terapeuti ponekad iz poštenih razloga izbjegavaju dati dijagnozu shizofrenije s obzirom na negativne konotacije dijagnoze, utjecaj stigme i obeshrabrenje pacijenta (55). U Japanu shizofreniju nazivaju poremećajem integracije selfa (12, 218). Komorbidne dijagnoze u ovom istraživanju imalo je 1/3 oboljelih, najčešće poremećaj ličnosti (50%), zlouporabu psihoaktivnih supstanci od kojih najčešće kanabis (40 %), alkohol (20 %) te OKP (11 %) dok su poremećaji raspoloženja i PTSP bili značajno manje zastupljeni. Poremećaj ličnosti (osobito granični, shizoidni, shizotipni) može imati simptome slične prodromalnim simptomima psihoze ili prvoj psihotičnoj epizodi što zahtijeva pažljivu procjenu i praćenje. Pacijenti s graničnim poremećajem ličnosti mogu imati kratkotrajne slušne obmane osjetila ili depersonalizaciju. Međutim, sumanute ideje, dezorganizacija i negativni simptomi kod graničnog su poremećaja rjeđi u odnosu na poremećaje shizofrenog spektra (219). Visoka zastupljenost poremećaja ličnosti uz psihotične poremećaje može se objasniti u kontekstu dimenzionalnog pristupa sagledavanja psihotičnih poremećaja i njihova razvojnog kontinuuma (DSM-V) – (2, 6–10) kao i njihovom zajedničkom odrednicom (poremećajem patologije selfa) – (13, 39). K. Jaspers psihoze sagledava iz perspektive oslabljenog osjećaja prisutnosti selfa (eng. *self-presence*) i njegove oslabljene dinamičke funkcije refleksivnosti (eng. *self-reflectivity*) – (13). Self označava cjelokupnost osobe, odnosno doživljaj sebe u svojoj cjelovitosti i tjelesnoj i duševnoj (13, 39). Poremećaj selfa u vidu jakih oštećenja ne nalazimo samo kod shizofrenije, već ga u određenom stupnju nalazimo i kod pojedinaca s vrlo visokim rizikom od psihoze (UHR) – (220, 221). Kod pojedinaca sa slabije kohezivnim selfom traumatske okolnosti ili stresni okolinski čimbenici (rane traume, separacije, zlouporaba psihoaktivnih supstanci, vršnjačko nasilje, diskriminacija itd.), mogu uzrokovati razvoj psihotičnih poremećaja što govori u prilog stres-dijateza modelu etiologije psihotičnih poremećaja (7, 11, 20,

6. RASPRAVA

33, 54–59, 219). Prema Parnasu i Sassu poremećaj selfa čini osnovu razumijevanja psihotičnih poremećaja koji osim njegove slabe kohezivnosti uključuje i hiperrefleksivnost (pretjerano analiziranje stvari i pojava koje su same po sebi jasne) kao i gubitak granica između pojedinca i okoline (navedeno uzrokuje povećanu konfuziju i tjeskobu zbog nemogućnosti sagledavanja koji podražaj dolazi iz okoline, a koji unutar mene). Navedene manifestacije uzrok su osjećaju otuđenosti i odvojenosti od vlastitih osjećaja, misli, tijela, blijeđe slike sebe i svijeta koji ih okružuje (220–223).

U istraživanju je preko 50 % oboljelih konzumiralo psihoaktivne tvari, najčešće kanabis, rjeđe i druge droge (amfetamin-speed, MDMA – metilendioksimetamfetamin koji je glavni sastojak ecstasyja, LSD-a, kokain) te alkohol (20 %). Kanabis je najzastupljenije psihoaktivno sredstvo koje se danas koristi. Prema istraživanju HZJZ-a i Instituta društvenih znanosti "Ivo Pilar " prevalencija zlouporabe kanabisa udvostručena je 2019. u odnosu na 2011. godinu (224). U dobi od 15.-e do 24.-e godine kanabis je redovito (gotovo svakodnevno) uzimalo 12,5 % ispitanika uz posljedične smetnje motorike, slabije kratkoročno pamćenje, visok stupanj tjeskobe uz povećan rizik od razvoja psihoze, manjak motivacije, zakazivanje u školi, poslu (ibid.). Kanabinoidi (THC i CBD) učinak postižu preko kanabinoidnih receptora (CB-1 i CB-2). THC svojim inhibitornim učinkom na GABA posreduje u prijenosu dopamina i glutamata povećavajući njihovu postsinaptičku razinu te uzrokujući pozitivne simptome psihoze i kognitivne teškoće nalik shizofreniji (35, 36, 224).

Tradicionalno je postojala razlika između primarnih psihotičnih poremećaja i psihoza uzrokovanih uzimanjem psihoaktivnih tvari, no ta se razlika zadnjih godina sve više gubi s obzirom da 50 % pojedinaca koji konzumiraju kanabis i druge psihoaktivne tvari nakon tri godine praćenja razviju poremećaj psihotičnog spektra (225). Zlouporaba psihoaktivnih tvari i alkohola pogoršava tijek poremećaja, smanjuje suradljivost, pogoršava simptome, tijek i ishod (224–227). Prepoznavajući sve veći problem uzimanja psihoaktivnih tvari i njegovih štetnih utjecaja na ishod liječenja u okviru programa RIPEPP-a oblikovane su posebne psihoedukacijske radionice o štetnim učincima konzumacije psihoaktivnih tvari te njihovoj prevenciji (82, 83, 224).

Podatci vezani uz druge bolesti i stanja u našem uzorku ukazuju da su ispitanici uglavnom dobrog tjelesnog zdravlja (84 %). Od tjelesnih komorbiditeta najzastupljeniji su disfunkcija štitne žlijezde (10 %), slijede traume glave, gastrointestinalne tegobe (GERB, gastritis, ulkus) kod 6 % ispitanika. Tjelesni komorbiditeti česti su kod oboljelih od psihotičnih poremećaja, a mogu biti primarni ili

6. RASPRAVA

sekundarnog uzroka (nuspojave psihofarmaka) zbog čega moramo biti pažljivi kod odabira antipsihotika (55, 228).

Kod 1/4 ispitanika postoji pozitivna obiteljska anamneza, najčešće poremećaji raspoloženja, ovisnosti i manje u prvom koljenu poremećaj iz psihotičnog spektra. S obzirom na kompleksnu ulogu gena (poligenske aberacije) i utjecaj okolišnih čimbenika mali broj ispitanika ima genetsku podlogu u 1. ili 2. koljenu, stoga je nužno pažljivom anamnezom uočiti potencijalno stresne i štetne okolinske čimbenike (228). Patologija roditelja više ukazuje na povećano obiteljsko opterećenje, smanjenu otpornost i potrebu za većom podrškom (229). Oboljeli su uglavnom malo ili osrednje doprinisili kućanskim poslovima, većina ih je imala socijalni krug poznanstava te su gotovo svi imali različite hobije. Sociodemografske karakteristike oboljelih vezane uz razinu edukacije, zaposlenost, održavanje prijateljskih veza, bavljenje hobijima te životom s obitelji (umjesto osamljenosti i beskućništva) imaju pozitivne učinke na tijek i suradljivost (89, 211) dok zlouporaba štetnih supstanci i poremećaji ličnosti u komorbiditetu smanjuju terapijsku suradnju što je u skladu s prethodnim istraživanjima (63, 88, 224–227). Pacijenti su tijekom ispitivanja pokazali visok stupanj motiviranosti u liječenju programom rane intervencije RIPEPP što je imalo pozitivne utjecaje na uvid u poremećaj.

6.1.2. Roditelji

Sociodemografske karakteristike roditelja ukazuju da je u istraživanju sudjelovalo više majki nego očeva (66.7 % vs. 33.3 %) što je u skladu s istraživanjem Gigante i sur. (130). Većina ih je u bračnoj zajednici (2/3) dok su ostali razvedeni, udovci/udovice ili neoženjeni. Dolaze iz urbanih sredina kao i njihova djeca. Prosječna dob u vrijeme testiranja ($M = 45,6$; $SD = 5,38$; $C = 55$, min. = 41 godina, a max. = 68 godina). Većina ih ima dvoje, troje ili više djece. Uglavnom žive u vlastitom kućanstvu (stan/kuća), većina ih ima završenu srednju, višu školu ili fakultet. Većinom su zaposleni na neodređeno, a svoj socioekonomski status uglavnom procjenjuju kao prosječan, a kod 1/4 iznadprosječan. Klinički podatci ukazuju da 1/3 roditelja pati od nekog psihičkih poremećaja – prevladavaju poremećaji raspoloženja, PTSP dok njih (5 %) ima poremećaj iz psihotičnog spektra, alkoholizam te poremećaj spavanja i prehrane.

6. RASPRAVA

Iako su se društvene uloge majki i očeva mijenjale tijekom povijesti, u ovom istraživanju značajno je veća bila zastupljenost majki nego očeva što se može dovesti u vezu s društvenom podjelom i različitim rodnim ulogama (majke više brinu za djecu i kućanstvo dok očevi za financijsku sigurnost i stabilnost porodice) – (38). Novija istraživanja govore o sve većoj uključenosti očeva od djetetovog rođenja i tijekom razvoja (231, 232).

U predmetnom istraživanju pretpostavljamo da su roditelji vjerojatno imali i više poteškoća nego što su izjavili s obzirom na povećan stupanj stresa i opterećenja s kojima se svakodnevno suočavaju obitelji s psihotičnim članom (22–25). Stoga je nužno koordinirano djelovanje liječnika obiteljske medicine za koje je utvrđeno da često prvi detektiraju psihičke smetnje oboljelog (i do 50% slučajeva) – (233) te školskog sustava (234). Školski sustav može doprinijeti ranom otkrivanju osoba pod povećanim rizikom (UHR) s obzirom da djeca često iskazuju promjene ponašanja u školi (prekomjerni izostanci, nezainteresiranost, kašnjenja, kršenje školskih pravila, agresivnost, slab školski uspjeh itd.) – (ibid). Djeca roditelja koja boluju od shizofrenije imaju trinaest puta veći rizik obolijevanja od psihotičnih poremećaja i osam puta veći rizik od zlouporabe štetnih tvari. Pozitivna obiteljska anamneza ne znači nužno da će djeca oboljeti od psihičkog poremećaja s obzirom na njihovu složenu etiologiju (19, 20, 33), nego više ukazuje na obiteljsku osjetljivost i potrebu za podrškom (229). Ako su oba roditelja shizofrena, rizik obolijevanja djeteta je oko 27,3 %, a raste ako promatramo sve poremećaje iz psihotičnog spektra (39 %) – (235). Iz istraživanja je poznato da povećana obiteljska osjetljivost povećava rizik za antisocijalno ponašanje (danska kohortna studija) – (236). Stigma psihičkih poremećaja značajno povećava obiteljsko opterećenje (i objektivno i subjektivno) i može biti razlogom slabije uključenosti roditelja (ibid.). Društvenu stigmu definiramo kao niz predrasuda, stereotipa i diskriminacije unutar neke označene populacije i česta je kod psihičkih oboljenja (237–242). Navedeno ukazuje na važnosti pružanja pomoći ne samo oboljelima, nego i obiteljima s psihotičnim članom i njihovim većim osvješćivanjem, većom senzibilizacijom društva, podizanjem svijesti u cilju rušenja predrasuda o psihičkim poremećajima. Ovo je jedan od ciljeva programa rane intervencije uključujući i RIPEPP program (11, 48, 82, 83).

6.2. Simptomi i težina kliničke slike pacijenata u ranoj fazi psihoze

U opisivanju psihopatologije i težine kliničke slike moramo imati na umu kako su simptomi promjenjivi, podložni terapijskom utjecaju, variraju tijekom poremećaja, kako intra tako i interindividualno (1, 2, 6–7,11, 20, 33, 43). U istraživanju izraženosti simptoma i težine psihopatologije koristili smo petofaktorski model PANSS-a u kojem smo psihotične simptome svrstali u pet glavnih domena: pozitivnu, negativnu, kognitivnu, afektivnu i agresivno/hostilnu ili ekscitirajuću (193). Svaka se čestica procjenjivala se na ordinalnoj ljestvici od 1 do 7 te je veći rezultat označavao veću izraženost simptoma i težinu poremećaja. Rezultati našeg istraživanja bili su značajno niži na svim domenama petofaktorske ljestvice PANSS-a što je znak kliničkog poboljšanja simptoma iz svih domena. Ovo se može protumačiti činjenicom da smo ispitivanje radili prosječno mjesec dana od postupka prijema te da je primjenom medikamentozne terapije (primarno antipsihoticima), ali i ostalim psihofarmacima došlo do poboljšanja kliničke slike, odnosno smanjene razine simptoma (11, 20, 33, 55, 92, 93). Postizanje djelomične remisije preduvjet je daljnjeg intenzivnog psihoterapijskog i socioterapijskog liječenje u okviru RIPEPP programa (82–91). Poznato je da se psihopatologija smanjuje uzimanjem antipsihotika te da kod pacijenata s prvom psihotičnom epizodom kliničko poboljšanje nastupa brže u odnosu na pacijente s ponovljenim epizodama (11,19, 20, 55–66). U ovom su istraživanju značajno niži bili rezultati na svim česticama petofaktorskog PANSS-a u odnosu na druga istraživanja (243). Iako su rezultati bili značajno niži na svim česticama PANSS-a, najizraženiji su bili afektivni simptomi, potom pozitivni, negativni dok su značajno niži bili kognitivni simptomi uz najmanje izraženu domenu otpora/nesuradljivosti dok je prosječan ukupni klinički dojam (CGI-s) – (195), $M = 4.2$ ($SD = 0.73$) što odgovara kategoriji značajno bolesnih ispitanika. U ovom istraživanju pacijenti nisu imali zadovoljen kriterij potpune remisije (244, 245). O punoj kliničkoj remisiji govorimo kada glavni pozitivni ili negativni simptomi iščeznu ili su vrlo blagi kroz najmanje šest mjeseci (246), odnosno kada su rezultati na svim česticama petfaktorskog modela PANSS-a značajno smanjeni ili ih nema uz $CGI-s < 3,8$ (246). Dobiveni rezultati vezano uz psihopatologiju bili su u skladu s našim očekivanjima s obzirom da liječenje programima rane intervencije pokazuje prednosti u odnosu na standardno liječenje (76). Te se prednosti ne odnose samo na kliničko poboljšanje (smanjenje simptoma) i postizanje kliničke remisije, već i na poboljšanje ukupnog funkcioniranja, kvalitete

6. RASPRAVA

života te povratka bolesnika ranijim aktivnostima (11, 19, 49, 71, 74–76, 82–91). Rezultati metaanalize koja je obuhvatila 2176 pacijenata programima rane intervencije pokazala je značajno smanjenje simptoma na skali PANSS-a i bolju kvalitetu remisiju u odnosu na standardno liječenje (metaanaliza Corella i sur.) – (76). Jedan od ciljeva rane intervencije je sprječavanje kognitivnih oštećenja i kognitivnog propadanja koja su najintenzivnija tijekom kritičnog perioda (prve dvije do pet godina od pojave simptoma psihoze) – (7, 11, 49, 55, 82). Rezultati ovog istraživanja pokazuju najmanje izražene kognitivne simptome i otpor. Dobro kognitivno funkcioniranje uz smanjen otpor i nesuradljivost u skladu je s ranijim rezultatima istraživanja (iako preliminarnim) u sklopu RIPEPP programa tijekom kojeg su pacijenti, koji su bili uključeni u dugotrajnu grupnu psihoterapiju, imali poboljšanje na kognitivnom planu nasuprot onim pacijentima koji su primali samo medikamentoznu terapiju (90). Poznato je da medikamentozna terapija, premda učinkovita i revolucionarna u liječenju psihotičnih poremećaja, nije dostatna, već su potrebne i druge psihoterapijske i psihosocijalne metode (93). Ako uzmemo u obzir da su afektivni simptomi (depresivnost, anksioznost) bili najviši na ljestvici PANSS-a, nakon kojih su slijedili pozitivni i negativni simptomi, uz najmanje izražene kognitivne simptome i otpor, možemo zaključiti da su postignuti svi preduvjeti za daljnji psihoterapijski i socioterapijski tretman kojim se postupno omogućava bolje razumijevanje poremećaja te stjecanje boljeg kliničkog uvida. Iz literature je poznato da su jače izraženi depresivni simptomi uz bolje kognitivno funkcioniranje povezani s boljim kliničkim uvidom (14–16, 110–112, 114, 116, 119, 120, 125). Razmatrajući psihopatologiju s psihodinamskog gledišta simptomi psihoze, čiji se sadržaji iskazuju vrlo šaroliko, uvijek su znak slabosti ega, regresije i prevladavanja nezrelih obrambenih mehanizama te povratka na arhajske (prelogične) oblike mišljenja (11, 39, 42). Simptomi psihoze (i kada nam izgledaju potpuno nerazumljivo i nepovezano) uvijek imaju značenje u čemu pomaže psihodinamsko znanje i psihoterapija (39, 42). Grandiozne ili religijske sumanutosti često se dovode u vezu s osjećajem bespomoćnosti dok se negativni simptomi (anhedonija, avolucija, izolacija od drugih itd.) mogu objasniti obranom od snažnih i egu neprihvatljivih osjećaja (39, 42). Rezultati izraženosti simptoma i težine psihopatologije u ovom istraživanju idu u smjeru ne samo postizanja remisije, već i postizanja boljeg razumijevanja vlastitih simptoma poremećaja. Ovo je osobito važno jer je poznato da psihotični simptomi relapsiraju, odnosno da se vrte nakon nekog vremena zbog čega su ponovljene hospitalizacije česte i traumatične za pacijenta (11, 19, 66). Jedna je od prednosti liječenja programima rane intervencije niža stopa relapsa u odnosu na standardno liječenje (62, 74–

6. RASPRAVA

76). Različiti su podatci vezani uz stopu relapsa ovisno o dužini trajanja programa i njegovim sastavnicama. Standardnim liječenjem 14 % pacijenata doživi relaps unutar devet mjeseci, 49 % unutar dvije godine, a 76 % tijekom deset godina u odnosu na liječenje programima rane intervencije kod koje je stopa relapsa bila 17 % nakon devet mjeseci, 38 % nakon dvije godine, a 54 % nakon više od deset godina praćenja (247). Kritičari će zamijetiti da i u jednom i u drugom slučaju dolazi do relapsa, no relapsi nameću nužnost visoko individualiziranog pristupa liječenja koji zahtijevaju različite oblike intervencije prema procjeni kliničkog stadija razvojno-faznog modela uz uvažavanje individualnih različitosti svakog oboljelog i nužnim prilagodbama tehnika liječenja (14, 67, 248).

