

Pristup medicinske sestre bolesnicima na terapiji dugodjelujućim antipsihoticima u svrhu boljeg socijalnog funkcioniranja shizofrenih bolesnika

Radnić, Katarina

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split / Sveučilište u Splitu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:176:608475>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-05-29**



Sveučilišni odjel zdravstvenih studija
SVEUČILIŠTE U SPLITU

Repository / Repozitorij:

[Repository of the University Department for Health Studies, University of Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJI

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Katarina Radnić

**PRISTUP MEDICINSKE SESTRE BOLESNICIMA NA
TERAPIJI DUGODJELUJUĆIM ANTIPSIHOTICIMA U
SVRHU BOLJEG SOCIJALNOG FUNKCIONIRANJA
SHIZOFRENIH BOLESNIKA**

Završni rad

Split, 2015.

SVEUČILIŠTE U SPLITU
Podružnica
SVEUČILIŠNI ODJEL ZDRAVSTVENIH STUDIJA
PREDDIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ
SESTRINSTVA

Katarina Radnić

**PRISTUP MEDICINSKE SESTRE BOLESNICIMA NA
TERAPIJI DUGODJELUJUĆIM ANTIPSIHOTICIMA U
SVRHU BOLJEG SOCIJALNOG FUNKCIONIRANJA
SHIZOFRENIH BOLESNIKA**

**NURSE APPROACH TO THE PATIENTS IN LONG-
ACTING ANTIPSYCHOTICS THERAPY IN ORDER TO
BETTER SOCIAL FUNCTIONING OF SHIZOPHRENIC
PATIENTS**

Završni rad/Bachelor's Thesis

Mentor:

Doc. dr. sc. Boran Uglešić, dr. med

Split, 2015.

Sadržaj:

1. UVOD.....	1
1.1. Povijest shizofrenije.....	2
1.2. Etiologija.....	3
1.2.1. Predisponirajući čimbenici.....	3
1.2.1.1. Genetska predispozicija.....	3
1.2.1.2. Stečena predispozicija.....	3
1.2.2. Precipitirajući čimbenici.....	4
1.2.2.1. Stres i psihotrauma.....	4
1.2.2.2. Nezdrave obiteljske komunikacije.....	5
1.2.2.3. Zloupotreba droga.....	5
1.3. Klinička slika.....	5
1.3.1. Sindrom 4A.....	6
1.3.2. Pozitivni simptomi.....	6
1.3.3. Negativni simptomi.....	7
1.4. Dijagnoza.....	7
1.4.1. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji MKB-10.....	8
1.4.2. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji DSM-IV.....	9
1.5. Klinički oblici shizofrenije.....	10
1.5.1. <i>Schizophrenia simplex</i>	10
1.5.2. <i>Hebephrenia</i>	10
1.5.3. <i>Schizophrenia catatonica</i>	11
1.5.4. <i>Schizophrenia paranoides</i>	11
1.6. Prognoza i tijek.....	11
1.7. Liječenje.....	12
1.8. Antipsihotici.....	13
1.8.1. Antipsihotici I. generacije (tipični, klasični antipsihotici).....	13
1.8.2. Antipsihotici II. i III. generacije (atipični, novi antipsihotici).....	15
1.8.2.1. Dugodjelujući antipsihotici.....	16
1.8.2.1.1. Zypadhera.....	17
1.8.2.1.2. Xeplion.....	18
1.8.2.1.3. Rispolept Consta.....	19

1.8.2.1.4. Priprema i primjena dugodjelujućih antipsihotika.....	20
1.8.2.1.5. Standardizirani postupak primjene lijeka u mišić.....	20
2. CILJ RADA.....	22
3. RASPRAVA.....	23
3.1. Dugodjelujući antipsihotici i bolje socijalno funkcioniranje shizofrenih bolesnika	23
3.2. Pristup medicinske sestre shizofrenom bolesniku na terapiji dugodjelujućim antipsihoticima.....	24
4. ZAKLJUČCI	26
5. LITERATURA	27
6. SAŽETAK	29
7. SUMMARY	30
8. ŽIVOTOPIS	31

1. UVOD

Shizofrenija je jedna od najintragantnijih i najvažnijih psihijatrijskih bolesti, kako zbog svoje učestalosti tako i zbog svoje tajanstvene i pogubne prirode. Još se sasvim pouzdano ne zna što je shizofrenija, osim da je to teška duševna bolest koja je posljedica poremećenog biokemizma mozga i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja s izraženim oštećenjem socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja. Iznimno je mnogo vrlo različitih hipoteza i tumačenja ove bolesti, a i sam pojam shizofrenije koristi se u različitim značenjima (1).

Za sada shizofrenija se definira kao kronična duševna bolest koja se javlja i u muškaraca i žena sa najčešće polaganim početkom, a neliječena dovodi do propadanja psihičkih funkcija, distorzije realiteta i povlačenja u svijet irealnog. Bitno utječe na socijalno funkcioniranje i radnu sposobnost. Od ove bolesti podjednako obolijevaju muškarci i žene. Muškarci najčešće obolijevaju u dobi 15-24 godine, a žene najčešće u dobi 25-34 godine. Prema podacima SZO u svijetu od shizofrenije godišnje obole 2-4 osobe na 10000 stanovnika, a ukupno od nje boluje više od 45 milijuna ljudi. U Hrvatskoj ima više od 18000 oboljelih (1).

Shizofreni bolesnici se najčešće hospitaliziraju i to radi određivanja adekvatne terapije te zbog njihove sigurnosti i sigurnosti okoline. Na taj način liječnici imaju bolji uvid u stanje i simptomatologiju pojedinog bolesnika te mogu bolje odrediti način i tok liječenja. Hospitalizacija omogućava stabilizaciju bolesnika pružajući im osjećaj sigurnosti za vrijeme psihotičnih napadaja za kojih su skloni ozljeđivanju drugih, samoozljeđivanju pa čak samoubojstvu (2).

Liječenje shizofrenije danas predstavlja jedan od najvećih izazova u suvremenoj psihijatriji. Potpuno izlječenje još uvijek je nemoguće, ali uz primjenu odgovarajućih lijekova te promjenom načina života moguće je uspješno svakodnevno funkcioniranje. Farmakoterapija je neophodni preduvjet za cjelovito i uspješno liječenje shizofrenije. Ona omogućuje ne samo potiskivanje simptoma shizofrenije, već i postizanje kritičkog uvida bolesnika u bolest i njegovu aktivnu ulogu u zaustavljanju bolesnog procesa i otklanjanju njegovih posljedica. „Svrha liječenja ne sastoji se samo u suzbijanju ili otklanjanju simptoma shizofrenije, već u zaustavljanju shizofrenog procesa; otklanjanju

uzroka koji mogu dovesti do relapsa bolesti te u prevenciji suicidalnog i autodestruktivnog ponašanja; što kvalitetnijoj reintegraciji bolesnika u zajednicu; omogućavanju njegovog daljnjeg psihosocijalnog razvoja i što bolje kvalitete življenja“ (2).

Nerijetko se kod shizofrenih bolesnika javlja terapijska nesuradljivost. Bolesnici iz raznih razloga ne uzimaju lijekove ili ih uzimaju diskontinuirano. S tim se znatno povećava rizik od relapsa bolesti. Primarno se rizik od relapsa može prevenirati kontinuiranim liječenjem antipsihoticima gdje značajnu ulogu imaju dugodjelujući antipsihotici novije generacije kao što su olanzapin, risperidon, paliperidon. Istovremeno se ovakvim načinom liječenja smanjuje i stopa rehospitalizacija, stigmatizacija te socijalna izolacija oboljelih od shizofrenije. U Hrvatskoj su dostupni novi dugodjelujući antipsihotici Xeplion (paliperidon), Zypadhera (olanzapin) i Rispolept Consta (risperidon) (15).

Medicinska sestra svojim znanjem i vještinama može značajno utjecati na pacijentovo ponašanje i to sve uz dobre komunikacijske vještine, empatiju i povjerenje. Od velike važnosti je i njena uloga kod terapije novim dugodjelujućim antipsihoticima jer ona primjenjuje terapiju, evidentira je, nadzire bolesnika te prati reakciju na lijek i prisutnost mogućih nuspojava.

