

Povezanost samostigme i uvida u bolest s depresivnošću i suicidalnošću u oboljelih od shizofrenije

Vidović, Domagoj

Doctoral thesis / Disertacija

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:131414>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-02**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Domagoj Vidović

**Povezanost samostigme i uvida u
bolest s depresivnošću i suicidalnošću
u oboljelih od shizofrenije**

DISERTACIJA



Zagreb, 2016.

**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET**

Domagoj Vidović

**Povezanost samostigme i uvida u bolest
s depresivnošću i suicidalnošću u
oboljelih od shizofrenije**

DISERTACIJA

Zagreb, 2016.

Disertacija je izrađena u Klinici za psihijatriju Vrapče

Voditeljica rada: doc. dr. sc. Petrana Brečić

Zahvaljujem mentorici, Petrani Brečić, na podršci, upornosti, strpljenju, znanstvenim i prijateljskim savjetima i sugestijama pri izradi disertacije.

Na stalnim poticajima posebno se zahvaljujem mom profesoru Vladi Jukiću.

Zahvaljujem se mojim roditeljima za upornost napominjanja i stalnoj podršci.

Luki i Roku hvala za strpljenje.

Rad posvećujem Ivani koja je uvijek moja snaga i poticaj.

Popis oznaka i kratica

MKB-10	Međunarodna klasifikacija bolesti, 10 revizija
DSM-V	Diagnostic Statistical Manual, fourth edition
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
ITAQ	The Insight and Treatment Attitude Questionnaire
SAI	The Schedule for Assesment of Insight
BIS	Insight Scale for psychosis
SUMD	Scale to assess Unawarnes of Mental Disorder
IS	Insight Scale
SAIQ	Self-Appraisal of Illness Questionnaire
WCST	Wisconsin Card Sorting Testom
HRSD	Hamilton Rating Scale for Depression
CDSS	Calgary Depression Scale for Schizophrenia
CGI	Clinical Global Impression
ISMI	Internalized Stigma in Mental Illness
ISST	InterSePT Scale for Suicidal Thinking
WHOQOL-BREF	WHO Quality of Life-BREF

Tablica sadržaja

1. Uvod	1
1.1. Shizofrenija.....	3
1.1.1. Povijest koncepta shizofrenije	3
1.1.2. Suvremeni koncepti shizofrenije	5
1.2. Uvid u bolest kod oboljelih od shizofrenije.....	6
1.2.1. Definicija uvida i njegovo mjerenje.....	7
1.2.1.1. Kategorijalne definicije i mjere uvida	7
1.2.1.2. Kontinuirane definicije i mjere uvida	7
1.2.1.3. Multidimenzionalne definicije i mjere uvida.....	9
1.2.2. Epidemiološka istraživanja	11
1.2.3. Povezanost uvida i nekih obilježja oboljelih od shizofrenije.....	12
1.2.4. Etiologija manjkavog uvida oboljelih od shizofrenije	14
1.2.4.1. Uvid i simptomi shizofrenije	15
1.2.4.2. Uvid i neurokognitivni deficiti	16
1.2.4.3. Uvid i neuroanatomski deficiti	17
1.2.4.4. Uvid, obrane i načini suočavanja	17
1.3. Koncepti depresije kod bolesnika sa shizofrenijom.....	19
1.3.1. Epidemiološki podaci	19
1.3.2. Depresija i faze shizofrenije.....	20
1.3.3. Utjecaj depresije na prognozu oboljelih od shizofrenije	21
1.3.4. Etiologija depresije kod oboljelih od shizofrenije	22
1.3.5. Povezanost uvida i depresivnosti	23
1.4. Suicid	24
1.4.1. Epidemiologija suicida oboljelih od shizofrenije	24
1.4.2. Čimbenici rizika za suicid oboljelih od depresije.....	25
1.5. Stigma	27
1.5.1. Stigma oboljelih od shizofrenije	28
1.5.2. Samostigma.....	29
2. Hipoteza	32
3. Ciljevi rada	32
3.1. Opći cilj istraživanja	32
3.2. Specifični ciljevi istraživanja.....	32

4. Materijali i metode	33
4.1. Ustroj istraživanja	33
4.2. Ispitanici.....	33
4.2.1. Ciljana populacija	33
4.2.2. Kriteriji uključivanja.....	33
4.2.3. Kriteriji neključivanja	33
4.2.4. Vrsta uzroka.....	34
4.2.5. Veličina uzorka	34
4.3. Promatrane varijable	34
4.3.1. Sociodemografska obilježja.....	34
4.3.2. Kliničke karakteristike.....	35
4.3.3. Hospitalne karakteristike	35
4.4. Statistička analiza podataka	35
5. Rezultati	39
5.1. Ispitanici.....	39
5.2. Povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest	46
5.3. Povezanost nedostatka uvida u bolest s izraženošću psihopatoloških simptoma	47
5.4. Povezanost nedostatka uvida s depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti.....	48
5.5. Povezanost nedostatka uvida i kvalitete života.....	48
5.6. Povezanost internalizirane samostigme s izraženošću psihopatoloških fenomena....	49
5.7. Povezanost internalizirane samostigme i depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti	50
5.8. Povezanost internalizirane samostigme i kvalitete života	51
5.9. Provjera moderacijskog učinka samostigme na povezanost uvida i ishoda bolesti... 52	
6. Rasprava	60
6.1. Opis uzorka prema sociodemografskim obilježjima	60
6.2. Obilježaj uzorka prema kliničkim karakteristikama	62
6.3. Povezanost nedostatka uvida u bolest s izraženošću psihopatoloških simptoma	63
6.4. Povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest	64
6.5. Povezanost nedostatka uvida u bolest s depresivnosti, beznadnosti, suicidalnosti i kvalitetom života.....	65
6.6. Povezanost internalizirane samostigme s depresivnosti, beznadnosti, suicidalnosti i kvalitetom života.....	67
6.7. Provjera moderacijskog učinka samostigme na povezanost uvida i ishoda bolesti... 68	
7. Zaključci.....	72

8. Sažetak na hrvatskom jeziku	73
9. Summary	74
10. Bibliografija	75
11. Životopis	95

1. UVOD

Od svih duševnih poremećaja s kojima se psihijatri suočavaju, shizofrenija je zasigurno najizazovnija i zauzima središnje mjesto njihove profesionalne misije. Ovaj se poremećaj najčešće javlja na ulasku u proljeće života, i u mnogim slučajevima, ima povratni i u konačnici kronični tijek koji vodi do značajnog invaliditeta. Najteži oblik duševnog poremećaja napada srž onoga što čini čovjeka čovjekom: osobnost i intelekt. Zbog ovih razloga shizofrenija se smatra prototipom duševne bolesti¹.

Shizofrenija je karakterizirana stalnom stopom incidencije, ranim početkom, nesuradljivošću bolesnika, čestim relapsima, visokom stopom suicida, izraženim dizabilitetom, kraćim trajanjem života, visokim direktnim i indirektnim troškovima, povećanom prevalencijom somatskih bolesti, znatnim padom kvalitete života oboljelih i članova njihovih obitelji. Zbog svega navedenog shizofrenija predstavlja i značajan javno zdravstveni problem.

Liječenje shizofrenije je izrazito složeno. Bolesnik nije samo skup simptoma, nuspojava i zbroj rezultata ocjenskih skala. Svaki bolesnik je jedinka za sebe, jedinstvena kombinacija bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika koji su kod svakog oboljelog od shizofrenije ostavili određeni utjecaj na kliničku sliku, tijek i ishod shizofrenog oboljeljenja. Potrebno je te utjecaje prepoznati, neke pokušati poništiti, neke modificirati, a neke prihvatiti kao datost. Tek kroz takav pristup može se oboljelima od shizofrenije pružiti najbolji mogući tretman. Pristup liječenju treba biti individualan, multidimenzionalan, stalno podložan promjenama, primarno uvjetovan bolesnikovim trenutnim psihičkim stanjem, ali i pogledom u budućnost.

Već od samih početaka opisa shizofrenije naglašavalo se kako veliki broj bolesnika nema uvida u svoju bolest. Poremećaj uvida se, prema velikim epidemiološkim istraživanjima, pokazao kao jedan od najčešćih simptoma kod oboljelih od shizofrenije, neovisno o kulturi iz koje bolesnik dolazi^{2,3}. Uvid u bolest dugo je vremena uspoređivan s anozognozijom, pojavom kod neuroloških bolesnika koji usprkos činjenici kako im je neki dio tijela plegičan tu činjenicu uporno negiraju. Tijekom vremena uvid u bolest povezivan je s ishodom bolesti, učestalošću suicida, odnosom spram medikacije i općenitim prihvaćanjem liječenja. Desetljećima su dominirali stavovi o pozitivnoj povezanosti produktivnih simptoma i manjka uvida, o povezanosti boljeg uvida s depresivnim simptomima te o zaštitnoj funkciji negacije kao

mehanizma obrane u stjecanju uvida u posljedice teške duševne bolesti, ali i o neurokognitivnom deficitu koji kod oboljelih smanjuje mogućnost uvida u svoju bolest. Novija istraživanja povezala su postojanje dobrog uvida u bolest sa slabije izraženom psihopatologijom, boljim psihosocijalnim funkcioniranjem i adekvatnijim prihvaćanjem terapijskih postupaka. S druge strane, postojanje dobrog uvida povezano je s depresivnošću, beznadom, niskim samopoštovanjem te nižom kvalitetom života.

Stigma je jedan od trajnih pratitelja oboljelih od psihičkih poremećaja, a poglavito shizofrenije. Stigma predstavlja niz stereotipnih stavova koji se usvajaju odrastanjem u određenom sociokulturnom okruženju, a obuhvaća stereotipe, predrasude i diskriminaciju. Pod pojmom samostigme podrazumijeva se kako oboljeli od shizofrenije nisu samo svjesni postojanja općenitih, negativnih stereotipa o bolesti i oboljelima, već se tijekom vremena i sami s njima počinju slagati, internalizirati ih i time prihvaćati stigmu kao razložnu i objektivnu istinu. Očito je kako internalizirana samostigma može imati važan utjecaj na samopouzdanje, samopoštovanje, beznade, depresivnost i kvalitetu života oboljelih od shizofrenije. Depresivni simptomi javljaju se u svim fazama shizofrenije te značajno utječu na prognozu jer dovode do smanjenja radne sposobnosti, otežanog socijalnog i obiteljskog funkcioniranja, smanjene terapijske suradljivosti te općenito slabije prognoze. Suicid u populaciji oboljelih od shizofrenije značajno je češći u odnosu na opću populaciju, a smatra se kako među vodeće čimbenike rizika spadaju depresivni simptomi i beznade. Stigma ima važnu ulogu u razvoju depresivnih simptoma te povećava rizik za počinjenje suicida.

Dakle, postoji paradoksalna pozicija prema kojoj je postojanje dobrog uvida povezano s pozitivnim, ali istovremeno i negativnim obilježjima bolesti, točnije depresivnošću, suicidalnošću, beznadom i nižom kvalitetom života te postoji očekivanje kako je internalizirana samostigma modificirajući čimbenik ove povezanosti.

1.1. Shizofrenija

U definiranju i proučavanju kompleksnog poremećaja kao što je shizofrenija možemo razlučiti tri faze: prvu koja je obuhvaćala period opisivanja kliničkih slika koje su supsumirane pod nazivom shizofrenija (paranoidna, hebefrena, katatona, simpleks, rezidualna), drugu u kojoj se naglasak postavlja na objektivizaciju fenomenologije putem ocjenskih skala te treću koja se temelji na utvrđivanju genetske osnove bolesti. Važno je napomenuti kako su kod oboljelih od shizofrenije alterirani svi psihički procesi, a sve podjele zapravo predstavljaju paradigme, odnosno teorijske modele kojima se pokušavaju definirati i kvantificirati određena psihopatološka obilježja osnovnog poremećaja.

1.1.1. Povijest koncepta shizofrenije

Krajem 19-og stoljeća Kraepelin je razdvojio dementiu praecox i manično-depresivnu psihozu. Dementia praecox opisivala je bolesnike s općom poremećenosti perceptualnih i kognitivnih procesa (demencija) te ranim početkom bolesti (praecox). Bolesnici su obično oboljevali tijekom rane adolescencije i pokazivali progresivnu deterioraciju bez povratka na prethodnu razinu funkcioniranja. Ovo je bilo drugačije kod oboljelih od manično-depresivne psihoze kod kojih su se bilježili relativno intaktni procesi mišljenja, kasnijim početkom te epizodama bolesti koje su se izmjenjivale s periodima urednog funkcioniranja. Termin "dementia praecox" u ovom smislu bio je već i ranije poznat. Morel je 1860. uveo naziv "dementia precoce" kako bi opisao psihoze koje počinju tijekom puberteta. Snell je 1865. razdvojio "primarnu paranoju" od manije i melankolije. Kahlbaum je 1874. opisao katatoniju, a Hecker 1871. hebefreniju. Fink je 1881. godine opisao miješano stanje katatonije i hebefrenije^{1,4}.

Bleurel je 1903. za demenciju praecox uveo termin shizofrenija, prema grčkim riječima shizo i fren za "rascjep duše". Preformulirao je dementiu praecox u "grupu shizofrenija", "Gruppe der Schizophrenien", naglašavajući pri tome heterogenost shizofrenije kao poremećaja. Opisao je i četiri osnovna simptoma shizofrenije (poznata 4A): ambivalenciju, poremećaj asocijacija, autizam i poremećaj afekta. Prema Bleurelu, ovi simptomi predstavljaju temeljni deficit u shizofreniji: rascjep između normalno usklađenih funkcija koje koordiniraju mišljenje, afekt i ponašanje. Također je utvrdio

kako ishod bolesti nije uvijek demencija. Važno je napomenuti kako dva vodeća simptoma DSM-IV klasifikacije- halucinacije i sumanute ideje Bleuler uopće nije naveo kao temeljne već kao akcesorne simptome. Treba napomenuti kako je već Bleuler navodio čestu pojavu depresivne (melankolične) simptomatike kod bolesnika sa shizofrenijom⁵.

Neposredno pred početak drugog svjetskog rata Kurt Schneider objavio je svoje kriterije prvog reda, svojstvene za shizofreniju: ozvučenje vlastitih misli (bolesnik razgovara s “glasom” u obliku slušnih halucinacija, dva ili više glasova razgovaraju o bolesniku u trećem licu, komentiraju njegove postupke), oduzimanje misli i osjećaja, nametanje misli i osjećaja, osjećaj čitanja misli, nametanje ili kontroliranje volje i poriva, cenestetske halucinacije. On ističe važnost sumanutosti i halucinacija kao fenomena koji su bitno različiti od normalnog funkcioniranja i često imaju bizaran karakter. Simptomi prvog reda pomažu definirati poremećaj iako ih je Schneider smatrao više dijagnostičkim pomagalima nego konceptualnim modelom. Simptomi prvog reda uvelike su utjecali na klasifikacijski sustav MKB 10.

Kasnija faza proučavanja shizofrenije obuhvaća podjelu fenomenologije u cilju lakšeg objektiviziranja određenih skupina simptoma. Prema koncepciji koju je postavio Jackson, simptomi shizofrenije mogu se podijeliti na dvije velike skupine: pozitivne i negativne. Pozitivni simptomi su odraz viška ili iskrivljenosti normalnih djelatnosti, dok su negativni simptomi odraz sniženja ili gubitka normalnih djelatnosti. Važno je napomenuti razlikovanje primarnih od sekundarnih negativnih simptoma. Primarni simptomi su integralni dio bolesti, dok sekundarni simptomi mogu biti posljedica primarnih, nuspojava antipsihotičke medikacije, depresije ili manjkave socijalne potpore i integracije. Crow postavlja dihotomni model pozitivne i negativne simptomatike, tvrdeći kako su to dva različita entiteta koji imaju različitu patologiju, terapiju i prognozu. Arndt je utvrdio slabu međusobnu povezanost pozitivnog sindroma mjerenih SANS i SAPS i zamijenio pozitivni sindrom s dvije nove grupe simptoma: dimenzija halucinacija i deluzija i dezorganizacijska dimenzija te je modificirao negativni sindrom. Ove se promjene očituju u definiranju shizofrenije prema DSM IV⁶.

Koristeći se mjernim instrumentom, ocjenskom skalom PANSS, niz nezavisnih autora predložili su model shizofrenije koji obuhvaća pet skupina simptoma: pozitivne, negativne, simptome uzbuđenja, kognitivne ili dezorganizacijske simptome te simptome

depresije i anksioznosti. Prema ovom modelu u pozitivne simptome spadaju: deluzije, halucinacije, grandioznost, nepovjerljivost. Negativni simptomi obuhvaćaju lediranost afekta, emocionalnu povučenost, slab raport, pasivno/apatično socijalno povlačenje, manjak spontanosti, aktivno socijalno povlačenje. Simptomi uzbuđenosti obuhvaćaju: uzbuđenost, hostilnost, nesuradljivost, slabu kontrola impulsa. U kognitivne simptome spadaju: konceptualna dezorganizacija, poteškoće s apstraktnim mišljenjem, dezorijentacija, slaba pažnja, preokupiranost. Simptomi depresije i anksioznosti obuhvaćaju osjećaj krivnje, tjeskobu, napetost te depresiju. Ovaj se model pokazao stabilnim u različitim fazama bolesti, različitim kulturama, tijekom longitudinalnog praćenja i terapije antipsihoticima te se sve više prihvaća⁷⁻¹³.

1.1.2. Suvremeni koncepti shizofrenije

Ovaj heterogeni sindromski nozološki entitet, u novije se vrijeme konceptualizira kroz perspektivu neurorazvojnog i stres dijateza modela. Neurorazvojni model apostrofira oštećenje/abnormalnosti u pre ili perinatalnom razvoju mozga, razvojne abnormalnosti u doba adolescencije, kao i potencijalno progresivne procese koji uslijede nakon javljanja bolesti. Stres dijateza model predmnijeva kako je fenotipska, simptomatska manifestacija biološke vulnerabilnosti za shizofreniju uzrokovana izlaganjem raznim stresorima ili faktorima okoline. Na podlozi navedene konceptualizacije, neke su činjenice dobro prihvaćene, kako od strane znanstvenika tako i kliničara: 1. etiologija shizofrenog poremećaja uzrokovana je brojnim genetskim i rizičnim faktorima okoline (u najranijem dobu); 2. kasniji faktori rizika (za vrijeme adolescencije i mlađe odrasle dobi) kao i neurohormonalne promjene imaju utjecaj na manifestaciju temeljne vulnerabilnosti; 3. geni i rizični faktori okoline mogu biti u interakciji i time utjecati na rizik; 4. sekvencijalno javljanje simptoma najčešće se događa po modelu postupnog javljanja; od premorbidne faze do prodroma i potpune fenotipske pojave bolesti; 5. pojava simptoma, fenomenologija i tijek bolesti izrazito su heterogeni. Naposljetku, i genetska podloga i faktori okoline uvjetuju tu heterogenost^{14,15}.

1. 2. Uvid u bolest kod oboljelih od shizofrenije

Prema Rječniku hrvatskog jezika uvid je razmatranje s namjerom da se uveća znanje podataka, povećanje i produbljenje znanja o nečemu; razumijevanje samoga sebe; opseg u kojem osoba razumije uzroke, prirodu i mehanizme vlastitih stavova i ponašanja.

U svakodnevnom radu liječnici su neprestano suočeni s nekritičnošću i manjkom razumijevanja točnije, uvida u bolest svojih bolesnika i njihovih obitelji. To istovremeno predstavlja frustrirajuću situaciju kako za liječnika tako i za bolesnika. Kada je riječ o bolesnicima koji boluju od shizofrenije takva je situacija još izraženija: bolesnici teško prihvaćaju svoju bolest, liječenje ne smatraju potrebnim, lijekove često uzimaju samo dok su pod nadzorom, bilo medicinskog osoblja ili članova obitelji. Obitelj je također često vrlo nesklona liječenju: javljaju se nevjerica, negacija, osjećaji krivnje, gubitka. Odbijanje liječenja zbog manjka ili potpunog nedostatka uvida kod oboljelih od shizofrenije i/ili njihovih obitelji dovodi do ponovne akutizacije bolesti, čestih rehospitalizacija, prekida kontinuiteta svakodnevnog funkcioniranja oboljelog i članova obitelji, produljenja vremena potrebnog za oporavak, sve izraženijih oštećenja, socijalnog propadanja, emocionalnog iscrpljivanja obitelji.

Važnost uvida kod oboljelih od psihičkih bolesti prepoznata je već u 19. stoljeću. Tako su o uvidu kod oboljelih pisali psihijatrijski velikani kao Kraepelin, Bleuler i Jaspers. S pojavom Freuda i razvoja psihoanalize, pojam uvida dobiva posve novo značenje. Prema psihoanalitičkoj teoriji uvid se odnosi na opću svjesnost sebe, poglavito u odnosu na nesvjesne porive i motive. Prema ovoj definiciji, osoba s uvidom razumije kako se osjeća, razumije izvor svojih problema i svjesna je kako je druge osobe doživljavaju. Prvi značajni rad o uvidu kod psihijatrijskih bolesnika napisao je Aubrey Lewis 1934. godine. U svom radu Lewis je potpuni uvid definirao kao "ispravan stav prema bolesnoj promjeni sebe (u sebi)", a odmah je naglasio kako se o terminima ispravan, stav, bolesnoj i promjeni može (i treba) debatirati. Zilboorg, američki psihoanalitičar 1952. godine naveo je kako je među nejasnoćama koje su od najveće kliničke važnosti, a koje uzrokuje najveću konfuziju, pojam uvida. Iako se pitanje uvida uvijek provlačilo kroz udžbenike psihijatrije i psihopatologije ono je tretirano kao sekundarno^{16,17}. U zadnja tri desetljeća istraživanje uvida kod oboljelih od shizofrenije zauzelo je vrlo značajno mjesto. U početku se uvid promatrao kao dvodimenzionalna

struktura: prisutan/odsutan. Kako bi se manjak uvida mogao što preciznije objektivizirati došlo je do razvoja niza ocjenskih skala: od samoocjenskih, jednodimenzionalno koncipiranih skala do polustrukturiranih upitnika koji uvid promatraju kao multidimenzionalni koncept. Upravo se kroz prikaz ocjenskih skala najbolje vide promjene koncepta uvida kod oboljelih od shizofrenije.

Ovdje je važno naglasiti radove Anthonya Davida i Xaviera Amadora¹⁸⁻²⁰ koji su početkom 90-ih godina prošlog stoljeća svojim značajnim teorijskim radovima ponovno potaknuli raspravu o uvidu koja do danas nije završena. Upravo se iz njihovih radova, teorijskih, epidemioloških te mjernih instrumenata razvila daljnja elaboracija uvida te njegove povezanosti s nizom drugih čimbenika kod oboljelih od shizofrenije.