6.3. Organizacija ličnosti pacijenata i roditelja

U istraživanju smo koristili upitnik inventara organizacije ličnosti (The Inventory of Personality Organization, IPO) – (185) jer smo njime pokušali povezati psihodinamski diskurs sa znanstvenim istraživanjima. Upitnik je vezan uz teorijske spoznaje, ali i kliničku praksu pri određivanju terapijskih intervencija (191). Upitnik se sastoji od 57 samoprocjenskih čestica na skali Likertova tipa tijekom kojeg ispitanik procjenjuje koliko se pojedina čestica odnosi na njega, od 1 = nikada se ne odnosi na mene do 5 = uvijek se odnosi na mene. Njime se procjenjuju tri dimenzije ličnosti: zrelost mehanizama obrane (16) čestica, koherentnost identiteta (21) čestica i sposobnost testiranja realiteta (20) čestica. Prema Kernebergovoj teoriji ličnosti razlikujemo tri razine organizacija ličnosti: neurotsku, graničnu i psihotičnu. Neurotsku ličnost označava stabilan identitet, prevlast zrelih mehanizama obrane utemeljenih na potiskivanju, reaktivnoj formaciji, sublimaciji, altruizmu uz očuvano testiranje realiteta (173, 178, 179). Psihotičnu i graničnu razinu organizaciju ličnosti karakterizira dominacija nezrelih mehanizama obrane utemeljenih na rascjepu (splittingu), projekciji i projektivnoj identifikaciji uz veći ili manji stupanj difuzije identiteta i oštećeno testiranje realiteta (izraženije kod psihotične organizacije ličnosti za razliku od granične organizacije koja se, ako se privremeno i izgubi, može brzo povratiti) – (180–183). Iako svaka organizacija ličnosti ima svoje prevladavajuće mehanizme obrane, uvijek moramo imati na umu da svi koristimo sve obrambene mehanizme uz razliku prevladavaju li zreliji ili nezreliji mehanizmi obrane (39). Veći rezultat na navedenim česticama označava da osoba koristi nezrelije mehanizme

6. RASPRAVA

obrane, ima veću difuziju identiteta te da slabije testira realitet. Obje skupine ispitanika očekivano su imale najviši rezultat na mehanizmima obrane, zatim difuziji identiteta i najmanje na testiranju realiteta što je u skladu s prethodnim istraživanjima (188, 189). Roditelji su u odnosu na oboljelu djecu imali niže rezultate na sve tri dimenzije ličnosti, što znači da imaju zrelije mehanizme obrane u odnosu na djecu, manje izraženu difuziju identiteta i bolje testiraju realitet naspram oboljele djece. Ovo je u skladu s istraživanjem Ivezić i sur. na nekliničkom uzorku od 249 ispitanika (189). Roditelji su imali neznatno niže rezultate vezano uz primitivne obrane u odnosu na neklinički uzorak. Također, niže su rezultate imali vezano uz difuziju realiteta te značajno niže rezultate vezano uz testiranje realiteta u odnosu na istraživanje (188, 189). Njihova djeca imala su veće rezultate na česticama mehanizama obrane u odnosu na neklinički uzorak, a razlika u difuziji realiteta bila je u manjoj mjeri veća kod oboljelih u odnosu na prethodna dva istraživanja (188, 189) te su očekivano imali veći rezultat na česticama testiranja realiteta u odnosu na neklinički uzorak što znači da su slabije testirali realitet (189).

Rezultati potvrđuju glavne navode Kernbergove teorije da predominacija primitivnih mehanizama obrane uz veću difuziju identiteta označava težu patologiju organizacije ličnosti (191). Granična organizacija ličnosti nije sinonim za granični poremećaj ličnosti, već obuhvaća sve poremećaje ličnosti kod kojih dominiraju primitivni mehanizmi obrane, veći stupanj difuzije identiteta dok je testiranje realiteta uglavnom očuvano iako može biti privremeno oslabljeno (ovdje ubrajamo sve poremećaje ličnosti uključujući i narcistički). Kod psihotične organizacije, uz sve navedeno, oslabljeno je i testiranje realiteta (179–183, 249).

Testiranje realiteta označava sposobnost razlikovanja unutarnjih od vanjskih podražaja, selfa od drugih uz očuvanu sposobnosti da se zadrže uobičajene društvene norme (176).

Difuzija identiteta odnosi se na psihološke i ponašajne obrasce ponašanja koji nastaju uslijed slabe integracije ega i nemogućnosti uspostave koherentnog identiteta, a očituje se kontradiktornim izjavama o sebi i drugima, slabijoj sposobnosti da se opiše sebe i druge na smislen način, kroničnim osjećajem praznine, kaotičnim obrascima ponašanja, slaboj kontroli agresije što se tijekom strukturnog intervjua (184) očituje nesposobnošću ispitanika da opiše sebe i značajne odnose s drugima, uslijed čega se terapeutu teško empatizirati s pacijentovim opisima odnosa s drugima i samim sobom. Difuzija identiteta uvijek je znak manjkave integracije selfa uslijed temperamentne dominacije agresivnog nagona i predominacije negativnih ranih iskustava s primarnim objektom.

6. RASPRAVA

Stoga, osobe s većom difuzijom identiteta nužno imaju nezrelije, tj. primitivnije mehanizme obrane ako primitivna agresija sprječava zamjenu primitivnih obrambenih mehanizama s onima zrelijeg tipa (173–175, 178).

Možemo zaključiti da je veći intenzitet agresivnog nagona i negativnih afektivnih stanja uz povišenu razinu anksioznosti povezan i sa slabijim testiranjem realiteta koje ne mora biti nužno prisutno samo kod psihotičnih. Za razliku od neurotskih organizacija ličnosti granične organizacije ličnosti uvijek su u negativnoj korelaciji s pozitivnim afektima što se dovodi u vezu s temperamentalnim predispozicijama i manjkom ugodnih interakcija s ranim primarnim objektima (181,182,188). Zaključno možemo reći da Kernbergova teorija razvoja ličnosti ima važan doprinos u daljnjim znanstvenim istraživanjima s obzirom da (IPO) daje važne podatke o stupnju difuzije identiteta (koja uvijek postoji u svima nama u određenoj mjeri, a primjer su adolescenti kod kojih stupanj difuzije identiteta može biti povećan jer proces oblikovanja identiteta nije dovršen što odgovara adolescentnoj razvojnoj fazi), ali i stupnju anksioznosti, stupnju disforije i depresije kojima su u uvijek u osnovi negativna afektivna stanja i primitivne obrane (173, 188, 191). Ličnost je i ranije bila predmet proučavanja vezano uz oboljele od psihotičnih poremećaja pri čemu se, osim IPO-a, koristio petfaktorski model obilježja ličnosti (179). Njime je proučavana uloga ličnosti u etiologiji i ispoljavanju psihopatologije psihotičnih poremećaja na temelju kojih su konceptualizirana teorijska zapažanja: 1. ličnost oboljelog od psihoze u bitnim se obilježjima ne mijenja tijekom psihoze, 2. obilježja premorbidne ličnosti imaju patoplastičan efekt unutar kojeg se simptomi psihoze ispoljavaju, 3. poremećaji ličnosti su česte komorbidne dijagnoze psihotičnih poremećaja, 4. kod osjetljivih pojedinaca za razvoj psihoze određena obilježja ličnosti mogu biti rizični faktor ili čimbenik vulnerabilnog označitelja zbog čega je važno ispitati utjecaj okoline, obiteljskog okruženja, rane traume, stresne događaje itd. (88, 149,150, 250). Zaključno, teorija O. Kernberga uspjela je ujediniti nagonski model s teorijom objektnih odnosa, dati važan doprinos u teoriji ranog razvoja, razvoja nagona te oblikovanja ličnosti uz znanstvene i kliničke implikacije (173–178).

6.4. Uvid pacijenata u ranoj fazi psihoze i njihovih roditelja

U istraživanju kliničkog uvida pacijenata i roditelja u psihotični poremećaj, odnosno njihove svjesnosti koristili smo prvu glavnu komponentu podljestvice opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj – kratka verzija (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder - Abbreviated version, SUMD) – (124). Prvu podljestvicu opće svjesnosti čine tri čestice: 1. je li pacijent / roditelj svjestan psihičkog / psihotičnog poremećaja (svoga ili djetetova), 2. svjesnost o socijalnim posljedicama psihičkog poremećaja sebe ili djeteta, 3. vjeruje li pacijent / roditelj da je liječenje psihofarmacima potrebno. Rezultatima faktorske analize za prvu glavnu komponentu podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja, ljestvice za procjenu uvida u mentalni poremećaj – kratka verzija (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Abbreviated version; SUMD) – (124) za pacijente i roditelje dobili smo očekivano jednofaktorsko rješenje što je opravdalo daljnje korištenje ukupnog rezultata Opće svjesnosti za pacijente i roditelje u analizi.

Rezultati na općoj skali svjesnosti za pacijente i roditelje pokazali su da su pacijenti svjesniji svog poremećaja od njihovih roditelja i da je razlika svjesnosti statistički značajna.

Rezultati su bili suprotni našim očekivanjima s obzirom na iznesene činjenice o različitim razinama organizacija ličnosti te činjenici da osobe s psihotičnom organizacijom ličnosti slabije testiraju realitet od ostalih. I kod pacijenata i kod roditelja nije bilo statistički značajne razlike svjesnosti poremećaja vezano uz broj hospitalizacija oboljelih kao niti korelacija s različitim sociodemografskim varijablama kao što su spol, dob, obrazovanje, prihodi kućanstva ocijenjeni samoprocjenskim statusom, niti trajanjem PNP-a. Rezultati o svjesnosti roditelja u psihotični poremećaj njihove djece pokazao je jedino statističku značajnost po spolu roditelja. Očevi su imali veći uvid u odnosu na majke. Navedene rezultate pokušat ćemo objasniti dosadašnjim spoznajama.

6.4.1. Povezanost uvida pacijenata s psihopatologijom i težinom simptoma psihotičnog poremećaja

Iz dosadašnje literature znamo kako je klinički uvid važan za početak liječenja (111). Na uvid kao složen fenomen utječu individualni i okolinski čimbenici (106). Više studija potvrdilo je povezanost težine psihotičnih simptoma (pozitivnih, negativnih, kognitivnih i dezorganizacije) sa slabijim kliničkim uvidom (102–105, 111–114). U našoj ustanovi liječenje akutno psihotičnog pacijenta počinje na akutnom prijamnom odjelu primjenom antipsihotika i drugih psihofarmaka sukladno hrvatskim smjernicama HPD-a za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja (93). Ispitivanje smo provodili na Odjelu za psihoterapijsko i socioterapijsko liječenje psihotičnih poremećaja gdje se pacijenti nakon djelomičnog smirivanja akutne psihotične epizode nastavljaju liječiti uz uvjet motiviranosti za daljnjim liječenjem. Već ova činjenica ukazuje na populaciju pacijenata s većom motivacijom u odnosu na pacijente koji se nakon liječenja na akutnom odjelu otpuštaju kući uz samo daljnje ambulantne kontrole. Veća svjesnost i bolji uvid pacijenata postignut je ne samo primjenom medikamenata, nego i zahvaljujući intenzivnim psihoterapijskim i socioterapijskim liječenjem koji se odvija u okviru programa liječenja ranih intervencija RIPEPP-a (82–91). Program liječenja već je opisan, no u raspravi će biti istaknuto da se s pacijentima radi psihoterapijski i socioterapijski vrlo intenzivno, predano i empatijski uz odlično educiran medicinski tim. Pacijenti pohađaju četiri puta tjedno grupnu psihoterapiju (tri puta tjedno u malim grupama te jedanput put tjedno u srednjoj grupi), psihoedukacijske radionice, KBT, antistigma radionice, metakognitivni trening, raznoliki radnookupacijski program ujutro i tijekom poslijepodnevni sati u Klubu pacijenata "Zajedno". Istodobno dva puta mjesečno zajedno s roditeljima zajedno pohađaju psihoedukacijske radionice s osamnaest tematskih cjelina na kojima dobivaju sve relevantne informacije povezane s psihotičnim poremećajima, koje vode psihijatri u koterapiji (educirani KB terapeuti i grupni analitičari, educirane diplomirane medicinske sestre – grupne terapeute i liječnike specijalizante) – (82, 83). Postignuto poboljšanje kliničkog stanja vidljivo je na rezultatima PANSS-a koji je pokazao značajno niže izražene simptome u svih pet domena (afektivne, pozitivne, negativne, kognitivne i otporu). Najviši rezultat na PANSS-u pokazuje depresivne simptome, zatim pozitivni pa negativni dok je najbolji rezultat bio vezan uz kognitivne simptome i otpor. Rezultate PANSS-a možemo povezati s boljim kliničkim uvidom

6. RASPRAVA

pacijenata. Iz literature je poznato da jače izraženi depresivni simptomi poboljšavaju uvid tzv. paradoks uvida (120, 121). U ovoj fazi terapeuti moraju biti oprezni s obzirom na to da nakon smirivanja akutne faze može uslijediti depresivno stanje (tzv. postpsihotična depresija), a koju prati osjećaj stida, gubitka i tuge koji mogu povećati osjećaj beznađa i povećati suicidalni rizik (terapeuti moraju o ovom voditi računa) – (105). Utjecaj stigme (osobito internalizirana stigma) također može posredovati u povećanju depresivnih simptoma, time i većeg uvida, a može posredno djelovati i na suicidalnost (136, 137). Negativne učinke stigme nastojimo kontrolirati pohađanjem antistigma radionica i psihoterapijskih grupa. Povećanu depresivnost kao simptom ne smijemo miješati s depresivnom pozicijom M. Kleina koja je razvojna pozicija i koja je u psihoanalitičkom terminu nužna za stjecanje svjesnosti o cjelovitosti objekta, uvid i samoopservaciju, a koja po Kleinu nalikuje radu žalovanja (100, 156). Društvena i obiteljska stigma prema psihičkim poremećajima može negativno utjecati na proces oporavka (136, 137, 238 – 240), što se u našem istraživanju nije dogodilo.

Pacijenti su imali dobar rezultat na ljestvici kognitivnih simptoma što je također u vezi s boljim kliničkim uvidom (140, 141). Iz literature je poznato da su bolje kognitivne sposobnosti (smanjena kognitivna oštećenja) povezana s boljim uvidom (ibid.). Pored toga su preduvjet psihoterapijskog i metakognitivnog liječenja kojim se postižu veće spoznaje o sebi i okolini čime se može utjecati i na skraćenje PNP – (132). Naši rezultati ne predviđaju samo veću svjesnost svog poremećaja i dobar klinički uvid, već daju i mogućnost produblivanja uvida (kognitivni uvid koji slijedi nakon kliničkog), kojim se procesom metakognicije stječe veća sposobnost samoopservacije i kritičkog razmišljanja (49, 70, 78, 90, 101, 107, 116–120). Poznato je da pacijenti stječu bolji uvid u vlastiti poremećaj u trenutku kada promjene perspektivu, odnosno kada se mogu sagledati iz pozicije trećeg (100). Grupna psihoterapija sa svojim terapijskim faktorima i grupnim fenomenima također omogućava bolji uvid (82–87, 90, 245). Iako su u prezentnoj studiji pacijenti imali pozitivne i negativne simptome o njima su grupnim psihoterapijama mogli razgovarati, prepoznavati se u drugima (zrcaliti), razmjenjivati iskustva i informacije uz mogućnost stvaranja novog konteksta značenja simptoma. Pacijentica koja je imala rezistentne slušne halucinacije i koja je bila više puta na hospitalnom liječenju mogla je verbalizirati i razmišljati o svojim simptomima bez tjeskobe i straha. Lacanovskim rječnikom mogla ih je prevesti ponovno u simbolički registar (40). S psihodinamskog gledišta uvid je povezan s inkorporacijom unutarnjih objekata (i dobrih i loših) te uvijek označava njihovu integraciju uz rastuću autonomiju selfa (39). Grupna psihoterapija

6. RASPRAVA

pacijentima pruža mogućnost uvida, reparacije kao i novih smjernica u životu (85–87, 89, 100). Pacijenti s psihotičnim poremećajem ne samo da se moraju nositi s težinom svojih simptoma i žalovanjem zbog gubitka svog starog identiteta, već nužno moraju proći proces transformacije identiteta uz inkorporaciju traumatskih iskustava psihoze, njihovu proradu i uvid. Kao što smo napisali u uvodu transformacija identiteta ima središnju ulogu u postizanju funkcionalnog oporavka (157).