1.1. Povijest shizofrenije

Naziv shizofrenija (grč. shizo- cijepati, fren – duša) potječe od Eugena Bleulera, koji je prvi upotrijebio ovaj termin 1911. godine za bolest koja je do tada bila poznata pod nazivom *dementia praecox*. Međutim, Emilu Kraepelinu pripisuje se zasluga za nozološko određenje ove bolesti 1896. godine jer je prvi uočio što je zajedničko u nizu raznovrsnih psihopatoloških ispoljavanja i kliničkih slika katatone, hebefrene i paranoidne *dementiae praecox*. Sam termin *dementiae praecox* datira od 1851. godine kada je Morel u svojim Kliničkim studijima njime označio poremećaj koji započinje vrlo rano, još u adolescenciji, a dovodi do intelektualnog propadanja. E. Hecker je 1871. godine pod nazivom *hebephrenia* opisao sindrom intelektualnog propadanja u mlađih osoba s fazama promjenjivog raspoloženja, a 1874. godine Kahlbaum je opisao katatoniju (2).

1.2. Etiologija

Etiologija nije još u potpunosti poznata unatoč ogromnom broju raznovrsnih istraživanja. Najvjerojatnije shizofrenija nije jedinstvena bolest, već skupina različitih poremećaja pa je i njezina etiopatogeneza vrlo složena i odražava interakcije između specifične dijadeze i različitih stresnih zbivanja. Stresna komponenta može po svojoj prirodi biti biologijska (fizička trauma, tjelesna bolest) ili psihologijska (psihotrauma, zlostavljanje, gubitak bliske osobe, gubitak sigurnosti, itd.). Danas se zna da cijeli niz raznorodnih čimbenika igra ulogu kako u razvoju predispozicije (sklonosti) za bolest tako i u samoj pojavnosti i trajanju bolesti. Čini se kako su biološki čimbenici važniji u stvaranju predispozicije za shizofreni poremećaj, dok su psihosocijalni čimbenici važni precipitirajući agensi, ali i agensi koji održavaju bolest (1).

1.2.1. Predisponirajući čimbenici

Čimbenici koji određuju sklonost razvoju shizofrenog poremećaja mogu biti genetski, virusni, prenatalna i porođajna oštećenja mozga, itd (2).

1.2.1.1. Genetska predispozicija

U prilog utjecaja genetskih čimbenika u nastanku bolesti nedvojbeno govori povećana učestalost shizofrenije u nekim obiteljima. Rizik oboljevanja od shizofrenije značajno je veći za osobe čiji bliski srodnici već boluju ili su bolovali od shizofrenije. Općeprihvaćen je stav kako je shizofrenija rezultat interakcije genetske predispozicije i provokativnih, psihosocijalnih i/ili okolinskih čimbenika. Međutim, koji su geni u igri i na koji način, i dalje ostaje velika nepoznanica. Trenutno su u centru pažnje genetičara kromosomi 6, 22 i 8 (2).

1.2.1.2. Stečena predispozicija

Vanjski, prenatalni, perinatalni i postnatalni čimbenici također mogu utjecati na stvaranje predispozicije za shizofreniju.

Dugo vremena je aktualna virusna hipoteza shizofrenije. Prema nekim mišljenjima ova je bolest posljedica infekcije tzv. sporim virusima intrauterino ili u ranoj dobi. Ti virusi mogu godinama biti u stanju mirovanja, a onda se kada dođe do pada otpornosti organizma mogu aktivirati i uzrokovati pojavu shizofrenije. Zima i proljeće su godišnja doba kada se shizofreni bolesnici češće rađaju, što se također povezuje s većom učestalošću virusnih infekcija. Smatra se da i držanje mačaka kao kućnih ljubimaca povećava rizik obolijevanja od shizofrenije zbog moguće infekcije toksoplazmom gondiji (1).

Nepravilna prehrana majke u trudnoći također može dovesti do stvaranja predispozicije za kasniju pojavu shizofrenog poremećaja zbog abnormalnosti razvoja središnjeg živčanog sustava ploda. Po nekim mišljenjima shizofrenija može biti i posljedica hipersenzitivnosti na neke tvari u hrani kao što je npr. gluten (2).

Istraživanja pokazuju značajno veću učestalost pre-, peri- i postnatalnih komplikacija u shizofrenih osoba u usporedbi s općom populacijom. Porođajne komplikacije čine se više povezane s ranijim početkom shizofrenog poremećaja i muškim spolom. Opisane su različite porođajne komplikacije kao rizični čimbenik za kasniji razvoj shizofrenije: prerani porod, produljeni porod, hipoksija mozga i fetalni distress, itd. Prema nekim izvješćima veličina glave pri porodu manja je u budućih shizofrenih bolesnika (1).

Osim gore spomenutih, predisponirajući čimbenici mogu biti i endokrini disruptori u hrani i piću, separacija od roditelja ili gubitak jednog ili oba roditelja, zlostavljanje u djetinstvu, socijalna izolacija te patogeno obiteljsko ozračje (1).

1.2.2. Precipitirajući čimbenici

Različiti psihološki, interpersonalni, socijalni i kulturološki čimbenici također značajno utječu kako na pojavu tako i na tijek i ishod shizofrenih poremećaja (2).

1.2.2.1. Stres i psihotrauma

„Vjeruje se da su shizofreni bolesnici osobe koje su zbog jake genetske ali i razvojne predispozicije izuzetno osjetljive na stres i psihotraumu što često uzrokuju

aktivaciju shizofrenog poremećaja i dovode do pojave prvih simptoma. S druge strane postoje mišljenja kako razvojna predispozicija za shizofreniju može biti posljedica rano doživljenih psihotrauma. Istraživanja pokazuju kako su shizofreni bolesnici značajno više izloženi stresnim situacijama i tzv. životnim događajima unutar tri tjedna prije hospitalizacije ili relapsa bolesti nego osobe u općoj populaciji, dok ta razlika nije utvrđena kad se shizofreni bolesnici usporede s drugim psihijatrijskim bolesnicima“ (2).

1.2.2.2. Nezdrave obiteljske komunikacije

„Nezdrave obiteljske komunikacije ne utječu samo na relaps shizofrenije nego vjerojatno predstavljaju rizični čimbenik i u nastanku bolesti. Istraživanja pokazuju da shizofreni bolesnici koji su po izlasku iz bolnice u kontaktu više od 35 sati tjedno s članovima obitelji koje imaju visok skor na skali ispoljavanja emocija, značajno češće zapadaju u relaps bolesti i vraćaju se ponovno u bolnicu“ (2).

1.2.2.3. Zloupotreba droga

Važno je spomenuti i da zloupotreba različitih droga kao što su kanabis, fenciklidin, amfetamin, LSD 25, itd. može precipitirati pojavu simptoma shizofrenije, posebice ako se radi o osobama sa shizofrenom predispozicijom (1).

1.3. Klinička slika

Shizofrenija predstavlja skupinu bolesti koje mogu imati vrlo raznovrsna lica i naličja, često djeluju vrlo zbunjujuće i nije ih lako razumjeti. U većini slučajeva tijekom shizofrenije je spor i šaljajući. Brojni su, osebujni i raznovrsni simptomi koji se viđaju u shizofrenih bolesnika, kao što zorno ilustrira iskaz jednog shizofrenog bolesnika: „Shizofren vidi drvo, osjeća kako je to njegova umrla majka, smije se, a pri tom kaže da je ljutit“ (2).

Simptomi shizofrenije najčešće se dijele na pozitivne (produktivne) i negativne (deficitarne) simptome, a potom i na psihotične i nepsihotične, primarne i sekundarne, specifične i nespecifične, fundamentalne i sporedne, te simptome I. i II. reda. Popularna

je i podjela simptoma prema Liddle (1990) na simptome sumanute distorzije realiteta, simptome mentalne dezorganizacije i simptome mentalnog propadanja i osiromašenja (2).

U svakodnevnoj kliničkoj praksi obično razlikujemo simptome akutne faze bolesti ili psihotične epizode od simptoma izvan akutne faze koji su obično dugotrajni. U akutnoj fazi dominiraju pozitivni (produktivni) simptomi, odnosno simptomi sumanute distorzije realiteta i simptomi mentalne dezorganizacije, dok izvan psihotičnih epizoda prevladavaju tzv. negativni (deficitarni) simptomi (1).

1.3.1. Sindrom 4A

Prema Bleuleru kardinalni, fundamentalni ili temeljni simptomi shizofrenije su: asocijativna slabost (mišljenje gubi asocijativni slijed, postaje bizarno i neprikladno), afektivna neprikladnost (afektivitet bolesnika neprimjeren ambijentnoj situaciji i misaonom sadržaju), ambivalencija (istovremena prisutnost oprečnih osjećaja, oprečnih težnji te kontradiktorne ideje) i autizam (prekid komunikacije sa stvarnošću i povlačenje u sebe i svoj svijet fantazija) (1).