1.2.1. Definicija uvida i njegovo mjerenje

U literaturi postoje velike nesuglasice oko definiranja pojma uvida i načina njegovog mjerenja. Ovo dvoje je stalnom, dinamičnom i isprepletenom odnosu jer teorijski koncepti definiranja uvida određuju i način mjerenja. Za sada dominira stajalište kako je uvid u bolest multidimenzionalni koncept čije su sastavnice mjerljive uzduž kontinuuma, drugim riječima nisu kategorijalne prirode. Broj i priroda dimenzija uvida te vremenski okvir u kojem se mjeri uvid ostaju i dalje otvorena pitanja.

1.2.1.1. Kategorijalne definicije i mjere uvida

Dva velika epidemiološka istraživanja: IPSS (International Pilot Study on Schizophrenia) i CCHS (Classification of Chronic Hospitalized Schizophrenics) provedena tijekom 70-ih godina definirala su uvid kao- prisutan- ukoliko "postoji neka svjesnost o duševnom poremećaju" ili -odsutan- ako bolesnik "negira kako ima poteškoća". Ovakav je pristup uskoro napušten jer nije obuhvaćao svu kompleksnost ovog kliničkog fenomena, iako se i danas prilikom korištenja drugih mjera, bolesnici često dijele na one s "dobrim uvidom" i one sa "slabim uvidom"^{2,3}.

1.2.1.2. Kontinuirane definicije i mjere uvida

Usporedo s napuštanjem jednostavne dihotomije DA/NE pristupa uvidu, naširoko se prihvaća koncept uvida kao kontinuirane varijable s različitim intenzitetom

pojavnosti uz potpuni uvid i potpunu odsutnost uvida kao krajnje vrijednosti navedenog kontinuuma. Cijeli niz teorijskih koncepata donio je i svoje specifične mjerne instrumente kroz koje se jasno prati i tijek razvoja spoznaja o uvidu u bolest.

Često korištena PANSS skala sadrži česticu G12- *uvid u bolest*²¹. Iz opisa pojedinih "ocjena" vidljivo je kako one sadrže čitav niz različitih čimbenika uključujući svjesnost pojedinih simptoma, vjeruje li osoba kako boluje od neke bolesti, treba li tretman i surađuje li pri tome, različite vremenske okvire (sadašnjost, prošlost, planiranje za budućnost) pri čemu je rezultat uvijek samo jedan. Vrijednost PANSS pri ciljanoj procjeni uvida je relativno malena, ali s druge strane postoji ogroman broj bolesnika čije je psihičko stanje bilo ocijenjeno upravo ovom skalom čime se "nadoknađuje" manjak specifičnosti ove skale za procjenu uvida.

McEvoy i suradnici objavili su 1981. godine The Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ). Skala ima 11 čestica kojima se utvrđuje bolesnikov stav prema bolesti i potrebi liječenja pri čemu se uvid mjeri s 2- dobar uvid, 1- parcijalan uvid i 0- bez uvida. ITAQ koristi užu definiciju uvida i ne obuhvaća mnoge psihopatološke fenomene. Ova skala je posebno korisna za procjenu prihvatanja dijagnoze i stava o liječenju²².

The Insight and Treatment Attitude Questionnaire :

1. U vrijeme prijema u ovu bolnicu jeste li imali psihičkih problema koji su drugačiji nego kod većine drugih ljudi?
2. U vrijeme prijema, jeste li trebali doći u ovu bolnicu?
3. Imate li sada psihičkih problema?
4. Trebate li sada biti u bolnici?
5. Nakon što budete otpušteni, je li moguće da ćete opet imati psihičkih problema?
6. Nakon što budete otpušteni, trebate li se nastaviti kontrolirati kod psihijatra?
7. U vrijeme prijema u bolnicu, jeste li trebali biti liječeni lijekovima zbog vaših psihičkih problema?
8. Trebate li sada biti liječeni lijekovima zbog vaših psihičkih problema?
9. Nakon otpusta, hoćete li uzimati lijekove za psihičke probleme?

1.2.1.3. Multidimensionalne definicije i mjere uvida

Aktualno postoji suglasnost kako je uvid multidimensionalni fenomen s nizom kontinuiranih čimbenika, ali ne postoji konsenzus oko broja i prirode tih čimbenika. Dominiraju dva glavna teorijska pravca koja definiraju uvid s različitim dimenzijama pa sukladno tome koriste različite mjerne instrumente.

David je 1990. predložio koncept uvida kroz tri preklapajuće dimenzije: *prepoznavanje* kako osoba ima duševnu bolest, *suradljivost* u tretmanu i *moćnost pravilnog* atribuiranja neuobičajenih doživljavanja (sumanutosti i halucinacije) kao patoloških. Iako je isprva problematizirana suradljivost u liječenju kao dio uvida, autori su dali pojašnjenje kako se radi o "prihvatanju činjenice da su njegovi/njeni simptomi medicinski poremećaj koji zahtijeva liječenje, od kojeg se očekuje boljitak"¹⁵. Sukladno ovom konceptu, razvijene su dvije ocjenjske skale: The Schedule for Assessment of Insight (SAI, David 1992.) i SAI-E(xpanded) 1997. godine. Proširena verzija sadrži nove čestice: prihvaćanje promjena i poteškoća kao posljedica psihičke bolesti²³.

Na temelju Davidove teorije Birchwood je 1994.g. objavio Insight Scale for psychosis (BIS)- samoocjenjsku skalu koja sadrži osam čestica koje se ocjenjuju od 0 do 4, pri čemu veći broj odgovara boljem uvidu²⁴.

Birchwood Insight Scale for psychosis

1. Neki od mojih simptoma proizvod su mog uma.
2. Osjećam se psihički dobro.
3. Ne trebaju mi lijekovi.
4. Moj boravak u bolnici je potreban/nužan.
5. Liječnici su u pravu kada mi propisuju lijekove.
6. Ne trebam viđati liječnika ili psihijatra.
7. Oni koji kažu kako imam psihičkih problema su u pravu.
8. Niti jedna od neobičnih stvari koje doživljavam nisu dio moje bolesti.

1990. godine Amador i suradnici objavili su Scale to assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) pri čemu su uveli novi koncept kojim uvid obuhvaća:

- svjesnost o samom poremećaju
- svjesnost o djelovanju medikacije
- svjesnost o posljedicama poremećaja

- svjesnost simptoma poremećaja
- pripisivanje simptoma poremećaju

Svjesnost o samom poremećaju, djelovanju medikacije i posljedicama poremećaja može se promatrati aktualno i u prošlosti. U originalnoj verziji razmatran je uvid za 17 simptoma: halucinacije, sumanute ideje, poremećaj mišljenja, inadekvatan afekt, neprimjeren vanjski izgled, stereotipno ponašanje, slabo socijalno prosuđivanje, slaba kontrola agresivnih impulsa, slaba kontrola seksualnih impulsa, alogija, zaravnjenost afekta, avolicija- apatija, anhedonija- asocijalnost, slaba pažnja, konfuzija- dezorijentacija, slab kontakt očima, slabo socijalno funkcioniranje. Za svaki od ovih simptoma moglo se odrediti trenutna i ranija svjesnost i pravilno pripisivanje simptoma. Svaka čestica ocjenjivala se od 1 do 5, pri čemu je veći broj označavao lošiji uvid. Zbog opsežnosti skale pojavile su se kraće verzije SUMD-a koje obuhvaćaju devet čestica- tri opće čestice, tri čestice za uvid pozitivnih i tri čestice za uvid negativnih simptoma²⁵⁻²⁷.

Pretjerano inzistiranje na detaljima vezanim za patološka doživljavanja mogu kod bolesnika sa shizofrenijom dovesti do pojave "glatkog" odbijanja davanja informacija. Ako se pri tome kod bolesnika javi osjećaj srama ili stigmatizacije jasno je kako lako može doći do iskrivljenja podataka o uvidu u bolest. Kako bi se pokušale izbjeći takve situacije, razvijene su samoocjenske skale. S druge strane, glavni prigovor samoocjenskim skalama jest taj da je upitno koliko su oboljeli od shizofrenije sposobni, barem u pojedinim fazama svoje bolesti, uopće imati uvida u poremećaj, njegove simptome i posljedice te djelovanje terapije.

Markova i Berios su 1992. godine objavili samoocjensku Insight Scale (IS), a 2003. godine objavljena je revizija skale pri čemu su dvije čestice isključene, a odgovori reducirani na "da" ili "ne". Ova skala ne istražuje samo uvid u simptome shizofrenije već i uvid u promijenjeni odnos spram okoline uvjetovan poremećajem. Primjenom ove skale izbjegava se "etiketiranje" bolesnika, a psihopatološki se fenomeni promatraju kroz prizmu kontinuuma^{28,29}.

Marks i suradnici su 2000. godine objavili Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ), samoocjensku skalu koja za cilj ima osim procjene uvida, ocijeniti i bolesnikove načine suočavanja s poremećajem i njegovim posljedicama³⁰.

1.2.2. Epidemiološka istraživanja

Dva velika epidemiološka istraživanja- International Pilot Study on Schizophrenia i Classification of Chronic Hospitalized Schizophrenics pokazala su važnost manjkava uvida kod oboljelih od shizofrenije. Prema podacima dobivenim iz IPSS koje su naknadno obradili Carpenter i suradnici pokazano je kako je manjak uvida jedan od vodećih i stalno prisutnih simptoma kod oboljelih od shizofrenije. Multinacionalno istraživanje pod nazivom CCHS također je pokazalo visoku stopu shizofrenih bolesnika sa slabim uvidom. Oba istraživanja pokazala su kako se slab/manjkav uvid javlja češće od drugih simptoma i kako predstavlja jednu od najmanje promjenjivih varijabli kod oboljelih od shizofrenije u odnosu na različite oblike bolesti. Za potrebe ovih studija uvid je definiran kao prisutan ako "postoji neka svjesnost o duševnom poremećaju" ili odsutan ako bolesnik "negira kako ima poteškoća". Iako su ove definicije vrlo neprecizne, podaci iz ovih istraživanja pokazali su kako je manjak uvid široko rasprostranjen simptom kod oboljelih od shizofrenije te kako je manjak uvida u navedenih bolesnika značajno češći kod oboljelih od shizofrenije u odnosu na bolesnike s ostalim oblicima psihotičnih poremećaja^{2,3}.

Prilikom izrade klasifikacije Američke psihijatrijske asocijacije DSM-IV, 1994. godine, provedeno je istraživanje koje je pokazalo kako 57.4% bolesnika ima umjereni ili teški manjak uvida u svoju bolest, 31.5% ima težak manjak uvida u socijalne posljedice duševnog poremećaja, a 21.7% ima težak manjak uvida u djelovanje medikacije. Prilikom provođenja ovog istraživanja uvid je definiran kao skupina simptoma te je ispitivanje provedeno primjenom specifične ocjenske skale (SUMD). Prema istom istraživanju između 27 i 87% oboljelih od shizofrenije i imalo je manjak uvida za specifične simptome: deluzije, poremećaj mišljenja, zaravnjeni afekt, anhedoniju, asocijalnost³¹. U odnosu na oboljele od shizoafektivnog poremećaja oboljeli od shizofrenije imali su slabiji uvid u odnosu na halucinacije, deluzije, anhedoniju i asocijalnost. Oboljeli od shizofrenije imali su također manji uvid u niz simptoma bolesti u odnosu na bolesnike s depresivnim poremećajem s ili bez psihotičnih simptoma. Oboljeli od bipolarnog afektivnog poremećaja pokazali su sličan obrazac manjka uvida. Ovdje je važno naglasiti kako je uvid oboljelih od bipolarnog poremećaja bio evaluiran u maničnoj fazi te kako se radilo o malom uzorku. Kasnije istraživanje potvrdilo je ranije objavljene podatke, ali uz ista ograničenja (bolesnici u maničnoj fazi, mali

uzorak). Stoga je prevladala ideja kako je manjak uvida simptom shizofrenije bez značaja za druge poremećaje s psihotičnom simptomatologijom³². Sukladno rezultatima Amadorovog istraživanja u DSM-IV navedeno je: "Većina oboljelih od shizofrenije ima slab uvid u činjenicu da imaju psihotični poremećaj. Podaci sugeriraju kako je slab uvid prije posljedica bolesti nego mehanizam suočavanja"³³. Novija istraživanja potvrdila su ovakvu učestalost manjkavog ili posve odsutnog uvida oboljelih od shizofrenije³⁴.

1.2.3. Povezanost uvida i nekih obilježja oboljelih od shizofrenije

Tijekom zadnja dva desetljeća i "renesanse" interesa za uvid kod oboljelih od shizofrenije provedena su brojna istraživanja koja su dala krajnje oprečne rezultate o povezanosti uvida u bolest i dijelova uvida s različitim sociodemografskim i kliničkim obilježjima oboljelih. Ova istraživanja uglavnom nisu provedena s primarnim ciljem ispitivanja povezanosti uvida u bolest i tih obilježja tako da su zaključci uvijek proizlazili iz opisa proučavane populacije bolesnika.

Većina dosadašnjih istraživanja pokazala su izostanak povezanosti uvida sa spolom. Dob prvog prijema na liječenje povezana je s uvidom ili dijelovima uvida na način da je ranija dob povezana s boljim uvidom³⁵⁻³⁷. Duljina neliječene psihoze prema indijskom istraživanju povezana je sa slabijim uvidom³⁸. Utvrđena je povezanost manje razine obrazovanja sa slabijim uvidom^{34,39}. Samo je jedna studija pokazala povezanost boljeg uvida s višim socijalnim statusom⁴⁰. Prospektivno praćenje pokazalo je povezanost slabijeg uvida sa slabijim radnim sposobnostima tijekom šest mjeseci⁴¹.

Proučavanje povezanosti broja hospitalizacija i uvida u bolest dalo je također različite rezultate. Ovo obilježje (broj hospitalizacija) u sebi sadrži niz pitanja: je li broj hospitalizacija odraz težine bolesti, ima li organizacija psihijatrijske službe utjecaj na taj broj, da li se bolesnici s boljim uvidom sami javljaju na liječenje kada zamijete pogoršanje? Većina istraživanja nije pronašla povezanost uvida i broja hospitalizacija, a kod onih koji su našli povezanost, rezultati su bili posve oprečni^{19,42-44}.

Situaciju je dodatno zakompliciralo istraživanje Lysakera⁴⁵ kojim je utvrđena povezanost lošijeg uvida i broj hospitalizacija, ali samo u grupi bolesnika koji su pokazali određeni kognitivni deficit (mjeren Wisconsin Card Sorting Testom). Potvrda razmišljanja kako bolesnici s boljim uvidom češće samo traže liječenje jer prepoznaju

pogoršanje stanja našlo je potvrdu u nizu istraživanja koja su pokazala kako bolesnici koji se prisilno liječe imaju slabiji uvid u bolest^{46,47}.

Bolesnici s duljim trajanjem bolesti pokazali su u istraživanju Thompsona⁴⁸ bolji uvid u odnosu na bolesnika s prvom psihozom. Ovo istraživanje može se promatrati dvojako: bolji uvid kod kroničnih bolesnika može biti posljedica iskustva ranijih epizoda bolesti, ali se isto tako može postaviti pitanje i "davanje naučenih odgovora" na pitanja vezana za uvid.

Istraživanja povezanosti uvida i premorbidne adaptiranosti dala su također nekonzistentne rezultate, ali se pokazalo kako premorbidna shizoidna i sociopatska obilježja ličnosti imaju značajan utjecaj na smanjeni uvid u bolest šest mjeseci nakon početka liječenja⁴⁹.

Bolji uvid povezuje se sa slabijom kvalitetom života i nižim samopouzdanjem pri čemu se navedeno objašnjava direktnim negativnim djelovanjem dobrog uvida i razumijevanju posljedica oboljenja. Pokazalo se kako slab uvid ima utjecaj na klinički ishod, terapijsku suradljivost i rehabilitaciju, slabije socijalno funkcioniranje, agresivno ponašanje^{31,36,44,50-69}.

Vrlo je zanimljivo istraživanje Dankija i suradnika prema kojem osobe koje imaju pozitivan obiteljski hereditet za shizofreniju imaju slabiji uvid u bolest, ali i teže pozitivne simptome bolesti. Navedeni rezultati mogli bi se objasniti činjenicom kako su oboljeli odrastali u obiteljima u kojima je psihička bolest bila nešto uobičajeno, "normalno" te nisu mogli razviti "pravilan stav" prema bolesti, a s druge strane i činjenicom kako kod oboljelih s pozitivnim psihijatrijskim hereditetom bolest počinje ranije te ima nepovoljniji tijek što se često povezuje sa slabijim uvidom⁷⁰.

Shizofrenija kao kronična, cjeloživotna bolest ima svoje faze remisije i egzacerbacije. Ukoliko se uvid promatra u cjeloživotnoj perspektivi onda je razumljivo kako je on slabiji u fazama egzacerbacije bolesti, s poboljšanjima tijekom liječenja i primjene antipsihotika. Najveće poboljšanje uvida može se zamijetiti tijekom akutne faze liječenja, a može biti uslijed utjecaja različitih čimbenika kao što su psihosocijalni stresori, suradljivost u liječenju, razina inteligencije, duljina neliječene psihoze, težina i faza bolesti. Malo se zna o uvidu u prodromalnoj fazi bolesti, a jedino dostupno istraživanje pokazalo je pogoršanje uvida sukladno razvoju jasne psihotične

simptomatike. Uvid u prvoj epizodi bolesti u nekoliko longitudinalnih studija pokazao je zamjetno poboljšanje tijekom prve godine praćenja, nakon čega je uslijedila faza stabilnog uvida^{59,71-76}.

Tijekom srednje životne dobi osobe oboljele od shizofrenije pokazuju najbolji uvid. Usporedba oboljelih u prvim psihozama i kronično bolesnih pokazala je kako osobe s više epizoda bolesti imaju značajno bolji uvid u odnosu na osobe s jednom epizodom bolesti. Objašnjenja za ovo mogu biti prihvaćanja bolesti i dulje vrijeme provedeno na liječenju kod oboljelih s više epizoda uz naglašeniju negaciju bolesti, manjak edukacije i znanja o shizofreniji kod prvih psihoza. Kao i za prodromalnu fazu, malo je podataka o uvidu u bolest kod starijih osoba. Istraživanje Wiffena i suradnika koje je obuhvaćalo osobe do 84 godine starosti pokazalo je kako uvid u odnosu na dob ima U oblik: dakle, najlošiji je u početnim i završnim fazama bolesti, a najbolji tijekom srednjih godina. Pad uvida u starijoj životnoj dobi povezuje se sa značajnijim kognitivnim propadanjem oboljelih od shizofrenije⁷⁷.

1.2.4. Etiologija manjkavog uvida oboljelih od shizofrenije

Do sada je razvijeno niz teorija o razlozima nedostatka uvida kod bolesnika sa shizofrenijom. Kao i uvijek, tamo gdje jednom teorijom nije moguće u potpunosti opisati neku pojavu, javljaju se nove teorije s novim konceptima i teorijskim postavkama. Do sada niti jedna teorija nije uspjela potvrditi svoju prednost nad ostalima. Već je 1996. Startup godine pokazao kako se uvid treba promatrati kao četverokutni, a ne linearni model, uzimajući pri tome u obzir samo kognitivne deficite, zanemarujući simptome shizofrenije te specifične mehanizme suočavanja sa stresom⁷⁸. Važno je naglasiti kako se sve teorije međusobno preklapaju, kako u teorijskom smislu tako i glede do sada objavljenih rezultata istraživanja.

Trenutno je nekoliko vodećih koncepata koji pokušavaju objasniti manjak/nedostatak uvida:

1. utjecaj simptoma shizofrenije na manjak uvida
2. manjak uvida kao posljedica neurokognitivnog deficita
3. neuroanatomski model manjkavog uvida

4. manjak uvida kao posljedica psiholoških obrana i specifičnih mehanizama suočavanja sa stresom

1.2.4.1. Uvid i simptomi shizofrenije

Objavljena su brojna istraživanja koja su istraživala povezanost pozitivnih, negativnih i depresivnih simptoma shizofrenije s uvidom. Polazeća hipoteza bila je kako postoji negativna korelacija između uvida i težine ukupne psihopatologije, pozitivnih i negativnih simptoma te pozitivna korelacija između depresivnih simptoma i uvida. Niz istraživanja dalo je vrlo različite rezultate pri čemu su glavne metodološke zamjerke bile slaba operacionaliziranost uvida, različitost primjenjivanih ocjenskih skala, heterogenost bolesnika (s obzirom na dob, trajanje bolesti, fazu bolesti) te mali broj ispitanika.

Metaanaliza koju je provela Mintz objedinila je rezultate 40 istraživanja pojedinih simptoma shizofrenije i slabog uvida. Prema podacima 19 studija povezanost slabog uvida i ukupne psihopatologije bila je -0.27 , čime je potvrđeno kako s porastom opće psihopatologije uvid postaje slabiji. Ukupna varijanca za opću psihopatologiju iznosila je samo 7.2%, dakle samo se 7% varijance uvida moglo objasniti, pripisati općoj psihopatologiji. Istraživanja povezanosti pozitivne simptomatike i uvida u 22 studije pokazala su kako je povezanost pozitivnih simptoma i slabog uvida -0.25 čime je potvrđena povezanost smanjenja uvida s porastom pozitivnih simptoma. Varijanca za pozitivne simptome bila je još niža- 6.3%. Podaci za negativne simptome pokazali su još manji utjecaj: -0.23 , čime je potvrđena povezanost negativnih simptoma i slabog uvida ali je varijanca bila samo 5.2%. Depresivni simptomi su očekivano bili u pozitivnoj korelaciji sa slabim uvidom 0.18 , a varijanca je bila samo 3.2%.

Osim općeg uvida u bolest metaanalizom su obuhvaćeni i odnosi između pojedinih "dijelova" uvida i shizofrene simptomatike. Korelirani su uvid u duševni poremećaj, uvid u socijalne posljedice duševnog poremećaja, uvid u potrebu liječenja, uvid u simptome i adekvatnu atribuciju simptoma. U odnosu prema općoj psihopatologiji nađena je negativna korelacija u rasponu od -0.20 do -0.41 . Za pozitivnu simptomatiku korelacija je bila od -0.16 do -0.33 . Negativna simptomatika imala je korelaciju od -0.20 do -0.40 . Korelacija pojedinih dijelova uvida i depresivne

simptomatike iznosila je od 0.11 za prisutnost duševnog poremećaja do 0.39 za uvid u simptome⁷⁹.