U trenutku teške akutne faze psihoze s jako izraženim psihotičnim simptomima uvid često nije moguć s obzirom na to da pozitivni simptomi kao potpuno nova i zastrašujuća iskustva stvaraju intenzivnu psihotičnu tjeskobu, tj. stanje uslijed kojeg pacijent nije u stanju razmišljati niti razgovarati (dezintegrirajuća psihotična tjeskoba onemogućava proces mišljenja) – (39, 40, 100.) Nasuprot pozitivnim simptomima jače izraženi negativni simptomi sprječavaju uvid na način da izoliraju pojedinca od okoline uz nemogućnost komunikacije i razmjene informacija sprječavajući ih da dođu u kontakt s vlastitim osjećajima (ovim procesom se slabi i kognicija i njen kapacitet za samoopservaciju) – (110, 133, 134). Pozitivni i negativni simptomi u predmetnom istraživanju na ljestvici PANSS-a bili su značajno sniženi što je također povezano s boljim uvidom. Dosadašnja istraživanja potvrđuju da je kod pacijenata s izraženim negativnim simptomima i kognitivnim oštećenjima nužno razviti posebne oblike psihoedukacijskih intervencija kojim bi se poboljšao klinički uvid što je preduvjet za daljnje liječenje (143). Za psihoanalitičare uvid je u općem smislu znanje koje se postiže terapijskim procesom (100). Karl Jaspers slično P. Heinemannu razlikuje pojam samorefleksije i znanja. Za Jaspersa je samoopservacija i samorefleksija stavljanje sebe u fokus istraživanja i opservacije kada postajemo predmetom istraživanja što nužno vodi promjenama unutar selfa. Stoga, samorefleksija uvijek uključuje samoopservaciju i samorazumijevanje (13,171). P. Heinmann slično Jaspersu uvid razmatra temeljnim činom samopromatranja i refleksije u dvostrukom smislu riječi (100). Pacijenti s prvom psihotičnom epizodom (PPE) imaju težak i dug zadatak pred sobom – suočiti se s teškim i vrlo neugodnim iskustvom psihoze kojeg postupno moraju prihvatiti, pokušati razumjeti i integrirati u vlastiti identitet što neminovno vodi osjećaju tuge i žalovanju (depresivna prorada) zbog gubitka svog starog Ja (100, 156–157, 171).

6.4.2. Povezanost uvida pacijenata s organizacijom ličnosti

Uvid nije trajna kategorija, već dinamičan proces podložan promjenama tijekom vremena (prati U-krivulju) – (145). I psihoanalitičari se slažu da je uvid dinamičan, nosi promjene, a prepoznajemo ga po njegovim plodovima, odnosno boljem funkcioniranju (100). U trenutku ispitivanja stupanj difuzije identiteta pacijenata bio je sličan difuziji identiteta na nekliničkom uzorku ispitanika (188, 189). Manje izražena difuzija identiteta omogućava veću svjesnost obzirom da umanjuje djelovanje primitivnog obrambenog mehanizama cijepanja (eng. *splitting*) uz mogućnost integracije dobrih i loših reprezentacija selfa i objekta uz veću koherentnost identiteta (173–175, 181, 182). Ovo je u skladu s rezultatima istraživanja Restek – Petrović i Štrkalj – Ivezić i sur. (85, 86) koje u svom radu navode kako se grupnom psihoterapijom psihotičnih pacijenata mogu postići promjene internaliziranih unutarnjih objekata na način da oni za njih postanu manje opasni i zastrašujući. Istraživanje je također potvrda ranijih rezultata istraživanja Restek – Petrović i sur. o boljem kognitivnom funkcioniranju pacijenata koji pohađaju grupnu psihoterapiju i njihovoj boljoj kvaliteti života (90, 91). Povezanost uvida i unutarnjih objekata uvijek je vezana uz njihovu mijenu i proradu (dok infantilni selfprojektivno pokušava uništiti ili kontrolirati unutarnje objekte (S – P pozicija), u zrelijoj depresivnoj poziciji bolje integrirani unutarnji objekti postižu veću slobodu djelovanja, odnosno postaju više nalik onom što su realni (vanjski) objekti već odradili (100, 156). Na kraju, možda i najvažnija potvrda koja se odnosi na uvid kod psihotičnih pacijenata i predrasuda koje često uočavamo, vezana je uz tvrdnju da je uvid uvijek jedinstven i solitaran fenomen kojeg smisljeno može imati jedino pojedinac s iskustvom psihoze (101). Ovo je istraživanje tu činjenicu potvrdilo. Koliko god kao terapeuti smatrali da smo razumjeli pacijenta (uključujući i psihotičnog), ne smijemo zaboraviti da je svaki pojedinac osoba za sebe, da ljudska priroda u svojoj jedinstvenosti uvijek izmiče potpunoj spoznaji s obzirom da je čovjek otvoren, nedovršen i nedovršiv (13, 171). Jednostavnije rečeno, ne možemo znati što se događa u umu drugog, jedino možemo imati mogućnost uvida kroz naš vlastiti kontratransfer (W. i M. Beranger) – (100). Ova činjenica također dijelom objašnjava rezultate zbog čega su pacijenti imali veću svjesnost u psihotični poremećaj od svojih roditelja.

6.4.3. Povezanost uvida pacijenata sa sociodemografskim i kliničkim obilježjima

U našem istraživanju nismo pronašli značajnije korelacije uvida pacijenta s njihovim spolom, dobi, obrazovanjem, prihodima kućanstva, samoprocjenom socioekonomskog statusa, niti dužinom PNP-a. Naši su rezultati u skladu s rezultatima prethodnih istraživanja koja navode kako nema značajnije povezanosti sociodemografskih podataka i kliničkog uvida (112, 132). Iako se u istraživanju Kama i sur. navodi kako žene s težim pozitivnim simptomima i dezorganizacijom imaju slabiji uvid nasuprot muškom spolu (112), rezultati istraživanja Cobia i sur. navode neznatne razlike slabijeg uvida žena u odnosu na muškarce zbog niske statističke značajnosti (131). Naše istraživanje nije pokazalo razlike uvida prema spolu pacijenata. Broj hospitalizacija u našem istraživanju također nije pokazao da utječe na uvid što je u skladu s ranijim istraživanjem (Ukrivulja uvida) – (130). Dužina perioda neliječene psihoze (PNP) u našem istraživanju nije bila povezana s uvidom za razliku od rezultata istraživanja (132) koji su utvrdili negativnu korelaciju dužine PNP-a i uvida. Ovo možemo objasniti prethodno iznesenom tvrdnjom da je prosječna dužina PNP-a u našem istraživanju kraća ($M = 74$ dana) u odnosu na mnoge zemlje i da je ispod preporuke WHO-a i ISSPS-a (214).

6.4.4. Uvid roditelja u psihotični poremećaj djece

U ovom su istraživanju roditelji bili manje svjesni psihotičnog poremećaja svog djeteta nego njihova bolesna djeca. Dobiveni rezultati nisu u skladu s ranija tri istraživanja (Smith i sur. 1997., Castel 2004. g., Brent i sur. 2011.) u kojima su roditelji imali neznatno bolji klinički uvid u odnosu na djecu, ali ne za sve dimenzije kliničkog uvida (130). Istraživanje Raffarda i sur. na 37 parova (roditelj – dijete) potvrđuje da roditelji s boljim kognitivnim sposobnostima imaju veći uvid jer su uključeni u proces psihoedukacije te bolje razumiju psihotične poremećaja djece, odnosno imaju bolji uvid (161). U našem se istraživanju nisu procjenjivale kognitivne sposobnosti roditelja pa rezultate ne možemo uspoređivati. Slabiji uvid roditelja naspram uvida oboljele djece možemo pokušati objasniti specifičnim odnosom roditelj – dijete koje uvid čini drugačijim od očekivanog. Psihodinamski uvid odraslog trebao bi biti bolji od uvida adolescenta ili mlađeg odraslog oboljelog

6. RASPRAVA

djeteta, ali roditelji često zbog vlastitog poricanja ne mogu vidjeti bolest djeteta. Čak i kada prepoznaju bolest, ne žele ju označiti, odnosno kvalificirati mentalnim poremećajem s obzirom da se u stresnim i bolnim situacijama aktiviraju afektivna neugodna stanja pa i čak i arhajsko-magijsko mišljenje (označivši dijete psihički bolesnim kao da bi trajno mogli zapečatiti njegovu sudbinu). Moramo uzeti u obzir činjenicu da su mentalni poremećaji i dalje stigmatizirani te su strah i zabrinutost roditelja vezano uz stigmom djeteta često opravdani (nemogućnost zaposlenja, ostvarenja emotivne veze, sklapanja braka itd.) – (237–242). Uvid roditelja u bolest djeteta često je opterećen vlastitim teškim osjećajima krivnje i neuspjeha kao roditelja. Često je prisutan osjećaj srama kako moje dijete može biti bolesno (38, 92, 169). Roditelji proživljavaju teške osjećaje te su opterećeni strahom, krivnjom, stidom, stigmom i ljutnjom što ukazuje da je potreban intenzivan rad s njima na koji oni često iz niza ograničenja nisu spremni. U nekim slučajevima roditelji su se i bojali dati eksplicitne odgovore kao da bi time zauvijek definirali daljnji tijek poremećaja svog djeteta bez mogućnosti povratka. Dobivene razlike uvida vezano uz spol roditelja u kojima su očevi imali bolji uvid nego majke objašnjavamo biološkim i sociokulturalnim čimbenicima. Majke su više povezane s djecom te više naginju simbiozi s djecom u odnosu na očeve (38). U istraživanju je sudjelovalo značajnije više majki nego očeva što također ukazuje na veću povezanost majki i djece. Općenito, rezultati ukazuju kako majke više kontaktiraju s psihijatrima – terapeutima te da više sudjeluju u RIPEPP programu nego očevi, ali ih vlastita ograničenja (emotivnost, zaštitnička uloga) priječe u boljem uvidu. Prirodna funkcija majke je zaštitna i njegujuća dok otac ima ulogu separatora tijekom procesa razvoja djeteta pomažući proces individuacije (38). Činjenica koja također ide u prilog većoj svjesnosti oboljelog u odnosu na roditelje odnosi se na zapažanje da promjene unutar selfa uvijek prvo prepozna oboljelo dijete, a tek zatim bliža okolina (roditelji) s obzirom da su znakovi prodroma često nespecifični i teško prepoznatljivi (19, 41, 251). Kada se pokrene ovaj proces, dijete će uvijek prvo osjetiti na sebi svaku promjenu, koju roditelj ne mora nužno uočiti, sve dok se ne dosegne vrh akutne psihotične faze s manifestnim znacima psihotičnih simptoma kritični period, odnosno simptomi akutne faze ne dosegnu vrhunac (48, 49, 251). U ovoj fazi dolazi do promjene uvida (oboljeli ga gubi) što se povezuje s intenzivnom tjeskobom i mehanizmom cijepanja dok roditelji prepoznaju sad već manifestne simptome i dijete dovedu u bolnicu. Programi rane intervencije koji uključuju obiteljsku terapiju, KBT, grupnu psihoterapiju za roditelje, psihoedukacijske radionice i savjetovanja imaju za cilj ne samo rano otkrivanje i liječenje, već i povećanje svjesnosti i razumijevanja nastanka psihotičnih poremećaja, što uvjetuje njihov razvoj,

6. RASPRAVA

kako spriječiti stresne čimbenike, poboljšati obiteljsku komunikaciju te općenito kreirati pozitivnije obiteljsko ozračje uz pružanje razumijevanja i nade koje roditeljima donosi olakšanje (11, 252). U programu rane intervencije prepoznata je važnost psihoedukacija za članove obitelji kao i važnost višeobiteljskih grupnih terapija koje su provode u okviru RIPEPP-a (82–92).

Psihodinamska grupna psihoterapija članova obitelji dio je programa rane intervencije RIPEPP-a kod prvih psihotičnih epizoda i ima važnu ulogu u promjeni odnosa prema bolesnoj djeci (92). Roditelji oboljele djece mogu dijeliti međusobna iskustva, savjetovati jedno drugo, manje se osjećaju osamljenima u svojoj patnji zbog bolesti djeteta, što smanjuje anksioznost i ima pozitivne učinke na tijek liječenja (ibid.). U grupnoj psihoterapiji roditelja radi se na promjeni loših komunikacijskih stilova, postupnom prihvaćanju bolesti djeteta tijekom kojeg i roditelji nužno prolaze proces transformacije (poput oboljelog djeteta) – od početnog neprihvatanja bolesti (poricanje) ili traženja krivca izvan (projekcija) do suočavanja s bolešću (pojava i prorada srama kao posljedice narcističke povrede) i krivnje (bolest kao kazna). U sljedećoj terapijskoj fazi roditelji pomiču fokus sa srama i krivnje na sebe uz početak tugovanja i ulaska u depresivnu poziciju po M. Kleinu, a koja je preduvjet za reparaciju i oporavak (156, 253).

6.5. Povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u psihotični poremećaj djece neovisno o kvaliteti uvida samih bolesnika i drugih navedenih prognostičkih čimbenika

Za razliku od pacijenata kod kojih nije pronađena povezanost između varijabli organizacije ličnosti (mehanizmi obrane, difuzija identiteta i testiranje realiteta) s rezultatom opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja ljestvice – SUMD, kod roditelja je nađena statistički značajna povezanost difuzije identiteta roditelja upitnika (IPO) s njihovim rezultatom Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja djeteta. Naknadnim utvrđivanjem povezanosti pronašli smo da je difuzija identiteta roditelja statistički povezana s njihovom svjesnošću o duševnom poremećaju djeteta i svjesnošću o socijalnim posljedicama dok korelacija sa svjesnošću o potrebi uzimanja medikamenata nije nađena. Navedene rezultate, koji su kontradiktorni, na prvi pogled možemo jasno povezati s Kernbergovom teorijom ličnosti i njegovim zapažanjem da se kod svake osobe kod koje postoji veća difuzija identiteta uslijed aktivacije mehanizma cijepanja (eng. *splitting*),

6. RASPRAVA

gube jasne granice između selfa i objekta zbog čega dolazi do konfuzije, manjkave svjesnosti, odnosno uvida. Kao što smo iznijeli u podlozi difuzije identiteta uvijek je mehanizam cijepanja splitting (uz projekciju, projektivnu identifikaciju, poricanje) kojem je u podlozi agresivni nagon. Poznato je da nagone (libidni, agresivni) u kvantitativnom smislu ne možemo izmjeriti. Međutim, doprinos Kernberga u teoriji ličnosti upravo se sastoji u činjenici da se nagoni, iako temperamentno urođeni, tijekom života grade (doprinos Kernberga u pokušaju spajanja nagonske Freudove teorije s teorijom objektnih odnosa i njegovim jedinstvenim doprinosom izgradnje nagona) – (173–175). Činjenica da nismo dobili povezanost difuzije identiteta roditelja sa svjesnošću odgovora na medikaciju, može ukazati da roditelji ipak prepoznaju važnost uzimanja medikacije, što posredno znači i da potvrđuju postojanje psihičkog poremećaja djeteta. Dobivena kontradiktornost ukazuje još jednom da su roditelji uslijed nepodnošljivih i bolnih emocija ponekad skloni poricanju ili umanjivanju težine i značaja bolesti (38, 253, 254), a ako poremećaj i prepoznaju ne mogu ga i/ili ne žele označiti što je već ranije navedeno. Pitanje označavanja uvodi nas u kompleksnost složenih odnosa označitelj – označeni (40) koja nije predmet ove rasprave (40).