1.3.2. Pozitivni simptomi

U pozitivne simptome shizofrenije spadaju iluzije i halucinacije, sumanute ideje, formalni poremećaji mišljenja te bizarno i dezorganizirano ponašanje.

Halucinacije su najčešći simptom u bolesnika oboljelih od shizofrenije. Karakteriziraju ih obmane osjetila kod kojih ne postoji stvarni podražaj, a osoba koja halucinira opaža kao stvarno ono čega zapravo nema. Najčešće halucinacije kod shizofrenih osoba su slušne. Glasovi koje bolesnik čuje mogu pričati s njim, imati zapovjedni ton (imperativne halucinacije) nad bolesnikom ili ga kritizirati. Nešto rjeđe su vidne halucinacije, a mogu imati i tjelesne halucinacije što znači da imaju osjećaje po tijelu koji nisu izazvani pravim podražajem osjetila. Tako mogu osjećati da im se unutarnji organi raspadaju ili putuju po tijelu, da im struja prolazi kroz noge ili da nešto gmiže po njima (3).

Sumanute ideje su pogrešna vjerovanja koja nemaju svoju potvrdu u javnosti. To su lažna uvjerenja odnosno zablude nastale na nerealnoj osnovi. Bolesnik vjeruje u njih i ponaša se u skladu s njima. Najbitnija obilježja sumanutih ideja su nepristupačnost korekciji, nemogućnost razuvjeravanja te nesklad bolesnikova obrazovanja i kulturološkog okruženja. Bolesnik vjeruje da netko sprema urotu protiv njega, da ga uhodi i prisluškuje. Uvjeren je da mu drugi mogu čitati misli, kontrolirati mozak, osjećaje, pokrete i djelovanje. Bolesnik također može vjerovati da je on neka druga osoba, najčešće neka poznata povijesna osoba ili osoba iz javnog života. Kao primjer možemo uzeti bolesnike koji misle da ljudi u emisiji na radiju ili televiziji razgovaraju o njemu (3).

Formalni poremećaj mišljenja je dezorganizirano i disfunkcionalno mišljenje. Tu spadaju disocirano mišljenje (gubitak asocijacija, „salata od riječi“), nelogizmi, verbigernacija (besmisleno ponavljanje jedne riječi) i perservacija (besmisleno ponavljanje rečenice) (3).

Dezorganizirano i bizarno ponašanje odnosi se na katatoni stupor (motorička imobilnost), katapleksiju (voštana savitljivost), bizarne položaje, katatoni negativizam (aktivan otpor pokušajima pokretanja tijela), katatonu pomamu (psihomotorna uzbuđenost, bijes i agresivnost), katatonu uzbuđenost (besciljna kretnja), stereotipiju (ponavljanje radnji ili pokreta) te manirizam (pretjerano grimasiranje ili naglašavanje pokreta) (3).

1.3.3. Negativni simptomi

Negativni simptomi shizofrenije su oskudan govor (alogija), apatija, socijalno povlačenje, emocionalna tupost, poremećaji aktiviteta (smanjena mimika, osiromašen govor tijela i kontakt očima), poremećaj afekta (paratimija, paramimija), avolicija (gubitak volje) i ahedonija (gubitak životnog interesa) (3).

1.4. Dijagnoza

Dijagnoza shizofrenije postavlja se na temelju dogovorenih dijagnostičkih kriterija koji jasno definiraju simptome koje pacijent mora, smije ili može imati, kao i simptome

i znakove koji ne smiju biti prisutni da bi se mogla postaviti dijagnoza nekog oblika shizofrenije.

Danas postoje dva najvažnija dijagnostička sustava: Međunarodna klasifikacija bolesti – 10. revizija (MKB-10) i američka DSM-IV klasifikacija. MKB-10 kod nas liječnici koriste u svakodnevnoj praksi, dok se DSM-IV više primjenjuje u kliničkim istraživanjima (2).

1.4.1. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji MKB-10

- A) nametanje ili oduzimanje misli, jeka ili prenošenje misli
- B) sumanute ideje kontrole, utjecaja ili pasivnosti koja se jasno odnosi na kretanje tijela ili ekstremiteta, specifične misli, akcije ili senzacije, sumanute percepcije
- C) halucinatorni glasovi koji komentiraju pacijentovo ponašanje, razgovaraju međusobno o pacijentu, ili drugi tipovi halucinatornih glasova koji dolaze iz nekog dijela tijela
- D) trajne bizarne sumanutosti koje su nemoguće ili nesukladne pacijentovoj kulturi i intelektu: nemoguć politički, znanstveni ili religiozni identitet, nadljudske sposobnosti i moći, npr. kontrola vremena, komunikacija s vanzemaljcima i sl.
- E) perzistentne halucinacije bilo kojeg modaliteta kada su praćene prolaznim sumanutostima bez emocionalnog sadržaja, ili perzistentne precjenjene ideje, ili kada su halucinacije trajno prisutne tjednima ili mjesecima
- F) disocirano mišljenje, irelevantan i dezorganizirani govor, nelogizmi (sklapanje novih riječi bez značenja)
- G) katatono ponašanje – izrazita zakočenost tijela i održavanje neprirodnog položaja ili izrazita uzbuđenost
- H) negativni simptomi u vidu apatije, siromaštva govora, zaravnjenog afekta ili neadekvatnog emocionalnog odgovora koji obično dovode do socijalnog udaljavanja i pada socijalnog funkcioniranja
- I) značajna i trajna promjena ponašanja u smislu gubitka interesa, besciljnosti, zaokupljenosti sobom i socijalnog udaljavanja

Za dijagnozu bolesti potrebna je prisutnost najmanje jednog od sindroma, simptoma ili znakova od A do D, ili najmanje dva od simptoma ili znakova od E do J, a u trajanju od najmanje mjesec dana (3).

1.4.2. Karakteristični simptomi shizofrenije prema klasifikaciji DSM-IV

A) Karakteristični simptomi

- sumanutost
- halucinacije
- smeten govor
- katatono ponašanje
- negativni simptomi

Za postavljanje dijagnoze dovoljna je prisutnost samo jednog simptoma.

B) Socijalne smetnje

- pojava poteškoća pri funkcioniranju na jednom ili više područja kao što su svakodnevni život, rad, međuljudski odnosi, pa i briga za samoga sebe

C) Trajanje

Trajni znakovi poremećaja prisutni su barem šest mjeseci. Ovo šestomjesečno razdoblje mora uključivati najmanje mjesec dana simptome koji predstavljaju kriterije A (kraće ako su uspješno liječeni) i može uključivati razdoblja prodromalnih ili rezidualnih simptoma. Tijekom ovih prodromalnih ili rezidualnih razdoblja znakovi poremećaja mogu se očitovati samo negativnim simptomima ili s dva ili više simptoma iz kriterija A koji se očituju u blažoj formi.

D) Isključivanje poremećaja ponašanja i shizoaktivnog poremećaja

Oni se isključuju jer se depresivna, manična ili miješana epizoda ne pojavljuje zajedno sa simptomima aktivnoga stadija ili ako se jave simptomi poremećaja raspoloženja za vrijeme pojave simptoma aktivnog stadija, onda oni kratko traju.

E) Isključivanje psihoaktivnih tvari i općeg zdravstvenog stanja

Poremećaj nije povezan s izravnim patofiziološkim učincima droga ili lijekova niti je posljedica općeg medicinskog stanja.

F) Veza s pervazivnim razvojnim poremećajem

Ako postoji veza s autizmom ili s drugim pervazivnim poremećajem, dodatna dijagnoza shizofrenije daje se jedino ako postoje sumanute ideje ili halucinacije kroz mjesec dana (4).

1.5. Klinički oblici shizofrenije

Uglavnom razlikujemo četiri oblika shizofrenije: shizofrenija simpleks, hebefrenija, katatoni tip i paranoidni tip (5).

1.5.1. *Schizophrenia simplex*

Ovaj oblik predstavlja neproduktivnu formu shizofrenije koju karakterizira postupan početak i kroničan tijek bolesti bez izmjene recidiva i remisija. Bolesnik se povlači iz realnog svijeta, nezainteresiran je za socijalne kontakte i bilo kakvu aktivnost. Javlja se autizam, afektivna tupost i atimija te dolazi do potpunog opustošenja ličnosti (5).