Zaključno se može kazati kako je ova metaanaliza pokazala kako postoji pozitivna povezanost intenziteta opće, pozitivne i negativne simptomatike i manjka uvida te negativna povezanost depresivnih simptoma i manjka uvida. Važno je istaknuti kako je povezanost svakog od pojedinih klastera simptoma i manjka uvida slaba do umjerena.

1.2.4.2. Uvid i neurokognitivni deficiti

Kognitivno-neuropsihološki model obrazlaže kako postojeća kognitivna disfunkcija rezultira slabijim uvidom. Naj snažniji dokaz koji podržava ovu teoriju jest povezanost slabijeg uvida s oštećenim izvršnim funkcioniranjem mjerenim putem Wisconsin Card Sorting Testom (WCST) i slabijim premorbidnim intelektualnim funkcioniranjem^{80,81}. Slabiji uvid, prema ovoj teoriji, proizlazi iz mentalne rigidnosti, slabe korekcije grešaka i nemogućnosti akceptiranja drugih hipoteza etiologije psihotičnih simptoma⁸⁰. Kao što je i ranije navedeno, uvid ponovno pada kod oboljelih starije životne dobi što se direktno povezuje s kognitivnim propadanjem.

Brojna su istraživanja pokazala moguću povezanost između uvida i specifičnih neurokognitivnih funkcija, pri čemu su dobiveni različiti rezultati ispitivanja povezanosti neurokognitivnog funkcioniranja i uvida. Istraživanjem poremećaja memorije i uvida utvrđena je pozitivna povezanost za neposredno pamćenje, ali isto nije pokazano za radnu memoriju i dugoročno upamćivanje. Također su provedena istraživanja povezanosti uvida i pažnje koja su pružila kontradiktorne rezultate^{66,82-88}.

Aleman i suradnici proveli su metaanalizu koja je uključila 35 studija neurokognitivnih funkcija i uvida. Ova metaanaliza pokazala je pozitivnu povezanost između ukupne kognicije, opće inteligencije, memorije, izvršnih funkcija frontalnog korteksa i WCST-a⁸¹.

Beck je 2004. predložio pojam "kognitivni uvid"⁸⁹ koji obuhvaća sposobnost osobe za samopouzdanje i samospoznaju te određuju kapacitet osobe za razvijanje uvida u bolest. Istraživanja su pokazala kako kognitivni uvid objašnjava umjereni dio varijance uvida u bolest. Kako bi mogli razviti uvid, oboljeli mogu imati stanovitu

rigidnost spram uvjerenja o bolesti, ali relativno sačuvanu mentalnu fleksibilnost i sposobnost samospoznaje u drugim domenama^{90,91}.

1.2.4.3. Uvid i neuroanatomski deficiti

Neuroanatomski model obrazlaže kako strukturno, anatomsko oštećenje uzrokuje smanjeni uvid u bolest. Anozognozija ili smanjena mogućnost uvida u bolest razvija se kod desnostranih oštećenja mozga (uslijed moždanog udara, tumora ili demencije)⁹². Kako bi se objasnila uloga desne hemisfere u uvid u bolest važno je napomenuti kako kod oboljelih od shizofrenije postoji značajan poremećaj u interhemisferičnoj komunikaciji uslijed čega dolazi do poremećaja mogućnosti razvoja uvida⁹³.

Slikovni prikazi mozga pokazali su povezanost smanjenog uvida u bolest s reduciranim volumenom desnog frontalnog režnja, uključujući orbitofrontalni korteks, dorzolateralni prefrontalni korteks, prednji cingulum i desni parijetalni režanj^{94,95}. Novija studija Gerretsena u kojoj je istraživana asimetrija hemisfera detektirala je relativno manji volumen desne hemisfere posebno u području dorzolateralnog prefrontalnog korteksa, parijetalnog i anteroinferiornog temporalnog režnja u korelaciji sa slabijim uvidom. Druge su studije pokazale povezanost slabog uvida s reduciranim volumenom mozga, redukcijom bijele tvari i strukturnim promjenama desne posteriorne insule^{72,96–100}.

1.2.4.4. Uvid, obrane i načini suočavanja

Shizofrenija je vrlo stigmatizirajuća psihička bolest koju mnogi doživljavaju krajnje katastrofično pri čemu oboljeli imaju vrlo male šanse za oporavak i vođenje uobičajenog života. Ovakvi stavovi uvelike pridonose velikom stupnju negativnih emocija koje su povezane s dobrim uvidom kod oboljelih.

Prema psihološkom modelu, negacija bolesti služi kao obrambeni mehanizam kojim se oboljeli služe u cilju suočavanja s emocionalnim posljedicama činjenice da su oboljeli od teške psihičke bolesti. Iako su rezultati divergentni, brojna istraživanja

pokazuju povezanost dobrog uvida s beznađem, niskim samopoštovanjem, depresivnošću i suicidalnim ideacijama, zajedno s drugim negativnim emocijama¹⁰¹⁻¹⁰³.

Istraživanja su pokazala povezanost kognitivnih distorzija u nekim aspektima samoprocjene koji su uključivali socijalne kompetencije i povezanost percepcije vlastitog ponašanja s rezultatima ponašanja kod oboljelih od shizofrenije. Zanimljivo je kako su članovi "zdrave" populacije i oboljeli od shizofrenije pokazivali značajno veći stupanj kognitivne distorzije od depresivnih bolesnika u smislu češćeg korištenja predrasuda o samima sebi. Stoga se smanjenje uvida kod shizofrenih bolesnika može promatrati i kao hiperutilizacija inače "normalnog" kognitivnog biasa. Također je zanimljivo istraživanje koje je pokazalo kako kod bolesnika sa shizofrenijom stupanj depresije ovisi o uvidu u bolest kao takve, ali ne i o uvidu u pojedine simptome bolesti. Ovo može uvjetovano osjećajem stigmatizacije koja se odnosi na bolest kao takvu, ali ne i na pojedine simptome bolesti^{104,105}. Kako bi se objektivizirali načini suočavanja sa stresom kreirano je nekoliko ocjenskih skala, pa prema skali Ways of Coping Questionnaire¹⁰⁶ postoji 14 različitih načina suočavanja sa stresom. Bolesnici sa shizofrenijom najčešće koriste: distanciranje, bježanje-izbjegavanje i pozitivno preispitivanje/ocjenjivanje samog sebe. Istraživanje je pokazalo kako su bolesnici bez uvida za bolest koristili pozitivnu reevaluaciju. Grupa koja je imala smanjeni uvid u socijalne reperkusije bolesti najčešće je koristila bježanje-izbjegavanje. Nije bilo razlika među grupama u dijelu uvida o potrebi liječenja⁴⁵. Također se pokazalo kako bolesnici koji uspješno koriste metode suočavanja sa stresom pokazuju manje uvida u svoju bolest, ali i trpe manju razinu distresa.

Moore i suradnici pronašli su povezanost između "self-deceptive positivity" (mjera za davanje odgovora koji su točni, ali pozitivno pristrani) i smanjenog trenutnog uvida u bolest i njene posljedice. Veća "impression management" (namjerna pozitivna self-prezentacija okolini) bila je povezana s većim uvidom u prethodne epizode bolesti i socijalnih posljedica, kao i trenutnih i ranijih učinaka medikacije⁴⁴. Ovakva kombinacija mehanizama suočavanja sa stresom je dosta česta i kod osoba koje su suočene sa značajno manjim stresorima nego s činjenicom kako boluju od teške, kronične, stigmatizirajuće bolesti.

Model poricanja bolesti može se primijeniti na oboljele tijekom cijelog životnog ciklusa, s posebnim naglaskom na početnu fazu bolesti kada postoji najveći rizik za razvoj depresije i suicida kao reakcije na razvoj uvida u bolest¹⁰⁷.

1.3. Koncepti depresije kod bolesnika sa shizofrenijom

Iako su shizofrenija i depresija povijesno gledano promatrane kao odvojeni klinički entiteti, odavno je zapaženo kako se barem na razini simptoma fenomenologija depresije javlja kod bolesnika sa shizofrenijom tijekom svih faza poremećaja. Još je i Kraepelin navodio kako je pojava depresije česta kod bolesnika sa shizofrenijom. Istraživanja pokazuju kako se depresivni simptomi kod oboljelih od shizofrenije često prepoznaju i u kliničkoj praksi¹⁰⁸. Osnovna poteškoća kod uporabe termina depresija, depresivno, depresivnost jest nepreciznost u definiciji pojma. Depresija kao afekt može biti posljedica trenutnog unutarnjeg ili vanjskog zbivanja (gledanje tužnog filma, uživanje u šalama ili kazališnoj predstavi). Raspoloženje može biti depresivno i može kod osobe dovesti do psihološkog distresa. Takvo raspoloženje ne moraju uvijek pratiti ostali simptomi koji su neophodni za dijagnozu depresije. Ako se uz depresivno raspoloženje pojave kognitivni i vegetativni simptomi poput osjećaja krivnje, pesimizma, poremećaja koncentracije, gubitka samopouzdanja, gubitak interesa i osjećaja uživanja, poteškoće sa spavanjem, apetitom i razinom energije možemo govoriti o depresiji kao sindromu.

1.3.1. Epidemiološki podaci

Epidemiološko istraživanje provedeno u SAD-u pokazalo je kako bolesnici sa shizofrenijom imaju 29 puta veću šansu za razvoj depresivne epizode tijekom života nego opća populacija. Dosadašnji rezultati kazuju kako se depresivna simptomatika tijekom shizofrenije javlja kod 25% do 80% oboljelih. Detaljnijim ispitivanjem i definiranjem pojma depresije dolazi se do stope prevalencije od 25%. Važnu ulogu u prevalenciji depresije ima dob bolesnika, trenutna faza bolesti, terapijsko okruženje, definicija depresije. Također je vrlo važna primjena ocjenskih ljestvica: vrlo često se u istraživanjima koristi Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) iako je za

objektivizaciju depresivnih simptoma u shizofreniji razvijena Calgary Depression Rating Scale (CDRS) koja obuhvaća specifične simptome depresije kod oboljelih od shizofrenije¹⁰⁹⁻¹¹⁶.

1.3.2. Depresija i faza shizofrenije

Depresivni simptomi javljaju se u svim fazama shizofrenije: od prodromalne faze do bolesnika koji su razvili rezidualnu sliku shizofrenije.

Tijekom rane faze shizofrenije preklapanje depresivnih i shizofrenih simptoma značajno je naglašeno. Postoji i određena pristranost psihijataru koji se mogu odlučiti na postavljanje dijagnoze depresije kao poremećaja koji ima značajno bolji ishod, a nosi i manju stigmatu. Prema Wassinku i suradnicima tijekom prvih pet godina shizofrenog poremećaja četiri najčešća depresivna simptoma bila su: gubitak ili smanjenje osjećaja užitka (61.4%), poteškoće s koncentracijom (60%) hiper ili hiposomnija (54.3%) te psihomotorna agitacija ili retardacija (54.3%). Trećina bolesnika zadovoljilo je kriterije za postavljanje dijagnoze velikog depresivnog poremećaja tijekom navedenog vremena¹¹⁷.

Prema južnoafričkom istraživanju bolesnika s prvom psihotičnom epizodom depresivni simptomi su češće izraženi tijekom akutne faze nego u postpsihotičnoj fazi¹¹⁸⁻¹²¹.

Tijekom akutne faze shizofrenije depresivni simptomi javljaju se kod 22-80% bolesnika. Simptomi depresije koji se pojavljuju tijekom akutne faze uglavnom su prisutni već prije primjene antipsihotika te se smatraju dijelom kliničke slike shizofrenije u užem smislu, odnosno njenim jezgrovnim simptomima. Ovi depresivni simptomi se povlače primjenom antipsihotičke terapije.

Rana postpsihotična depresija (prvih šest mjeseci nakon akutne psihotične epizode) javlja se kod oko 25% bolesnika, te je za nju karakteristično kako se simptomi depresije sporije povlače od ostalih simptoma, a često se i intenziviraju. U kasnoj postpsihotičnoj depresiji (više od šest mjeseci nakon akutne psihotične epizode) depresivni simptomi se javljaju nakon blijedenja akutnih psihotičnih simptoma ili traju dulje od šest mjeseci, dakle tijekom depresivnih simptoma nije u korelaciji sa tijekom akutnih psihotičnih simptoma. Ovakav oblik javlja se kod 13-33% bolesnika.

Trogodišnje praćenje oboljelih od shizofrenije pokazalo je kako je 39.4% bolesnika na početku istraživanja bilo depresivno, a tijekom tri godine prevalencija depresivnosti je ostala gotovo nepromijenjena (34.1%, 30.3% i 33%). Depresivni su bili češće bijelci, razvedeni, manje obrazovani; s ranijim početkom bolesti, bolnički liječeni tijekom protekle godine. Tijekom šest mjeseci prije ulaska u istraživanje, depresivni bolesnici su češće liječeni tipičnim antipsihoticima uz upotrebu više medikamenata. Većina bolesnika (76.6%) je zadržala svoj početni depresivni/nedepresivni status tijekom dva pregleda dok je 13.1% prešlo u nedepresivne, a 10.3% u depresivne. Depresivna skupina pokazala je lošiji funkcionalni ishod prema 29 od 32 indikatora. Bolesnici koji su zadržali svoj početni status nisu značajno mijenjali svoj ishod, a kod bolesnika koji su prešli u skupinu depresivnih zabilježeno je pogoršanje funkcionalnog ishoda za 93.8%. Obrnuto, prelaskom bolesnika iz skupine depresivnih u nedepresivne ishod se poboljšao za 90.6%. Bolesnici koji su zadržali nedepresivni status pokazali su kako imaju poboljšanje u vidu smanjenja korištenja hitnih usluga, bolničkih liječenja i uhićenja, u kombinaciji s povećanjem broja radnih dana, uobičajenim aktivnostima i zadovoljstvom životom¹²².

1.3.3. Utjecaj depresije na prognozu oboljelih od shizofrenije

Iako su ranije istovremeni depresivni simptomi bili smatrani dobrim prognostičkim znakom, novija istraživanja indiciraju kako oni predstavljaju čimbenik lošije prognoze u smislu oporavka te kako imaju značajnu ulogu u deteriorirajućem dugotrajnom tijeku shizofrenije. Depresivno raspoloženje, gubitak energije, loša koncentracija i smanjeno samopouzdanje su depresivne dimenzije koje direktno doprinose gubitku socijalnog i radnog kapaciteta kod bolesnika sa shizofrenijom i reduciraju njihovu kvalitetu života. Drugim riječima, oboljeli od shizofrenije koji razvijaju depresiju skloniji su relapsu, imaju veću sklonost zlouporabi i ovisnosti o psihoaktivnim tvarima pokazuju manje zadovoljstvo životom, lošije mentalno funkcioniranje, slabije obiteljske odnose i lošiju terapijsku suradljivost. Kod depresivnih bolesnika bilježi se niži nivo aktivnosti, povećana stopa suicidalnih ideacija i pokušaja, slabija kvaliteta života, slabije socijalno funkcioniranje, slabije fizičko zdravlje i manje zadovoljstva životom¹²²⁻¹⁴¹.

Važnost i težina uloge depresije kod oboljelih od shizofrenije očituje se i u tome što 10-15% bolesnika počini suicid, što je vodeći uzrok prerane smrti među oboljelima od shizofrenije¹⁴².

1.3.4. Etiologija depresije kod oboljelih od shizofrenije

Postoji nekoliko etioloških modela depresije kod oboljelih od shizofrenije: nuspojava antipsihotika pod pojmom "akinetička depresija" ili "farmakološki uvjetovana depresija", psihoreaktivni čimbenici u terminu "demoralizacijski sindrom", depresija kao integralni dio shizofrenije koja se očituje u obliku "otkrivene depresije" ili kao kombinacija svih navedenih etioloških čimbenika. S druge strane sindromsko preklapanje između depresivnih i ekstrapiramidnih te negativnih simptoma često se navodi kao mogući uzrok pogrešnog dijagnosticiranja ekstrapiramidnih ili negativnih simptoma kao depresivnih. Prema istraživanju Maura 2008 nije nađeno povezanosti između ekstrapiramidnih i antikolinergičkih nuspojava s antidepresivnim djelovanjem lijekova, dakle ekstrapiramidne i antikolinergičke nuspojave ne utječu na depresivnu simptomatiku^{108,132,143-152}.

Negativni simptomi shizofrenije ponekad se vrlo teško mogu razlikovati od depresivnih simptoma. Postoji ipak određeni broj razlika: udaljenost afekta ukazuje na negativnu simptomatologiju, a specifično depresivno raspoloženje upućuje na depresiju. Zbog bolesnikovog manjka ili oštećenja u interpersonalnoj komunikaciji i artikulaciji osjećaja ponekad je izrazito teško odrediti razliku.

Kako je dopaminski sustav uključen u sustav nagrađivanja, djelovanje antipsihotika na dopaminski sustav dovodi do redukcije dopamina što u konačnici može dovesti do osjećaja anhedonije ili čak i depresije. Osim primarnog djelovanja na dopaminske putove ugođe ekstrapiramidne nuspojave antipsihotika- akinezija i akatizija također mogu podsjećati na depresivne simptome. Van Puten i May opisali su akineziju koja ne mora imati kvalitetu parkinsonizma niti prisutnost "ukočenosti velikih mišića". Bolesnici s ovakvim oblikom akinezije imaju manjak spontanosti te osjećaj gubitka inicijalne pokretljivosti. Kako mnogo osnovnih ljudskih aktivnosti zahtijeva inicijativu i/ili održavanje motorne aktivnosti ovakav oblik akinezije bolesnike može isključivati iz niza svakodnevnih aktivnosti. Sniženo raspoloženje može pratiti ovakav oblik akinezije

što u konačnici može dovesti do kliničke slike koja je teško prepoznatljiva. Za razliku od akinezije, akatizija je obilježena izraženim psihomotornim nemirima i ponekad disforijom što u blažim oblicima može nalikovati agitiranoj slici depresije¹⁴⁵.

Kao mogući uzrok depresije kod bolesnika sa shizofrenijom navode se i brojne somatske bolesti: kardiovaskularne bolesti, plućne infekcije, autoimune bolesti, anemija, različite maligne bolesti, metaboličke, neurološki i endokrinološki poremećaji. Primjena različitih lijekova kao što su beta blokatori, drugi antihipertenzivi, sedativni hipnotici, citostatici, nesteroidni protuupalni lijekovi, sulfonamidi, ali i zlouporaba ili ovisnost o alkoholu, kanabisu, kokainu ili narkoticima na različite načine mogu imitirati kliničku sliku depresije.

1.3.5. Povezanost uvida i depresivnosti

Rezultati metaanalize Belvederi Murrija i suradnika koja je obuhvatila 59 istraživanja pokazali su povezanost uvida i depresivnosti. Prisutnost višeg nivoa svjesnosti simptoma, postojanja psihičkog poremećaja, točnija atribucija simptoma te ukupni rezultat uvida u pozitivnoj je korelaciji s depresivnošću. U ispitivanjima koja su koristila SUMD kao mjeru uvida nađena je povezanost pripisivanja simptoma i svjesnosti simptoma s depresivnošću. Dvanaest longitudinalnih studija pokazalo je porast jačine povezanosti uvida i depresivnosti, s porastom od akutne do postakutne faze i iz akutne u stabilnu fazu bolesti, dok je manji broj studija naveo gubitak povezanosti uvida i depresivnosti tijekom vremena. U slučaju prvih psihoza ispitivanja su pokazala veću depresivnost povezanu s naglašeno manjim uvidom što se nastavilo pratiti i u periodu praćenja¹⁵³⁻¹⁵⁶. Ispitivanjem koje je istraživalo pojavu postpsihotične depresije utvrđeno je kako bolesnici koji su razvili postpsihotičnu depresiju nisu imali veći uvid prije početka depresije, ali jesu u vrijeme njenog dijagnosticiranja¹⁵⁷.

Objavljen je i veći broj ispitivanja koji su istraživali utjecaj pojedinih medijatora/modifikatora veze između uvida i depresivnosti poput percepcije bolesti, stavova prema oporavku, nade, ruminacija o bolesti, samopouzdanja, premorbidne adaptiranosti te zadovoljstva sa socijalnom podrškom. Navedena istraživanja provedena

su s kroničnim bolesnicima i pokazala su ulogu u povezanosti uvida i depresivnosti¹⁵⁸⁻¹⁶².

1.4. Suicid

U struci koja je silno opterećena nepreciznošću, silnom potrebom za klasifikacijskim sustavima, stalnom obrambenom pozicijom spram (ne)opravdanih napada suicid (uz smrt kod oboljelih od demencije) predstavlja jedini nedvojbeno objektivni ishod. To je najgori mogući rezultat liječenja, a zbog niza osjećaja i pitanja predstavlja najveći strah svakog psihijatra kliničara. Suicid predstavlja veliki javno zdravstveni problem zbog svoje učestalosti, dugotrajnih posljedica koje ostavlja na obitelj, partnere, prijatelje, šire društvo, ali i zbog transgeneracijskog prijenosa stigme u obitelji samoubojice.

Suicidalnost u okviru shizofrenije predstavlja veliki znanstveni i klinički izazov: za sada nema jasnog, lako dostupnog i sigurnog biološkog obilježja koji bi ukazivao na povećani suicidalni rizik, a dosadašnja istraživanja često su davala posve nekonzistentne rezultate. Predikcija suicida u populaciji oboljelih od shizofrenije, kao i u općoj populaciji vrlo je teška i nezahvalna - iako znamo jako puno o rizičnim i protektivnim čimbenicima još uvijek nismo sposobni precizno odrediti osobe koje će pokušati (ili dovršiti) suicid^{163,164}.

1.4.1. Epidemiologija suicida oboljelih od shizofrenije

Oboljeli od shizofrenije imaju kraći životni vijek u odnosu na opću populaciju za 10 do 25 godina. Prema danskim autorima četiri su glavna uzorka za ovako kraći životni vijek: nezdrave navike (puše cigarete, ne vježbaju, nezdravo se hrane), značajne nuspojave antipsihotika, fizičke bolesti koje su kod oboljelih od shizofrenije česte prekasno se dijagnosticiraju i nedovoljno liječe, a kao četvrti razlog navodi se povećana stopa suicida¹⁶⁵.

Prevalencija i rizik za suicid u populaciji oboljelih od shizofrenije do sada nisu jasno utvrđeni. Tijekom vremena stopa suicida se mijenjala, dijelom vjerojatno zbog metodoloških razloga, a dijelom i zbog promjena u sustavu liječenja (veći broj

bolesnika u zajednici) te uvođenja novih antipsihotika. Sredinom 1970-ih objavljeni su rezultati prema kojima je životni rizik suicida za oboljele od shizofrenije 10%. Kasnije istraživanja utvrdila su učestalost suicida od 4.9%¹⁶⁶. Hor i suradnici u metaanalizi utvrdili su stopu suicida od 579/100 000 za godinu dana. Važno je napomenuti kako određeni broj suicida ostaje u "sivoj zoni", pogrešno okarakteriziran kao "neprirodna" ili "neodređena" smrt¹⁶⁷.