Na kraju zadnjim specifičnim ciljem provjere postoji li povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u poremećaj njihove djece uz kontrolu navedenih prognostičkih čimbenika (gore navedenih sedamnaest kovarijata), kvalitetom uvida u mentalni poremećaj samog bolesnika (prva glavna komponenta podljestvice Opće svjesnosti o postojanju mentalnog poremećaja SUMD), PANNS pozitivni simptomi, PANNS negativni simptomi, PANNS kognitivni simptomi, PANNS afektivni ili depresivno-anksiozni simptomi, PANNS otpor, težina bolesti mjerena ljestvicom ukupnog kliničkog dojma (Clinical global impression scale – severity; CGI-S), trajanje poremećaja iz shizofrenog spektra, broj prethodnih psihijatrijskih hospitalizacija na tri razine, postojanje psihijatrijske farmakoterapije u trenutku uključivanja u istraživanje, dob pacijenta, spol pacijenta, obrazovanje pacijenta, dob roditelja, spol roditelja te obrazovanje roditelja, prije glavne regresijske analize napravljena je bivarijabilna i multivarijabilna regresijska analiza uz kontrolu navedenih (prognostičkih čimbenika).

Rezultati bivarijabilne analize vezani uz mehanizme obrane roditelja, difuzije identiteta i testiranja realiteta roditelja pokazali su da nema samostalne predikcije navedenih varijabli organizacije ličnosti roditelja za varijablu svjesnost roditelja o mentalnom poremećaju (SUMD, prva komponenta). Na osnovi analiza i nepostojanju barem umjerenih korelacija među varijablama

6. RASPRAVA

našim istraživanjem nismo dokazali glavnu hipotezu o postojanju predikcije organizacije ličnosti roditelja u predviđanju svjesnosti o mentalnom poremećaju djeteta.

Drugim riječima organizacija ličnosti roditelja nema prediktivnu ulogu predviđanja opće svjesnosti mentalnog poremećaja djeteta. Istraživanje ukazuje da treba tražiti druge prediktore koji bi eventualno mogli predvidjeti svjesnost.

Neovisno o nepotvrđenoj našoj hipotezi istraživanje je razjasnilo složen, fluidan i dinamičan proces uvida.

Istraživanje je također ukazalo na neosporan značaj koju obitelj ima tijekom procesa liječenja i oporavka psihotičnog djeteta. Kao što zdrava obitelj može poticati rast i sazrijevanje člana, disfunkcionalna obitelj ga ometa.

Obitelj je u psihoanalitičkom smislu grupa u kojoj svaki član time što posjeduje vlastiti self, a ujedno ima i dio drugog člana uz složen sustav reprezentacija (mentalnih predodžbi) – (256). Obitelj slijedi razvojni slijed nalik individualnom (od narcističke pozicije prvog obiteljskog organizatora kojeg čini obiteljski self koji je utemeljen na trajnoj vezi majke i djeteta prema Winnicottu) preko shizoparanoidne S-P pozicije M. Klein (drugog organizatora obitelji) tijekom kojeg dominiraju mehanizmi cijepanja i idealizacije do trećeg organizatora obitelji kojeg sačinjava depresivna pozicija po M. Klein tijekom koje se uslijed prepoznavanja vlastitih ambivalentnih osjećaja prema članovima obitelji stječe sposobnost za suosjećanje, razumijevanje i tugovanje uz istodobno (zabranu incesta i formiranja ego ideala) u povoljnom razvojnom tijeku. Organizacija obiteljske grupe na još većoj razini nastaje kada odrasli član uspije razriješiti infantilne ovisnosti, doseže individuaciju te je sposoban za nove emocionalne odnose. Psihitičan član obitelji znak je zastoja u prirodnom razvojnom slijedu (256). Istraživanje ukazuje na međusobnu složenost i isprepletenost kako individualnog tako i obiteljskog razvojnog procesa. Živimo u vremenima kada velik broj obitelji doživi dezintegraciju doživljavajući raspad nalik slomu psihotičnog člana. To je znak da je obitelj zapela u shizoparanoidnoj S-P poziciji uz nesvjesne težnje ponovnom narcističkom jedinstvu ili primarnoj simbiotskoj fuziji. Ako obitelj uspije razriješiti navedene konflikte, prijetnje dezintegracije, ona postaje temeljna grupa koja slijedi obiteljske temeljne pretpostavke u Bionovom smislu riječi (ibid.).

6. RASPRAVA

Programi ranih intervencija iz navedenih razloga uključuju obitelj u terapijski proces. Ako to nije moguće, odjelni tim nesvjesno postaje zamjenska obiteljska grupa – dobar objekt.

Obiteljska terapija, višeobiteljske grupne psihoterapije, psihoedukacija za roditelje te ostale psihosocijalne intervencije još jednom se potvrđuju *conditio sine qua non* u liječenju oboljelih od psihotičnih poremećaja osobito u njihovoj ranoj fazi (38, 252–255).

6.6. Ograničenja istraživanja

Ograničenje ovog istraživanja je provedenost presječnog istraživanja (eng. *cross-sectional*) čime je ograničeno zaključivanje o uzročno-posljedičnim poveznicama istraživanih fenomena. Za utvrđivanje uzročno-posljedičnih veza trebalo je provesti longitudinalno istraživanje.

Istraživanje je provedeno na relativno malom uzorku od 105 parova roditelj – bolesno dijete da bi se u potpunosti mogla shvatiti sva složenost odnosa i njihova međudjelovanja.

Samoprocjenski se upitnici također mogu smatrati nepotpuno pouzdanim s obzirom da su podložni subjektivnoj procjeni, ponekad zbog nesigurnosti ispitanika u davanju odgovora i potencijalnih pogreški.

Roditelji nisu ispunjavali PANSS upitnik kao djeca, a koji bi označavao njihovu eventualnu psihopatologiju. Psihopatologiju djece mjerili smo u jednoj točki nakon smirivanja akutne faze, stoga ne znamo kakva je ona bila u trenutku prijema u bolnicu. Vremenska razlika sigurno je utjecala na promjenu njihova uvida s obzirom da je uvid dinamičan fenomen.

Istraživanje je provedeno u urbanoj visokospecijaliziranoj ustanovi za liječenje bolesnika u ranoj fazi psihoze. Pronađene korelacije imaju relativno nisku statističku značajnost, a one također same po sebi ne ukazuju na kauzalnost.

7. ZAKLJUČAK

7. ZAKLJUČAK

Temeljem presječnog (eng. *cross-sectional*) istraživanja na 105 parova roditelj – dijete oboljelih u ranoj fazi psihotičnih poremećaja trajanja ≤ 5 godina stratificiranih prema broju hospitalizacija na tri podgrupe možemo navesti sljedeće zaključke.

1. Glavna hipoteza o prediktivnoj ulozi varijabli organizacije ličnosti roditelja (mehanizmi obrane, difuzija identiteta, testiranje realiteta) na kvalitetu roditeljskog uvida u psihotični poremećaj njihove djece nije potvrđena.
2. Pacijenti su pokazali dobre rezultate na petofaktorskoj ljestvici PANSS-a.
3. Roditelji su imali zrelije mehanizme obrane, manju difuziju identiteta te su bolje testirali realitet u odnosu na njihovu djecu oboljelu u ranoj fazi psihotičnih poremećaja.
4. Pacijenti oboljeli u ranoj fazi psihotičnih poremećaja pokazali su veću svjesnost od roditelja, odnosno bolji uvid na općoj skali svjesnosti uvida u mentalni poremećaj (prva ljestvica SUMD-a).
5. Očevi su pokazali veću svjesnost nego majke u uvid oboljele djece na općoj skali svjesnosti uvida u mentalni poremećaj (prva ljestvica SUMD-a).
6. Difuzija identiteta roditelja povezana je sa slabijom svjesnošću u poremećaj i slabijom svjesnošću socijalnih posljedica poremećaja dok nije povezana s uvidom potrebe uzimanja psihofarmaka.

8. SAŽETAK

8. SAŽETAK

Cilj istraživanja: ispitati povezanost organizacije ličnosti roditelja s uvidom u mentalni poremećaj njihove djece oboljele u ranoj fazi psihoze neovisno o drugim prognostičkim čimbenicima.

Nacrt studije: presječno istraživanje u razdoblju od godine dana.

Ispitanici i metode: 105 parova roditelj – djeca oboljeli u ranoj fazi psihoze (trajanje bolesti kraće od 5 godina, dob od 18 do 35 godina), oba spola, hospitalizirani u Klinici za psihijatriju "Sveti Ivan" s dijagnozama prema MKB-10 od F20 do F29.

Ispitanici su stratificirani prema broju hospitalizacija u tri grupe po 35 parova. Glavni ishod bio je ispitati svjesnost roditelja u psihotični poremećaj djeteta. Proveden je klinički intervju s oboljelima i njihovim roditeljima, prikupljeni su sociodemografski podatci, kod oboljelih je procijenjena psihopatologija i težina simptoma (petofaktorski model PANSS-a i CGI-s), a za obje skupine procijenjena je organizacija ličnosti (IPO) i Opća skala svjesnosti uvida u mentalni poremećaj (prva ljestvica SUMD).

Rezultati: kod pacijenata je neznatno zastupljeniji muški spol, imaju dobru edukacijsku razinu, uglavnom s dijagnozom F23 dok su u skupini roditelja značajno više zastupljene majke. Na petofaktorskoj ljestvici PANSS-a pacijenti su imali značajno poboljšanje simptoma u svim domenama. Roditelji su imali zrelije mehanizme obrane, manju difuziju identiteta te su bolje testirali realitet u odnosu na djecu. Pacijenti su bili svjesniji svog poremećaja nego njihovi roditelji. Očevi su bili svjesniji poremećaja kod djece od majki. Veći stupanj difuzije identiteta kod roditelja povezan je sa slabijom svjesnošću u poremećaj djece i svjesnošću o socijalnim posljedicama poremećaja. Organizacija ličnosti roditelja nije povezana s kvalitetom uvida u psihozu djece i nema prediktivnu vrijednost.

Zaključak: istraživanje je doprinijelo rasvjetljavanju složenosti problematike uvida, složenih odnosa između roditelja i djece ukazujući na nužnost obiteljskih psihoterapijskih i psihosocijalnih intervencija u liječenju pacijenata u ranoj fazi psihotičnih poremećaja.

Ključne riječi: ličnost, odnos roditelj – dijete, psihotični poremećaji, rano otkrivanje bolesti, uvid.

9. SUMMARY

9. SUMMARY

Objectives: To examine the connection between parents' personality organizations and insight into the mental disorder of their children suffering from early psychosis, independently of other prognostic factors.

Study design: Cross-sectional research over a one-year period.

Respondents and methods: 105 pairs of parents and children suffering from an early stage of psychosis (duration of illness less than 5 years, aged 18-35), both sexes, hospitalized in the Sveti Ivan Psychiatry Clinic, with diagnoses ranging from F20 to F29 according to the ICD-10. The respondents were stratified according to the number of hospitalizations into three groups of 35 couples. The main objective was to examine the parents' awareness of their child's psychotic disorder. A clinical interview was conducted with the patients and their parents, sociodemographic data was collected, psychopathology and severity of symptoms were assessed in patients (PANSS Five-Factor Model and CGI), and for both groups personality organization (IPO) and the General Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder were assessed (First SUMD scale).

Results: Among the patients, the male gender is slightly more represented, with a good level of education, mostly with the F23 diagnosis, while in the group of parents, mothers are significantly more represented. On the PANSS Five Factor scale, the patients showed a significant improvement in symptoms in all domains. The parents had more mature defense mechanisms, less diffusion of identity and tested reality better than their children. The patients were more aware of their disorder than their parents. The fathers were more aware of their children's disorders than the mothers. A higher degree of identity diffusion in parents is associated with a weaker awareness of the disorder in children and awareness of the social consequences of the disorder. The organization of parents' personality is not related to the quality of insight into children's psychosis and has no predictive value.

Conclusion: The research has contributed to clarifying the complexity of the issue of insight and complex relationships between parents and children, pointing to the necessity of family psychotherapy and psychosocial interventions in the treatment of patients in the early stages of psychotic disorders.

9. SUMMARY

Key words: early disease detection, insight, parent-child relationship, personality, psychotic disorders.

10. LITERATURA

1. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci.* 2015 Mar;17(1):9-18. doi: 10.31887/DCNS.2015.17.1/wgaebel. PMID: 25987859; PMCID: PMC4421906.
2. Arciniegas DB. Psychosis. *Continuum (Minneap Minn).* 2015 Jun;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715-36. doi: 10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7. PMID: 26039850; PMCID: PMC4455840.
3. Svjetska zdravstvena organizacija. Klasifikacija mentalnih poremećaja i poremećaja ponašanja, MKB 10- deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada; 2014.
4. Begić D. Psihopatologija. Zagreb: Medicinska naklada; 2011.
5. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
6. Schrimpf LA, Aggarwal A, Lauriello J. Psychosis. *Continuum (Minneap Minn).* 2018 Jun;24(3, Behavioral Neurology and Psychiatry):845-860. doi: 10.1212/CON.0000000000000602. PMID: 29851881.
7. Ostojić D. Prva epizoda shizofrenije – važnost ranog otkrivanja bolesti, što o tome trebaju znati socijalni radnici? *Ljetopis Socijalnog Rada/Annual of Social Work*;19(1):2012.
8. Andrić-Petrović S, Marić NP. Klasifikacija psihotičnih poremećaja-aktuelnosti. *Engrami.* 2019; 41(1): 85-100.
9. Möller HJ. Possibilities and limitations of DSM-5 in improving the classification and diagnosis of mental disorders. *Psychiatr Pol.* 2018 Aug 24;52(4):611-628. English, Polish. doi: 10.12740/PP/91040. Epub 2018 Aug 24. PMID: 30368532.
10. Fusar-Poli P, Carpenter WT, Woods SW, McGlashan TH. Attenuated psychosis syndrome: ready for DSM-5.1? *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:155-92. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153645. Epub 2014 Jan 17. PMID: 24471375.
11. Restek Petrović B. Načela rane intervencije kod psihotičnih poremećaja. U: Restek-Petrović B, Filipčić I, urednici. *Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja.* Zagreb: Medicinska naklada; 2016. str. 20-10.
12. Guloksuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med.* 2018 Jan;48(2):229-244. doi: 10.1017/S0033291717001775. Epub 2017 Jul 10. PMID: 28689498.

10. LITERATURA

13. Park SC. Karl Jaspers' General Psychopathology (Allgemeine Psychopathologie) and Its Implication for the Current Psychiatry. *Psychiatry Investig.* 2019 Feb;16(2):99-108. doi: 10.30773/pi.2018.12.19.2. Epub 2019 Feb 21. Erratum in: *Psychiatry Investig.* 2020 Feb;17(2):177. PMID: 30808115; PMCID: PMC6393754.
14. Coutts F, Koutsouleris N, McGuire P. Psychotic disorders as a framework for precision psychiatry. *Nat Rev Neurol.* 2023 Apr;19(4):221-234. doi: 10.1038/s41582-023-00779-1. Epub 2023 Mar 6. PMID: 36879033.
15. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. *Arch Gen Psychiatry.* 2007;64(1):19–28. doi:10.1001/archpsyc.64.1.19.
16. Moreno-Küstner B, Martin C, Pastor L. Prevalence of psychotic disorders and its association with methodological issues. A systematic review and meta-analyses. *PloS One.* 2018;13(4):e0195687
17. Jongsma HE, Jones PB. The incidence of psychotic disorders: only the tip of the iceberg? *Br J Hosp Med (Lond).* 2019 Dec 2;80(12):688-689. doi: 10.12968/hmed.2019.80.12.688. PMID: 31822190.
18. Vassos E, Agerbo E, Mors O, Pedersen CB. Urban-rural differences in incidence rates of psychiatric disorders in Denmark. *Br J Psychiatry.* 2016 May;208(5):435-40. doi: 10.1192/bjp.bp.114.161091. Epub 2015 Dec 17. PMID: 26678865.
19. Goldner-Vukov M, Cupina DD, Moore LJ, Baba-Milkić N, Milovanović S. Early intervention in first episode psychosis: hope for a better future. *Srp Arh Celok Lek.* 2007 Nov-Dec;135 11-12:672-8. PMID: 18368910.
20. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, O'Donovan M, Correll CU, Kane JM, van Os J, Insel TR. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primers.* 2015 Nov 12;1:15067. doi: 10.1038/nrdp.2015.67. PMID: 27189524.
21. Falkenburg, J., & Tracy, D. K. (2014). Sex and schizophrenia: a review of gender differences. *Psychosis.* 2014; 6(1), 61-69.2014.
22. Rahmani F, Roshangar F, Gholizadeh L, Asghari E. Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nurs Open.* 2022 Jul;9(4):1995-2002. doi: 10.1002/nop2.1205. Epub 2022 Mar 28. PMID: 35347867; PMCID: PMC9190687.