1.5.2. *Hebephrenia*

Hebefreni oblik je najteži oblik shizofrenije. Počinje rano u pubertetu ili mlađoj adolescenciji. Pored osnovnih simptoma shizofrenije, javljaju se perceptivni poremećaji i raznovrsne sumanute ideje. Hebefreniju karakterizira djetinjasto, neodgovorno, nepredvidivo, bizarno ponašanje i manirizam, sklonost neumjesnim šalama i filozofiranju. Emocionalne reakcije su neadekvatne i promjenjive, često praćene smijanjem i hihotanjem bez vidljivog razloga te bizarnim grimasama. Mišljenje je dezorganizirano, a govor nekoherentan. Javlja se težnja ka socijalnoj izolaciji. Prognoza je obično loša zbog brzog razvoja negativnih simptoma, naročito zaravnjenog afekta i gubitka volje, što brzo dovodi do najdublje dezintegracije ličnosti (5).

1.5.3. *Schizophrenia catatonica*

Ovaj oblik je danas vrlo rijedak. Pored osnovnih simptoma, kliničkom slikom dominiraju poremećaji psihomotorike (katatoni stupor i uzbuđenje, ostali tzv. katatoni fenomeni). Bolest se obično razvija između 20. i 30. godine života, uglavnom ima dobar tijek, s dobrim remisijama i recidivima. Prognoza je povoljnija nego kod ostalih oblika. Smrtonosna katatonija je rijetkost i može se na nju djelovati antipsihoticima. Očituje se jakom psihomotoričkom uzbuđenosti ili jakom ukočenosti te je karakteristična hipertermija zbog oštećenja termoregulacijskog centra u mozgu što može rezultirati smrtnim ishodom (5).

1.5.4. *Schizophrenia paranoides*

Ovo je najčešći oblik shizofrenije. Počinje najčešće poslije 30. godine života, a kliničkom slikom, uz osnovne simptome, dominiraju sumanute ideje paranoidnog tipa. Najčešće je riječ o osjećaju veličine i ljubomori te idejama proganjanja. Halucinacije relativno često prate ovu sumanutost i povezane su sa sadržajem sumanutih ideja. Bolesnici su nepovjerljivi, sumnjičavi, razdražljivi, a mogu postati i agresivni. U svoje sumanute sadržaje lako uvlače osobe sa strane i na najmanji povod. Tijek bolesti je uglavnom povoljan, bolesnici dobro reagiraju na lijekove te se remisija brzo postiže uz dobru prognozu (5).

1.6. Prognoza i tijek

„Danas prevladava stav koji dominira još od vremena Kraepelina kako je shizofrenija duševni poremećaj s vrlo lošom prognozom. Često se navodi „fenomen četvrtina“ po kojem jedna četvrtina oboljelih postigne potpunu remisiju i ima dobru prognozu, u jedne se četvrtine ne postiže značajan ili pak nikakav terapijski uspjeh, a u dvije četvrtine liječenje rezultira poboljšanjem premda su simptomi i dalje značajno prisutni. Međutim, dosta je rašireno i „pravilo trećina“ po kojemu se jedna trećina oboljelih od shizofrenije oporavi u potpunosti, u jedne trećine dolazi do značajnog poboljšanja, ali ne i do potpunog oporavka, a jedna trećina ostaje značajno ili teško

bolesna. Tijek i ishod shizofrenije predstavlja multidimenzionalni konstrukt koji uključuje različite domene psihopatologije, različite aspekte obiteljskog, radnog i socijalnog funkcioniranja kao i kvalitete života. Drugim riječima prognoza i ishod ovise o okolnostima u kojima se bolest razvije i očituje, zatim o karakteristikama bolesti, premorbidnim značajkama osobnosti oboljelih i njihovim aktualnim vještinama nošenja sa životnim problemima, te dostupnim psihofarmacima i drugim metodama liječenja kao i o stavovima okoline“ (1).

Čimbenici koji su povezani s boljim ishodom bolesti su: dobra premorbidna prilagodba, akutni početak, kasniji početak, ženski spol, precipitirajući događaji, pridruženi poremećaji raspoloženja, kratko trajanje simptoma aktivnog stadija, dobro međuepizodno funkcioniranje, malo rezidualnih simptoma, nedostatak strukturnih moždanih abnormalnosti, obiteljska anamneza poremećaja raspoloženja bez anamneze shizofrenije. Rano započeto liječenje jedan je od osnovnih čimbenika bolje prognoze. Stoga je vrlo važno rano uočavanje bolesti, odnosno prepoznavanje premorbidne i prodromalne faze (1).

1.7. Liječenje

Oboljeli od shizofrenije liječe se biologijskom terapijom (lijekovima, elektrostimulativnom terapijom, neuromodulatornom terapijom, neuroregenerativnom terapijom), socioterapijski i psihoterapijski. Izbor psihofarmakološke terapije, psihoterapije i psihosocijalnih intervencija vrši se na temelju procjene kliničkog stanja bolesnika i raspoloživih mogućnosti liječenja. Psihofarmakološko liječenje antipsihoticima pokazalo se najznačajnijim i najvrijednijim u liječenju shizofrenije te predstavlja „*conditio sine quanon*“ u liječenju ove bolesti.

U akutnoj fazi bolesti, kada su jasno izraženi psihotični simptomi, bolesnika je vrlo često potrebno liječiti u bolnici. Svrha liječenja shizofrenije je ublažiti i smanjiti simptome bolesti tijekom akutne faze, te spriječiti ponovnu pojavu bolesti tijekom razdoblja nestanka simptoma (remisije bolesti) (6).

Vrste i djelovanje antipsihotika detaljno će biti pojašnjeni u narednim poglavljima.

1.8. Antipsihotici

„Antipsihotici su lijekovi koji učinkovito, u većine shizofrenih bolesnika, ublažavaju simptome bolesti ili ih potpuno uklanjaju. Otkako su prvi put upotrijebljeni, u pedesetim godinama prošloga stoljeća, antipsihotici su pomogli tisućama shizofrenih bolesnika, omogućujući im gotovo normalno društveno i radno funkcioniranje. Prije tog vremena većina je shizofrenih bolesnika život provodila u psihijatrijskim ustanovama i azilima, gotovo cijeli život odvojena od svojih obitelji, prijatelja i vanjskog svijeta. Kako se simptomi shizofrenije mogu znatno razlikovati od bolesnika do bolesnika u smislu izraženosti simptoma te njihovoj kombinaciji, ne postoji jedan lijek koji bi bio najbolji za sve bolesnike. Lijek koji je djelotvoran za jednoga bolesnika možda nije i najbolji lijek za drugoga. Iako antipsihotici ne mogu izliječiti shizofreniju, jer je ona neizlječiva i kronična bolest, oni znatno umanjuju ili uklanjaju halucinacije i sumanute ideje, omogućujući bolesniku povratak u stvarni svijet. Lijekovi umanjuju rizik za ponovno pojavljivanje bolesti, pri čemu je potrebno redovito uzimanje lijekova prema preporuci psihijatra. Ako se, unatoč uzimanju lijekova, psihotični simptomi ponovno pojave, najčešće su slabije izraženi“ (6).

Nažalost, mnogi shizofreni bolesnici ne uzimaju redovito lijekove, ili ih nakon što im se simptomi ublaže prestanu uzimati. Tada se, u većine bolesnika, nakon relativno kratkog vremena, bolest ponovo pojavi. Vrlo je važno da i bolesnici i članovi njihovih obitelji važnost uzimanja lijekova shvate kao mogućnost kontrole shizofrenije. Antipsihotici djeluju na receptore kemijskih prijenosnika u mozgu, poglavito na receptore za dopamin i serotonin, dva kemijska prijenosnika za koje se smatra da imaju najveću ulogu u nastanku simptoma shizofrenije. Postoje dvije osnovne skupine antipsihotika: klasični antipsihotici i novi antipsihotici (6).

1.8.1. Antipsihotici I. generacije (tipični, klasični antipsihotici)

Novu etapu u liječenju bolesnika oboljelih od shizofrenije, a i ostalih duševnih bolesnika, predstavlja otkriće klorpromazina kojeg 1952. godine Delay i Deniker primjenjuju u liječenju psihotičnih bolesnika. Već godinu dana kasnije klorpromazin primjenjuje se i u našoj sredini. Saznanje da se klorpromazin može uspješno primijeniti

kod psihotičnih poremećaja ubrzalo je sintezu novih antipsihotika. Tako su prvo sintetizirani haloperidol 1958. godine, a zatim i ostali, promazin, perazin, flufenazin. To su antipsihotici prve generacije ili klasični antipsihotici (7).