Smatra se kako je rizik za počinjenje suicida najveći u početnoj fazi oboljenja, odnosno tijekom prvih pet godina bolesti, tijekom boravka u bolnici te šest mjeseci nakon otpusta iz bolnice. Stopa pokušaja suicida također je visoka u populaciji oboljelih od shizofrenije, pa se navodi kako 25-50% oboljelih tijekom života pokuša suicid pri čemu više od polovine oboljelih ima višestruke pokušaje suicida koji s vremenom postaju sve letalniji¹⁶⁸.

1.4.2. Čimbenici rizika za suicid oboljelih od shizofrenije

Rizični čimbenici za suicid kod oboljelih od shizofrenije slični su onima u općoj populaciji, pri čemu ipak postoje oni specifični za ovu populaciju. Tako je pokazano da muškarci oboljeli od shizofrenije češće počine suicid od žena. Objavljeni su različiti podaci o omjeru suicida: od 4:1, do 3:1. Dosadašnji rezultati vezani za povezanost dobi i počinjenja suicida krajnje su različiti: od podataka kako je rizik za suicid veći u mlađoj dobi do onih koji navode kako rizik suicidalnosti raste s dobi. Prema Sirisu muški počinitelji suicida mlađi su od žena počinitelja za oko 10-ak godina, a prosječna duljina bolesti prije počinjenja suicida je jednaka¹⁶⁸⁻¹⁷³.

Klasično je postojala slika suicidalne osobe oboljelog od shizofrenije kao muškarca mlađe dobi, neoženjenog, s dobrom razinom premorbidnog funkcioniranja, postpsihotičnom depresijom, anamnezom zlouporabe psihoaktivnih tvari ili alkohola te ranijim pokušajima suicida. Osjećaj beznađa, socijalna izolacija, hospitalna liječenja, dobra razina premorbidnog funkcioniranja, nedavni emocionalni gubici ili odbacivanje navodili su se kao važni rizični čimbenici za počinjenje suicida. U nekoliko objavljenih velikih metaanaliza potvrđeni su neki od ovih rizika, ali su izneseni i neki oprečni rezultati. Tako su potvrđeni muški spol, mlađa životna dob, samački život i viši stupanj obrazovanja kao čimbenici rizika. Ispitivanje radnog statusa kao rizičnog čimbenika nije

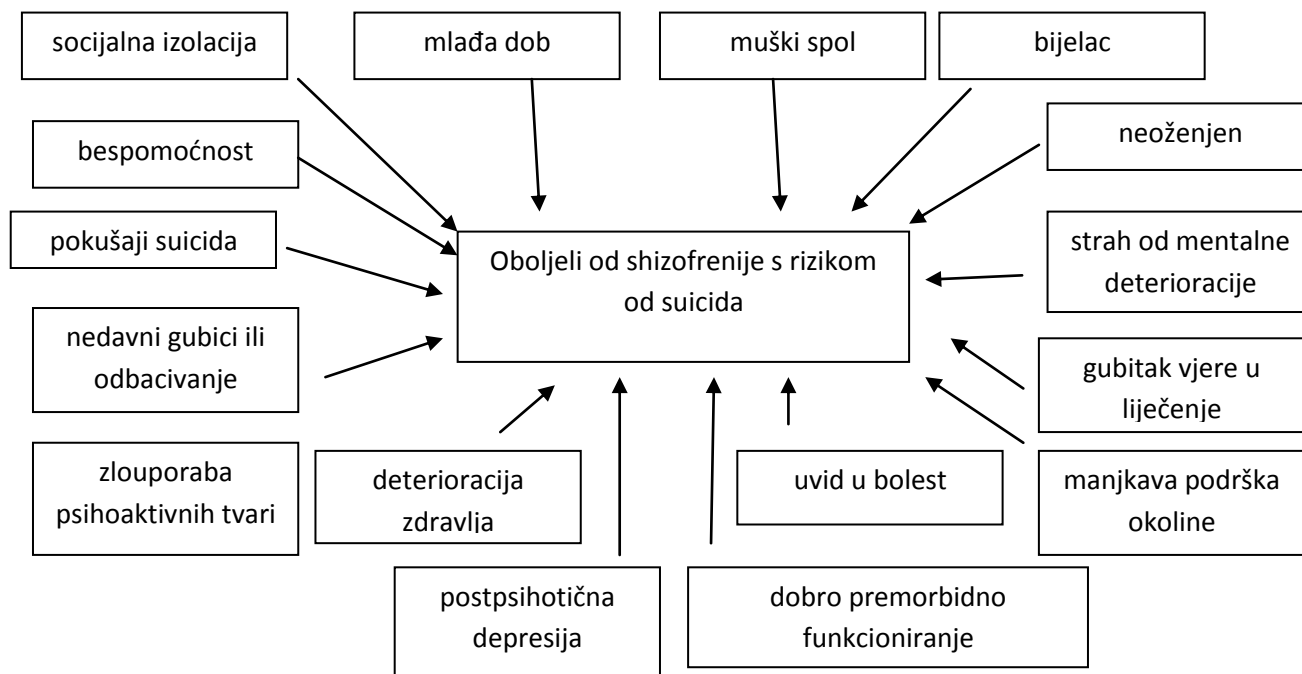
dao konzistentne rezultate pri čemu se pokazalo da zaposlenost i nezaposlenost predstavljaju gotovo jednaki rizik za suicid.

Od čimbenika oboljenja pokazalo se kako raniji početak bolesti, postojanje halucinacija, a posebno zapovjednih halucinacija, agitacija, osjećaji bezvrijednosti i beznada, dobar uvid u bolest, strah od mentalne dezintegracije, depresivnost, zlouporaba alkohola i zabranjenih psihoaktivnih tvari značajno povećavaju rizik od suicida. S druge strane, rezultati su pokazali kako duljina bolesti i prisutnost sumanutosti nemaju važniju ulogu u suicidalnosti. Nejasna je uloga halucinacija i negativnih simptoma jer su objavljeni nekonzistentni rezultati. Raniji suicidalni pokušaji i prisutnost suicidalnih ideacija u znatnoj mjeri povećavaju rizik od suicida kod oboljelih od shizofrenije^{174,175}.

Odnos suicidalnosti i uvida već je nekoliko desetljeća tema promišljanja psihijatara pri čemu su brojna istraživanja potvrdila povezanost dobrog uvida s povećanim rizikom za suicid. Neka novija istraživanja naglašavaju važnost osjećaj bespomoćnosti kao čimbenika koji dodatno pojačava vezu uvida i suicidalnosti. Brečić i Bagarić pokazali su, koristeći podjelu PANSS na pet domena, kako postoji značajna povezanost emocionalne domene PANSS-a i depresivnih simptoma sa suicidalnošću kod oboljelih od shizofrenije. Navedeno pokazuje kako je međuodnos uvida, depresivnosti, bespomoćnosti i suicidalnosti kompleksan i potrebit daljnjih istraživanja^{86,164,176}.

Ukoliko se pogleda veliki broj rizičnih čimbenika razumljivo je kako je teško precizno odrediti važnost pojedinog čimbenika za sve oboljele i rizične za suicid. Pri tome se oni moraju individualno procijenjivati te stalno imati na umu potrebu ponovne evaluacije u slučaju važnijih promjena u kliničkom ili socijalnom statusu oboljelog s posebnim naglaskom na depresivnost i bespomoćnost.

Slikovni prikaz rizičnih čimbenika za suicid, prema Pompili, 2007.



1.5. Stigma

Stigma je vjerni i trajni pratitelj psihičkih poremećaja i osoba oboljelih od njih. Stigmatizacija je pojam koji se u medicini najviše i veže za psihičke, infektivne i dermatološke bolesti (tako su u svim vojnim bolnicama psihijatrijski i zarazni odjeli bili odvojeni od glavne zgrade kako se drugi bolesnici „ne bi zarazili“). U izvornom smislu grčka riječ stigma označava znak, obilježje, pečat koji je utiskivan u kožu robovima, izdajnicima, kriminalcima kako bi ih se vidljivo označilo kao osramoćene ili moralno nepoćudne osobe. Stigma predstavlja socijalnu, društvenu reakciju na pojavu psihičkog poremećaja, njegove manifestacije i posljedice. Ukoliko promatramo shizofreniju kao paradigmu psihičke bolesti onda vidimo kako ona predstavlja pad ranije postignutog stupanja socijalne uključenosti u određenu sredinu, otklon od uobičajenih, socijalno poželjnih i prihvatljivih obrazaca ponašanja, doživljavanja te emocionalnog reagiranja uz gubitak kontrole nad navedenim. Sve ovo potrebno je kako bi se, u širem društvenom

kontekstu, određena psihička bolest stigmatizirala, a oboljelima pripisala stigma psihičkog bolesnika. Živeći u hedonističkoj kulturi lažnog narcizma za pretpostaviti je kako je stigma vjerojatno jača jer su očekivanja sve veća i teže ostvariva.

1.5.1. Stigma oboljelih od shizofrenije

Oboljeli od shizofrenije sastavni su dio društva u kojem žive što zapravo znači kako su u vremenu prije nego su oboljeli bili izloženi porukama i idejama o tome kako je psihička bolest nešto negativno, loše, a oboljeli od duševnih bolesti osobe koje su manje vrijedne, manje uspješne, lijene, agresivne, nepoželjne kao prijatelji, zaposlenici, radne kolege ili ljubavni partneri. Kako shizofrenija predstavlja paradigmu psihičke bolesti, onda je potpuno jasno kako su osobe oboljele upravo od te bolesti i izložene najvećoj stigmi okoline.

Iako je stigma psihičke bolesti postojala dugi niz stoljeća (barem od kada se psihička bolest prestala doživljavati kao Božji dar) teorijske temelje sustavnom proučavanju stigme mentalne bolesti udario je Goffman svojim klasičnim djelom¹⁷⁷ Klasična definicija stigme mentalne bolesti jest ona koja kaže kako je riječ o "osobini/svojstvu/karakteristici koja je duboko ozloglašava/šteti ugledu/diskreditira", a prepoznavanje ove osobine/svojstva /karakteristike smanjuje osobni ugled do tada cjelovite i uobičajene osobe na onu oblačenu i malo cijenjenu/vrednovanu/vrijednu. Prema Goffmanu, obilježja se mogu podijeliti na ona koja dovode do osjećaja gnušanja spram fizičke nesposobnosti ili vidljivog deformiteta, okaljanosti nečijeg karaktera (duševna bolest, kriminalno ponašanje) ili grupnog obilježja (dob, spol, rasa, nacionalna ili vjerska pripadnost)¹⁷⁸.

Stigmatizirani su često izopćeni, odbačeni, prezreni, podcijenjeni, njih se izbjegava. Doživljavaju diskriminaciju, uvrede, napade pa čak su i ubijani. Osobe koje sebe doživljavaju članovima diskriminirane grupe, bez obzira na to vidjeli drugi oko njih to ili ne, često trpe psihičke smetnje i mnogi se osjećaju prezreno. Iako se iskustvo stigmatiziranosti često povezuje sa niskim samopoštovanjem, mnoge osobe sa stigmatizirajućim obilježjima imaju visoko samopoštovanje, funkcioniraju na visokom nivou, sretni su te se čini kako su razvili otpornost prema negativnim iskustvima. Prema

Elliotu stigma jest odstupanje zbog kojeg drugi donose sud o osobi kao nelegitimnim za sudjelovanje u socijalnoj komunikaciji. To se zbiva jer se stigmatizirane osobe doživljavaju nesposobnima za socijalnu interakciju, opasne i nepredvidljive. Kada se ovakav sud donese o nekoj osobi, prema njoj se ne moraju koristiti uobičajena pravila ponašanja, može ih se ignorirati ili isključiti iz društva¹⁷⁸.

U daljnjom teorijskoj raščlambi stigme Jones i suradnici su predložili šest dimenzija stigme¹⁷⁹

- skrivenost- koliko je drugima očita ili vidljiva karakteristika
- tijek- mijenja li se razlika tijekom života ili je stalna
- disruptivan- koliko obilježje ima utjecaja na međuljudske odnose
- estetska- da li razlika dovodi do osjećaja gnušanja ili se doživljava kao neprivlačnost
- podrijetlo/izvor- uzroci razlike, posebno smatra li se osoba odgovorna za razliku
- opasnost- osjećaj straha ili prijetnje koju razlika izaziva kod okoline

Corrigan je predložio podjelu stigme na javnu i osobnu, a svaka od njih sadrži stereotipe, predrasude i diskriminaciju. Stereotipi su mentalne strukture vezana uz znanja koja su stečena od strane većine članova neke grupe o ljudima druge grupe. Osobe koje su prihvatile loše stereotipe i stvorili prema njima negativne emocionalne reakcije imaju predrasude koje vode k diskriminaciji koja se odražava kroz ponašanje u vidu oduzimanja mogućnosti i prava te odvajanje. Thornicroft i Sartorius su dalje razvili navedeno smatrajući kako stigma sadrži problem znanja- neznanje, problem stava- predrasude i problem ponašanja- diskriminacija¹⁸⁰.

1.5.2. Samostigma

Stigma oboljelih od psičkih poremećaja može se podijeliti, prema Thornicroftu, na nekoliko dijelova: doživljenu stigmom koja se odnosi na društvene stavove o stigmatiziranoj grupi, doživljenu diskriminaciju kao posljedicu stigme te samostigmom. Prema Corriganu i Watsonu samostigma je produkt internalizacije srama, krivnje, beznađa, grijeha i straha od diskriminacije povezane s mentalnom bolešću. Pri tome je

jasne povezanost naučenog o mentalnoj bolesti tijekom odrastanja i socijalizacije u zajednici te internalizacije naučenog nakon razvoja bolesti^{178,181}.

Samostigmatizacija dakle predstavlja proces tijekom kojeg oboljela osoba, postupno, tijekom vremena usvaja nametnutu stigmu te u svoj dosadašnji identitet integrira negativna obilježja koja se vežu za nametnutu stigmu i prihvaća smanjena očekivanja za sebe. Navedeno znači kako oboljela osoba gubi (mijenja) svoj dosadašnji postignuti ili željeni identitet kao radnika, člana obitelji, prijatelja, emocionalnog, seksualnog partnera i prihvaća stigmatiziranu sliku sebe. Ovaj proces se dijelom odvija na svjesnoj, a većim dijelom na nesvjesnoj razini, a naravno nije jednoznačan niti istovjetan kod svih na koje se neka stigma odnosi. Tako je moguća i potpuno obrnuta situacija, odnosno pojava kada suočavanje sa stigmom dovodi do pojave osnaživanja, prkosa ili ljutnje.

Ukoliko osoba integrira stigmu dolazi do razvoja novog identiteta pri čemu je česta pojava negativnih posljedica u vidu socijalnog povlačenja, pada samopouzdanja i samopoštovanja, prestanka ulaganja napora u cilju ostvarivanja ranije postavljenih ciljeva i ostvarivanja planova, odnosno dolazi do zauzimanja nižeg mjesta u društvenoj hijerarhiji i pasivnije pozicije nego je to bilo prije pojave psihičkog poremećaja i integracije stigme.

Aktualni koncept samostigme obuhvaća pet zasebnih dijelova: otuđenost, prihvaćanje stereotipa, percepciju diskriminacije, socijalno povlačenje i otpor stigmati¹⁸². Sukladno ovom konceptu samostigme konstruiran je i upitnik koji se koristi u ovom istraživanju- Internalised Scale of Mental Illness.

Istraživanje provedeno u 14 zemalja Europe (uključujući Hrvatsku) pokazalo je kako 41.7% ispitanika osjeća umjerenu do jaku internaliziranu samostigmu, 49.2% jak otpor stigmati, a 69.4.% jaki osjećaj diskriminacije¹⁷⁸, dok je u afričkim uzorcima jaka do umjerena internalizirana samostigma nađena kod 18.8% odnosno 46.7% ispitanika¹⁸³⁻¹⁸⁵.

Prema dosadašnjim istraživanjima internalizirana stigma kod bolesnika sa shizofrenijom povezana je s redukcijom protektivnih psiholoških mehanizama poput

nade, samopoštovanja, osjećaja osobne djelatnosti, osnaženosti, morala te vjerovanja u oporavak, smanjenje prihoda, gubitkom radne sposobnosti. Povezuje se također s nižom kvalitetom života, pripisivanju osobne odgovornosti za pojavu psihičke bolesti, porastu korištenja izbjegavajućih mehanizama suočavanja poput tajnosti i povlačenja. Klinički, internalizirana samostigma se povezuje sa češćim depresivnim simptomima, povećanom suicidalnošću, slabijom terapijskom suradljivošću te socijalnom anksioznošću¹⁸⁶⁻¹⁹⁰.

Dosadašnji rezultati pokazali su kako na povećanje samostigme utječu pozitivni simptomi, opća psihopatologija, socijalna anksioznost, povlačenje kao metoda suočavanja, uvid u djelovanje medikacije, iskustvo diskriminacije, izbjegavanje štete. Na smanjenje samostigme utječe socijalna integracija i suport, kvaliteta života, samopouzdanje, terapijska suradljivost, oporavak, socijalno i radno funkcioniranje i upornost. Nije nađena povezanost samostigme s bračnim statusom, samačkim životom, razinom edukacije i ukupnim brojem hospitalizacija¹⁹⁰.

Uzimajući u obzir do sada utvrđenu važnu ulogu internalizirane samostigme s nizom klinički važnih simptoma i sindroma u okviru shizofrenog oboljenja razložno je bilo provesti ispitivanje koje će ispitati njenu uloga u povezanosti uvida u bolest te depresivnosti, suicidalnosti, beznadnosti i kvalitete života.

2. Hipoteza

Učestalost depresivnosti i suicidalnosti biti će značajno veća u bolesnika sa shizofrenijom kod kojih je dobar uvid povezan s internaliziranom stigmom. Dobar uvid oboljelih od shizofrenije ima negativan utjecaj na ishod bolesti i njezinu prognozu ako je povezan s internaliziranom stigmom.

3. Ciljevi rada

3.1. Opći cilj istraživanja

- 1) Procijeniti povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest sa stupnjem depresivnosti i suicidalnosti u oboljelih od shizofrenije.
- 2) Procijeniti ulogu ove povezanosti s pojedinim skupinama simptoma shizofrenije.

3.2. Specifični ciljevi istraživanja

- 1) Procijeniti utjecaj internalizirane samostigme na uvid u bolest i njezinu težinu.
- 2) Procijeniti povezanost uvida u bolest s pozitivnom, negativnom i općom psihopatološkom podljestvicom.
- 3) Procijeniti specifičnu ulogu samostigme na odnos uvida i pojedinih skupina simptoma.

4. Materijali i metode

4.1. Ustroj istraživanja

Ovo opservacijsko, primijenjeno, presječno istraživanje je provedeno na uzorku iz populacije bolesnika s dijagnosticiranom shizofrenijom koji se liječe u Klinici za psihijatriju Vrapče, Zagreb od veljače 2012. do prosinca 2014. godine. Svi sudionici dali su pisani informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanje. Protokol istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo Klinike za psihijatriju Vrapče.

4.2. Ispitanici

4.2.1. Ciljana populacija

Ciljanu populaciju ovog istraživanja činili su bolesnici oba spola s dijagnosticiranom shizofrenijom, očuvane poslovne sposobnosti, u dobi do 25 do 45 godina.

4.2.2. Kriteriji uključivanja

Kriteriji za uključivanje u istraživanje bili su postavljena dijagnoza shizofrenije, po dva neovisna psihijatra, sukladno dijagnostičkim kriterijima MKB-10 i DSM-IV, intelektualna kapacitiranost ispitanika u visini prosjeka (prema rezultatima provedene psihologijske obrade), očuvana poslovna sposobnost, dob od 25 do 45 godina^{33,191}.

4.2.3. Kriteriji neuključivanja

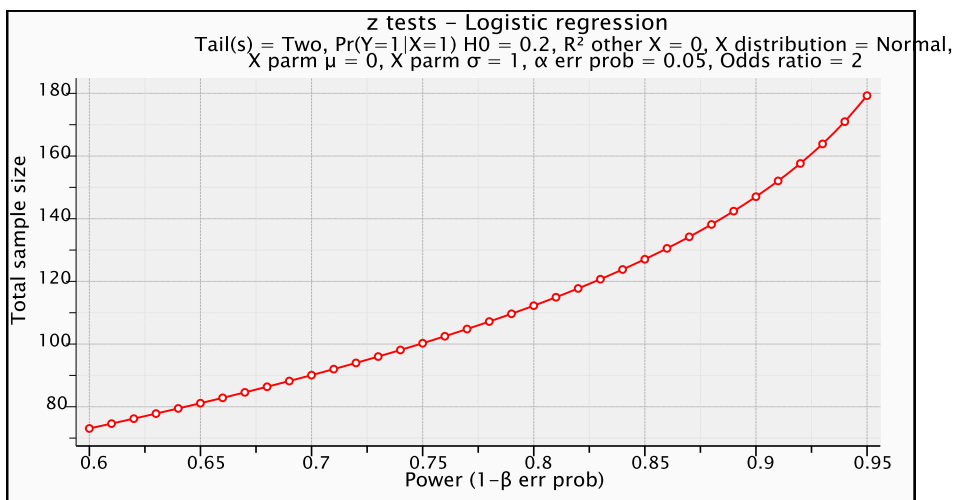
U istraživanje nisu bili uključeni oboljeli od shizofrenije s težim psihijatrijskim i/ili somatskim komorbiditetom koji bi mogao značajnije utjecati na kliničku sliku u trenutku ispitivanja (zlouporaba ili ovisnost o alkoholu ili nekoj drugoj psihoaktivnoj tvari, psihoorganski sindrom, teža posttraumatska stanja, teže neurološke bolesti i slično).

4.2.4. Vrsta uzorka

Biran je sustavni, susljedni uzorak bolesnika prema redoslijedu kojim su dolazili na pregled.

4.2.5. Veličina uzorka

Analizom snage testa za logističku regresiju (snaga testa od 0.90, razina značajnosti α 0.05, očekivani omjer šansi za loš ishod OR=2, dvosmjerni test statističke značajnosti, (engl. two-tailed) ukupni uzorak određen je na 148 ispitanika. Analiza je provedena programom G*Power for Windows, verzija 3.1.2.