10. LITERATURA

23. Charlson FJ, Ferrari AJ, Santomauro DF, Diminic S, Stockings E, Scott JG, McGrath JJ, Whiteford HA. Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophr Bull.* 2018 Oct 17;44(6):1195-1203. doi: 10.1093/schbul/sby058. PMID: 29762765; PMCID: PMC6192504.
24. Crespo-Facorro B, Such P, Nylander AG, Madera J, Resemann HK, Worthington E, O'Connor M, Drane E, Steeves S, Newton R. The burden of disease in early schizophrenia - a systematic literature review. *Curr Med Res Opin.* 2021 Jan;37(1):109-121. doi: 10.1080/03007995.2020.1841618. Epub 2020 Nov 13. PMID: 33095689.
25. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M, Veijola J, Miettunen J. A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2013 Nov;39(6):1296-306. doi: 10.1093/schbul/sbs130. Epub 2012 Nov 20. PMID: 23172003; PMCID: PMC3796077.
26. Schmidt SJ, Schultze-Lutter F, Schimmelmann BG, Maric NP, Salokangas RK, Riecher-Rössler A, van der Gaag M, Meneghelli A, Nordentoft M, Marshall M, Morrison A, Raballo A, Klosterkötter J, Ruhrmann S. EPA guidance on the early intervention in clinical high risk states of psychoses. *Eur Psychiatry.* 2015 Mar;30(3):388-404. doi: 10.1016/j.eurpsy.2015.01.013. Epub 2015 Mar 3. PMID: 25749390.
27. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ, Nordentoft M. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017 Apr;4(4):295-301. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0. Epub 2017 Feb 22. Erratum in: *Lancet Psychiatry.* 2017 Sep;4(9):e19. PMID: 28237639.
28. Girgis RR. The neurobiology of suicide in psychosis: A systematic review. *J Psychopharmacol.* 2020 Aug;34(8):811-819. doi: 10.1177/0269881120936919. Epub 2020 Jul 8. PMID: 32638623.
29. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, Nesvåg R, Agartz I, Fosse R, Mork E, Steen NE, Andreassen OA, Melle I. Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophr Res.* 2010 Jun;119(1-3):11-7. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.022. PMID: 20399077.
30. Courtet P. Risque suicidaire lors du premier épisode psychotique [Suicidal risk during the first psychotic episode]. *Encephale.* 2018 Dec;44(6S):S39-S43. French. doi: 10.1016/S0013-7006(19)30078-8. PMID: 30935486.

10. LITERATURA

31. Gomes FV, Zhu X, Grace AA. Stress during critical periods of development and risk for schizophrenia. *Schizophr Res.* 2019 Nov;213:107-113. doi: 10.1016/j.schres.2019.01.030. Epub 2019 Jan 30. PMID: 30711313; PMCID: PMC6667322.
32. Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, Gilmore J. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry.* 2001 Dec 1;50(11):884-97. doi: 10.1016/s0006-3223(01)01303-8. Erratum in: *Biol Psychiatry* 2002 Feb 15;51(4):346. PMID: 11743943.
33. Lieberman JA, First MB. Psychotic Disorders. *N Engl J Med.* 2018 Jul 19;379(3):270-280. doi: 10.1056/NEJMra1801490. PMID: 30021088.
34. Weinstein JJ, Chohan MO, Slifstein M, Kegeles LS, Moore H, Abi-Dargham A. Pathway-Specific Dopamine Abnormalities in Schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 2017 Jan 1;81(1):31-42. doi: 10.1016/j.biopsych.2016.03.2104. Epub 2016 Mar 31. PMID: 27206569; PMCID: PMC5177794.
35. van Amsterdam J, Brunt T, van den Brink W. The adverse health effects of synthetic cannabinoids with emphasis on psychosis-like effects. *J Psychopharmacol.* 2015 Mar;29(3):254-63. doi: 10.1177/0269881114565142. Epub 2015 Jan 13. PMID: 25586398.
36. Sánchez-Blázquez P, Rodríguez-Muñoz M, Garzón J. The cannabinoid receptor 1 associates with NMDA receptors to produce glutamatergic hypofunction: implications in psychosis and schizophrenia. *Front Pharmacol.* 2014 Jan 2;4:169. doi: 10.3389/fphar.2013.00169. PMID: 24427139; PMCID: PMC3877778.
37. Faust TW, Chang EH, Kowal C, Berlin R, Gazaryan IG, Bertini E, Zhang J, Sanchez-Guerrero J, Fragoso-Loyo HE, Volpe BT, Diamond B, Huerta PT. Neurotoxic lupus autoantibodies alter brain function through two distinct mechanisms. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2010 Oct 26;107(43):18569-74. doi: 10.1073/pnas.1006980107. Epub 2010 Oct 4. PMID: 20921396; PMCID: PMC2972998.
38. Nikolić S. Psihijatrija dječje i adolescentne dobi, propedeutika. Zagreb: Školska knjiga; 1991. str.194-49.
39. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice.* 4.izd. American Psychiatric Publishing, inc; 2005.
40. Pavić L. Lacan: imaginarna jedinstvenost subjekta nasuprot autentičnom Ja. Zagreb: Školska knjiga; 2017.

10. LITERATURA

41. Bion WR. Attacks on linking. *International Journal of Psychoanalysis*, 1959;(40):308-15.
42. Štrkalj-Ivezić S. Suportivna psihodinamska psihoterapija oboljelih od shizofrenije i drugih poremećaja sa psihotičnom epizodom. U: Restek-Petrović B, i sur. Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2024. str.118-105.
43. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland HR. Classifying psychosis--challenges and opportunities. *Int Rev Psychiatry*. 2012 Dec;24(6):538-48. doi: 10.3109/09540261.2012.737313. PMID: 23244609.
44. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. A new five factor model of schizophrenia. *Psychiatr Q*.1994;65(4):299-322.
45. Peralta V, Gil-Berrozpe GJ, Librero J, Sánchez-Torres A, Cuesta MJ. The symptom and domain structure of psychotic disorders: a network analysis approach. *Schizophrenia Bulletin Open*. 2020 1(1):sgaa008.
46. van Rooijen G, Isvoranu AM, Meijer CJ, van Borkulo CD, Ruhé HG, de Haan L; GROUP investigators. A symptom network structure of the psychosis spectrum. *Schizophr Res*. 2017 Nov;189:75-83. doi: 10.1016/j.schres.2017.02.018. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28237606.
47. Keeley JW, Gaebel W. Symptom rating scales for schizophrenia and other primary psychotic disorders in ICD-11. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018 Jun;27(3):219-224. doi: 10.1017/S2045796017000270. Epub 2017 Jun 19. PMID: 28625216; PMCID: PMC6998858.
48. Primer A. Early Identification of Psychosis.Mental Health Evaluation &Community Consultant Unit.<http://www.mheccu.ubc.ca>.
49. Birchwood M, Todd P, Jackson C. Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998;172(33):53-9. PMID: 9764127.
50. Fusar-Poli P, Estradé A, Stanghellini G, Venables J, Onwumere J, Messas G, Gilardi L, Nelson B, Patel V, Bonoldi I, Aragona M, Cabrera A, Rico J, Hoque A, Otaiku J, Hunter N, Tamellini MG, Maschião LF, Puchivailo MC, Piedade VL, Kéri P, Kpodo L, Sunkel C, Bao J, Shiers D, Kuipers E, Arango C, Maj M. The lived experience of psychosis: a bottom-up review co-written by experts by experience and academics. *World Psychiatry*. 2022 Jun;21(2):168-188. doi: 10.1002/wps.20959. PMID: 35524616; PMCID: PMC9077608.

10. LITERATURA

51. Yung AR, McGorry PD. The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. *Aust N Z J Psychiatry*. 1996 Oct;30(5):587-99. doi: 10.3109/00048679609062654. PMID: 8902166.
52. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):353-70. doi: 10.1093/schbul/22.2.353. PMID: 8782291.
53. McGorry PD, Killackey E, Yung A. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2008 Oct;7(3):148-56. doi: 10.1002/j.2051-5545.2008.tb00182.x. PMID: 18836582; PMCID: PMC2559918.
54. Modinos G, McGuire P. The prodromal phase of psychosis. *Curr Opin Neurobiol*. 2015 Feb;30:100-5. doi: 10.1016/j.conb.2014.11.003. Epub 2014 Nov 28. PMID: 25464375.
55. Ostojić D, Silić A, Kos S, Čulo I. Terapija prve psihotične epizode. *Medicus. Psihijatrija danas*. 2017; 26(2),151-0.
56. Worthington MA, Cao H, Cannon TD. Discovery and Validation of Prediction Algorithms for Psychosis in Youths at Clinical High Risk. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2020 Aug;5(8):738-747. doi: 10.1016/j.bpsc.2019.10.006. Epub 2019 Nov 4. PMID: 31902580.
57. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, Meyer-Lindenberg A, Millan MJ, Borgwardt S, Galderisi S, Bechdolf A, Pfennig A, Kessing LV, van Amelsvoort T, Nieman DH, Domschke K, Krebs MO, Koutsouleris N, McGuire P, Do KQ, Arango C. Prevention of Psychosis: Advances in Detection, Prognosis, and Intervention. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jul 1;77(7):755-765. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.4779. PMID: 32159746.
58. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, Borgwardt S, Kempton MJ, Valmaggia L, Barale F, Caverzasi E, McGuire P. Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*. 2012 Mar;69(3):220-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1472. PMID: 22393215.
59. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G. Antipsychotics and Attenuated Psychosis Syndrome: Transdiagnostic assessment and discontinuation strategies. *Schizophr Res*. 2022 May;243:402-404. doi: 10.1016/j.schres.2021.06.030. Epub 2021 Jun 30. PMID: 34217548.
60. Susai SR, Sabherwal S, Mongan D, Föcking M, Cotter DR. Omega-3 fatty acid in ultra-high-risk psychosis: A systematic review based on functional outcome. *Early Interv*

10. LITERATURA

- Psychiatry. 2022 Jan;16(1):3-16. doi: 10.1111/eip.13133. Epub 2021 Mar 2. PMID: 33652502.
61. Mei C, van der Gaag M, Nelson B, Smit F, Yuen HP, Berger M, Krcmar M, French P, Amminger GP, Bechdolf A, Cuijpers P, Yung AR, McGorry PD. Preventive interventions for individuals at ultra high risk for psychosis: An updated and extended meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2021 Jun;86:102005. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102005. Epub 2021 Mar 26. PMID: 33810885.
 62. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, Keshavan M, Wood S, Ruhrmann S, Seidman LJ, Valmaggia L, Cannon T, Velthorst E, De Haan L, Cornblatt B, Bonoldi I, Birchwood M, McGlashan T, Carpenter W, McGorry P, Klosterkötter J, McGuire P, Yung A. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry.* 2013 Jan;70(1):107-20. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.269. PMID: 23165428; PMCID: PMC4356506.
 63. Hallikainen T, Repo-Tiihonen E. Psykoottisen potilaan aggressio--ehkaisy ja hoito [Managing aggression and violence associated with psychosis]. *Duodecim.* 2015;131(15):1361-6. Finnish. PMID: 26427235.
 64. Laxmi R, Sahoo S, Grover S, Nehra R. Psychological/Personal recovery and its correlates in patients with first episode psychosis. *Int J Soc Psychiatry.* 2023 Sep;69(6):1354-1368. doi: 10.1177/00207640231164526. Epub 2023 May 1. PMID: 37128162.
 65. García-Mieres H, Lysaker P, Leonhardt BL. A Comparison of Personal Recovery in Adults with Early Psychosis and Prolonged Schizophrenia. *Psicothema.* 2022 Feb;34(1):35-40. doi: 10.7334/psicothema2021.142. PMID: 35048893.
 66. Caseiro O, Pérez-Iglesias R, Mata I, Martínez-García O, Pelayo-Terán JM, Tabares-Seisdedos R, Ortiz-García de la Foz V, Vázquez-Barquero JL, Crespo-Facorro B. Predicting relapse after a first episode of non-affective psychosis: a three-year follow-up study. *J Psychiatr Res.* 2012 Aug;46(8):1099-105. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.001. Epub 2012 Jun 19. PMID: 22721546.
 67. Griffiths SL, Lalouis PA, Wood SJ, Upthegrove R. Heterogeneity in treatment outcomes and incomplete recovery in first episode psychosis: does one size fit all? *Transl Psychiatry.* 2022 Nov 17;12(1):485. doi: 10.1038/s41398-022-02256-7. PMID: 36396628; PMCID: PMC9671914.

10. LITERATURA

68. Grabowski K, Rynkiewicz A, Lassalle A, Baron-Cohen S, Schuller B, Cummins N, Baird A, Podgórska-Bednarz J, Pieniążek A, Łucka I. Emotional expression in psychiatric conditions: New technology for clinicians. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2019 Feb;73(2):50-62. doi: 10.1111/pcn.12799. Epub 2018 Dec 25. PMID: 30565801.
69. Torous J, Bucci S, Bell IH, Kessing LV, Faurholt-Jepsen M, Whelan P, Carvalho AF, Keshavan M, Linardon J, Firth J. The growing field of digital psychiatry: current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World Psychiatry*. 2021 Oct;20(3):318-335. doi: 10.1002/wps.20883. PMID: 34505369; PMCID: PMC8429349.
70. Bora E. A neurodevelopment and neuroplasticity-based framework for early intervention in psychotic disorders. *Psychol Med*. 2018 Feb;48(3):353-361. doi: 10.1017/S0033291717002045. Epub 2017 Aug 11. PMID: 28799518.
71. Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis. *Schizophr Bull*. 2011 Nov;37(6):1111-4. doi: 10.1093/schbul/sbr110. Epub 2011 Sep 10. PMID: 21908851; PMCID: PMC3196939.
72. Bertulies-Esposito B, Sicotte R, Iyer SN, Delfosse C, Girard N, Nolin M, Villeneuve M, Conus P, Abdel-Baki A. Détection et intervention précoce pour la psychose : pourquoi et comment ? [Early Detection and Intervention for Psychosis: Why and How?]. *Sante Ment Que*. 2021 Fall;46(2):45-83. French. PMID: 35617494.
73. Csillag C, Nordentoft M, Mizuno M, McDaid D, Arango C, Smith J, Lora A, Verma S, Di Fiandra T, Jones PB. Early intervention in psychosis: From clinical intervention to health system implementation. *Early Interv Psychiatry*. 2018 Aug;12(4):757-764. doi: 10.1111/eip.12514. Epub 2017 Nov 16. PMID: 29143456.
74. Agius M, Hadjinicolaou AV, Ramkisson R, Shah S, Haq SU, Tomenson B, Zaman R. Does early intervention for psychosis work? An analysis of outcomes of early intervention in psychosis based on the critical period hypothesis, measured by number of admissions and bed days used over a period of six years, the first three in an early intervention service, the second three in a community mental health team. *Psychiatr Danub*. 2010 Nov;22 Suppl 1:S72-84. PMID: 21057408.
75. Agius M, Shah S, Ramkisson R, Murphy S, Zaman R. Three year outcomes of an early intervention for psychosis service as compared with treatment as usual for first psychotic

10. LITERATURA

- episodes in a standard community mental health team - final results. *Psychiatr Danub*. 2007 Sep;19(3):130-8. PMID: 17914313.
76. Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, Craig TJ, Nordentoft M, Srihari VH, Guloksuz S, Hui CLM, Chen EYH, Valencia M, Juarez F, Robinson DG, Schooler NR, Brunette MF, Mueser KT, Rosenheck RA, Marcy P, Addington J, Estroff SE, Robinson J, Penn D, Severe JB, Kane JM. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018 Jun 1;75(6):555-565. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2018.0623. PMID: 29800949; PMCID: PMC6137532.
77. Johannessen JO, Larsen TK, Joa I, Melle I, Friis S, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan TH. Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study. *Br J Psychiatry Suppl*. 2005 Aug;48:s24-8. doi: 10.1192/bjp.187.48.s24. PMID: 16055803.
78. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannessen JO, Opjordsmoen S, Simonsen E, Rund BR, Vaglum P, McGlashan T. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Feb;61(2):143-50. doi: 10.1001/archpsyc.61.2.143. PMID: 14757590.
79. Melle I, Johannesen JO, Friis S, Haahr U, Joa I, Larsen TK, Opjordsmoen S, Rund BR, Simonsen E, Vaglum P, McGlashan T. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*. 2006 May;163(5):800-4. doi: 10.1176/ajp.2006.163.5.800. PMID: 16648319.
80. Mittal VA, Dean DJ, Mittal J, Saks ER. Ethical, Legal, and Clinical Considerations when Disclosing a High-Risk Syndrome for Psychosis. *Bioethics*. 2015 Oct;29(8):543-56. doi: 10.1111/bioe.12155. Epub 2015 Feb 17. PMID: 25689542.
81. Hyatt AS, Hasler V, Wilner EK. What happens after early intervention in first-episode psychosis? Limitations of existing service models and an agenda for the future. *Curr Opin Psychiatry*. 2022 May 1;35(3):165-170. doi: 10.1097/YCO.0000000000000785. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35579870.
82. Restek-Petrović B, Mihanović M, Grah M, Molnar S, Bogović A, Agius M, Kezić S, Grošić V, Mayer N, Svrđlin P, Dominis V, Goršić L, Kamerman N, Pavlović I, Švigelj A, Vrbeč