Klasični antipsihotici ublažavaju pozitivne simptome shizofrenije, odnosno halucinacije i sumanute ideje. Iako su vrlo djelotvorni, jer pomažu većini bolesnika, često se događa da ih bolesnici prestaju uzimati. Dva su razloga tome. Jedan je njihovo nepoželjno djelovanje ili nuspojave. Uzimanje klasičnih antipsihotika može uzrokovati osjećaj suhoće u ustima, zamagljen vid, konstipaciju, vrtoglavicu i pospanost; u većine bolesnika ti simptomi nestaju nakon nekoliko prvih tjedana liječenja. Neugodnije nuspojave pri uzimanju klasičnih antipsihotika koje čine veće probleme bolesnicima i koje su jedan od najčešćih razloga za prestanak uzimanja lijekova su poremećaj pokreta ili motorike. Nazivaju se ekstrapiramidne nuspojave, a ima ih oko 60% do 70% bolesnika. Mogu biti izražene kao trajni spazam ili grč mišića u vratu ili glavi (distonija) ili nemogućnost stajanja na jednome mjestu i potreba za stalnim premještanjem s noge na nogu (akatzija). Neki bolesnici mogu imati izražen skup simptoma koji podsjeća na Parkinsonovu bolest, npr. usporene kretnje, tremor ruku. Drugi razlog prestanka uzimanja lijeka je što klasični antipsihotici nisu dovoljno učinkoviti u ublažavanju negativnih shizofrenih simptoma, kao što su depresivni simptomi i emocionalno povlačenje i otupljivanje emocija (7).

Tablica 1. Antipsihotici I. generacije i neka njihova obilježja (8)

Lijek generičko (tvorničko) ime	Terapijska dnevna doza (mg) ¹	Sedativni učinak	Hipotenzivni učinak	Antikolinergički	EPS	Druge nuspojave
Antipsihotici prve generacije (dopaminski antagonisti)						
flufenazin (Moditen)	2-60	++	+	+	+++	
haloperidol (Haldol)	5-30	+	+	+	+++	
klorpromazin (Largactil)	200-800	+++	+++	++	++	
levomepromazin (Nozinan)	200-400	+++	+++	+++	++	
perazin (Taxilan)	100-800	+++	+++	+++	++	
promazin (Prazine)	75-800	+++	+++	++	++	
tionidazin (Melleril)	150-800	+++	+++	+++	++	pigmentama retinopatija kardijalne nuspojave

1.8.2. Antipsihotici II. i III. generacije (atipični, novi antipsihotici)

Prvi atipični antipsihotik klopazin otkriven je šezdesetih godina prošlog stoljeća a u kliničku je praksu uveden sedamdesetih godina prošlog stoljeća, međutim povučen je zbog mogućnosti pojave agranulocitoze i sada predstavlja drugu liniju antipsihotika kod rezistentnih kliničkih slika. Kada je sintetiziran klopazin, ubrzo je otkriveno da ima dobro antipsihotičko djelovanje, ali bez izazivanja ekstrapiramidnih nuspojava (EPS). Klopazin je potom postao prototipom druge generacije antipsihotika, pa je tako usmjerio razvoj antipsihotika na traženje lijekova koji imaju iste povoljne kliničke učinke, a bez rizika javljanja agranulocitoze što se može javiti pri terapiji klopazinom i bez EPS-a koji prate liječenje prvom generacijom antipsihotika. Klopazin je prozvan atipičnim zbog malog rizika od izazivanja EPS-a, a kasnije je naziv „atipičan“ upotrebljavan za svaki novi antipsihotik tijekom zadnjeg desetljeća usprkos kemijskoj, farmakološkoj i kliničkoj heterogenosti nove generacije antipsihotika. Nadalje, devedesetih godina prošlog stoljeća na tržištu se pojavljuju novi atipični antipsihotici ili antipsihotici treće generacije, redom olanzapin, risperidon, kvetiapin, a zatim ranih godina ovog stoljeća ziprasidon i aripiprazol. Najnoviji atipični antipsihotik paliperidon odobren je u SAD-u od strane FDA (Food and drug administration) pod kraj 2006. godine (7).

„Antipsihotici druge i treće generacije rezultat su ciljane potrage za što uspješnijim antipsihotikom uz što manje nuspojava kako bi se povećala sigurnost i podnošljivost antipsihotičke terapije. Kao grupa ili skupina atipični antipsihotici su bitno superiorni u kliničkom učinku u usporedbi s klasičnim antipsihoticima“ (7).

„Pojava druge i treće generacije antipsihotika ili atipičnih antipsihotika bez sumnje predstavlja veliki napredak u liječenju bolesnika oboljelih od shizofrenije. Oni imaju prihvatljiviji profil nuspojava a usporedbi s prvom generacijom antipsihotika tzv. klasičnih antipsihotika imaju bolji učinak na negativne i kognitivne simptome. Primjenjuju se u liječenju shizofrenije kako u prvoj psihotičnoj dekompenzaciji tako i kao terapija održavanja. Novi atipični antipsihotici u području psihofarmakoterapije predstavljaju jedno veliko „osvježenje“ koje je s oduševljenjem dočekano kod psihijatarata i bolesnika te svih koji sudjeluju u tretmanu psihotičnih bolesnika. Atipični antipsihotici su se pokazali uspješnim u liječenju bolesnika s prvim psihotičnim

epizodama, u liječenju bolesnika s kroničnom shizofrenijom, u stanjima pogoršanja bolesti i u bolesnika koji su se prije pojave ove skupine lijekova pokazali refrakternim na terapiju“ (7).

Neke od nuspojava novih antipsihotika su agranulocitoza (klozapin), porast tjelesne težine, povećan rizik za razvoj dijabetesa, pospanost i usporenost, poremećaj seksualne funkcije, nesanica, glavobolja, ubrzani otkucaji srca, povišen krvni tlak (9).

1.8.2.1. Dugodjelujući antipsihotici

Antipsihotici s produženim djelovanjem uglavnom dolaze u obliku injekcija koje se primjenjuju svaka dva do četiri tjedna. Antipsihotici u obliku injekcija s dugim djelovanjem propisuju se da bi se smanjila nesuradljivost bolesnika i time smanjila mogućnost relapsa shizofrenije te smanjila stopa rehospitalizacija.

Dugodjelujući antipsihotici bolesnicima olakšavaju proces liječenja, pomažu stvaranju pozitivnog doživljaja sebe i liječenja, postižu dulju remisiju, poboljšano funkcioniranje i bolju interakciju s obitelji, smanjuju rizik slučajnog ili namjernog predoziranja, omogućuju redoviti kontakt s terapijskim timom te smanjuju rizik od prestanka uzimanja terapije. Nedostatci primjene ovih antipsihotika su spora doza titiranja, potrebno duže vrijeme za stabilno stanje, potencijalna bol na mjestu uboda, lokalna oštećenja i iritacije, produžene nuspojave ako su prisutne (16).

Neki od razloga zašto pacijenti preferiraju dugodjelujuće antipsihotike su:

- redoviti kontakt s medicinskim osobljem
- lijekovi učinkovitiji od tableta
- nema rizika od zaborava
- lakše
- upoznavanje prijatelja na klinici
- manje nuspojava

U Hrvatskoj su dostupni novi dugodjelujući antipsihotici Xeplion (paliperidon), Zypadhera (olanzapin) i Rispolept Consta (risperidon) (16).

1.8.2.1.1. Zypadhera

Zypadhera sadrži djelatnu tvar olanzapin. Namijenjena je bolesnicima koji su dovoljno stabilizirani tijekom liječenja oralnim olanzapinom.

Prije primjene Zypadhere, liječnik i medicinska sestra moraju biti sigurni da se nakon primljene injekcije bolesnik neće sam vraćati kući. Nakon svake injekcije može doći do pojave manje čestih, ali zato ozbiljnih nuspojava. Zypadhera ponekad može prebrzo ući u krvotok. Ako se to dogodi, nakon davanja injekcije mogu se javiti ovi simptomi: omaglica, prekomjerna pospanost, dezorijentacija, smetenost, tjeskoba, razdražljivost, povišenje krvnog tlaka, agresivnost, slabost, otežan govor, ukočenost ili trzaji (drhtanje) mišića, otežano hodanje, konvulzije. U pojedinim slučajevima ti simptomi mogu dovesti i do gubitka svijesti. Uobičajeno je da se ovi simptomi povuku unutar 24 do 72 sata nakon injekcije. Nakon svake injekcije bolesnik ostaje u zdravstvenoj ustanovi kroz najmanje 3 sata zbog praćenja eventualne pojave ranije navedenih simptoma. Iako je malo vjerojatno, ovi simptomi se mogu pojaviti i nakon više od 3 sata poslije injekcije. Vrlo rijetko, lijekovi iz ove skupine mogu prouzročiti neuobičajene pokrete (uglavnom lica ili jezika) ili kombinaciju vrućice, ubrzanog disanja, znojenja, mišićne ukočenosti te omamljenosti ili pospanosti. Kod bolesnika koji koriste Zypadheru zabilježen je porast težine te povećane razine šećera i masnoća (triglicerida i kolesterola) u krvi. Druge česte nuspojave su bol na mjestu primjene lijeka i infekcija ubodnog mjesta (10).