4.3. Promatrane varijable

4.3.1. Sociodemografska obilježja

Prikupljeni su podaci o slijedećim sociodemografskim obilježjima sudionika: spol, dob, razinu obrazovanja te bračni i radni status. Razina obrazovanja je u izvornom upitniku kategorizirana u četiri skupine, prema najvišoj završenoj razini obrazovanja

(osnovna škola, srednja škola, viša škola te fakultet, magisterij ili doktorat). S obzirom na mali broj sudionika u postignutom uzorku koji su imali završenu višu školu (n=4, 2.7%), ovi su sudionici u svim statističkim obradama analizirani zajedno s onima koji su imali završen fakultet ili poslijediplomsko obrazovanje. Bračni status je u izvornom upitniku kategoriziran u četiri skupine (oženjeni/udane, neoženjeni/neudate, razvedeni/e, u izvanbračnoj zajednici). S obzirom na mali broj sudionika koji su naveli da žive u izvanbračnoj zajednici (n=2, 1.3%), ova kategorija je u svim analizama pridružena osobama u braku. Radni status je u izvornom upitniku kategoriziran u četiri skupine (zaposlen, umirovljen, nezaposlen, učenik/student). S obzirom na mali broj sudionika (n=2, 1.3%) koji su u trenutku ispitivanja bili učenici ili studenti, ova kategorija je u svim analizama pridružena zaposlenim osobama.

4.3.2. Kliničke karakteristike

Pojam kliničke slike obuhvaća opće psihičko stanje ispitanika u trenutku ispitivanja, odnosno prisutnost ili odsutnost pojedinih psihopatoloških fenomena te njihov intenzitet i utjecaj na svakodnevno funkcioniranje. Praćene kliničke karakteristike bolesti su obuhvaćale aktualnu prisutnost i težinu psihopatologije, uvid u bolest, internaliziranu samostigmu, depresivnost, suicidalnost, beznadnost te kvalitetu života.

Prisutnost i težina aktualne psihopatologije mjerile su se ocjenskim ljestvicama Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)²¹ i Clinical Global Impression (CGI) . PANSS je ljestvica od 30 čestica, koje zahvaćaju pozitivne simptome (7 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.82$), negativne simptome shizofrenije (7 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.81$) te opće psihopatološke simptome (16 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.62$). Za to licencirani psihijatar svaku česticu procjenjuje na ljestvici 1-7, pri čemu viši rezultat označava veću izraženost simptoma. Na temelju uputa za primjenu ovog instrumenta su kao linearna kombinacija odgovora izračunati rezultati za podljestvicu pozitivnih simptoma, negativnih simptoma i općih psihopatoloških simptoma, kao i ukupni rezultat za čitavu ljestvicu (Cronbachov $\alpha = 0.85$). Instrument CGI mjeri opći klinički dojam

psihijatra o prisutnosti psihopatologije, a sastoji se od jedne čestice, koja se ocjenjuje na ljestvici 1-7, pri čemu viši rezultati označavaju veću prisutnost psihopatologije.

Uvid u bolest mjerena je skalom Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)²⁵. Ovo je polustrukturirani intervju kojim se kroz 9 čestica mjeri svjesnost različitih aspekata psihičkog poremećaja, kao što su učinci lijekova, prisustvo halucinacija i anhedonija. Svaka se čestica ocjenjuje na ljestvici 1-5, pri čemu viša ocjena označava veći nedostatak uvida. Rezultati su izračunati za dimenziju općenitog uvida u bolest (3 čestice, Cronbachov $\alpha = 0.72$), uvid u pozitivne simptome (3 čestice, Cronbachov $\alpha = 0.91$), uvid u negativne simptome (3 čestice, Cronbachov $\alpha = 0.81$) te ukupno za sve čestice skale (Cronbachov $\alpha = 0.93$).

Internalizirana samostigma mjerena je samoocjenskim upitnikom Internalized Stigma u Mental Illness (ISMI) od 29 čestica koje procjenjuju sami bolesnici. Sastoji se od podljestvica koje mjere otuđenost (6 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.83$), prihvaćanje stereotipa (7 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.61$), iskustvo diskriminacije (5 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.76$), socijalno povlačenje (6 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.83$) i odupiranje stigmati (5 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.67$).

Depresivnost je mjerena pomoću Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS) od 9 čestica (Cronbachov $\alpha = 0.89$)^{114,192}. Ova je ljestvica specifično oblikovana za procjenu depresivnosti kod bolesnika sa shizofrenijom kako bi se izbjeglo preklapanje negativnih simptoma sa onima iz depresivnog kruga. Odgovore za svaku česticu je bilježio psihijatar na ljestvici od 4 stupnja. Ukupni rezultat je izračunat kao linearna kombinacija svih čestica, pri čemu je viši rezultat označavao veću izraženost depresivnosti. U skladu s normama za granične (cut-off) vrijednosti, ukupni rezultati su svrstani u četiri kategorije: bez depresije, blaga depresija, srednja depresija, jaka depresija.

Suicidalnost je mjerena ocjenskom skalom InterSePT Scale for Suicidal Thinking (ISST), koja se sastoji od 12 čestica (Cronbachov $\alpha = 0.91$)¹⁹³. Za svaku česticu se odgovori bilježe na ljestvici od 3 stupnja. Ukupni rezultat je izračunat kao linearna kombinacija odgovora na svim česticama, pri čemu je viši rezultat označavao

višu suicidalnost, te je u skladu s normama kategoriziran u četiri skupine: nema suicidalnosti, blaga suicidalnost, srednja suicidalnost i jaka suicidalnost.

Beznadnost je mjerena pomoću Beck's Hopelessness Scale (BHS), samoocjenskim upitnikom od 20 čestica¹⁹⁴. Sudionici procjenjuju svaku česticu kao za sebe točnu ili netočnu. Nakon rekodiranja čestica, izračunat je ukupan rezultat, pri čemu više vrijednosti označavaju veću beznadežnost. Budući da je BHS korištena kao mjera rizika od suicida, rezultati su u skladu s normama kategorizirani u četiri skupine: odsutan, blagi, osrednji i visoki rizik od suicidalnosti.

Kvaliteta života mjerena je samoocjenskom skalom WHO Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF) od 26 čestica koje se procjenjuju na ljestvici 1-5¹⁹⁵. Njezini su rezultati, u skladu s uputama autora, izraženi u četiri domene kvalitete života: tjelesnoj (7 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.68$), psihološkoj (6 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.69$), socijalnoj (3 čestice, Cronbachov $\alpha = 0.81$) i okolišnoj (8 čestica, Cronbachov $\alpha = 0.82$).

4.3.3. Hospitalne karakteristike

Hospitalne karakteristike koje su se mjerile u ovom istraživanju su uključivale godine trajanje bolesti te broj hospitalizacija i broj pokušaja suicida do trenutka ispitivanja.

4.4. Statistička analiza podataka

Kontinuirane varijable su deskriptivno prikazane pomoću aritmetičkih sredina i pripadajućih standardnih devijacija (SD) te u slučaju nenormalnih distribucija medijanima i interkvartilnim rasponima (IQR), a kategorijalne varijable distribucijama frekvencija. Normalnost distribucija varijabli je provjerena Kolmogorov-Smirnov testom. Povezanosti između varijabli su utvrđene pomoću neparametrijskih pokazatelja, odnosno Spearmanovog koeficijenta korelacije. Razlike u frekvencijama kategorijalnih varijabli su provjeravane hi-kvadrat testom. Pretvaranje kontinuiranih varijabli u kategorijalne se provodilo kako bi se formirala glavna neovisna varijabla, i to dijeljenjem po medijanu promatranih vrijednosti. Za usporedbu vrijednosti

kontinuiranih varijabli među dvije skupine korišten je Studentov t -test ukoliko je bio zadovoljen uvjet jednakosti varijanci među skupinama, odnosno Welchov t -test ukoliko ovaj uvjet nije bio zadovoljen. Za usporedbu vrijednosti kontinuiranih varijabli među više skupina je korištena analiza varijance ukoliko je bio zadovoljen uvjet homogenosti varijance testiran Leveneovim testom, a ukoliko ovaj uvjet nije bio zadovoljen, korišten je Kruskal-Wallisov test. Za post-hoc usporedbe je u parametrijskim analizama proveden Sheffeov test, a u neparametrijskim analizama Mann-Whitneyev U test uz Bonferronijevu korekciju radi višestrukih usporedbi. Moderacijska analiza učinka samostigme na povezanost uvida u bolest i ishoda provedena je korištenjem *macro* naredbe PROCESS (A. F. Hayes, 2013.; <http://www.processmacro.org/>). Veličine efekata su izražavane kao Cohenov d za t -test, Cramerov v za hi-hvadrat test te eta-kvadrat za analizu varijance. Pouzdanost korištenih instrumenata je odmjeravana pomoću Cronbach α pokazatelja. Statistička značajnost svih usporedbi je postavljena na $p < .05$. Za sve statističke obrade korišten je programski paket R (R Development Core Team, 2008).

5. Rezultati

5.1. Ispitanici

Sociodemografske i hospitalne karakteristike uzorka prikazane su u Tablici 1. U istraživanju je sudjelovalo 149 bolesnika, od toga 107 (71.8%) muškaraca i 42 (28.2%) žena, čiji je medijan (IQR) dobi bio 34 (29-42) godina. Većina je bila nezaposlena (n=55, 36.9%) ili umirovljena (n=52, 34.6%), a najčešće su bili srednjoškolskog obrazovanja (n=107, 71.8%). Ispitanici su u najvećem broju bili neoženjeni, odnosno neudate (n=68, 45.6%) ili rastavljeni (n=60, 40.3%). Medijan (IQR) trajanja bolesti je bio 6 (2-12) godina te je oko polovice ispitanika imalo 1-4 bolničkih psihijatrijskih liječenja. Kod većine ispitanika (n=99, 66.4%) nije zabilježeno prethodnih pokušaja suicida, a među onima koji jesu bili pokušali suicid, većina je imala jedan pokušaj (n=33, 22.1% od ukupnog broja ispitanika). Ispitanici se nisu razlikovali po spolu s obzirom na sociodemografske i hospitalne karakteristike (Tablica 2), uz izuzetak dobi i obrazovanja, pri čemu su žene prosječno bile oko 2.5 godine starije od muškaraca (žene: 37.2 ± 5.9 ; muškarci: 34.7 ± 7.2 ; $t(90) = -2.18$, $p = 0.034$, $d = -0.38$) i vjerojatnije su imale završeno fakultetsko obrazovanje ($\chi^2(2, N=149) = 12.27$, $p = 0.002$, $v = 0.29$).

Tablica 1. Sociodemografske i hospitalne karakteristike ispitanika

N = 149	n (%)
Dob; medijan (interkvartilni raspon)	34 (29-42)
Spol	
Muškarci	107 (71.8)
Žene	42 (28.2)
Radni status	
Zaposleni ili student	42 (28.2)
Nezaposleni	55 (36.9)
Umirovljeni	52 (34.9)
Obrazovanje	
Osnovna škola	20 (13.4)
Srednja škola	107 (71.8)
Viša škola ili fakultet	22 (14.8)
Bračni status	
Bračna ili izvanbračna zajednica	21 (14.1)
Neoženjeni/neudate	68 (45.6)
Rastavljeni/rastavljene	60 (40.3)
Trajanje bolesti; medijan (interkvartilni raspon)	6 (2-12)
Broj dosadašnjih hospitalizacija	
1 – 2	68 (45.6)
3 – 4	31 (20.8)
5 – 9	29 (19.5)
10 i više	21 (14.1)
Broj dosadašnjih pokušaja suicida	
0	99 (66.4)
1	33 (22.1)
2	11 (7.4)

3	5 (3.4)
6	1 (0.7)

Tablica 2. Distribucija promatranih varijabli s obzirom na sociodemografske, kliničke i hospitalne karakteristike ispitanika

		Internalizirana samostigma (ISMI)	Uvid (SUMD)	Psihopatologija (PANSS)	Opći klinički dojam (CGI)
	N (%)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)
Dob					
≤ 34 godine	77 (51.7)	59 (50.3 - 67.8)	24.5 (18 - 31)	83.5 (75 - 92)	4 (3.5 - 4.5)
35 i više godina	72 (48.3)	65 (56 - 74)	25.5 (18.5 - 32.5)	81 (72.6 - 89.4)	3.5 (3 - 4)
Spol					
Muškarci	107 (71.8)	62 (52.5 - 71.5)	25 (18.5 - 31.5)	84 (75.5 - 92.5)	4 (3.5 - 4.5)
Žene	42 (28.2)	62.5 (54 - 71)	23 (17 - 29)	81 (72 - 90)	3.5 (3 - 4)
Radni status					
Zaposleni ili student	42 (28.2)	65 (52.5 - 77.5)	22 (16 - 28)	78 (71.5 - 84.5)	3 (2.5 - 3.5)
Nezaposleni	55 (36.9)	59 (50.5 - 67.5)	27 (19.5 - 34.5)	86 (75 - 97)	4 (3.5 - 4.5)
Umirovljeni	52 (34.9)	59 (51 - 67)	25 (20 - 30)	84 (77.5 - 90.5)	4 (3.5 - 4.5)
Obrazovanje					
Osnovna škola	20 (13.4)	63 (55.1 - 70.9)	24 (16.8 - 31.3)	87.5 (78.25 - 96.75)	4 (3.5 - 4.5)
Srednja škola	107 (71.8)	59 (49 - 69)	26 (20 - 32)	82 (74 - 90)	4 (3.5 - 4.5)
Viša škola ili fakultet	22 (14.8)	69 (58.4 - 79.6)	17 (11.8 - 22.3)	81.5 (75.75 - 87.25)	3 (2.5 - 3.5)

Bračni status					
Bračna ili izvanbračna zajednica	21 (14.1)	63 (55 - 71)	23 (18.5 - 27.5)	80 (73.75 - 86.25)	3 (2.5 - 3.5)
Neoženjeni/neudate	68 (45.6)	59 (50.5 - 67.5)	27 (20.5 - 33.5)	84 (74 - 94)	4 (3.5 - 4.5)
Rastavljeni/rastavljene	60 (40.3)	64 (54 - 74)	23 (16 - 30)	83.5 (75 - 92)	4 (3.5 - 4.5)
Trajanje bolesti					
≤ 6 godina	75 (50.3)	59 (51.2 - 66.9)	27 (20 - 34)	83.5 (73.5 - 93.5)	4 (3.5 - 4.5)
7 i više godina	74 (49.7)	63 (52 - 74)	23 (17.9 - 28.2)	81.5 (74.35 - 88.65)	3 (2.5 - 3.5)
Broj dosadašnjih hospitalizacija					
1	45 (30.2)	60,5 (53,25 - 67,75)	27 (19,75 - 34,25)	85 (75,75 - 94,25)	4 (3,5 - 4,5)
2 – 4	54 (36.2)	59 (47,625 - 70,375)	23,5 (17,5 - 29,5)	78,5 (70,5 - 86,5)	3 (2,5 - 3,5)
5 i više	50 (33.6)	63 (52,75 - 73,25)	24,5 (20,125 - 28,875)	84 (76 - 92)	4 (3,5 - 4,5)
Broj dosadašnjih pokušaja suicida					
niti jedan	99 (66.4)	59 (51.2 - 66.9)	26.5 (20 - 33)	83.5 (75 - 92)	4 (3.5 - 4.5)
1 i više	50 (33.6)	65 (53.8 - 76.3)	22.5 (16.5 - 28.5)	81.5 (73.15 - 89.85)	3 (2.5 - 3.5)

Tablica 2 (nastavak). Distribucija promatranih varijabli s obzirom na sociodemografske, kliničke i hospitalne karakteristike ispitanika

	Depresivnost (CDSS)	Beznadnost (BHS)	Tjelesna KŽ (WHOQoL-Bref)	Mentalna KŽ (WHOQoL-Bref)	Socijalna KŽ (WHOQoL-Bref)	Okolišna KŽ (WHOQoL-Bref)
	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)	Medijan (IQR)
Dob						
≤ 34 godine	6 (1.5 - 10.5)	5 (1.3 - 8.8)	50.4 (42.4 - 58.4)	50.8 (44 - 57.6)	53.2 (40 - 66.8)	60 (53.6 - 66.4)
35 i više godina	10 (6 - 14)	5 (1 - 9)	45.6 (38 - 53.2)	50.8 (42.8 - 58.8)	48 (34.8 - 61.6)	61.2 (53.6 - 69.2)
Spol						
Muškarci	7 (2.5 - 11.5)	5 (1 - 9)	48 (40 - 56)	50.8 (42.8 - 58.8)	48 (34 - 62)	60 (52 - 68)
Žene	9 (0.5 - 17.5)	5 (1 - 9)	46.8 (38.8 - 54.8)	50.8 (42.8 - 58.8)	53.2 (39.2 - 67.2)	60 (52 - 68)
Radni status						
Zaposleni ili student	10 (5.4 - 14.6)	7.5 (3.9 - 11.1)	45.6 (37.6 - 53.6)	49.2 (43.6 - 54.8)	42.8 (29.6 - 56.4)	60 (52.8 - 67.2)
Nezaposleni	7 (2.5 - 11.5)	4.5 (0.5 - 8.5)	49.2 (39.2 - 59.2)	54.8 (45.6 - 64.4)	56 (40.8 - 71.2)	60 (51.2 - 69.2)
Umirovljeni	8 (4 - 12)	5 (2.5 - 7.5)	50.4 (38.4 - 62.4)	53.2 (46.8 - 60)	53.2 (40 - 66.8)	58 (52 - 64)
Obrazovanje						
Osnovna škola	10.5 (6.1 - 14.9)	6.5 (3.5 - 9.5)	44.4 (32.4 - 56.4)	49.2 (41.2 - 57.2)	42.8 (32 - 53.6)	56 (49.2 - 62.8)
Srednja škola	6 (1.5 - 10.5)	4 (0 - 8)	50.4 (36.4 - 64.4)	50.8 (42.8 - 58.8)	53.2 (40 - 66.8)	62 (54 - 70)
Viša škola ili fakultet	11.5 (8.4 - 14.6)	7.5 (3.9 - 11.1)	48 (32 - 64)	50.8 (43.6 - 58)	45.2 (29.2 - 61.2)	59.2 (52.8 - 65.2)
Bračni status						

Bračna ili izvanbračna zajednica	10 (5.3 - 14.8)	5 (1.5 - 8.5)	45.6 (37.2 - 54.4)	56 (48 - 64)	53.2 (37.2 - 69.2)	62 (54.4 - 69.6)
Neoženjeni/neudate	6.5 (1.6 - 11.4)	5 (1.1 - 8.9)	48 (41.2 - 54.8)	50.8 (42.8 - 58.8)	53.2 (40 - 66.8)	58 (51.2 - 64.8)
Rastavljeni/rastavljene	8 (4 - 12)	5 (1 - 9)	50.4 (41.2 - 59.6)	50.8 (44.4 - 57.2)	48 (35.2 - 60.8)	60 (52.4 - 67.6)
Trajanje bolesti						
≤ 6 godina	5 (0.5 - 9.5)	5 (1 - 9)	50.4 (41.2 - 59.6)	53.2 (44 - 62.8)	58.8 (45.6 - 72.4)	60 (51.2 - 69.2)
7 i više godina	10 (6 - 14)	4.5 (1 - 8)	45.6 (38.4 - 52.8)	50.8 (45.2 - 56.4)	48 (34.8 - 61.6)	60 (53.2 - 67.2)
Broj dosadašnjih hospitalizacija						
1	5 (0.3 - 9.8)	4 (0 - 8)	52.6 (45.2 - 60)	53.3 (45.3 - 61.3)	53.5 (40.9 - 66.2)	60 (54.5 - 65.5)
2 – 4	9 (4.5 - 13.5)	5 (1 - 9)	50.3 (42 - 58.6)	52 (44 - 60)	53.3 (37.3 - 69.3)	60 (49.8 - 70.3)
5 i više	9 (5 - 13)	5 (1.8 - 8.3)	45.7 (37.7 - 53.7)	50.7 (44 - 57.4)	42.7 (32 - 53.4)	58 (52 - 64)
Broj pokušaja suicida						
niti jedan	5 (0.5 - 9.5)	4 (0.5 - 7.5)	50.4 (41.2 - 59.6)	53.2 (45.2 - 61.2)	58.8 (45.6 - 72.4)	60 (52 - 68)
1 i više	11 (7.5 - 14.5)	7 (2.5 - 11.5)	45.6 (38.8 - 52.4)	50.8 (45.2 - 56.4)	37.2 (26.8 - 48)	58 (51.2 - 65.2)

KŽ = kvaliteta života

5.2. Povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest

Ukupno gledano, internalizirana samostigma i uvid u bolest bili su statistički značajno povezani (Tablica 3). Ukupni rezultat na upitniku internalizirane samostigme je malo do umjereno i negativno korelirao s ukupnim rezultatom na upitniku nedostatka uvida u bolest ($\rho = -0.28$, $p = 0.001$) te uvidom u opće psihopatološke simptome ($\rho = -0.28$, $p = 0.001$), pozitivne simptome bolesti ($\rho = -0.28$, $p = 0.001$) i negativne simptome bolesti ($\rho = -0.23$, $p = 0.006$). Dakle, prosječno je niža internalizirana samostigma bila povezana s većim nedostatkom uvida u bolest.

Slično tome, ukupni rezultat na upitniku uvida u bolest je malo do umjereno i negativno korelirao s različitim aspektima samostigme – alijenacijom ($\rho = -0.31$, $p < 0.001$), prihvaćanjem stereotipa o psihički bolesnim osobama ($\rho = -0.27$, $p = 0.001$), iskustvom diskriminacije ($\rho = -0.28$, $p = 0.001$), socijalnim povlačenjem zbog samostigme ($\rho = -0.28$, $p = 0.001$). Dakle, veći nedostatak uvida u bolest bio je povezan s nižom internaliziranom samostigmom zbog bolesti.

Tablica 3. Povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest; Spearmanov koeficijent korelacije

N = 136		Internalizirana samostigma				
Nedostatak uvida	Alijenacija	Prihvaćanje stereotipa	Iskustvo diskriminacije	Socijalno povlačenje	Odupiranje stigmati	Ukupno
Opći psihopatološki simptomi	-0.31**	-0.27**	-0.31**	-0.24**	0.10	-0.28**
Pozitivni simptomi	-0.33**	-0.24**	-0.29**	-0.28**	0.08	-0.28**
Negativni simptomi	-0.25**	-0.28**	-0.23**	-0.28**	0.13	-0.23**
Ukupno	-0.31**	-0.27**	-0.28**	-0.28**	0.10	-0.28**

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.3. Povezanost nedostatka uvida u bolest s izraženošću psihopatoloških simptoma

Ukupni rezultat na mjeri nedostatka uvida u bolest bio je pozitivno povezan s prisutnošću pozitivnih ($\rho = 0.19$, $p = 0.02$) i negativnih ($\rho = 0.29$, $p < 0.001$) simptoma na PANSS-u te s općim kliničkim dojmom o prisutnosti psihopatologije ($\rho = 0.27$, $p = 0.001$). Isti obrazac rezultata pokazao se i za pojedinačne aspekte nedostatka uvida u bolest, koji su bili pozitivno i u usporedivoj mjeri povezani s izraženošću pozitivnih i negativnih simptoma te općim kliničkim dojmom (Tablica 44). Za razliku od toga, procijenjena izraženost općih psihopatoloških simptoma nije bila statistički značajno povezana s niti s jednim aspektom uvida u bolest. Dakle, što je nedostatak uvida bio veći, to su izraženijima bili procijenjeni psihotični simptomi.