10. LITERATURA

- P. Early intervention program for psychotic disorders at the Psychiatric hospital " Sveti Ivan". *Psychiatr Danub.* 2012, 24(3):323-332.
83. Restek-Petrović B, Grah M, Molnar S, Grošić V, Šago D, Bogović A, Pavlović I. RIPEPP-deset godina iskustva. U. Restek-Petrović B, Filipčić I, urednici. *Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja.* Zagreb: Medicinska naklada; 2016. str. 208-190.
84. Mayer N, Petrović BR, Grah M, Lovretić V, Filipčić I. Treatment of patients in early phase of psychosis on psychotherapeutic inpatient unit - presentation of the therapeutic programme and evaluation of some aspects. *Psychiatr Danub.* 2017 Sep;29(Suppl 3):447-451. PMID: 28953806.
85. Ivezić SŠ, Petrović BR, Urlić I, Grah M, Mayer N, Stijačić D, Jendričko T, Martić-Biočina S. Guidelines for Individual and Group Psychodynamic Psychotherapy for the Treatment of Persons Diagnosed with Psychosis and/or Schizophrenia. *Psychiatr Danub.* 2017 Sep;29(Suppl 3):432-440. PMID: 28953804.
86. Restek-Petrović B, Mayer N, Grah M. Psychodynamic Group Psychotherapy in the Early Intervention Program for Patients with Psychosis (RIPEPP). *Psychiatr Danub.* 2018 Jun;30(Suppl 4):198-202. PMID: 29864760.
87. Restek-Petrović B, Bogović A, Orešković-Krezler N, Grah M, Mihanović M, Ivezić E. The Perceived Importance of Yalom's Therapeutic Factors in Psychodynamic Group Psychotherapy for Patients with Psychosis. *Gr Anal.* 2014;47(4): 456-71. <https://doi.org/10.1177/0533316414554160>.
88. Restek-Petrović B, Bogović A, Grah M, Filipčić I, Ivezić E. Personality characteristics of psychotic patients as possible motivating factors for participating in group psychotherapy. *Psychiatr Danub.* 2015 Sep;27 Suppl 1:S364-70. PMID: 26417797.
89. Restek-Petrović B, Majdančić A, Molnar S, Grah M, Ivezić E, Filipčić I, Bogović A, Grošić V, Mayer N, Kezić S, Pavlović I. Early intervention programme for patients with psychotic disorders in "Sveti Ivan" Psychiatric hospital (RIPEPP) - sociodemographic and baseline characteristics of the participants. *Psychiatr Danub.* 2017 Jun;29(2):162-170. PMID: 28636574.
90. Restek-Petrović B, Bogović A, Mihanović M, Grah M, Mayer N, Ivezić E. Changes in aspects of cognitive functioning in young patients with schizophrenia during group

10. LITERATURA

- psychodynamic psychotherapy: a preliminary study. *Nord J Psychiatry*. 2014 Jul;68(5):333-40. doi: 10.3109/08039488.2013.839738. Epub 2013 Oct 8. PMID: 24102515.
91. Restek-Petrović B, Orešković-Krezler N, Bogović A, Mihanović M, Grah M, Prskalo V. Kvaliteta života osoba oboljelih od shizofrenije liječenih dugotrajnom psihodinamskom grupnom psihoterapijom. *Soc Psihijat*.2012; 40: 29-37.
 92. Grah M, Restek-Petrović B, Mihanović M, Kezić S, Bogović A, Jelavić S. Primjena grupne analize u psihoterapijskom radu s članovima obitelji pacijenata oboljelih od psihotičnih poremećaja. *Soc Psihijat*. 2012; 40(3), 169-76.
 93. Ostojić D, Silić A, Šagud M, Savić A, Karlović D, Rojnić Kuzman M. Hrvatske smjernice za liječenje shizofrenije i drugih psihotičnih poremećaja. 2019.
 94. Silić A. "Dijagnostika i liječenje osobe s prvom psihotičnom epizodom." *Medicus* 32.1. *Psihoze*(2023):27-31.
 95. Correll CU, Howes OD. Treatment-Resistant Schizophrenia: Definition, Predictors, and Therapy Options. *J Clin Psychiatry*. 2021 Sep 7;82(5):MY20096AH1C. doi: 10.4088/JCP.MY20096AH1C. PMID: 34496461.
 96. Kishimoto T, Hagi K, Kurokawa S, Kane JM, Correll CU. Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia: a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. *Lancet Psychiatry*. 2021 May;8(5):387-404. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00039-0. Epub 2021 Apr 13. PMID: 33862018.
 97. David AS. Insight and psychosis: the next 30 years. *Br J Psychiatry*. 2020 Sep;217(3):521-523. doi: 10.1192/bjp.2019.217. PMID: 31685039.
 98. Mythri SV & Ebenezer JA. Insight in Psychosis: An Integrated Perspective. *Psychosis- Biopsychosocial and Relational Perspectives*, 2018.
 99. Jacob KS. Insight in Psychosis: An Indicator of Severity of Psychosis, an Explanatory Model of Illness, and a Coping Strategy. *Indian J Psychol Med*. 2016 May-Jun;38(3):194-201. doi: 10.4103/0253-7176.183078. PMID: 27335513; PMCID: PMC4904754.
 100. Etchegoyen RH. The fundamentals of psychoanalytic technique. Routledge, 2018.
 101. Markova IS, Berrios GE. The "object" of insight assessment: relationship to insight "structure". *Psychopathology*.2001;34:245-252.

10. LITERATURA

102. Vaz FJ, Béjar A, Casado M. Insight, psychopathology, and interpersonal relationships in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2002;28(2):311-7. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a006940. PMID: 12693436.
103. Campos MS, Garcia-Jalon E, Gilleen JK, David AS, Peralta VM, Cuesta MJ. Premorbid personality and insight in first-episode psychosis. *Schizophr Bull.* 2011 Jan;37(1):52-60. doi: 10.1093/schbul/sbq119. Epub 2010 Oct 25. PMID: 20974749; PMCID: PMC3004187.
104. Simon V, De Hert M, Wampers M, Peuskens J, van Winkel R. The relation between neurocognitive dysfunction and impaired insight in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2009 May;24(4):239-43. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.10.004. Epub 2008 Dec 13. PMID: 19070996.
105. Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders. *Schizophr Bull.* 2019 Mar 7;45(2):277-283. doi: 10.1093/schbul/sby092. PMID: 29939361; PMCID: PMC6403083.
106. Norman RM, Windell D, Lynch J, Manchanda R. Parsing the relationship of stigma and insight to psychological well-being in psychotic disorders. *Schizophr Res.* 2011 Dec;133(1-3):3-7. doi: 10.1016/j.schres.2011.09.002. Epub 2011 Sep 29. PMID: 21962748.
107. Jacob KS. Insight in psychosis: A critical review of the contemporary confusion. *Asian J Psychiatr.* veljača 2020.;48:101921.
108. Berg AO, Barrett EA, Nerhus M, Büchman C, Simonsen C, Faerden A, i ostali. Psychosis: clinical insight and beliefs in immigrants in their first episode. *Early Interv Psychiatry.* travanj 2018.;12(2):185–92.
109. Marriott MR, Thompson AR, Cockshutt G, Rowse G. Narrative insight in psychosis: The relationship with spiritual and religious explanatory frameworks. *Psychol Psychother.* 2019 Mar;92(1):74-90. doi: 10.1111/papt.12178. Epub 2018 Mar 25. PMID: 29575518; PMCID: PMC6585658.
110. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki.* 01. travanj 2019.;30(1):13–6.
111. Amador XF, David AS. *Insight and psychosis. Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders.* 2. izd. New York: Oxford University Press; 2004. str.26-3.
112. Kam TK, Lui TT, Lau FC, Chan KW, Lee HM, Hui LM, Suen YN, Lui SY, Chen E, Chang WC. Clinical and psychological correlates of insight dimensions in patients with early

10. LITERATURA

- psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2022 May;16(5):527-532. doi: 10.1111/eip.13191. Epub 2021 Jul 26. PMID: 34309188.
113. Gumley AI, Schwannauer M, Macbeth A, Fisher R, Clark S, Rattrie L, Fraser G, McCabe R, Blair A, Davidson K, Birchwood M. Insight, duration of untreated psychosis and attachment in first-episode psychosis: prospective study of psychiatric recovery over 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 2014 Jul;205(1):60-7. doi: 10.1192/bjp.bp.113.126722. Epub 2014 Apr 10. PMID: 24723630.
114. Rozalski V, McKeegan GM. Insight and Symptom Severity in an Inpatient Psychiatric Sample. *Psychiatr Q*. 2019 Jun;90(2):339-350. doi: 10.1007/s11126-019-09631-6. PMID: 30835013.
115. de Jong MH, Oorschot M, Kamperman AM, Brussaard PE, Knijff EM, van de Sande R, Van Gool AR, Mulder CL. Crucial factors preceding compulsory psychiatric admission: a qualitative patient-record study. *BMC Psychiatry*. 2017 Oct 24;17(1):350. doi: 10.1186/s12888-017-1512-y. PMID: 29065870; PMCID: PMC5655985.
116. O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, O'Rourke L, Daly S, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Perceptions of involuntary admission and risk of subsequent readmission at one-year follow-up: the influence of insight and recovery style. *J Ment Health*. 2011 Jun;20(3):249-59. doi: 10.3109/09638237.2011.562263. PMID: 21574790.
117. Droulout T, Liraud F, Verdoux H. Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques [Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis]. *Encephale*. 2003 Sep-Oct;29(5):430-7. French. PMID: 14615692.
118. Misdrahi D, Petit M, Blanc O, Bayle F, Llorca PM. The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord J Psychiatry*. 2012 Feb;66(1):49-54. doi: 10.3109/08039488.2011.598556. Epub 2011 Aug 10. PMID: 21830849.
119. Wittorf A, Jakobi U, Bechdolf A, Müller B, Sartory G, Wagner M, Wiedemann G, Wölwer W, Herrlich J, Buchkremer G, Klingberg S. The influence of baseline symptoms and insight on the therapeutic alliance early in the treatment of schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2009 May;24(4):259-67. doi: 10.1016/j.eurpsy.2008.12.015. Epub 2009 Feb 5. PMID: 19200695.

10. LITERATURA

120. Keshavan MS. Impaired insight in psychotic disorder: an unmet need in treatment. *Schizophr Res.* 2019 Apr;206:2-3. doi: 10.1016/j.schres.2019.04.007. PMID: 31101297.
121. Jacob KS. Insight in psychosis: an independent predictor of outcome or an explanatory model of illness? *Asian J Psychiatr.* 2014 Oct;11:65-71. doi: 10.1016/j.ajp.2014.06.001. Epub 2014 Jun 14. PMID: 25453700.
122. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry.* 1993 Jun;150(6):873-9. doi: 10.1176/ajp.150.6.873. PMID: 8494061.
123. Dumas R, Baumstarck K, Michel P, Lançon C, Auquier P, Boyer L. Systematic review reveals heterogeneity in the use of the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD). *Curr Psychiatry Rep.* 2013 Jun;15(6):361. doi: 10.1007/s11920-013-0361-8. PMID: 23636985.
124. Michel P, Baumstarck K, Auquier P, Amador X, Dumas R, Fernandez J, Lancon C, Boyer L. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. *BMC Psychiatry.* 2013 Sep 22;13:229. doi: 10.1186/1471-244X-13-229. PMID: 24053640; PMCID: PMC3851247.
125. Vidović D. Povezanost samostigme i uvida u bolest s depresivnošću i suicidalnošću u oboljelih od shizofrenije. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 2016. str. 15-4.
126. Vohs JL, George S, Leonhardt BL, Lysaker PH. An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments. *Expert Rev Neurother.* 2016 Oct;16(10):1193-204. doi: 10.1080/14737175.2016.1199275. Epub 2016 Jun 22. PMID: 27278672.
127. De Hert M, Wampers M, Peuskens J. Symptomatology and insight in the disorder in psychotic patients. *Schizophrenia Research.* 2001;49(1).
128. Pousa E, Brébion G, López-Carrilero R, Ruiz AI, Grasa E, Barajas A, Peláez T, Alfonso-Gutiérrez-Zotes, Lorente E, Barrigón ML, Ruiz-Delgado I, González-Higueras F, Cid J, Pérez-Solà V; Spanish Metacognition Study Group; Insight Barcelona Work Group; Ochoa S. Clinical insight in first-episode psychosis: Clinical, neurocognitive and metacognitive predictors. *Schizophr Res.* 2022 Oct;248:158-167. doi: 10.1016/j.schres.2022.08.007. Epub 2022 Sep 2. PMID: 36063607.

10. LITERATURA

129. De Hert MA, Simon V, Vidovic D, Franic T, Wampers M, Peuskens J, van Winkel R. Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2009 Dec;24(8):507-12. doi: 10.1016/j.eurpsy.2009.04.004. Epub 2009 Jun 21. PMID: 19540728.
130. Gigante AD, Castel S. Insight into schizophrenia: a comparative study between patients and family members. *Sao Paulo Med J*. 2004 Nov 4;122(6):246-51. doi: 10.1590/s1516-31802004000600004. Epub 2005 Feb 2. PMID: 15692718.
131. Cobo J, Nieto L, Ochoa S, Pousa E, Usall J, Baños I, González B, Ruiz I; Insight Barcelona Research Group; Ruiz AI. Insight and gender in schizophrenia and other psychoses. *Psychiatry Res*. 2016 Sep 30;243:268-77. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.089. Epub 2016 Jun 16. PMID: 27423634.
132. Tirupati S, Padmavati R, Thara R, McCreadie RG. Insight and psychopathology in never-treated schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2007 May-Jun;48(3):264-8. doi: 10.1016/j.comppsy.2006.10.006. Epub 2007 Jan 30. PMID: 17445521.
133. Ayesa-Arriola R, Moríñigo JD, David AS, Pérez-Iglesias R, Rodríguez-Sánchez JM, Crespo-Facorro B. Lack of insight 3 years after first-episode psychosis: an unchangeable illness trait determined from first presentation? *Schizophr Res*. 2014 Aug;157(1-3):271-7. doi: 10.1016/j.schres.2014.05.011. Epub 2014 Jun 14. PMID: 24934905.
134. Belvederi Murri M, Respino M, Innamorati M, Cervetti A, Calcagno P, Pompili M, Lamis DA, Ghio L, Amore M. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2015 Mar;162(1-3):234-47. doi: 10.1016/j.schres.2015.01.003. Epub 2015 Jan 24. PMID: 25631453.
135. Belvederi Murri M, Amore M, Calcagno P, Respino M, Marozzi V, Masotti M, Bugliani M, Innamorati M, Pompili M, Galderisi S, Maj M. The "Insight Paradox" in Schizophrenia: Magnitude, Moderators and Mediators of the Association Between Insight and Depression. *Schizophr Bull*. 2016 Sep;42(5):1225-33. doi: 10.1093/schbul/sbw040. Epub 2016 Apr 11. PMID: 27069064; PMCID: PMC4988746.
136. Vidović D, Brečić P, Vilibić M, Jukić V. Insight and self-stigma in patients with schizophrenia. *Acta Clin Croat*. 2016 Mar;55(1):23-8. doi: 10.20471/acc.2016.55.01.4. PMID: 27333714.

10. LITERATURA

137. Krupchanka D, Katliar M. The Role of Insight in Moderating the Association Between Depressive Symptoms in People With Schizophrenia and Stigma Among Their Nearest Relatives: A Pilot Study. *Schizophr Bull.* 2016 May;42(3):600-7. doi: 10.1093/schbul/sbw024. Epub 2016 Mar 12. PMID: 26970100; PMCID: PMC4838116.
138. Sharaf AY, Ossman LH, Lachine OA. A cross-sectional study of the relationships between illness insight, internalized stigma, and suicide risk in individuals with schizophrenia. *Int J Nurs Stud.* 2012 Dec;49(12):1512-20. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.08.006. Epub 2012 Aug 30. PMID: 22939218.
139. Davis BJ, Lysaker PH, Salyers MP, Minor KS. The insight paradox in schizophrenia: A meta-analysis of the relationship between clinical insight and quality of life. *Schizophr Res.* 2020 Sep;223:9-17. doi: 10.1016/j.schres.2020.07.017. Epub 2020 Aug 3. PMID: 32763114.
140. Sagayadevan V, Jeyagurunathan A, Lau YW, Shafie S, Chang S, Ong HL, Samari E, Verma SK, Chong SA, Subramaniam M. Cognitive insight and quality of life among psychiatric outpatients. *BMC Psychiatry.* 2019 Jun 28;19(1):201. doi: 10.1186/s12888-019-2163-y. PMID: 31253121; PMCID: PMC6599343.
141. Ghaemi SN, Pope HG Jr. Lack of insight in psychotic and affective disorders: a review of empirical studies. *Harv Rev Psychiatry.* 1994 May-Jun;2(1):22-33. doi: 10.3109/10673229409017110. PMID: 9384876.
142. Buchy L, Bodnar M, Malla A, Joobar R, Lepage M. A 12-month outcome study of insight and symptom change in first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry.* 2010 Feb;4(1):79-88. doi: 10.1111/j.1751-7893.2010.00166.x. PMID: 20199483.
143. de Jong S, Hasson-Ohayon I, van Donkersgoed RJM, Timmerman ME, van der Gaag M, Aleman A, Marieke Pijnenborg GH, Lysaker PH. Predicting therapy success from the outset: The moderating effect of insight into the illness on metacognitive psychotherapy outcome among persons with schizophrenia. *Clin Psychol Psychother.* 2019 Nov;26(6):650-660. doi: 10.1002/cpp.2388. Epub 2019 Aug 8. PMID: 31270887.
144. Habibi Asgarabad M, Ruhollah Hosseini S, Salehi Yegaei P, Moradi S, Lysaker PH. Psychopathology and Poor Clinical Insight in Psychotic Patients: Does the Diagnosis Matter? *J Nerv Ment Dis.* 2022 Jul 1;210(7):532-540. doi: 10.1097/NMD.0000000000001475. Epub 2022 Jan 12. PMID: 35766546.