Kontraindikacije za Zypadheru su trudnoća i dojenje, Parkinsonova bolest, paralitički ileus, bolesti jetre i bubrega, krvožilni poremećaj, šećerna bolest. Ne preporučuje se primjena kod mlađih od 18 godina, kod dementnih osoba te starijih od 75 godina (10).

Zypadhera je prašak i otapalo za suspenziju za injekciju s produljenim oslobađanjem. Primjenjuje se u dozama od 150 mg do 300 mg svaka dva tjedna ili 300 mg do 450 mg svaka četiri tjedna. Liječnik ili medicinska sestra od praška priređuju suspenziju za injekciju koja se injicira u mišić stražnjice (10).

1.8.2.1.2. Xeplion

Xeplion sadrži aktivnu tvar paliperidon. Namijenjen je za terapiju održavanja kod simptoma shizofrenije u odraslih bolesnika stabiliziranih paliperidonom ili risperidonom. Ukoliko je bolesnik u prošlosti imao dobar odgovor na liječenje paliperidonom ili je imao blage do umjerene simptome bolesti, liječnik može započeti s primjenom lijeka Xepliona bez prethodnog stabiliziranja paliperidonom ili risperidonom (11).

Injekciju lijeka Xeplion daje liječnik ili drugi zdravstveni djelatnik, najčešće medicinska sestra u ambulanti ili na klinici. Xeplion se primjenjuje injekcijom u mišić nadlaktice ili stražnjice. Prvu (150 mg) i drugu (100 mg) injekciju paliperidonpalmitata pacijent prima u razmaku od oko tjedan dana. Nakon toga injekciju (u dozi od 25 mg do 150 mg) prima jednom mjesečno. Ovisno o simptomima, liječnik može kod sljedeće mjesečne injekcije povisiti ili sniziti količinu lijeka za jednu jačinu doze (11).

Kao i svi drugi lijekovi, Xeplion može uzrokovati nuspojave, ali ne kod svih osoba. Manje često može izazvati ozbiljnu alergijsku reakciju čija su obilježja vrućica, oticanje usta, lica, usana ili jezika, nedostatak zraka, svrbež, osip kože te ponekad pad krvnog tlaka (može se razviti u anafilaktičku reakciju). Vrlo česte nuspojave su poteškoće sa spavanjem i glavobolja. Česte nuspojave mogu uključivati jednu od najpoznatijih nuspojava paliperidona - skupinu problema s pokretima, poznatu pod nazivom ekstrapiramidni poremećaj, bol ili druge reakcije na mjestu primjene injekcije (npr. otekline na mjestu primjene injekcije), infekciju nosa, grla ili prsnog koša, porast tjelesne težine, povišena razina šećera u krvi, povišena razina triglicerida u krvi, razdražljivost, uznemirenost, omaglica, pospanost, unutarnji nemir, ubrzano kucanje srca, povišen krvni tlak, mučnina, povraćanje, bol ili nelagodu u trbuhu, proljev, zatvor, zubobolja, osip, bol u leđima, bol u ekstremitetima, slabost, umor. Među manje čestim nuspojavama navodi se i visoka razina prolaktina koja kod muškaraca uzrokuje oticanje dojki, poteškoće s postizanjem i održavanjem erekcije te drugih spolnih disfunkcija, a kod žena nelagodu u dojkama, curenje mlijeka iz dojki, propuštanje menstruacije ili druge probleme s mjesečnim ciklusom (11).

Kontraindikacije za Xeplion su alergija na paliperidon, trudnoća i dojenje, demencija, Parkinsonova bolest, šećerna bolest, poteškoće s jetrom i bubrežima, epilepsija. Ovaj lijek nije namjenjen mlađima od 18 godina (11).

Xeplion je bijela do gotovo bijela suspenzija za injekciju s produljenim oslobađanjem u napunjenoj štrcaljki. Pakiranje Xepliona je od 25 mg pa do 150 mg. Jedno pakovanje sadrži jednu napunjenu štrcaljku i dvije igle (11).

1.8.2.1.3. Rispolept Consta

Rispolept Consta sadrži djelatnu tvar risperidon i koristi se kao terapija održavanja liječenja shizofrenije. Namijenjen je bolesnicima koji se trenutno liječe oralnim (npr. tablete, kapsule) antipsihoticima. Rispolept Consta može pomoći ublažiti simptome shizofrenije i zaustaviti njihov povratak (12).

Rispolept Constu primjenjuje zdravstveni djelatnik, putem injekcije u mišić ruke ili stražnjice, svaka dva tjedna. Injekciju treba primijenjivati naizmjenično u lijevu i desnu stranu. Injekcija se ne smije dati intravenski (12).

Vrlo česte nuspojave (javljaju se kod više od 1 na 10 bolesnika) kod ovog lijeka su: uobičajeni simptomi prehlade, poteškoće s uspavlivanjem ili ostankom u snu, depresija, tjeskoba, parkinsonizam, glavobolja. Česte nuspojave (javljaju se kod 1 do 10 na 100 bolesnika) su upala pluća, bronhitis, sinusna infekcija, infekcija mokraćnih puteva, anemija, povišena razina prolaktina, poremećaj spavanja, razdražljivost, smanjena spolna želja, nemir, osjećaj pospanosti, distonija, omaglica, diskinezija, zamagljen vid, brzi otkucaji srca, nizak krvni tlak, bol u prsima, visoki krvni tlak, nedostatak zraka, grlobolja, kašalj, začepljen nos, bol u trbuhu, nelagoda u trbuhu, povraćanje, mučnina, infekcija želuca ili crijeva, zatvor, proljev, poremećena probava, suha usta, zubobolja, osip, mišićni grčevi, bol u kostima ili mišićima, bol u leđima, bol u zglobovima, reakcija na mjestu primjene injekcije, uključujući svrbež, bol ili oticanje (12).

Kontraindikacije za Rispolept Constu su trudnoća i dojenje, demencija, Parkinsonova bolest, epilepsija, šećerna bolest, poteškoće s jetrom i bubrežima, visoka razina prolaktina u krvi. Ovaj lijek nije namjenjen mlađima od 18 godina (12).

Rispolept Consta pakiranje sadrži prašak i otapalo za suspenziju za injekciju s produljenim oslobađanjem za primjenu u mišić, a sadržava 25, 37,5 ili 50 mg risperidona (12).

1.8.2.1.4. Priprema i primjena dugodjelujućih antipsihotika

Zypadhera i Rispolept Consta dolaze u obliku praška i otapala za suspenziju pa medicinska sestra sama priređuje suspenziju, dok je Xeplion već gotova suspenzija u napunjenoj štrcaljki. Osim praška i otapala/suspenzije, u pakiranju lijeka se nalaze po dvije igle različitih veličina. Nakon pripreme suspenzije (prema uputama proizvođača) i navlačenja lijeka u štrcaljku, stavlja se odgovarajuća igla te se lijek dalje aplicira po standardiziranom postupku primjene lijeka u mišić (12).

1.8.2.1.5. Standardizirani postupak primjene lijeka u mišić

Postupak se izvodi 5-7 minuta, zavisno o načinu pakiranja lijeka (gotov pripravak ili u prahu te ga je potrebno razrijediti) i o propisanoj dozi lijeka. Terapija intramuskularno primjenjuje se na pismeni nalog liječnika. Lijek se primjenjuje injiciranjem u velike mišiće na mjesta gdje nema velikih krvnih žila i živaca, pod kutom od 90°. Resorpcija lijeka je brza i lijek djeluje već unutar 30 minuta. Za primjenu intramuskularne terapije potrebno je poznavati anatomiju mišićnog sustava. Najčešće se daje u dorzoglutealnu regiju (M. gluteus maximus) do 5 ml. Manja količina lijeka, do 2 ml, može se aplicirati u nadlaktičnu regiju (M. deltoideus), ili natkoljenu regiju (M. rectus femoris i M. vastus lateralis). Primjena lijeka u mišić može biti kontraindicirana kod bolesnika s oštećenim mehanizmom koagulacije ili kod antikoagulantne terapije. Odabir lumena igle za intramuskularnu primjenu ovisi o gustoći pripravka, konstituciji mišića i debljini potkožnog masnog tkiva. Najčešće je to od 22 - 27 G za vodene otopine, a od 18 - 25 G za uljne otopine. U slučaju učestale primjene lijeka potrebno je mijenjati mjesto uboda. Uljne otopine primjenjuju se "Z" tehnikom (13).