Tablica 4. Povezanost nedostatka uvida u bolest i izraženosti psihotičnih psihopatoloških simptoma; Spearmanov koeficijent korelacije

Izraženost psihopatologije	Nedostatak uvida			
	Opći psihopatološki simptomi (SUMD 1-3)	Pozitivni simptomi (SUMD 4-6)	Negativni simptomi (SUMD 7-9)	Ukupno
Pozitivni simptomi	0.20*	0.24**	0.16	0.19*
Negativni simptomi	0.25**	0.31**	0.26**	0.29**
Opća psihopatologija	0.14	0.17*	0.15	0.16
Opći klinički dojam (CGI)	0.23**	0.28**	0.28**	0.27**

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.4. Povezanost nedostatka uvida u bolest s depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti

Ukupni nedostatak uvida u simptome shizofrenije je bio statistički značajno i negativno povezan s izraženošću depresivnosti ($\rho = -0.24$, $p = 0.004$), beznadnosti ($\rho = -0.18$, $p = 0.027$) i suicidalnosti ($\rho = -0.30$, $p < 0.001$). Dakle, što je uvid bio manji, to su depresivnost, beznadnost i suicidalnost bile manje izražene. Ovakav obrazac rezultata je ustanovljen i za povezanost svih aspekata nedostatka uvida u bolest s depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti, osim što beznadnost nije bila statistički značajno povezana s nedostatkom uvida u negativne simptome (Tablica 5).

Tablica 5. Povezanost nedostatka uvida u bolest i depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti; Spearmanov koeficijent korelacije

N = 148	Nedostatak uvida			
	Opći psihopatološki simptomi	Pozitivni simptomi	Negativni simptomi	Ukupno
Depresivnost	-0.26**	-0.27**	-0.19*	-0.24**
Beznadnost	-0.18*	-0.19*	-0.14	-0.18*
Suicidalnost	-0.33**	-0.32**	-0.24**	-0.30**

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.5. Povezanost nedostatka uvida i kvalitete života

Ukupni rezultati na ljestvici nedostatka uvida u bolest bili su pozitivno povezani s tjelesnom ($\rho = 0.25$, $p = 0.002$), psihološkom ($\rho = 0.25$, $p = 0.003$) i socijalnom kvalitetom života ($\rho = 0.20$, $p = 0.014$).

Tjelesna i psihološka kvaliteta života su bile u podjednakoj mjeri, pozitivno i nisko do umjereno povezane sa svim aspektima nedostatka uvida u bolest (Tablica 6), a socijalna kvaliteta života bila je nisko i pozitivno povezana s nedostatkom uvida u opće psihopatološke ($\rho = 0.20$, $p = 0.014$) i pozitivne psihotične simptome ($\rho = 0.18$, $p =$

0.033), dok okolišna kvaliteta života nije korelirala niti s jednim aspektom uvida u bolest.

Dakle, bolja tjelesna i psihološka te u jednoj mjeri socijalna kvaliteta života bila je povezana s manjim uvidom u bolest.

Tablica 6. Povezanost nedostatka uvida u bolest i kvalitete života; Spearmanov koeficijent korelacije

N = 148	Nedostatak uvida				
	Opći simptomi	psihopatološki	Pozitivni simptomi	Negativni simptomi	Ukupno
Tjelesna KŽ	0.26**		0.23**	0.18*	0.25**
Psihološka KŽ	0.26**		0.23**	0.19*	0.25**
Socijalna KŽ	0.20*		0.18*	0.16	0.20*
Okolišna KŽ	-0.05		-0.08	-0.09	-0.07

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.6. Povezanost internalizirane samostigme s izraženošću psihopatoloških simptoma

Ukupni rezultat na upitniku samostigme bio je statistički značajno povezan s izraženošću pozitivnih psihotičnih simptoma ($\rho = -0.20$, $p = 0.020$) i negativnih psihotičnih simptoma ($\rho = -0.20$, $p = 0.020$), ali ne i sa izraženošću opće psihopatologije, niti s CGI-jem (Tablica 7). Alijenacija je bila aspekt samostigme s najizraženijim povezanostima s izraženošću psihotičnih simptoma: s pozitivnim simptomima ($\rho = -0.21$, $p = 0.014$), negativnim simptomima ($\rho = -0.22$, $p = 0.008$) i globalnom kliničkom procjenom ($\rho = -0.21$, $p = 0.014$). Dakle, izraženija alijenacija je bila povezana s manjom izraženošću psihopatologije. Osim toga, iskustvo diskriminacije kao aspekt samostigme je bilo povezano s manje izraženim pozitivnim simptomima ($\rho = -0.23$, $p = 0.006$), a socijalno povlačenje kao aspekt samostigme s manje izraženim negativnim psihotičnim simptomima ($\rho = -0.17$, $p = 0.036$).

Tablica 7. Povezanost internalizirane samostigme s izraženošću psihopatologije mjerene PANSS-om i CGI-jem; Spearmanov koeficijent korelacije

N = 136	Internalizirana samostigma					
	Alijenacija	Prihvatanje stereotipa	Iskustvo diskriminacije	Socijalno povlačenje	Odupiranje stigmati	Ukupno
Pozitivni simptomi	-0.21*	-0.13	-0.23**	-0.10	-0.04	-0.20*
Negativni simptomi	-0.22**	-0.15	-0.14	-0.17*	-0.08	-0.20*
Opća psihopatologija	-0.12	0.01	-0.04	-0.02	-0.06	-0.06
Opći klinički dojam	-.21*	-0.13	-0.16	-0.09	-0.01	-0.16

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.7. Povezanost internalizirane samostigme i depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti

Ukupni rezultat na upitniku samostigme bio je umjereno povezan s depresivnim simptomima ($\rho = 0.389$, $p < .001$), beznadnosti ($\rho = 0.584$, $p < .001$) i suicidalnosti ($\rho = 0.390$, $p < .001$). Dakle, izraženija internalizirana samostigma je bila povezana s većom izraženošću depresivnosti i suicidalnosti, a osobito beznadnosti. Isti obrazac rezultata je ustanovljen i za različite aspekte samostigme, osim za odupiranje stigmati, koje nije koreliralo s promatranim varijablama, osim niske korelacije s beznadnosti ($\rho = 0.177$, $p = 0.031$) (Tablica 8).

Tablica 8. Povezanost internalizirane samostigme s depresivnosti, beznadnosti i suicidalnosti; Spearmanov koeficijent korelacije

N = 147	Internalizirana samostigma					
	Alijenacija	Prihvatanje stereotipa	Iskustvo diskriminacije	Socijalno povlačenje	Odupiranje stigmati	Ukupno
Depresivnost	0.44**	0.34**	0.40**	0.30**	-0.11	0.39**

Beznadnost	0.54**	0.45**	0.49**	0.54**	0.18*	0.58**
Suicidalnost	0.43**	0.37**	0.47**	0.26**	-0.14	0.39**

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.8. Povezanost internalizirane samostigme i kvalitete života

Ukupni rezultat na upitniku samostigme je bio umjereno negativno povezan sa svim domenama samoprocijenjene kvalitete života: tjelesnom ($\rho = -0.50$, $p < 0.001$), psihološkom ($\rho = -0.58$, $p < 0.001$), socijalnom ($\rho = -0.52$, $p < 0.001$) i okolišnom ($\rho = 0.45$, $p < 0.001$) (Tablica 9). Dakle, viša internalizirana samostigma je bila povezana s nižom kvalitetom života. Sličan obrazac rezultata dobiven je i za različite aspekte samostigme, pri čemu su alijenacija, prihvaćanje stereotipa o psihički bolesnim osobama, iskustvo diskriminacije i socijalno povlačenje bili umjereno, a odupiranje stigmati nisko povezani sa slabijim samoprocjenama svih domena kvalitete života.

Tablica 9. Povezanost internalizirane samostigme i domena kvalitete života (KŽ)

N = 147	Internalizirana samostigma					
	Alijenacija	Prihvaćanje stereotipa	Iskustvo diskriminacije	Socijalno povlačenje	Odupiranje stigmati	Ukupno
Tjelesna KŽ	-0.46**	-0.35**	-0.44**	-0.26**	-0.26**	-0.50**
Psihološka KŽ	-0.52**	-0.41**	-0.51**	-0.41**	-0.28**	-0.58**
Socijalna KŽ	-0.48**	-0.41**	-0.56**	-0.36**	-0.09	-0.52**
Okolišna KŽ	-0.32**	-0.32**	-0.47**	-0.37**	-0.24**	-0.45**

* $p < .05$; ** $p < .01$

5.9. Provjera moderacijskog učinka samostigme na povezanost uvida i ishoda bolesti

Kako bi se provjerilo mijenja li internalizirana samostigma međusobnu povezanost uvida u bolest i njezinih ishoda, pristupilo se moderacijskoj analizi. Kriterijske varijable – odnosno ishodi svake od analiza – bile su depresivnost, beznadnost, suicidalnost te četiri domene kvalitete života (tjelesna, psihološka, socijalna i okolišna). Prediktorska varijabla u svakoj analizi je bio ukupni uvid u bolest, a kao moderator odnosa između uvida i ishoda bolesti korišten je ukupni rezultat na skali samoprocjene internalizirane samostigme.

Prije nego se pristupilo samim moderacijskim analizama, provjereno je mogu li se sociodemografske, kliničke i hospitalne karakteristike bolesnika smatrati zbunjujućim (engl. *confounding*) varijablama, kako bi se osiguralo da učinci samostigme na odnos uvida i ishoda nisu odraz razlika u ovim osobnim karakteristikama bolesnika. U moderacijsku analizu su stoga kao kovarijate uvrštene sve sociodemografske, kliničke i hospitalne varijable za koje se u univarijatnim logističkim regresijskim analizama pokazalo da su povezane s ishodima bolesti na razini od $p < 0.20$ (Tablica 10, Tablica 11).

Tablica 10. Univarijatne povezanosti kliničkih ishoda sa sociodemografskim, kliničkim i hospitalnim karakteristikama ispitanika

	DEPRESIVNOST (CDSS)		SUICIDALNOST (ISST)		BEZNADNOST (BHS)		UKUPNI	PSIHOTIČNI
	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	SIMPTOMI	OR (95% CI)
Spol								
muški		1		1		1		1
ženski	0.501	1.29 (0.62 - 2.68)	0.609	0.83 (0.41 - 1.70)	0.812	.91 (0.42 - 1.98)	0.328	.70 (0.34 - 1.44)
Dob	0.013	1.07 (1.01 - 1.12)	0.011	1.07 (1.01 - 1.12)	0.135	1.04 (0.99 - 1.10)	0.754	.99 (0.95 - 1.04)
Radni status								
nezaposlen		1		1		1		1
zaposlen	0.040	2.47 (1.04 - 5.84)	0.118	1.94 (0.85 - 4.47)	0.346	1.55 (0.62 - 3.88)	0.035	.40 (0.17 - 0.94)
umirovljen	0.296	1.55 (0.68 - 3.53)	0.392	1.40 (0.65 - 2.99)	0.843	1.07 (0.48 - 2.45)	0.942	1.03 (0.48 - 2.20)
Obrazovanje								
fakultet/viša škola		1		1		1		1
srednja škola	0.002	0.22 (0.09 - 0.59)	0.155	.49 (0.19 - 1.31)	0.285	.55 (0.19 - 1.63)	0.357	1.56 (0.61 - 4.04)
osnovna škola	0.374	0.57 (0.17 - 1.96)	0.827	.87 (0.24 - 3.13)	0.281	2.65 (0.45 - 15.52)	0.068	3.25 (0.92 - 11.51)
Bračni status								
razveden		1		1		1		1
u braku	.457	1.46 (0.54 - 3.98)	0.094	2.62 (0.85 - 8.07)	0.902	1.07 (0.36 - 3.21)	0.094	.40 (0.14 - 1.17)

neoženjen/neudata	.376	.72 (0.35 - 1.49)	0.572	.82 (0.41 - 1.64)	0.942	1.03 (0.48 - 2.20)	0.801	1.09 (0.55 - 2.20)
Broj pokušaja suicida								
niti jedan		1		1		1		1
jedan i više	.005	2.75 (1.36 - 5.57)	0.011	3.80 (1.78 - 8.13)	0.771	1.12 (0.53 - 2.37)	0.490	.79 (0.40 - 1.56)
Broj hospitalizacija								
0		1		1		1		1
2-4	.559	1.42 (0.43 - 4.67)	.418	1.52 (0.55 - 4.20)	0.898	1.07 (0.37 - 3.09)	0.019	0.38 (0.17 - 0.85)
5 i više	.024	4.05 (1.21 - 13.61)	.028	3.5 (1.14 - 10.71)	0.933	1.05 (0.34 - 3.27)	0.491	0.75 (0.33 - 1.70)

Tablica 11. Univarijatne povezanosti kvalitete života sa sociodemografskim, kliničkim i hospitalnim karakteristikama ispitanika

	KŽ - tjelesna		KŽ - psihološka		KŽ - socijalna		KŽ - okolišna	
	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)
Spol								
muški		1		1		1		1
ženski	0.463	0.76 (0.37 - 1.57)	0.637	0.84 (0.41 - 1.72)	0.436	1.33 (0.65 - 2.72)	0.803	1.20 (0.53 - 2.25)
Dob	0.117	0.96 (0.92 - 1.01)	0.695	0.99 (0.95 - 1.04)	0.223	0.97 (0.93 - 1.02)	0.161	1.04 (0.99 - 1.09)
Radni status								
nezaposlen		1		1		1		1
zaposlen	0.25	0.62 (0.27 - 1.41)	0.049	0.43 (0.19 - 0.99)	0.054	0.44 (0.19 - 1.02)	0.965	0.98 (0.44 - 2.22)
umirovljen	0.778	1.12 (0.52 - 2.38)	0.942	1.03 (0.48 - 2.20)	0.899	0.95 (0.44 - 2.04)	0.221	0.62 (0.29 - 1.34)
Obrazovanje								
fakultet/viša škola		1		1		1		1
srednja škola	0.416	1.47 (0.58 - 3.73)	0.728	1.18 (0.47 - 2.96)	0.557	1.32 (0.53 - 3.31)	0.203	1.85 (0.72 - 4.78)
osnovna škola	0.952	0.96 (0.28 - 3.31)	0.976	0.98 (0.29 - 3.32)	0.721	0.80 (0.24 - 2.73)	0.059	0.19 (0.04 - 1.06)
Bračni status								
razveden		1		1		1		1
u braku	0.75	0.85 (0.31 - 2.30)	0.488	1.43 (0.52 - 3.88)	0.278	1.74 (0.64 - 4.76)	0.023	3.50 (1.19 - 10.28)
neoženjen/neudata	0.394	0.74 (0.37 - 1.48)	0.756	0.90 (0.45 - 1.80)	0.278	1.47 (0.73 - 2.96)	0.571	0.81 (0.40 - 1.66)

Broj pokušaja suicida

niti jedan		1		1		1		1
jedan i više	0.045	0.49 (0.24 - 0.98)	0.075	0.53 (0.27 - 1.07)	0.003	0.33 (0.16 - 0.68)	0.776	0.91 (0.46 - 1.80)

Broj hospitalizacija

0		1		1		1		1
2-4	,833	1,11 (0,41 - 3,03)	0.883	0.94 (0.43 - 2.08)	0.912	0.96 (0.43 - 2.11)	0.854	0.93 (0.42 - 2.06)
5 i više	,508	0,7 (0,24 - 2,03)	0.135	0.54 (0.24 - 1.22)	0.489	0.75 (0,34 - 1.69)	0.131	0.53 (0.24 - 1.21)

KŽ = kvaliteta života

Pri procjeni učinka samostigme na povezanost uvida u bolest i depresivnosti u multivarijantnoj linearnoj regresiji provedena je kontrola učinaka dobi, radnog statusa, obrazovanja, prethodnih pokušaja suicida i broja hospitalizacija. Povezanost samostigme i depresivnosti bila je statistički značajna ($b = 0.12$, 95% CI = [0.06, 0.19], $\beta = 0.32$, $t(135) = 3.89$, $p < 0.001$), kao i interakcija samostigme i uvida ($b = -0.01$, 95% CI = [-0.02, -0.001], $\beta = -0.17$, $t(135) = -2.20$, $p = 0.029$). To pokazuje da se povezanost uvida i depresivnosti mijenjala s obzirom na razinu samostigme. Post-hoc testiranje pokazalo je kako je kod sudionika čija je internalizirana samostigma bila izrazito visoka, veća od 90. centila, bolji uvid bio povezan s većom depresivnošću ($b = -0.22$, 95% CI = [-0.42, -0.02], $\beta = -0.34$, $t = -2.23$, $p = 0.028$), a rubno statistički značajni učinci u istom smjeru su se pokazali i za sudionike čija je internalizirana samostigma bila veća od 75. centila ($b = -0.14$, 95% CI = [-0.29, 0.001], $\beta = -0.22$, $t = -1.97$, $p = 0.051$).

Pri procjeni učinka internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i beznadnosti kontroliran je učinak dobi. Pokazalo se da je internalizirana samostigma predviđala razinu beznadnosti ($b = 0.19$, 95% CI = [0.13, 0.26], $\beta = 0.52$, $t = 5.77$, $p < 0.001$), i to neovisno o razini uvida, budući da interakcija ovih varijabli nije bila statistički značajna.

Pri procjeni učinka samostigme na povezanost uvida u bolest i suicidalnosti kontroliran je učinak dobi, radnog statusa, obrazovanja, bračnog statusa, pokušaja suicida i broja prethodnih hospitalizacija. Pokazalo se da su internalizirana samostigma ($b = 0.10$, 95% CI = [0.05, 0.15], $\beta = 0.33$, $t(135) = 4.18$, $p < 0.001$) i uvid ($b = -0.09$, 95% CI = [-0.16, -0.01], $\beta = -0.16$, $t(135) = -2.14$, $p = 0.035$) međusobno neovisno predviđali razinu suicidalnosti, budući da njihova interakcija nije bila statistički značajna. Barem jedan pokušaj suicida u anamnezi se pokazao statistički značajnim prediktorom izmjerene suicidalnosti ($b = 2.20$, 95% CI = [0.79, 3.62], $\beta = 0.25$, $t(135) = 3.09$, $p = 0.002$). Dakle, veća suicidalnost bila je povezana s izraženijom samostigmom i boljim uvidom, ali i s barem jednim prethodnim pokušajem suicida.

Pri procjeni učinka samostigme na povezanost uvida u bolest i tjelesne domene kvalitete života provedena je statistička kontrola učinaka dobi i prethodnog pokušaja suicida. Pokazalo se da je među prediktorima jedino internalizirana samostigma bila

povezana s tjelesnom kvalitetom života ($b = -0.35$, 95% CI = [-0.49, -0.23], $\beta = -0.44$, $t(135) = -5.13$, $p < 0.001$), i to tako da je manje izražena internalizirana samostigma predviđala bolju tjelesnu kvalitetu života.

Multivarijatnom linearnom regresijom uz kontrolu učinaka radnog statusa, prethodnog pokušaja suicida i prethodnog broja hospitalizacija pokazalo se da su prediktor psihološke kvalitete života bili internalizirana samostigma ($b = -0.48$, 95% CI = [-0.63, -0.32], $\beta = -0.55$, $t(135) = -6.18$, $p < 0.001$) i dob sudionika ($b = 0.37$, 95% CI = [0.01, 0.72], $\beta = 0.22$, $t(135) = 2.03$, $p = 0.04$), pri čemu je veća internalizirana samostigma predviđala nižu, a veća dob višu psihološku kvalitetu života bolesnika.

Pri procjeni učinka samostigme na povezanost uvida u bolest i socijalne domene kvalitete života kontroliran je učinak radnog statusa i prethodnog pokušaja suicida. Pokazalo se da je internalizirana samostigma bila prediktor socijalne kvalitete života ($b = -0.68$, 95% CI = [-0.91, -0.45], $\beta = -0.51$, $t(135) = -5.85$, $p < 0.001$), kao i barem jedan prethodni pokušaj suicida ($b = -5.74$, 95% CI = [-11.32, -0.15], $\beta = -0.16$, $t = -2.03$, $p = 0.044$) i to tako da je veća internalizirana samostigma predviđala slabiju socijalnu kvalitetu života.

Multivarijatna linearna regresija uz kontrolu učinka dobi, obrazovanja i bračnog statusa pokazala je da su i internalizirana samostigma ($b = -0.44$, 95% CI = [-0.61, -0.27], $\beta = -0.50$, $t(135) = -5.04$, $p < 0.001$) i uvid u bolest ($b = -0.24$, 95% CI = [-0.45, -0.03], $\beta = -0.16$, $t(135) = -2.30$, $p = 0.023$) prediktori okolišne kvalitete života, pri čemu je veća internalizirana samostigma predviđala slabiju, a veći uvid bolju okolišnu kvalitetu života. Njihova interakcija je bila na rubu statističke značajnosti ($b = -0.02$, 95% CI = [-0.03, 0.001], $\beta = -0.14$, $t(135) = -1.85$, $p = 0.067$).

Post-hoc testiranje interakcijskih učinaka pokazala je kako je kod sudionika čija je internalizirana samostigma bila viša od medijana ($b = -0.25$, 95% CI = [-0.46, -0.05], $\beta = -0.17$, $t = -2.41$, $p = 0.017$), odnosno 75. centila ($b = -0.39$, 95% CI = [-0.65, -0.14], $\beta = -0.26$, $t = -3.04$, $p = 0.003$) i 90. centila ($b = -0.53$, 95% CI = [-0.90, -0.17], $\beta = -0.36$, $t(135) = -2.89$, $p = 0.004$) bolji uvid bio povezan s većom okolišnom kvalitetom života. Osim ovih prediktora, statistički značajnim se pokazalo obrazovanje ($b = 3.20$, 95% CI = [0.07, 6.32], $\beta = 0.15$, $t(135) = 2.02$, $p = 0.045$), a rubno statistički značajnom

i dob ($b = 0.25$, 95% CI = [-0.004, 0.49], $\beta = 0.15$, $t(135) = 1.95$, $p = 0.054$), pri čemu veće obrazovanje i viša dob predviđaju bolju okolišnu kvalitetu života.

6. Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je procijeniti ulogu internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest sa suicidalnošću i depresivnošću kod oboljelih od shizofrenije. Osim toga procjenjivana je povezanost uvida u bolest i internalizirane samostigme na pojedine skupine simptoma shizofrenije, beznadnost i kvalitetu života. Prema literaturi i računalnim bazama podataka ovo je prvo istraživanje koje je promatralo ulogu internalizirane samostigme na odnose simptoma shizofrenije, depresivnosti, suicidalnosti, beznadnosti i kvalitete života na uzorku kojeg su sačinjavali isključivo oboljeli od shizofrenije, a pri tome su se primjenjivale ocjenske ljestvice specifično dizajnirane za oboljele od shizofrenije. Presječno istraživanje obuhvatilo je 149 oboljelih od shizofrenije, a provedeno je u Klinici za psihijatriju Vrapče.

6.1. Opis uzorka prema sociodemografskim obilježjima

Prikupljeni uzorak bio je pravilno raspoređen po dobnim skupinama, odnosno prema dobi uzorak se u odnosu 52: 48%. Inicijalnim smanjenjem uzroka htjelo se izbjeći s jedne strane uključivanje bolesnika koji su tek razvili shizofreniju, te onih bolesnika kod kojih postoje već značajna kognitivna oštećenja. Ovakva dobna podjela uzorka uzimajući u obzir ranija ograničenja i ideju prikupljanja uzroka odgovara inicijalnoj zamisli.

U uzorku su muški ispitanici zastupljeni s 72%, a ženski s 28%. Razdioba uzroka prema spolu, koliko god je uzorak slučajno nastao, može se promatrati u svjetlu novih epidemioloških podataka koji preispituju uvriježen stav o jednakoj pojavnosti shizofrenije kod oba spola. Naime, nova epidemiološka istraživanja utvrdila su ipak razliku između spolova u odnosu 1.2:1, uz veću prevalenciju shizofrenije kod muškaraca¹⁹⁶. S druge strane, ovakva spolna podjela uzorka predstavlja određenu limitaciju u interpretaciji rezultata i njihovoj primjeni na populaciju oboljelih od shizofrenije u cjelini.

Podaci vezani za obrazovanje pokazali su kako je 71,8% ispitanika imalo završeno srednjoškolsko obrazovanje, 14,8% više ili visoko obrazovanje, a 13,4% samo

osnovnoškolsko obrazovanje. Navedeni rezultati odgovaraju onima iz ranijih istraživanja, a ujedno odgovaraju i općem prosjeku hrvatske populacije prema kojem većina populacije ima završeno srednjoškolsko obrazovanje. U ispitivanom uzroku žene su bile značajno obrazovanije što je stanje slično onom u općoj populaciji. Navedeni podatak može se objasniti i kasnijim početkom razvoja shizofrenog oboljenja. Naime, poznato je kako žene razvijaju kliničku sliku shizofrenog oboljenja i do deset godina kasnije nego muškarci stoga imaju više vremena za završetak obrazovanja do početka bolesti, za razliku od muškaraca kod kojih se oboljenja javlja ranije pa je stoga i dostignuta razina obrazovanja niža.

Rezultati su pokazali kako je 36.9% ispitanika nezaposleno, 34.9% je umirovljeno, a radi ili studira 28.2% ispitanika. Kako je uzorak prikupljen u vrijeme najveće ekonomske krize, ovakav podatak može se čak smatrati i očekivanim, jer je oboljelima od shizofrenije, zbog posljedica bolesti, ali i stigme koja ju prati, teško pronaći posao i u znatno povoljnijim ekonomskim vremenima, a kamoli u vrijeme velike opće nezaposlenosti. Kako bolest dulje traje, sve je više ispitanika umirovljeno ili nezaposleno, odnosno najveći broj zaposlenih je u dobi do 30 godina života, pri čemu se ne može isključiti i problem dugotrajnog bolovanja što prikriva realne podatke o zaposlenosti¹⁹⁷. Ovi rezultati uvelike odudaraju od istraživanja zaposlenosti u Njemačkoj, Francuskoj i Velikoj Britaniji gdje je zaposleno od 73 do 93%, pri čemu je važno istaknuti kako je uzorak obuhvaćao ispitanike u dobi od 18 do 65 godina¹⁹⁸.

U ispitivanom uzorku samo je 14.1% ispitanika bilo u braku ili kohabitaciji, 45.6% nikada nije sklopilo bračnu zajednicu, a 40.3% bilo je razvedeno. Ovi podaci pokazali su značajnu promjenu u odnosu na ranija ispitivanja. Dok su ranija istraživanja nalazila četvrtinu do petinu ispitanika u braku (ili kohabitaciji), u našem uzorku samo je svaki sedmi ispitanik u bračnoj zajednici. Nekoliko je mogućih objašnjenja za ovakve rezultate. U općoj populaciji dob pri ulasku u bračnu zajednicu sve je viša, a broj razvoda također značajno raste u posljednjih desetak godina. Oboljeli od shizofrenije teško pronalaze bračne partnere, a s pomakom dobi stupanja u brak šansa da će se shizofrenija razviti tek nakon stupanja u brak postaje sve manja. S druge strane, razvod postaje sve češći u općoj populaciji te je razlozan i porast razvoda u populaciji oboljelih od shizofrenije^{199,200}.

6.2. Obilježja uzorka prema kliničkim karakteristikama

U ispitivanom uzroku 45.6% bolesnika hospitalno je liječeno do dva puta, 20.8% tri do četiri puta, 19.5% pet do devet, a 14.1% ispitanika liječeno je deset ili više puta. Iako indikacija za hospitalizaciju nije uvijek pogoršanje psihičkog stanja, ovaj podatak predstavlja indirektni pokazatelj tijeka bolesti. Broj hospitalizacija u ispitivanom uzroku raste s duljinom trajanja bolesti, a također i s porastom dobi. Ranija istraživanja navodila su kako se 1/3 bolesnika hospitalizira zbog medicinskih razloga, 1/3 zbog kombinacije medicinskih i socijalnih razloga, 1/6 zbog socijalnih razloga, a 1/6 po odluci suda¹⁹⁹. Kao glavni čimbenici rizika za rehospitalizaciju u literaturi se navode slaba terapijska suradljivost, nepovoljna obiteljska konstelacija, raniji početak bolesti i komorbidna bolest ovisnosti^{201,202}.

Jedna trećina (33.6%) ispitanika imala je do trenutka prikupljanja podataka barem jedan pokušaj suicida. Ovo odgovara podacima koji se nalaze u literaturi, a prema kojima 20 do 40% oboljelih od shizofrenije pokuša počiniti suicid. Tijekom godina trajanja bolesti kumulira se broj pokušaja suicida te se jasno vidi porast prosječnog broja suicida što se također slaže s podacima iz literature^{163,174,203,204}.

U odnosu na težinu bolesti, mjerenu PANSS-om i CGI-om, zamijećeni su viši rezultati, odnosno teža klinička slika kod ispitanika mlađih od 35 godina, muškaraca, s kraćim trajanjem bolesti, nezaposlenih i umirovljenih, s nižom razinom obrazovanja, neoženjenih ili razvedenih, višestrukim bolničkim liječenjem, bez pokušaja suicida u anamnezi. Navedene varijable su poznati rizični čimbenici za slabiju terapijsku suradljivost čime se barem jednim dijelom mogu objasniti ovi rezultati.

Bolji uvid u bolest zabilježen je kod ispitanika ženskog spola, visokoobrazovanih i zaposlenih, u braku ili razvedenih, s duljim trajanjem bolesti, većim brojem hospitalnih liječenja i barem jednim pokušajem suicida. Iako dosadašnja istraživanja nisu našla povezanost spola i uvida u bolest, navedeni se rezultat veze spola i uvida može objasniti većom obrazovnom strukturom kod ženskih ispitanica, a što je čimbenik za kojeg je i ranije pokazana povezanost s boljim uvidom³⁴. Status zaposlenosti i življenja u bračnoj zajednici održavaju bolju socijalno funkcioniranje koje

se u više ispitivanja pokazalo povezano s boljim uvidom u bolest. Suicidalnost se često povezivala s dobrim uvidom u bolest što je potvrđeno i u ispitivanom uzorku²⁰⁵.

Veća internalizirana samostigma zabilježena je kod ispitanika starijih od 35 godina s nizom nepovoljnih obilježja: visoko obrazovani, zaposleni, razvedeni, duljeg trajanja bolesti, višestruko liječeni, s pokušajem suicidom u anamnezi. Navedeni rezultati sukladni su literaturnim podacima. Izraženija depresivnost zamijećena je kod starijih ispitanika, s višom razinom obrazovanja, koji žive u bračnoj zajednici, s duljim trajanjem bolesti, većim brojem bolničkih liječenja te zabilježenim pokušajima suicida. Poznato je kako prevalencija depresivnih simptoma raste s godinama, a ostala obilježja odgovaraju osobama s inicijalno boljom socijalnom adaptacijom koji najčešće na pojavu bolesti i reagiraju depresivnom simptomatikom koju prati suicidalnost. Beznadnost se pokazala povezana sa statusom zaposlenosti, većim brojem bolničkih liječenja i pokušajima suicida u anamnezi. Prema literaturnim podacima veći broj liječenja i pokušaja suicida su povezani s beznadnošću, a status zaposlenosti vjerojatno se može smatrati statističkom greškom unutar uzorka. Niža kvaliteta života pokazala se povezana s nižim obrazovanjem, očuvanim radnim statusom, većim brojem hospitalnih liječenja, duljim trajanjem bolesti te pokušajima suicida u anamnezi. Navedeni rezultati odudaraju od literaturnih podataka prema kojima je očuvani radni status prediktor bolje kvalitete života, a za duljinu liječenja, broj hospitalizacija, razinu edukacije u literaturi postoje različiti rezultati. Uzimajući u obzir obrazovnu strukturu uzorka, a u aktualnim ekonomskim prilikama u Hrvatskoj, opravdano je postaviti pitanje utjecaja radnog mjesta na kvalitetu života^{206–211}.

6.3. Povezanost nedostatka uvida u bolest s izraženošću psihopatoloških simptoma

Obradom podataka utvrđena je povezanost slabijeg uvida u bolest s višom razinom psihopatologije. Pozitivna ljestvica PANSS-a pokazala se statistički značajno povezana s ukupnim uvidom, uvidom u bolest i njene posljedice te uvidom u pozitivne simptome, pri čemu je stupanj korelacije umjeren. Negativna ljestvica PANSS-a pokazala se statistički značajno povezana sa svim dijelovima uvida, pri čemu je

korelacija bila umjerena, a podljestvica opće psihopatologije PANSS-a statistički je značajno povezana s uvidom u pozitivne simptome. Klinički dojam statistički je značajno povezan sa svim dijelovima uvida, a korelacija je bila umjerena. Ovakvi rezultati predstavlja potvrdu tvrdnje prema kojoj je uvid negativno povezan s intenzitetom simptoma. Klasična psihijatrijska literatura naglašavala je posebno povezanost pozitivnih simptoma i odsutnosti uvida u bolesti, dok novija istraživanja naglasak stavljaju na vezu negativnih simptoma i odsutnosti uvida u bolest, što su pokazali i naši rezultati. Ranija istraživanja također su pokazala slabiju povezanost podljestvice opće psihopatologije s uvidom u bolest, što se jednim dijelom može objasniti relativno slabom pouzdanošću tog dijela PANSS-a i njene nejasne faktorske analize. Dakle, prema dobivenim rezultatima povezanost uvida i težine bolesti najbolje je povezana putem kliničke impresije psihijatra (CGI)^{34,79,158,212}.

6.4. Povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest

Analizom podataka utvrđena je povezanost uvida i internalizirane samostigme što je sukladno literaturnim navodima, dakle slabiji uvid povezan je s manjom internaliziranom samostigmom^{158,213}.

Snažnija povezanost utvrđena je između samostigme, općenitog uvida u bolest te uvida u pozitivne simptome, a opći uvid u bolest i pozitivne simptome pokazali su se snažnije povezani s podljestvicom alijenacije i iskustvom diskriminacije. Navedeni rezultati mogu se objasniti razmatranjem onog što čini stigmatu shizofrenije. Ime bolesti te pozitivni simptomi najsnažnije su povezani sa stigmom shizofrenije. Sam naziv shizofrenija naglašeno je stigmatizirajući, a prva asocijacija na osobe s težim psihičkim poremećajima su pozitivni simptomi shizofrenije u smislu halucinacija, sumanutosti, hostilnosti, grandioznosti, dok opća javnost slabije percipira negativne ili kognitivne simptome unutar shizofrenog oboljenja. Kao što je i ranije navedeno, internalizirana samostigma nastaje kao posljedica internaliziranih, opće društvenih, negativnih doživljaja određenih bolesti pa je razumljiva povezanost stigme te prepoznavanja klasično stigmatizirajućih dijelova shizofrenog oboljenja.

Uvid u negativne simptome najjače je povezan s podljestvicom socijalnog povlačenja i prihvaćanja stereotipa, pri čemu je korelacija za sve podljestvice umjerena.

Navedeni rezultati razumijevajući čestice ovih podljestvica su i očekivani¹⁸⁵. Prema podacima iz literature, postojanje negativnih simptoma u periodu nakon izlaska iz akutne faze dovodi do pojačanja samostigme, a u našem uzorku taj efekt naglašeniji je u ove dvije podljestvice²¹⁴.

Podljestvica odupiranje stigmi (stigma resistance) nije se pokazala statistički značajno povezana s niti jednim dijelom uvida u bolest što bi ukazivalo na povezanost ove podljestvice s nekim drugim varijablama koje još treba utvrditi^{215,216}.

6.5. Povezanost nedostatka uvida u bolest s depresivnosti, beznadnosti, suicidalnosti i kvalitetom života

Pozitivna povezanost uvida i depresivnosti jedna je od klasičnih psihijatrijskih teorija, posebno kod bolesnika koji su nedavno izašli iz akutne faze bolesti. Tijekom zadnjeg desetljeća razmatrani su različiti koncepti koji uključuju stigmatu, nadu i osjećaj osnaživanja koji modificiraju ovu povezanost²¹⁷⁻²¹⁹. Shizofrenija kao kronična bolest koja bolesnike prati dugi niz godina, mijenja svoju ulogu i važnost tijekom života pa se tako i njen utjecaj na depresivnost sigurno mijenja tijekom različitih životnih perioda. Analizom podataka potvrđena je umjerena, statistički značajna povezanost ukupnog uvida u bolest i depresivnosti, pri čemu je tek nešto manja povezanost utvrđena i za opći uvid te onaj za pozitivne i negativne simptome. Dosadašnji rezultati istraživanja povezanosti uvida i depresivnosti dosta su različiti. Niz je autora potvrdilo statistički značajnu povezanost dok drugi nisu potvrdili tu vezu^{72,87,156,220,221}. Metaanaliza Belvederi Mutija iz 2015. godine utvrdila je nisku povezanost uvida i depresivnosti. U istraživanjima koja su za procjenu uvida u bolest koristili SUMD depresivnost je bila slabo pozitivno povezana samo s uvidom u simptome i atribucijom simptoma¹⁵³. Ovakva razlika može se objasniti uzrokom, odnosno užim dobnim rasponom, uključivanjem samo oboljelih od shizofrenije te većom zastupljenošću muških bolesnika u ispitivanom uzorku što je sve različito u odnosu na istraživanja uključena u metaanalizu.

Beznadnost se može promatrati kao dio depresivnog sindroma ili kao izdvojeni konstrukt koji uključuje negativnu anticipaciju budućnosti, gubitak motivacije i očekivanja. Oboljeli od shizofrenije uz sve mogućnosti suvremene psihijatrijske struke

suočeni su s nejasnim i neizvjesnim tijekom svoje bolesti što lako može dovesti do osjećaja potpunog gubitka kontrole te posljedičnog gubitka nade, a dobar uvid u bolest može facilitirati razvoj beznadnosti. Rezultati istraživanja pokazali su blagu, statistički značajnu povezanost uvida u bolest i beznadnosti, što se razlikuje od ranijih istraživanja koja nije potvrdila ovu povezanost. Kim u velikom uzorku shizofrenih bolesnika nije pronašao statistički značajnu povezanost uvida i beznadnosti⁸⁶. U uzorku forenzičnih bolesnika nije nađeno povezanosti između ukupnog uvida i beznadnosti, ali je utvrđena umjerena povezanost uvida u bolest i beznadnosti što je potvrdilo i kasnije istraživanje, pri čemu je istraživanje Hasson-Ohayon uključivalo jednak broj ženskih i muških ispitanika, prosječno starih 43 godina^{103,222}. Nekoliko je istraživanja kombiniralo beznadnost s drugim varijablama (stigma, samopouzdanje) i utvrdilo povezanost s uvidom²¹¹, pri čemu su oba ispitivanja uključivani oboljeli od shizofrenije i shizoafektivne psihoze²²³. Misdrahi je detektirao beznadnost samo kod onih bolesnika koji su imali visoki klinički uvid²²⁴, a Schrank je u miješanom uzorku pronašla samo blagu povezanost uvida u bolest i nade²²⁵. Razloge za ovakvu divergenciju rezultata može se tražiti u razlici u različitosti ispitanika te mjernih instrumenata.

Analiza povezanosti uvida u bolest i suicidalnosti pokazala se umjerena, statistički značajna. Iako se suicidalnost klasično povezivala s dobrim uvidom u bolest, rezultati ranijih istraživanja dali su nekonzistentne rezultate. Raniji pregledni radovi utvrdili su povezanost uvida u bolest i suicidalnosti, dok Lopez-Morinig i suradnici, primjenjujući vrlo striktnu metodologiju, navode kako većina istraživanja (10 od 15) nije pronašla povezanost uvida u bolest i suicidalnosti. Utvrđena razlika može se, barem dijelom, objasniti metodološkim razlikama koje obuhvaćaju različite mjerne instrumente, način uzorkovanja te sociodemografska obilježja bolesnika uključenih u istraživanje^{167,226,227}.

Kvaliteta života novi je koncept koji se istražuje kod oboljelih od shizofrenije, a pojavio se s napretkom u liječenju, odnosno onda kada je puko uklanjanje pozitivnih simptoma prestao biti jedini terapijski cilj. Smatra se jednim od pokazatelja uspješnosti suvremenog pristupa liječenju koje se bazira na oporavku. Rezultati ukazuju na blagu do umjerenu negativnu povezanost kvalitete života i uvida u bolest, na način da je slabiji uvid povezan s većom kvalitetom života za sve podljestvice, osim za okolišnu

kvalitetu života koja se nije pokazala statistički značajno povezana s uvidom u bolest. Dosadašnja istraživanja dala su različite rezultate povezanosti uvida u bolest i kvalitete života. Aghababian i Kurtz utvrdili su nižu kvalitetu života kod oboljelih od shizofrenije povezanu sa svim dijelovima uvida u bolest, pri čemu je uzorak bio miješan- oboljeli od shizofrenije i shizoafektivne psihoze, a uvid mjeren česticom PANSS-a^{228,229}. Boyer je utvrdila nižu kvalitetu života koja je bila povezana s boljim uvidom u bolest, a veća kvaliteta života bila je povezana s boljim uvidom u pozitivne i negativne simptome²³⁰. Hasson-Ohayon i Margariti utvrdili su povezanost boljeg uvida u bolest i niže kvalitete života uz moderatorski učinak nade i depresivnosti, a uzorak su sačinjavali oboljeli od shizofrenije i shizoafektivnog poremećaja^{222,231}.

6.6. Povezanost internalizirane samostigme i depresivnosti, beznadnosti, suicidalnosti i kvalitete života

Internalizirana samostigma predstavlja skup pounutrašnjjenih negativnih misli i stavova o osobama koji boluju od shizofrenije, a koju osoba usmjerava i prema sebi. Razložno se stoga čini očekivati povezanost stigme s negativnim pokazateljima tijekom bolesti- depresivnošću, beznadnošću, suicidalnošću te kvalitetom života. Rezultati istraživanja pokazala su snažnu povezanost promatranih varijabli s internaliziranom samostigmom. Navedeni rezultati su u djelomičnom suglasju s oskudnom dosada objavljenom literaturom. U uzorku oboljelih od shizofrenije Park je potvrdio povezanost internalizirane samostigme i depresivnosti, s umjerenom razinom povezanosti, dok dva ranija istraživanja nisu utvrdila ovu povezanost^{223,225,232}.

Sharaf je utvrdio iznimno jaku povezanost suicidalnog rizika i internalizirane stigme ($r=0.79$), a uzorak je obuhvaćao samo oboljele od shizofrenije. Ovako visoka povezanost može se objasniti time da je čak 38% ispitanika imalo visoki rizik za suicid. Dva su istraživanja potvrdila su snažnu povezanost beznadnosti i internalizirane samostigme s jednakom snagom povezanosti kao u ovom istraživanju.

Prema rezultatima obrade kvaliteta života snažno je povezana s podljestvicama alijenacije i iskustva diskriminacije, a tek nešto slabije s podljestvicama prihvatanja stereotipa i socijalnog povlačenja. Do sada su provedena rijetka istraživanja povezanosti

kvalitete života i internalizirane samostigme, a rezultati ukazuju na povezanost kvalitete života i internalizirane samostigme^{233,234}.

6.7. Provjera moderacijskog učinka samostigme na povezanost uvida i ishoda bolesti

Rezultati multivarijatne regresijske analize pokazali su kako internalizirana samostigma ima moderatorsko djelovanje na povezanost uvida u bolest i depresivnosti čime je potvrđena glavna hipoteza istraživanja. Dakle, bolji uvid u bolest povezan je s većom depresivnošću kod oboljelih od shizofrenije ukoliko postoji i viša internalizirana samostigma. Daljnjom statističkom obradom utvrđeno je kako navedeni moderatorski učinak posebno jača kod oboljelih koji imaju internaliziranu samostigmu višu od 90. centila. Kod tih bolesnika, navedeni moderatorski model objašnjava 11% varijance odnosa uvida u bolest i depresivnosti. Dobiveni rezultati sukladni su onima ranijim istraživanja, uz ipak određene razlike koje mogu imati važnu ulogu u interpretaciji rezultata. Do sada je provedeno pet istraživanja koja su se bavila utjecajem samostigme na povezanost uvida u bolest i depresivnosti^{158,212,213,223,225}.