10. LITERATURA

145. Gerretsen P, Plitman E, Rajji TK, Graff-Guerrero A. The effects of aging on insight into illness in schizophrenia: a review. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014 Nov;29(11):1145-61. doi: 10.1002/gps.4154. Epub 2014 Jul 23. PMID: 25055980; PMCID: PMC4472640.
146. Schandrin A, Norton J, Raffard S, Aouizerate B, Berna F, Brunel L, Chereau-Boudet I, D'Amato T, Denizot H, Dubertret C, Dubreucq J, Faget C, Fond G, Gabayet F, Llorca PM, Mallet J, Misdrahi D, Passerieux C, Rey R, Schurhoff F, Urbach M, Bonnet S, Capdevielle D; FACE-SZ (FondaMental Academic Centers of Expertise for Schizophrenia) group. A multi-dimensional approach to the relationship between insight and aggressiveness in schizophrenia: Findings from the FACE-SZ cohort. *Schizophr Res*. 2019 Feb;204:38-45. doi: 10.1016/j.schres.2018.07.029. Epub 2018 Aug 3. PMID: 30082179.
147. Lee EHM, Hui CLM, Chan KPK, Chan PY, Law EYL, Chong CSY, Chang WC, Chan SKW, Lee WK, Lo AWF, Pang EPF, Cheung EFC, Yiu MGC, Chung DWS, Ng RMK, Yeung WS, Lo WTL, Chen EYH. The role of symptoms and insight in mediating cognition and functioning in first episode psychosis. *Schizophr Res*. 2019 Apr;206:251-256. doi: 10.1016/j.schres.2018.11.009. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30449592.
148. Nair A, Palmer EC, Aleman A, David AS. Relationship between cognition, clinical and cognitive insight in psychotic disorders: a review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2014 Jan;152(1):191-200. doi: 10.1016/j.schres.2013.11.033. Epub 2013 Dec 16. PMID: 24355529.
149. Beauchamp MC, Lecomte T, Lecomte C, Leclerc C, Corbière M. Do people with a first episode of psychosis differ in personality profiles? *Schizophr Res*. 2006 Jul;85(1-3):162-7. doi: 10.1016/j.schres.2006.03.026. Epub 2006 May 5. PMID: 16679000.
150. Cuesta MJ, Gil P, Artamendi M, Serrano JF, Peralta V. Premorbid personality and psychopathological dimensions in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2002 Dec 1;58(2-3):273-80. doi: 10.1016/s0920-9964(01)00395-4. PMID: 12409168.
151. Campos MS, Garcia-Jalon E, Gilleen JK, David AS, Peralta VM, Cuesta MJ. Premorbid personality and insight in first-episode psychosis. *Schizophr Bull*. 2011 Jan;37(1):52-60. doi: 10.1093/schbul/sbq119. Epub 2010 Oct 25. PMID: 20974749; PMCID: PMC3004187.
152. Hasson-Ohayon I, Scholte-Stalenhoef AN, Schirmbeck F, de Haan L, Cahn W, Pijnenborg GHM, Boyette LL; For GROUP. Insight, personality, and symptoms among individuals

10. LITERATURA

- with psychosis: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Schizophr Res.* 2020 Aug;222:243-250. doi: 10.1016/j.schres.2020.05.042. Epub 2020 Jun 8. PMID: 32527677.
153. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Irzhevsky V, Kitchen CM, Woo SM, Mintz J. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? *Schizophr Res.* 2005 Jun 15;75(2-3):147-57. doi: 10.1016/j.schres.2004.12.005. Epub 2005 Jan 20. PMID: 15885506.
154. Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr Psychiatry.* 2001 Nov-Dec;42(6):498-503. doi: 10.1053/comp.2001.27900. PMID: 11704943.
155. Mythri SV, Sanjay Y. Recent Neurobiological Insights into the Concept of Insight in Psychosis. *Indian J Psychol Med.* 2016 May-Jun;38(3):189-93. doi: 10.4103/0253-7176.183077. PMID: 27335512; PMCID: PMC4904753.
156. Klein M. *Zavist i zahvalnost.* Zagreb: Naprijed; 1983. str. 98-71.
157. Klaas HS, Clémence A, Marion-Veyron R, Antonietti JP, Alameda L, Golay P, Conus P. Insight as a social identity process in the evolution of psychosocial functioning in the early phase of psychosis. *Psychol Med.* 2017 Mar;47(4):718-729. doi: 10.1017/S0033291716002506. Epub 2016 Nov 21. PMID: 27866482; PMCID: PMC5426321.
158. Macgregor A, Norton J, Raffard S, Capdevielle D. Is there a link between biological parents' insight into their offspring's schizophrenia and their cognitive functioning, expressed emotion and knowledge about disorder? *Compr Psychiatry.* 2017 Jul;76:98-103. doi: 10.1016/j.comppsy.2017.02.013. Epub 2017 Apr 13. PMID: 28448820.
159. Macgregor A, Norton J, Bortolon C, Robichon M, Rolland C, Boulenger JP, Raffard S, Capdevielle D. Insight of patients and their parents into schizophrenia: Exploring agreement and the influence of parental factors. *Psychiatry Res.* 2015 Aug 30;228(3):879-86. doi: 10.1016/j.psychres.2015.05.005. Epub 2015 May 14. PMID: 26043807.
160. Brent BK, Giuliano AJ, Zimmet SV, Keshavan MS, Seidman LJ. Insight into illness in patients and caregivers during early psychosis: a pilot study. *Schizophr Res.* 2011 Apr;127(1-3):100-6. doi: 10.1016/j.schres.2010.12.024. PMID: 21315560.
161. Raffard S, Bortolon C, Macgregor A, Norton J, Boulenger JP, El Haj M, Capdevielle D. Cognitive insight in schizophrenia patients and their biological parents: a pilot study.

10. LITERATURA

- Schizophr Res. 2014 Nov;159(2-3):471-7. doi: 10.1016/j.schres.2014.08.023. Epub 2014 Sep 19. PMID: 25242359.
162. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry*. 2004 Nov;19(7):395-401. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.006. PMID: 15504645.
163. Gandhi S, Pavalur R, Thirthalli J, Phillip M. Perception of family emotional climate by family members of persons with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*. 2016 Aug;62(5):455-61. doi: 10.1177/0020764016639339. Epub 2016 Apr 13. PMID: 27074803.
164. Dillinger RL, Kersun JM. Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2020 Oct;14(5):528-534. doi: 10.1111/eip.12870. Epub 2019 Aug 27. PMID: 31452318.
165. Koutra K, Triliva S, Roumeliotaki T, Basta M, Lionis C, Vgontzas AN. Family Functioning in First-Episode and Chronic Psychosis: The Role of Patient's Symptom Severity and Psychosocial Functioning. *Community Ment Health J*. 2016 Aug;52(6):710-23. doi: 10.1007/s10597-015-9916-y. Epub 2015 Aug 19. PMID: 26286079.
166. Chen ES, Chang WC, Hui CL, Chan SK, Lee EH, Chen EY. Self-stigma and affiliate stigma in first-episode psychosis patients and their caregivers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016 Sep;51(9):1225-31. doi: 10.1007/s00127-016-1221-8. Epub 2016 Apr 27. PMID: 27118543.
167. Hasson-Ohayon I, Levy I, Kravetz S, Vollanski-Narkis A, Roe D. Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness. *Compr Psychiatry*. 2011 Jan-Feb;52(1):75-80. doi: 10.1016/j.comppsy.2010.04.008. Epub 2010 Jul 8. PMID: 21220068.
168. Zisman-Ilani Y, Hasson-Ohayon I, Levy-Frank I, Tuval-Mashiach R, Roe D. Self-stigma, insight, and family burden among Israeli mothers of people with serious mental illness: Ethno-national considerations. *Transcult Psychiatry*. 2017 Jun;54(3):423-441. doi: 10.1177/1363461517703022. Epub 2017 Apr 26. PMID: 28443366.
169. Marić-Biočina S. Načela i načini rada s obiteljima oboljelih od psihotičnih poremećaja. U: Štrkalj -Ivezić S, i sur. *Rehabilitacija u psihijatriji. Psihobiosocijalni pristup*. Zagreb: Hrvatski liječnički zbor, Psihijatrijska bolnica Vrapče, Udruga " Svitanje "; 2010. str.173-165.

10. LITERATURA

170. Mulligan J, Sellwood W, Reid GS, Riddell S, Andy N. Informal caregivers in early psychosis: evaluation of need for psychosocial intervention and unresolved grief. *Early Interv Psychiatry*. 2013 Aug;7(3):291-9. doi: 10.1111/j.1751-7893.2012.00369.x. Epub 2012 Jun 28. PMID: 22741743.
171. Jaspers K. *Opća psihopatologija*. 9.izd. Zagreb: Matica hrvatska, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju Vrapče; 2015. str.22-9.
172. Larsen RJ, Buss DM. *Psihologija ličnosti*. 2. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2008. str.10-4.
173. Kernberg OF. What is Personality? *J Pers Disord*. 2016 Apr;30(2):145-56. doi: 10.1521/pedi.2106.30.2.145. PMID: 27027422.
174. Clair MS. *Object relations and self psychology*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole, 1996. str.143-125.
175. Kernberg OF. Early ego integration and object relations. *Ann N Y Acad Sci*. 1972 Aug 25;193:233-47. doi: 10.1111/j.1749-6632.1972.tb27840.x. PMID: 4562904.
176. Kernberg OF. *Internal World and External Reality: Object Relations Theory Applied*. Jason Aronson;1980.
177. Kernberg OF. *Object-Relations theory and clinical psychoanalysis*. New York: Jason Aronson; 1976.
178. Kernberg OF. Identity: recent findings and clinical implications. *Psychoanal Q*. 2006 Oct;75(4):969-1004. doi: 10.1002/j.2167-4086.2006.tb00065.x. PMID: 17094369.
179. Laverdière O, Gamache D, Diguier L, Hébert E, Larochelle S, Descôteaux J. Personality organization, five-factor model, and mental health. *J Nerv Ment Dis*. 2007 Oct;195(10):819-29. doi: 10.1097/NMD.0b013e318156815d. PMID: 18043522.
180. Izdebska A. Assessment of personality according to Otto Kernberg's conception. *Curr issues Personal Psychol*. 2015.; 3(2).
181. Kernberg OF. Psychotic Personality Structure. *Psychodyn Psychiatry*. 2019 Winter;47(4):353-372. doi: 10.1521/pdps.2019.47.4.353. PMID: 31913791.
182. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc*. 1967 Jul;15(3):641-85. doi: 10.1177/000306516701500309. PMID: 4861171.

10. LITERATURA

183. Stern BL, Caligor E, Hörz-Sagstetter S, Clarkin JF. An Object-Relations Based Model for the Assessment of Borderline Psychopathology. *Psychiatr Clin North Am.* 2018 Dec;41(4):595-611. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.007. PMID: 30447727.
184. Kernberg OF. Structural interviewing. *Psychiatric Clinics of North America.* 1980.;(4):195-169.
185. Kernberg O, Clarkin J. *The Inventory of Personality Organization.* New York: White Plains; 1995.
186. Unoka Z, Csáky-Pallavicini K, Horváth Z, Demetrovics Z, Maraz A. The Inventory of Personality Organization: A valid instrument to detect the severity of personality dysfunction. *Front Psychiatry.* 2022 Nov 10;13:995726. doi: 10.3389/fpsy.2022.995726. PMID: 36451766; PMCID: PMC9703975.
187. World Health Organisation. World Medical Association of Helsinki. *JAMA.*2013;310(20):2191.
188. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Kernberg OF, Foelsch PA. The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol Assess.* 2001 Dec;13(4):577-91. PMID: 11793901.
189. Ivezić E, Jakšić N, Lovretić V, Restek-Petrović B, Filipčić I. Psychometrics properties of the Inventory of Personality Organization (IPO) in a Croatia psychiatric outpatient sample. 7th Croatian psychiatric congress and 15th Croatian psychiatric days.2018;str.63.
190. Vermote R, Vertommen H, Verhaest Y, Maes E, Sauviller M, Peuskens J. A Dutch version of the Inventory of Personality Organization. Florence, Italy: Poster presented at the 8th ISSPD Congress; 2003.
191. Lenzenweger MF, McClough JF, Clarkin JF, Kernberg OF. Exploring the interface of neurobehaviorally linked personality dimensions and personality organization in borderline personality disorder: the Multidimensional Personality Questionnaire and Inventory of Personality Organization. *J Pers Disord.* 2012 Dec;26(6):902-18. doi: 10.1521/pedi.2012.26.6.902. PMID: 23281675.
192. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1987; 13(2):261-76.

10. LITERATURA

193. Shafer A, Dazzi F. Meta-analysis of the positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) factor structure. *J Psychiatr Res.* 2019 Aug;115:113-120. doi: 10.1016/j.jpsychires.2019.05.008. Epub 2019 May 10. PMID: 31128501.
194. Lim K, Peh OH, Yang Z, Rekhi G, Rapisarda A, See YM, Rashid NAA, Ang MS, Lee SA, Sim K, Huang H, Lencz T, Lee J, Lam M. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia. *Asian J Psychiatr.* 2021 Aug;62:102732. doi: 10.1016/j.ajp.2021.102732. Epub 2021 Jun 3. PMID: 34118560.
195. Busner J, Targum SD. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practise. *Psychiatry.* 2007; 4(7):37-28.
196. Williams J. Mental health status, functioning, and disabilities measures. U: Rush J, Pincus H, First M, Blacker D, Endicott J, Keith S, urednici. *Handbook of psychiatric measures.* Washington: American Psychiatric Association; 2000.str.117-93.
197. Santos-López G, Cortés-Hernández P, Vallejo-Ruiz V, Reyes-Leyva J. SARS-CoV-2: basic concepts, origin and treatment advances. *Gac Med Mex.* 2021;157(1):84-89. English. doi: 10.24875/GMM.M21000524. PMID: 34125824.
198. Giorgi G, Lecca LI, Alessio F, Finstad GL, Bondanini G, Lulli LG, Arcangeli G, Mucci N. COVID-19-Related Mental Health Effects in the Workplace: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Oct 27;17(21):7857. doi: 10.3390/ijerph17217857. PMID: 33120930; PMCID: PMC7663773.
199. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed.* 2020 Mar 19;91(1):157-160. doi: 10.23750/abm.v91i1.9397. PMID: 32191675; PMCID: PMC7569573.
200. Kalanj K, Čurković M, Peček M, Orešković S, Orbančić A, Marshall R. Impact of the COVID-19 pandemic on acute mental health admissions in Croatia. *Front Public Health.* 2023 Nov 13;11:1231796. doi: 10.3389/fpubh.2023.1231796. PMID: 38026363; PMCID: PMC10679393.
201. Lovretić V, Kurtović A, Ivezić E, Šago D, Jandrić S, Filipčić I, Restek-Petrović B. Association of Childhood Trauma and Personality Dimensions with the Duration of Untreated Psychosis. *Psychiatr Danub.* 2022 Spring;34(1):41-50. doi: 10.24869/psyd.2022.41. PMID: 35467609.