Prije primjene potrebno je izvršiti procjenu kontraindikacija i ranijih alergijskih reakcija na lijekove, tjelesne građe pacijenta i stanja mišića o čemu ovisi odabir mjesta primjene lijeka i veličina igle, stanja kože ubodnog mjesta i prethodnih davanja lijeka,

psihofizičkog stanja pacijenta, te prostora za intervenciju (čistoća, osvjetljenje, mir).
Potrebni pribor i materijal su: štrcaljka s pripremljenim lijekom i iglom, alkoholni antiseptik za kožu, smotuljci vate ili gaze, jednokratne nesterilne rukavice, posuda za nečisto i sabirnik za oštre predmete.

Izvođenje postupka:

- predstaviti se, identificirati pacijenta
- primijeniti standard 5P za primjenu lijeka na siguran način
- osigurati privatnost i povoljne uvjete u prostoriji
- dezinficirati i posušiti ruke, obući rukavice
- objasniti postupak i moguće nelagode i reakcije na lijek, dopustiti pitanja
- smjestiti pacijenta u ležeći položaj, ako je moguće, te odabrati mišić za primjenu
- dezinficirati kožu od centra prema periferiji, pričekati 15 – 30 sekundi da se posuši
- savjetovati pacijenta da opusti mišić (usmjeriti pažnju na nešto drugo, tehnike disanja, lupkanje...)
- uzeti štrcaljku u dominantnu ruku, skinuti štitnik s igle
- nedominantnom rukom, kažiprstom i palcem: a) - rastegnuti kožu b) - kod atrofiranih mišića obuhvatiti i stisnuti mišić c) - kod Z tehnike dlanom povući kožu iznad mjesta planiranog uboda prema gore ili u stranu i držati je tijekom injiciranja
- naglim trzajem ruke ubosti pod kutom od 90° (2/3 igle uvesti u mišić)
- aspirirati; u slučaju pojave krvi izvući iglu i promijeniti smjer igle i ponovo aspirirati, a ako nema krvi, polako injicirati lijek iz štrcaljke u mišić
- smotuljkom vate fiksirati kožu i izvući iglu, lagano protrljati ubodno mjesto i držati nekoliko sekundi
- kod „Z“ tehnike izvući iglu, naglo pustiti zategnuti dio kože i staviti vatu
- iglu i štrcaljku odložiti u sabirnik za oštre predmete (štitnik ne vraćati na iglu), ostali upotrijebljeni pribor odložiti prema pravilima zdravstvene ustanove
- svući rukavice, dezinficirati i posušiti ruke
- dokumentirati postupak
- uočavati neželjene reakcije, obavijestiti liječnika u slučaju pojave neželjenih reakcija i evidentirati ih (13)

2. CILJ RADA

Cilj ovog rada je opis novih, dugodjelujućih antipsihotika koji se danas koriste za liječenje shizofrenije, njihova uloga u poboljšanju socijalnog funkcioniranja shizofrenih bolesnika i prevenciji terapijske nesuradljivosti kao jedne od najvećeg problema u liječenju ove bolesti te uloga medicinske sestre kod shizofrenih bolesnika na terapiji dugodjelujućim antipsihoticima.

3. RASPRAVA

3.1. Dugodjelujući antipsihotici i bolje socijalno funkcioniranje shizofrenih bolesnika

Jedan od najvećih problema u liječenju shizofrenije je terapijska nesuradljivost. Bolesnici ne uzimaju lijekove ili ih uzimaju diskontinuirano iz raznih razloga (loše stanje ali i dobro stanje, negativan stav prema bolesti i liječenju, nedostatak uvida, zaboravnost...). S tim se znatno povećava rizik od relapsa bolesti. Posljedice relapsa su ugrožavanje interpersonalnih odnosa, narušavanje edukacije i profesionalnog života, umanjenje samostalnosti, pridonos stigmi, neurotoksičnost. Dakle, za bolje socijalno funkcioniranje shizofrenih bolesnika ključno je postići terapijsku suradljivost bolesnika te spriječiti relaps bolesti. Primarno se rizik od relapsa može prevenirati kontinuiranim liječenjem antipsihoticima gdje značajnu ulogu imaju ranije opisani dugodjelujući antipsihotici novije generacije - olanzapin, risperidon, paliperidon (15). Upravo zbog suvremene tehnologije na kojima su nastali ovi lijekovi osigurava se u dužem vremenskom periodu trajna koncentracija lijeka uz minimalne oscilacije te koncentracije, što se u kliničkoj praksi kada je u pitanju terapijski učinak pokazalo izuzetno značajnim. Ovi depot oblici antipsihotika smanjuju rizik od relapsa, olakšavaju proces liječenja, pomažu stvaranju pozitivnog doživljaja sebe i liječenja, smanjuju rizik prestanka uzimanja terapije, postižu dužu remisiju te uzrokuju poboljšano funkcioniranje i bolju interakciju s obitelji. Niti jedan lijek ne djeluje ako se ne uzme pa tako ni depot. Stoga je bitno izgraditi zajedničku viziju i odrediti zajednički cilj, motivirati članove obitelji i bolesnika, pružiti sve informacije o lijeku, o razlogu za primjenu lijeka, načinu na koji on djeluje, dugotrajnosti uzimanja te mogućim nuspojavama i eventualnim kontraindikacijama. Važno je postići pozitivan doživljaj lijeka, veću motivaciju i bolji terapijski savez (16).

Kvaliteta života je krajnje subjektivan i nejasno definiran pojam koji je, premda često stvara konfuziju, izuzetno važan svakom od nas i mi sami zapravo definiramo njegov sadržaj. Shizofrenija značajno reducira kvalitetu življenja, tako da cilj liječenja nije samo otkloniti simptome, a posebice ne po cijenu neugodnih i opasnih nuspojava, već omogućiti prvenstveno bolju kvalitetu življenja ne samo kroz objektivne

pokazatelje, nego i u subjektivnom doživljaju bolesnika. U postizanju što bolje kvalitete življenja presudna je uloga bolesnika i njegove obitelji, ali i primjena dobro podnošljivih lijekova koji svojim nuspojavama neće smanjivati ili ograničavati kvalitetu života. Upravo zbog toga novi dugodjelujući antipsihotici tijekom terapije održavanja ili profilaktičke primjene omogućuju bolju kvalitetu življenja (2).

Razvoj nove generacije antipsihotika uvelike pridonosi smanjenju stigmatizacije i boljoj kvaliteti života oboljelih. Bolesnicima se tako, suvremenim metodama liječenja, omogućava da se ranije vraćaju u svoje obiteljsko okruženje.

3.2. Pristup medicinske sestre shizofrenom bolesniku na terapiji dugodjelujućim antipsihoticima

Medicinska sestra kao član terapijskog tima ima iznimno važnu ulogu kada je u pitanju liječenje shizofrenog bolesnika, a njena uloga posebne dimenzije poprima kada su u pitanju novi antipsihotici, i to dugodjelujući. Naime, postoji posebna procedura aplikacije lijeka, različite nuspojave i radnje koje obavlja medicinska sestra.

Vrlo je važna motiviranost, ustrajnost te suradljivost bolesnika u liječenju shizofrenije. Suradljivost se odnosi na redovito uzimanje lijekova, odlaske na preporučene kontrole te pridržavanje drugih dogovora i savjeta. Takva suradljivost najčešće nije moguća kod bolesnika oboljelih od shizofrenije. Suradljivost se gradi uzajamnim povjerenjem, a cilj je ne samo otklanjanje simptoma, nego uspostava dobrog stanja te prevencija pogoršanja bolesti. Uz dobru suradljivost unatoč bolesti može se voditi kvalitetniji život. Slaba suradljivost vodi do pogoršanja bolesti, ponovne hospitalizacije te posljedično do smanjenja nade za oporavak. Psihijatrijska medicinska sestra svojim znanjem i vještinom može utjecati na pacijentovo ponašanje, kako bi on shvatio moguće rizike i preuzeo odgovornost za svoje zdravlje. Njena je ključna uloga da kod bolesnika potiče prihvaćanje pozitivnog zdravstvenog ponašanja, jača mu samopouzdanje, poboljšava i jača njegove sposobnosti socijalne prilagodbe. Konačan cilj je resocijalizacija psihijatrijskog bolesnika u zajednicu. Potreban je multidisciplinarni pristup za poboljšanje suradljivosti i motiviranosti kod kroničnih duševnih bolesnika. Poboljšanje zahtjeva kontinuiranu suradnju između zdravstvenih

profesionalaca (psihijatra, medicinske sestre, psihologa, patronažne službe, liječnika obiteljske medicine), obitelji i samog pacijenta.

Kod primjene dugodjelujućih antipsihotika, najvažniji je redoviti dolazak bolesnika koji medicinska sestra vodi u dnevniku primjenjene terapije te zabilježi novi datum kad pacijent treba ponovno doći. Na taj se način vodi evidencija o dolascima bolesnika te nadzor nad njegovom bolesti. Vrlo je važno da nakon primjene dugodjelujućeg antipsihotika pacijent bude zadržan tri sata na promatranju kako ne bi došlo do neželjenih nuspojava. Ukoliko bolesnik izostane na planiranu aplikaciju antipsihotika, zove se bolesnik ili obitelj kako bi se doznali razlozi nedolaska ili spriječenosti. Dnevnik primjenjene terapije nam daje uvid u stanje bolesnika te se u njemu nalaze kontakt podatci i to bolesnika, obitelji, izabranog liječnika obiteljske medicine, patronažne sestre i centra za socijalnu skrb.

Medicinska sestra svojim znanjem i vještinama može značajno utjecati na pacijentovo ponašanje i to sve uz dobre komunikacijske vještine, empatiju i povjerenje. Pristup svakom bolesniku treba biti individualan i u skladu s njegovim potrebama. Vrlo bitno je da se bolesnika potiče na pozitivno zdravstveno ponašanje te da mu se ojača samopouzdanje. Medicinska sestra mora biti osoba bez predrasuda i prihvatiti bolesnika sa svim njegovim problemima, strahovima, potrebama i nedostacima.

Medicinska sestra je osoba koja će:

- liječniku dati punu informaciju o bolesniku (kako je bolesnik primio lijek, jesu li bile prisutne kakve reakcije)
- prevenirati komplikacije nuspojava, kontroliranjem vitalnih znakova, probave, mokrenja...
- poznavanjem znakova intoksikacije pojedinim lijekovima, imati pripremljena sva potrebna sredstva i lijekove
- u razgovoru s bolesnikom dati mu osnovne upute o lijekovima na jednostavan i razumljiv način te uspostaviti pozitivan odnos bolesnika prema uzimanju lijekova
- pravilno provedenim sestrinskim intervencijama olakšati poteškoće vezane uz nuspojave antipsihotika, tj. pomoći bolesniku u zadovoljavanju osnovnih ljudskih potreba (14).

4. ZAKLJUČCI

1. Shizofrenija je ozbiljna, vrlo iscrpljujuća, kronična bolest.
2. Antipsihotici su trenutno jedini učinkoviti lijekovi.
3. Novi dugodjelujući antipsihotici su značajan doprinos u sveukupnom liječenju shizofrenije.
4. Dugodjelujući antipsihotici osiguravaju bolju terapijsku suradljivost, mogu smanjiti relaps i poboljšati ishod bolesti.
5. Dugodjelujući antipsihotici osiguravaju bolje socijalno funkcioniranje shizofrenih bolesnika.
6. Medicinska sestra svojim znanjem i vještinom može utjecati na bolesnikovo ponašanje.
7. Pojavom novih dugodjelujućih antipsihotika, uloga medicinske sestre dobiva nove dimenzije.

5. LITERATURA

1. Jakovljević, Miro. Shizofrenija u teoriji i praksi: Knjiga I: Ontologija i klinička fenomenologija; Etiopatogeneza i klinička slika. Zagreb: Pro mente, 2011.
2. Jakovljević, Miro. Suvremena farmakoterapija shizofrenije: Od neurobiologije do potpune reintegracije. Zagreb: Medicinska naklada, Pro mente, 2001.
3. <http://www.plivazdravlje.hr/aktualno/clanak/16144/simptomi-shizofrenije.html>
4. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Priručnik kliničke psihijatrije. Jastrebarsko: Naklada Slap, 1998.
5. <http://www.vasdoktor.com/medicina-od-a-do-z/psihijatrijske-bolesti/966-shizofrene-psihoze>
6. <http://www.psihijatrija.hr/edu/sch.php>
7. http://medlib.mef.hr/825/1/Disertacija_Herceg_Miroslav.pdf
8. <http://blog.dnevnik.hr/anksioznost123/2009/02/1625917568/antipsihotici-neuroleptici.html>
9. <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/treatmentwellbeing/antipsychoticmedication.aspx>
10. <http://www.almp.hr/upl/lijekovi/PIL/UP-I-530-09-09-01-427.pdf>
11. <http://www.almp.hr/upl/lijekovi/PIL/UP-I-530-09-11-01-193.pdf>
12. <http://www.almp.hr/upl/lijekovi/PIL/UP-I-530-09-08-02-152.pdf>
13. http://www.hkms.hr/data/1316431523_388_mala_stand.postupci-kompletno.pdf
14. Repovečki S., Bagarić Š., Živković M., Salaj T. Zbornik radova: 19. dani psihijatrijskog društva medicinskih sestara i tehničara; Nuspojave antipsihotika. Zagreb, 2013.
15. <https://bib.irb.hr/prikazi-rad?&rad=695065>

16. Šimunović Filipčić I.: The Paradigm of Schizophrenia Treatment: Challenges and potential Solutions; Discussion Circle (PowerPoint-presentation)

6. SAŽETAK

Shizofrenija je psihijatrijski poremećaj koji zahvaća cjelokupnu ličnost oboljelih, a utječe na percepciju, mišljenje i afekt što uzrokuje promjenu ponašanja te otežava, iskrivljava ili sasvim onemogućuje razlikovanje realnih od nerealnih doživljaja ili iskustava. To je kronična bolest kod koje izlječenje nije moguće, međutim, može se kontrolirati redovitim uzimanjem propisanih antipsihotika. Jedan od najozbiljnijih problema u liječenju shizofrenije je izostanak terapijske suradnje i neredovito uzimanje lijekova. Važnu ulogu kod sprječavanja terapijske nesuradljivosti, a samim time poboljšanja socijalnog funkcioniranja shizofrenih bolesnika, imaju dugodjelujući antipsihotici nove generacije. Klasični antipsihotici su iziskivali svakodnevno konzumiranje, stalnu kontrolu, te su imali puno više nuspojava za razliku odsuvremenih antipsihotika koji osiguravaju trajnu koncentraciju lijeka u dužem vremenskom periodu uz minimalne oscilacije. U terapiji novim dugodjelujućim antipsihoticima uloga medicinske sestre je od iznimne važnosti. Naime, ona vodi dnevnik terapije te prati stanje i redovitost primanja terapije. Također daje terapiju, nadzire bolesnika, prati reakcije i prisustvo mogućih nuspojava te u slučaju nesuradljivosti kontaktira osobe nadležne za stanje bolesnika.

7. SUMMARY

Schizophrenia is psychiatric disorder that affects a whole personality of patient, it affects perception, thinking and affect which causes changes in behavior and prevents and makes it more difficult, distorted or completely prevents distinguishing real from unreal experiences or experiences. It is a chronic disease with no cure, however, it can be controlled by usage of regular prescribed antipsychotics. One of the most serious problems in the treatment of schizophrenia is the lack of therapeutic cooperation and erratic drug taking. Important role in preventing lack of therapeutic cooperation, and improving social behavior of patient, have a long-acting antipsychotic of the new generation. Classic antipsychotics require daily consumption, constant control and they have more side effects, unlike modern antipsychotics that provide ongoing concentration of the drug over a longer period of time with minimal fluctuations. In the treatment with new long-acting antipsychotics role of nurses is big importance. Nurse keeps a journal of therapy and monitors the status and regularity of drug treatments. She also provides therapy, supervises patient reactions on drug and monitors possible side effects. In case of non-compliance she contacts the patient or persons responsible for the patient's condition.

8. ŽIVOTOPIS

Osobni podaci:

Ime i prezime: Katarina Radnić

Datum rođenja: 28.6.1993.

Mjesto rođenja: Šibenik, Republika Hrvatska

Adresa: Rupe 116, Skradin

Mobitel: 0911745464

E-mail: katarina.radnic@hotmail.com

Obrazovanje:

2000-2008.g. Osnovna škola Skradin

2008-2012.g. Medicinska i kemijska škola Šibenik

Smjer: farmaceutski tehničar

2012-2015.g. Preddiplomski sveučilišni studij, Split

Sveučilišni Odjel zdravstvenih studija,

Smjer: sestrinstvo

Vještine:

Rad na računalu: Aktivno koristi računalo, poznaje rad na MS Office paketu.

Strani jezici: Engleski jezik