10. LITERATURA

202. Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health*. 2019 May;4(5):e229-e244. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30056-8. PMID: 31054641; PMCID: PMC6693560.
203. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Korten A, Cooper JE, Day R, Bertelsen A. Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med Monogr Suppl*. 1992;20:1-97. doi: 10.1017/s0264180100000904. Erratum in: *Psychol Med Monogr Suppl* 1992 Nov;22(4):following 1092. PMID: 1565705.
204. da Silva TL, Ravindran AV. Contribution of sex hormones to gender differences in schizophrenia: A review. *Asian J Psychiatr*. 2015 Dec;18:2-14. doi: 10.1016/j.ajp.2015.07.016. Epub 2015 Aug 1. PMID: 26321672.
205. Goyal RO, Sagar R, Ammini AC, Khurana ML, Alias AG. Negative correlation between negative symptoms of schizophrenia and testosterone levels. *Ann N Y Acad Sci*. 2004 Dec;1032:291-4. doi: 10.1196/annals.1314.042. PMID: 15677432.
206. Subramaniam M, Zheng H, Soh P, Poon LY, Vaingankar JA, Chong SA, Verma S. Typology of people with first-episode psychosis. *Early Interv Psychiatry*. 2016 Aug;10(4):346-54. doi: 10.1111/eip.12178. Epub 2014 Aug 29. PMID: 25175055.
207. Willhite R K, Niendam T A, Bearden C E, Zinberg J, O'Brien M P, Cannon T D. (2008). Gender differences in symptoms, functioning and social support in patients at ultra-high risk for developing a psychotic disorder. *Schizophrenia research*, 2008, 104(1-3), 237-245.
208. Heringa SM, Begemann MJ, Goverde AJ, Sommer IE. Sex hormones and oxytocin augmentation strategies in schizophrenia: A quantitative review. *Schizophr Res*. 2015 Nov;168(3):603-13. doi: 10.1016/j.schres.2015.04.002. Epub 2015 Apr 23. PMID: 25914107.
209. Labad J. The role of cortisol and prolactin in the pathogenesis and clinical expression of psychotic disorders. *Psychoneuroendocrinology*. 2019 Apr;102:24-36. doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.11.028. Epub 2018 Nov 22. PMID: 30503781.
210. Labad J, Stojanovic-Pérez A, Montalvo I, Solé M, Cabezas Á, Ortega L, Moreno I, Vilella E, Martorell L, Reynolds RM, Gutiérrez-Zotes A. Stress biomarkers as predictors of transition to psychosis in at-risk mental states: roles for cortisol, prolactin and albumin. *J*

10. LITERATURA

- Psychiatr Res. 2015 Jan;60:163-9. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.10.011. Epub 2014 Nov 11. Erratum in: J Psychiatr Res. 2015 Mar;62:138. PMID: 25466832.
211. Oduola S, Craig TKJ, Iacoponi E, Macdonald A, Morgan C. Sociodemographic and clinical predictors of delay to and length of stay with early intervention for psychosis service: findings from the CRIS-FEP study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2024 Jan;59(1):25-36. doi: 10.1007/s00127-023-02522-z. Epub 2023 Jun 23. PMID: 37353580.
212. Schiffman J, Stephan SH, Hong LE, Reeves G. School-based approaches to reducing the duration of untreated psychosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2015 Apr;24(2):335-51. doi: 10.1016/j.chc.2014.11.004. Epub 2015 Jan 20. PMID: 25773328.
213. Vacheron MN, Veyrat-Masson H, Wehbe E. Quelle prise en charge du jeune présentant un premier épisode psychotique, quand la scolarité est mise à mal ? [What support of young presenting a first psychotic episode, when schooling is being challenged?]. *Encephale*. 2017 Dec;43(6):570-576. French. doi: 10.1016/j.encep.2017.10.001. Epub 2017 Nov 8. PMID: 29128195.
214. Chen J, Song H, Li S, Teng Z, Su Y, Chen J, Huang J. Social support and quality of life among chronically homeless patients with schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2022 Jul 27;13:928960. doi: 10.3389/fpsy.2022.928960. PMID: 35966475; PMCID: PMC9363777.
215. Golay P, Ramain J, Mebdouhi N, Abrahamyan Empson L, Elowe J, Solida A, Conus P. The differential impact of duration of untreated psychosis on functioning and quality of life: A threshold analysis. *Early Interv Psychiatry*. 2023 Apr;17(4):354-360. doi: 10.1111/eip.13330. Epub 2022 Jun 14. PMID: 35699214.
216. Souaiby L, Gaillard R, Krebs MO. Durée de psychose non traitée : état des lieux et analyse critique [Duration of untreated psychosis: A state-of-the-art review and critical analysis]. *Encephale*. 2016 Aug;42(4):361-6. French. doi: 10.1016/j.encep.2015.09.007. Epub 2016 May 6. PMID: 27161262.
217. Hickie IB, Scott EM, Cross SP, Iorfino F, Davenport TA, Guastella AJ, Naismith SL, Carpenter JS, Rohleder C, Crouse JJ, Hermens DF, Koethe D, Markus Leweke F, Tickell AM, Sawrikar V, Scott J. Right care, first time: a highly personalised and measurement-based care model to manage youth mental health. *Med J Aust*. 2019 Nov;211 Suppl 9:S3-S46. doi: 10.5694/mja2.50383. PMID: 31679171.

10. LITERATURA

218. Umehara H, Fangerau H, Gaebel W, Kim Y, Schott H, Zielasek J. Von der "Schizophrenie" zur "Störung der Einheit des Selbst" : Ursachen und Folgen der Umbenennung der Schizophrenie in Japan im Jahre 2002 [From "schizophrenia" to "disturbance of the integrity of the self": causes and consequences of renaming schizophrenia in Japan in 2002]. *Nervenarzt*. 2011 Sep;82(9):1160-8. German. doi: 10.1007/s00115-010-3208-0. PMID: 21206996.
219. Biancalani A, Pelizza L, Menchetti M. Borderline personality disorder and early psychosis: a narrative review. *Ann Gen Psychiatry*. 2023 Nov 2;22(1):44. doi: 10.1186/s12991-023-00475-w. PMID: 37919718; PMCID: PMC10623785.
220. Raballo A, Pappagallo E, Dell' Erba A, Lo Cascio N, Patane' M, Gebhardt E, Boldrini T, Terzariol L, Angelone M, Trisolini A, Girardi P, Fiori Nastro P. Self-Disorders and Clinical High Risk for Psychosis: An Empirical Study in Help-Seeking Youth Attending Community Mental Health Facilities. *Schizophr Bull*. 2016 Jul;42(4):926-32. doi: 10.1093/schbul/sbv223. Epub 2016 Jan 12. PMID: 26757754; PMCID: PMC4903056.
221. Valle R, Perales A. Self-disorders in Early Stages of the Schizophrenia Spectrum. *Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed)*. 2019 Oct-Dec;48(4):244-251. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rcp.2018.02.003. Epub 2018 Mar 20. PMID: 31779875.
222. Sass L, Pienkos E, Nelson B. Introspection and schizophrenia: a comparative investigation of anomalous self experiences. *Conscious Cogn*. 2013 Sep;22(3):853-67. doi: 10.1016/j.concog.2013.05.004. Epub 2013 Jun 15. PMID: 23774457.
223. Mayer N. Promjene selfa i psihičkog funkcioniranja u ranoj fazi psihotičnog poremećaja. U: Restek- Petrović B, i sur. Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2024. str. 84-69.
224. Hübler J, Bodor D. Zlouporaba i ovisnost o psihoaktivnim tvarima u osoba u ranoj fazi psihoze. U: Restek- Petrović B, i sur. Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja. 2. izd. Zagreb : Medicinska naklada; 2024. str. 98-84.
225. Carr JA, Norman RG, Manchanda R. Sociodemographic and clinical characteristics of patients presenting with first-episode psychosis and concurrent substance misuse. *Early Interv Psychiatry*. 2009 Feb;3(1):75-9. doi: 10.1111/j.1751-7893.2008.00100.x. PMID: 21352178.

10. LITERATURA

226. Littlejohn C. Links between drug and alcohol misuse and psychiatric disorders. *Nurs Times*. 2005 Jan 4-10;101(1):34-7. PMID: 15658236.
227. Urits I, Gress K, Charipova K, Li N, Berger AA, Cornett EM, Hasoon J, Kassem H, Kaye AD, Viswanath O. Cannabis Use and its Association with Psychological Disorders. *Psychopharmacol Bull*. 2020 May 19;50(2):56-67. PMID: 32508368; PMCID: PMC7255842.
228. Kozumplik O, Uzun S, Jakovljević M. Psychotic disorders and comorbidity: somatic illness vs. side effect. *Psychiatr Danub*. 2009 Sep;21(3):361-7. PMID: 19794357.
229. Reine G, Lancon C, Simeoni MC, Duplan S, Auquier P. La charge des aidants naturels de patients schizophrènes: revue critique des instruments d'évaluation [Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments]. *Encephale*. 2003 Mar-Apr;29(2):137-47. French. PMID: 14567165.
230. Dean K, Stevens H, Mortensen PB, Murray RM, Walsh E, Pedersen CB. Full spectrum of psychiatric outcomes among offspring with parental history of mental disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Aug;67(8):822-9. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.86. PMID: 20679590.
231. Pahić T. Uključenost očeva u skrb o djeci u regiji sjeverozapadne Hrvatske. *Radovi Zavoda za znanstveni rad Varaždin*. 2019; (30), 425-451.
232. Novosel SL. Društveni položaj žena u Republici Hrvatskoj: žena i obitelj (1999.–2016.). *Politička misao*. 2018; 55(01), 53-73.
233. Garrido-Elustondo S, Reneses B, Navalón A, Martín O, Ramos I, Fuentes M. Capacidad de detección de patología psiquiátrica por el médico de familia [Ability to detect psychiatric disorders by the family physician]. *Aten Primaria*. 2016 Aug-Sep;48(7):449-57. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2015.09.009. Epub 2016 Jan 14. PMID: 26775265; PMCID: PMC6877835.
234. Kearney CA, Benoit L. Child and Adolescent Psychiatry and Underrepresented Youth With School Attendance Problems: Integration With Systems of Care, Advocacy, and Future Directions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Oct;61(10):1208-1210. doi: 10.1016/j.jaac.2022.03.016. Epub 2022 Mar 29. PMID: 35364248.

10. LITERATURA

235. Gottesman II, Laursen TM, Bertelsen A, Mortensen PB. Severe mental disorders in offspring with 2 psychiatrically ill parents. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Mar;67(3):252-7. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.1. PMID: 20194825.
236. Dean K, Mortensen PB, Stevens H, Murray RM, Walsh E, Agerbo E. Criminal conviction among offspring with parental history of mental disorder. *Psychol Med*. 2012 Mar;42(3):571-81. doi: 10.1017/S0033291711001395. Epub 2011 Aug 16. PMID: 21846422.
237. Hasson-Ohayon I, Pijnenborg GHM, Ben-Pazi A, Taitel S, Goldzweig G. Coping with information style and family burden: Possible roles of self-stigma and hope among parents of children in a psychiatric inpatient unit. *Eur Psychiatry*. 2017 May;42:8-13. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.11.012. Epub 2016 Dec 12. PMID: 28199871.
238. Park K, Seo M. Care burden of parents of adult children with mental illness: The role of associative stigma. *Compr Psychiatry*. 2016 Oct;70:159-64. doi: 10.1016/j.comppsy.2016.07.010. Epub 2016 Jul 28. PMID: 27624436.
239. Hyun MS, Cho Chung HI, Kim H. Experiences of Family Stigma among Mothers of Adult Children with Mental Illness in South Korea. *Issues Ment Health Nurs*. 2017 Oct;38(10):845-851. doi: 10.1080/01612840.2017.1335361. Epub 2017 Jun 26. PMID: 28650695.
240. Corrigan P, Angermeyer M. Stigma blocks recovery from mental illness. *World Psychiatry*. 2012 Feb;11(1):61. doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.01.013. PMID: 22295014; PMCID: PMC3266757.
241. Küey L. The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2008 Jul;21(4):403-11. doi: 10.1097/YCO.0b013e3283007bb8. PMID: 18520747.
242. Dyduch A, Grzywa A. Stygmatyzacja i czynniki ja warunkujace na przykladzie stygmatyzacji zwiazanej z choroba psychiczna [Stigma and related factors basing on mental illness stigma]. *Pol Merkur Lekarski*. 2009 Mar;26(153):263-7. Polish. PMID: 19388546.
243. Puljic K, Herceg M, Tudor L, Pivac N. The association between prolactin concentration and aggression in female patients with schizophrenia. *World J Biol Psychiatry*. 2021 Apr;22(4):301-309. doi: 10.1080/15622975.2020.1795254. Epub 2020 Jul 22. PMID: 32657631.

10. LITERATURA

244. van Os J, Burns T, Cavallaro R, Leucht S, Peuskens J, Helldin L, Bernardo M, Arango C, Fleischhacker W, Lachaux B, Kane JM. Standardized remission criteria in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 2006 Feb;113(2):91-5. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00659.x. PMID: 16423159.
245. Andreasen NC, Carpenter WT Jr, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am J Psychiatry*. 2005 Mar;162(3):441-9. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.441. PMID: 15741458.
246. Pinna F, Bosia M, Cavallaro R, Carpiniello B. Consensus five factor PANSS for evaluation of clinical remission: effects on functioning and cognitive performances. *Schizophr Res Cogn*. 2014 Dec 8;1(4):187-192. doi: 10.1016/j.scog.2014.11.001. PMID: 29379752; PMCID: PMC5779203.
247. Fusar-Poli P, McGorry PD, Kane JM. Improving outcomes of first-episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017 Oct;16(3):251-265. doi: 10.1002/wps.20446. PMID: 28941089; PMCID: PMC5608829.
248. Hickie IB, Scott EM, Cross SP, Iorfino F, Davenport TA, Guastella AJ, Naismith SL, Carpenter JS, Rohleder C, Crouse JJ, Hermens DF, Koethe D, Markus Leweke F, Tickell AM, Sawrikar V, Scott J. Right care, first time: a highly personalised and measurement-based care model to manage youth mental health. *Med J Aust*. 2019 Nov;211 Suppl 9:S3-S46. doi: 10.5694/mja2.50383. PMID: 31679171.
249. Kernberg OF. NARCISSISTIC DEFENSES IN THE DISTORTION OF FREE ASSOCIATION AND THEIR UNDERLYING ANXIETIES. *Psychoanal Q*. 2015 Jul;84(3):625-42. doi: 10.1002/psaq.12022. PMID: 26198603.
250. Johansen R, Melle I, Iversen VC, Hestad K. Personality traits, interpersonal problems and therapeutic alliance in early schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry*. 2013 Nov;54(8):1169-76. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.016. Epub 2013 Jul 12. PMID: 23856387.
251. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull*. 1996;22(2):353-70. doi: 10.1093/schbul/22.2.353. PMID: 8782291.
252. Bird V, Premkumar P, Kendall T, Whittington C, Mitchell J, Kuipers E. Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis:

10. LITERATURA

- systematic review. *Br J Psychiatry*. 2010 Nov;197(5):350-6. doi: 10.1192/bjp.bp.109.074526. PMID: 21037211; PMCID: PMC2966501.
253. Kezić S, Svrđlin, P, Restek-Petrović B, Mihanović M, Grah M, Silić A, Kamerman N. Promjene odnosa prema bolesti praćene kroz grupnu psihoterapiju članova obitelji bolesnika oboljelih od psihotičnih poremećaja. *Medicina*, 2010. 46(1), 93-99.
254. Grah M, Cvitanušić S. Obiteljske intervencije u sklopu rane intervencije kod prvih epizoda psihotičnih poremećaja. U: Restek- Petrović B, i sur. *Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja*. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2024. str. 184-165.
255. Bodor D. Psihosocijalne intervencije kod oboljelih od psihotičnih poremećaja. U: Restek- Petrović B, i sur. *Rana intervencija kod psihotičnih poremećaja*. 2. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2024. str. 203-198.
256. Nikolić S, i sur. *Osnove obiteljske terapije (podrška mentalnom zdravlju obitelji)*. Zagreb: Medicinska naklada; 1996. str. 33-30.

11. ŽIVOTOPIS

11. ŽIVOTOPIS

Lada Goršić

Pavlenski put 9, 10090 Zagreb

gorsiclada766@gmail.com

Rođena sam 25.12.1967. godine u Splitu.

1996. diplomirala sam na Medicinskom fakultetu u Zagrebu kod prof.dr.sc. Staniše Nikolića.

Od 1996- 1998. pripravnički staž u DZ Gospić i OB Gospić.

1999. položila sam državni ispit, a zatim sam radila u u obiteljskoj medicini u Zadru, Ninu i Kalima

2001. specijaliziram psihijatriju za Psihijatrijsku bolnicu Ugljan.

2005. položila sam specijalistički ispit iz psihijatrije.

Od 2001- 2007. u edukaciji sam iz psihodinamski orijentirane bračne, obiteljske i partnerske terapije.

2007. stječem diplomu "Bračnog, obiteljskog i partnerskog psihodinamskog psihoterapeuta " pri Klinici za Psihološku medicinu - KBC Zagreb.

Od 2003.-2006. pohađala edukaciju iz psihoanalitičke psihoterapije kod prof.dr.sc. Staniše Nikolića.

Od 01.09. 2008. radim u Klinici za psihijatriju " Sveti Ivan"

2009 -2016. u edukaciji sam iz grupne analize kod prof.dr.sc. Eduarda Kleina.

2016.g. stječem diplomu grupnog analitičara pri IGA (Institut za grupnu analizu -Zagreb).

2013/2014. teorijska izobrazba " Stručnog poslijediplomskog studija iz psihoterapije".

2015. polažem subspecijalistički ispit iz psihoterapije.

2016. upisujem Doktorski studij na Medicinskom fakultetu J.J. Strossmayer u Osijeku.

2022. obranila sam temu doktorske disertacije

11. ŽIVOTOPIS

Sudjelovala sam u RIPEPP programu kao koterapeut u "*long term*" grupnoj psihoterapiji i na višeobiteljskim psihoedukacijskim radionicama.

Članstvo: Hrvatska liječnička komore, Hrvatski liječnički zbora, Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Institut za grupnu analizu-Zagreb, Društva za psihoterapiju, psihosocijalne metode i ranu intervenciju kod psihotičnih poremećaja.