Lysaker je utvrdio moderatorsku ulogu internalizirane stigme na povezanost uvida u bolest i depresivnosti, pri čemu je ispitivani uzorak obuhvatio oboljele od shizofrenije i shizoafektivne psihoze, prosječne dobi od 48 godina, a depresivnost je mjerena česticom PANSS-a. U istraživanju Yanosa i suradnika nađena je indirektna utjecaj internalizirane samostigme, uvida u bolest i depresivnosti putem nade i samopouzdanja. Ponovno je uzorak bio sastavljen od oboljelih od shizofrenije i shizoafektivne psihoze, prosječne starosti 46 godina, a depresivnost je mjerena česticom PANSS-a. Staring i suradnici su u svom ispitivanju dokazali moderacijski učinak samostigme, a u istraživanje su bili uključeni ispitanici oboljeli od shizofrenije i od shizoafektivne psihoze s vrlo niskim rezultatima PANSS-a (prosječna vrijednost 58). Uvid je mjeran samoocjenskom ljestvicom, a depresivnost česticom PANSS-a. Cavelti je 2012. godine utvrdila moderatorsku i medijatorsku ulogu internalizirane samostigme na odnos uvida i depresivnosti. Uzorak je ponovno bio sastavljen od oboljelih od shizofrenije i shizoafektivne psihoze, prosječne starosti 44 godine. Schrank je u svom

istraživanju pokazala indirektnu povezanost internalizirane samostigme, uvida u bolest i depresivnosti, ali indirektnim putem preko nade, a uzorak je također bio sastavljen od oboljelih od shizofrenije i shizoafektivne psihoze. Dakle, rezultati našeg istraživanja imaju posebnu važnost u smislu relativno uskog dobnog raspona, uključenosti samo oboljelih od shizofrenije te primjene ocjenskih ljestvica koje su dizajnirane specifično za oboljele od shizofrenije.

Rezultati multivarijatne regresijske analize nisu utvrdili moderacijsku ulogu internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i suicidalnosti te beznadnosti.

Rezultati multivarijatne regresijske analize nisu utvrdili moderacijsku ulogu internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest te tjelesne, psihološke i socijalne domene kvalitete života. Utvrđeno je moderacijsko djelovanje internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i okolišne kvalitete života kod ispitanika čija je internalizirana samostigma bila veća od 75. centila, pri čemu je tada okolišna kvaliteta života rasla, posebno u kombinaciji s višim obrazovanjem. Ovo se, s jedne strane, može objasniti vjerojatno boljom ekonomskom situacijom oboljelih s višom razinom obrazovanja koji shodno tome imaju višu kvalitetu života koju mjeri okolišna domena, a koji uz to imaju i višu razinu internalizirane samostigme koja je svojstvena osobama s višom razinom obrazovanja. Osim toga, osobe koje kombinaciju jake samostigme i visokog uvida mogu reagirati povlačenjem u svoj "mikrosvijet" u kojem mogu, zahvaljujući dobrim ekonomskim prilikama zbog visokog obrazovanja, razviti visoku okolišnu kvalitetu života.

Više je ranijih istraživanja utvrdilo ulogu internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i kvalitete života, pri čemu su uzorak činili oboljeli od shizofrenije i shizoafektivne psihoze, niske vrijednosti PANSS-a, a kvaliteta je mjerena drugačijim ocjenskim ljestvicama. Različita su istraživanja utvrdila moderacijsku ulogu internalizirane samostigme na odnos uvida i kvalitete života, ali preko djelovanja nade i samopouzdanja. Rijetka su istraživanja koja su promatrala povezanost uvida u bolest i pojedinih domena WHOQOL-BREF pa tako indijsko istraživanje nije pronašlo korelaciju između pojedinih domena kvalitete života i uvida u bolest kod oboljelih od shizofrenije. Pretraživanjem dostupnih baza nije nađeno dosadašnjih istraživanja koja bi se bavila određivanjem moderatorske uloge na povezanost uvida i domena kvaliteta života oboljelih od shizofrenije^{211,213,235,236}.

Provedenim istraživanjem djelomično je potvrđena inicijalna hipoteza, odnosno utvrđena je moderacijska uloga internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i depresivnosti, dok za suicidalnost ta povezanost nije utvrđena. Potvrđena je povezanost internalizirane samostigme i uvida u bolest na proučavane varijable. Ovi rezultati otvaraju značajne mogućnosti u kliničkom radu s oboljelima od shizofrenije. Naime, navedeni rezultati uključuju nekoliko iznimno važnih koncepata u okviru shizofrenog oboljenja i njegovog liječenja. Klasični način liječenja uključivao je promociju uvida u bolest primarno s ciljem postizanja bolje suradljivosti u procesu dugotrajnog, doživotnog liječenja, boljeg psihosocijalnog i radnog funkcioniranja. S druge strane, zanemarivala se važna uloga stigmatizacije koja oboljele od psihičkih poremećaja neprestano prati: od obitelji, radne sredine, šire socijalne zajednice, a izrazito jako i unutar medicinske službe²³⁷.

Istraživanja moraju imati i neku kliničku primjenu, pa nas već samo odustajanje od promatranja uvida kao dihotomnog konstrukta vodi do značajne promjene u kliničkom razmatranju ovog očito kompliciranog fenomena. Stigma koja se tradicionalno promatrala kao fenomen izvan bolesnika, očito ima i svoju ulogu u njima samima. Stoga je očito potrebno stalno imati na umu ove konstrukte zbog njihove važnosti na tijek i prognozu liječenja shizofrenog oboljenja. Prema podacima iz literature postoji niz različitih tehnika koji zasebno pokušavaju poboljšati uvid i smanjiti samostigmu, ali za sada su jedino Pijenenborg i suradnici osmislili program (REFLEX) koji bi grupnim oblikom rada trebao djelovati na smanjenje samostigme i povećanje uvida u bolest²³⁸.

Prednosti provedenog istraživanja je homogenost uzorka u odnosu na jednu dijagnozu- shizofrenija i primjena ocjenskih ljestvica koje specifično mjere željene varijable, a dizajnirane su za oboljele od shizofrenije. Mjerni instrumenti primjenjivani u istraživanju visoko su pouzdani i valjani u istraživačkim i kliničkim uzorcima.

Istraživanje je bilo presječnog karaktera što predstavlja najveće ograničenje jer se time gubi mogućnost utvrđivanja uzročne povezanosti između promatranih varijabli. U istraživanje je bilo uključeno značajno više muškaraca, pri čemu su ženske ispitanice bile značajno obrazovanije. Navedeno limitira mogućnost generalizacije rezultata. Dobni raspon ispitanika (25-45 godina) može se smatrati istovremeno prednošću i nedostatkom. Prednost se očituje u akceptiranju vremena potrebnog za razumijevanje

bolesti, njenih posljedica i eventualno razvoja samostigme te izbjegavanje ispitanika s naglašenim kognitivnim oštećenjima koja remete pouzdanost podataka. Nedostatak ovakvog dobnog raspona jest stvaranje uzorka koji odudara od kliničkog te se na taj način smanjuje generabilnost rezultata.

Prijedlozi za buduća istraživanja mogu se odnositi na longitudinalna praćenja i intervencijske studije čime bi se mogao utvrditi kauzalitet promatranih varijabli i testirati modeli intervencija u cilju otklanjanja negativnog utjecaja internalizirane samostigme i uvida u bolest kod oboljelih od shizofrenije. Osim toga, moguće je provesti izradu predikcijskog modela koji bi ukazivao na povećani rizik za razvoj depresivnosti i suicidalnosti uzimajući u obzir internaliziranu samostigmu i uvid u bolest.

7. ZAKLJUČCI:

- Potvrđena je povezanost internalizirane samostigme i manjkavog uvida u bolest, pri čemu je najsnažnija povezanost bila kod manjkava uvida u pozitivne i opće simptome.
- Potvrđena je povezanost manjkavog uvida u bolest i izraženosti psihotičnih simptoma, a najsnažnija povezanost postoji između manjkava uvida i negativnih simptoma te općeg kliničkog dojma.
- Oboljeli od shizofrenije s manjkavim uvidom u bolest imali su manju razinu depresivnosti, suicidalnosti i beznadnosti u odnosu na skupinu sa boljim uvidom u bolest.
- Bolji uvid u bolest kod oboljelih od shizofrenije povezan je s lošijom kvalitetom života, posebno u tjelesnoj i psihološkoj domeni.
- Utvrđena je negativna povezanost internalizirane samostigme s pozitivnim i negativnim simptomima shizofrenije.
- Depresivnost, suicidalnost i beznadnost pokazali su pozitivnu povezanost s internaliziranim samostigmom.
- Kvaliteta života negativno je povezana s razinom internalizirane samostigme.
- Potvrđen je moderatorski učinak internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i depresivnosti kod oboljelih od shizofrenije.

Istraživanjem se zaključuje kako razumijevanje uvida u bolest kod oboljelih od shizofrenije ima važnu ulogu u svim fazama liječenja shizofrenije, ali i kako na kvalitetu i stupanj uvida veliki utjecaj ima internalizirana samostigma. Ovim istraživanjem dokazan je nepovoljni učinak samostigme na uvid u bolesti i njezinu prognozu (gledano kroz razne simptome), čime internalizirana samostigma postaje važan prognostički čimbenik u kliničkoj procjeni shizofrenije.

8. Sažetak na hrvatskom jeziku

Cilj istraživanja bila je procjena povezanosti uvida u bolest i internalizirane samostigme na depresivnost i suicidalnost kod oboljelih od shizofrenije.

Istraživanje je provedeno presječnom studijom među 149 bolesnika s dijagnozom shizofrenije koji su liječeni u Psihijatrijskoj bolnici Vrapče u Zagrebu, u periodu od 1. srpnja 2012. godine do 1. prosinca 2014. godine. Dijagnoza shizofrenije postavljena je po dva neovisna psihijatra, sukladno dijagnostičkim kriterijima MKB-10 i DSM-IV.

Za svakog pojedinog pacijenta iz uzorka, prikupljena su sociodemografska i hospitalna obilježja. Promatrana klinička obilježja objektivizirana su pomoću PANSS, CGI, ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness), SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia), ISST (InterSePT Scale for Suicidal Thinking), BHS (Beck's Hopelessness Scale), WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life-BREF).

U odnosu na uvid u bolest nađena je statistički značajna razlika u intenzitetu psihopatologije, opće kliničke impresije, depresivnosti, suicidalnosti, beznadnosti i kvalitete života.

U odnosu na internaliziranu samostigmu utvrđena je statistički značajna razlika u intenzitetu psihopatologije, suicidalnosti, depresivnosti, beznadnosti i kvalitete života.

Istraživanjem je potvrđena hipoteza kako internalizirana samostigma moderira povezanost boljeg uvida u bolest i depresivnosti. Potvrđena je hipoteza kako bolji uvid u bolest i internalizirana samostigma imaju utjecaj na depresivnost, suicidalnost, beznadnost i nižu kvalitetu života. Nije potvrđena moderatorska uloga internalizirane samostigme na povezanost uvida u bolest i suicidalnosti.

9. SUMMARY

The aim of the study was to estimate relationship of insight into the disease and internalized selfstigma on depression and suicidality. The study was conducted using cross-sectional method among 149 patients diagnosed with schizophrenia who were treated at the University Psychiatric Hospital Vrapče in Zagreb, July 2012 to December 2014. The diagnosis of schizophrenia was set by two independent psychiatrists according to diagnostic criteria of ICD-10 and DSM-IV.

For each patient socio-demographic and hospital data were gathered. Observed clinical features were objectified using PANSS, CGI, ISMI (Internalized stigma in Mental Illness), SUMD (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder), CDSS (Calgary Depression Scale for Schizophrenia), ISST (InterSePT Scale for Suicidal Thinking), BCS (Beck's Hopelessness Scale), and WHOQOL-BREF (WHO Quality of Life-BREF).

Regarding insight into illness statistically significant difference was found between in the intensity of psychopathology, general clinical impression, depression, suicidality, hopelessness and quality of life. Regarding internalized selfstigma statistically significant difference was found between in the intensity of psychopathology, general clinical impression, depression, suicidality, hopelessness and quality of life.

The study confirmed hypothesis that internalized selfstigma moderates relationship between better insight into illness and depression. The hypothesis that greater insight into the disease and internalized selfstigma has an impact on depression, suicide, hopelessness and lower quality of life. Moderating role of internalized selfstigma on relationship between insight into illness and suicidality was not found.

10. BIBLIOGRAFIJA:

1. Lieberman, Stroup P. APA Textbook of schizophrenia. 2006.
2. Carpenter WT, Bartko JJ, Carpenter CL, Strauss JS. Another view of schizophrenia subtypes. A report from the international pilot study of schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1976;33:508-516.
3. (WHO) WHO. Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. *Psychiatry* 1973;110:10-21.
4. Jones, Peter B. BP. *Schizophrenia*. Elsevier; 2006.
5. E. B. *Dementia Praecox or The Group of Schizophrenias*. International Universities Press, Inc., Madison, Connecticut, USA
6. Arndt S, Alliger RJ AN. The distinction of positive and negative symptoms. The failure of a two-dimensional model. *Br J Psychiatry* 1991;158(Mar):317-22.
7. Peralta V, De Leon J, Cuesta MJ. Are there more than two syndromes in schizophrenia? A critique of the positive-negative dichotomy. *Br. J. Psychiatry* 1992;161:335-343.
8. Peralta V, Cuesta MJ. How many and which are the psychopathological dimensions in schizophrenia? Issues influencing their ascertainment. *Schizophr. Res.* 2001;49:269-285.
9. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S. Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Ment Dis* 1994;182:631-638.
10. Lindenmayer JP, Bernstein-Hyman R, Grochowski S, Bark N. Psychopathology of Schizophrenia: initial validation of a 5-factor model. *Psychopathology* 1995;28:22-31.
11. Marder SR, Davis JM, Chouinard G. The effects of risperidone on the five dimensions of schizophrenia derived by factor analysis: Combined results of the North American trials. *J. Clin. Psychiatry* 1997;58:538-546.
12. White L, Harvey PD, Opler L, Lindenmayer JP. Empirical assessment of the factorial structure of clinical symptoms in schizophrenia. *Psychopathology* 1997;30:263-274.
13. Toomey R, Kremen WS, Simpson JC, et al. Revisiting the factor structure for positive and negative symptoms: Evidence from a large heterogeneous group of psychiatric patients. *Am. J. Psychiatry* 1997;154:371-377.
14. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374:635-645.

15. Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: An integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 2014;383:1677-1687.
16. Lewis a. The psychopathology of insight. *Br. J. Med. Psychol.* 1934;14:332–348.
17. G. Z. The emotional problem and the therapeutic role of insight. *Psychoanal. Q.* 1952;21(1):1-24.
18. David AS. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry* 1990;156:798-808.
19. Amador XF, Strauss DH. Poor insight in schizophrenia. *Psychiatr. Q.* 1993;64:305-318.
20. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry* 1993;150:873-879.
21. Kay SR, Fiszbein A, Opler L a. 【Ba-22】 The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987;13:261-76.
22. McEvoy JP, Aland J, Wilson WH, Guy W, Hawkins L. Measuring chronic schizophrenic patients attitudes toward their illness and treatment. *Hosp. Community Psychiatry* 1981;32:856-858.
23. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor I, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol. Med.* 1998;28:437-446.
24. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade M. A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to change. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994;89:62-67.
25. Amador, Xavier F. SD. *The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*. Columbia University and New York State Psychiatric Institute.; 1990.
26. Arduini L, Kalyvoka A, Stratta P, Rinaldi O, Daneluzzo E, Rossi A. Insight and neuropsychological function in patients with schizophrenia and bipolar disorder with psychotic features. *Can J Psychiatry* 2003;48:338-341.
27. Michel P, Baumstarck K, Auquier P, et al. Psychometric properties of the abbreviated version of the Scale to Assess Unawareness in Mental Disorder in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013;13(1):229.
28. Marková IS, Berrios GE. The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992;86:159-164. doi:10.1111/j.1600-0447.1992.tb03245.x.

29. Marková IS, Roberts KH, Gallagher C, Boos H, McKenna PJ, Berrios GE. Assessment of insight in psychosis: A re-standardization of a new scale. *Psychiatry Res.* 2003;119:81-88. doi:10.1016/S0165-1781(03)00101-X.
30. Marks KA, Fastenau PS, Lysaker PH, Bond GR. Self-Appraisal of Illness Questionnaire (SAIQ): Relationship to researcher-rated insight and neuropsychological function in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2000;45:203-211. doi:10.1016/S0920-9964(99)00208-X.
31. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. *Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders.* Archives of general psychiatry 51, 826-836 (1994). doi:10.1001/archpsyc.1994.03950100074007.
32. Pini S, Cassano GB, Dell'Osso L, Amador XF. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am. J. Psychiatry* 2001;158:122-125. doi:10.1176/appi.158.1.122.
33. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR).*; 2000.
34. De Hert M a F, Simon V, Vidovic D, et al. Evaluation of the association between insight and symptoms in a large sample of patients with schizophrenia. *Eur. Psychiatry* 2009;24:507-512. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.04.004.
35. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in Schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 1997;38:117-123. doi:10.1016/S0010-440X(97)90091-2.
36. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan E. Insight and interpersonal function in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998;186:432-436. doi:10.1097/00005053-199807000-00008.
37. Weiler MA, Fleisher MH, McArthur-Campbell D. Insight and symptom change in schizophrenia and other disorders. *Schizophr. Res.* 2000;45:29-36. doi:10.1016/S0920-9964(99)00215-7.
38. Tirupati S, Padmavati R, Thara R, McCreadie RG. Insight and psychopathology in never-treated schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2007;48:264-268. doi:10.1016/j.compsych.2006.10.006.
39. Simon V, De Hert M, Wampers M, Peuskens J, Van Winkel R. an 18-Month Prospective Study of Associations Between Insight and Psychopathology in a Large Sample of Patients With Schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2008;102:228. doi:10.1016/S0920-9964(08)70687-X.
40. David A, van Os J, Jones P, Harvey I, Foerster A, Fahy T. Insight and psychotic illness. Cross-sectional and longitudinal associations. *Br J Psychiatry* 1995;167:621-628. Available at:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&dopt=Citation&list_uids=8564318.

41. Erickson M, Jaafari N, Lysaker P. Insight and negative symptoms as predictors of functioning in a work setting in patients with schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2011;189:161-165. doi:10.1016/j.psychres.2011.06.019.
42. Cuesta MJ, Peralta V. Lack of insight in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1994;20:359-366. doi:S0013-7006(07)00152-2 [pii]r10.1016/j.encep.2007.10.012.
43. Ghaemi SN, Hebben N, Stoll AL PHJ. Neuropsychological aspects of lack of insight in bipolar disorder: a preliminary report. *Psychiatry Res.* 1996;65(2):113-120.
44. Moore O, Cassidy E, Carr A, O'Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *Eur. Psychiatry* 1999;14:264-269. doi:10.1016/S0924-9338(99)00172-8.
45. Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, Evans JD, Bell MD. Insight in schizophrenia: Associations with executive function and coping style. *Schizophr. Res.* 2003;59:41-47. doi:10.1016/S0920-9964(01)00383-8.
46. McEvoy JP, Applebaum PS, Apperson LJ, Geller JL FS. Why must some schizophrenic patients be involuntarily committed? The role of insight. *Compr Psychiatry* 1989;30(1):13-17.
47. Uptegrove R, Oyebode F, George M, Haque MS. Insight, social knowledge and working memory in schizophrenia. *Psychopathology* 2002;35:341-346. doi:10.1159/000068595.
48. Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis. *Compr. Psychiatry* 2001;42:498-503. doi:10.1053/comp.2001.27900.
49. Campos MS, Garcia-Jalon E, Gilleen JK, David AS, Peralta Md V, Cuesta MJ. Premorbid personality and insight in first-episode psychosis. *Schizophr. Bull.* 2011;37(1):52-60. doi:10.1093/schbul/sbq119.
50. Ekinici O, Ugurlu GK, Albayrak Y, Arslan M, Caykoylu A. The relationship between cognitive insight, clinical insight, and depression in patients with schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2012;53:195-200. doi:10.1016/j.comppsy.2011.02.010.
51. Buckley PF, Hrouda DR, Friedman L, Noffsinger SG, Resnick PJ, Camlin-Shingler K. Insight and Its Relationship to Violent Behavior in Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:1712-1714. Available at: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/161/9/1712>.

52. Roseman AS, Kasckow J, Fellows I, et al. Insight, quality of life, and functional capacity in middle-aged and older adults with schizophrenia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 2008;23:760-765. doi:10.1002/gps.1978.
53. Hasson-Ohayon I, Walsh S, Roe D, Kravetz S, Weiser M. Personal and Interpersonal Perceived Control and the Quality of Life of Persons With Severe Mental Illness. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006;194:538-542. doi:http://dx.doi.org/10.1097/01.nmd.0000225116.21403.34.
54. Kravetz S, Faust M DM. Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life. *Psychiatr Rehabil J.* 2000;23:323-332.
55. O'Mahony PD. Psychiatric patient denial of mental illness as a normal process. *Br. J. Med. Psychol.* 1982;55:109-118. doi:10.1111/j.2044-8341.1982.tb01489.x.
56. Pyne JM, Bean D, Sullivan G. Characteristics of patients with schizophrenia who do not believe they are mentally ill. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001;189:146-153. doi:http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200103000-00002.
57. R. S. Self-awareness in schizophrenia: its relationship to depressive symptomatology and broad psychiatric impairments. *J Nerv Ment Dis.* 2001;189:401-403.
58. Schwartz RC, Cohen BN, Grubaugh A. Does insight affect long-term inpatient treatment outcome in chronic schizophrenia? *Compr. Psychiatry* 1997;38:283-288. doi:10.1016/S0010-440X(97)90061-4.
59. Buckley PF, Wirshing DA, Bhushan P, Pierre JM, Resnick SA, Wirshing WC. Lack of insight in schizophrenia: Impact on treatment adherence. *CNS Drugs* 2007;21:129-141. doi:10.2165/00023210-200721020-00004.
60. Kemp R, David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients. *Br. J. Psychiatry* 1996;169:444-450. doi:10.1192/bjp.169.4.444.
61. Lincoln TM, Lüllmann E, Rief W. Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophr. Bull.* 2007;33(6):1324-1342. doi:10.1093/schbul/sbm002.
62. Medina E, Salvà J, Ampudia R, Maurino J LJ. Short-term clinical stability and lack of insight are associated with a negative attitude towards antipsychotic treatment at discharge in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Patient Prefer Adherence.* 2012;6:623-9.
63. J. Ben Thabet, I. Baati, K. Bouzid, M. Maalej Bouali, L. Zouari, N. Zouari MM. Impact of insight on medication adherence in tunisian patients with schizophrenia. *Eur. Psychiatry* 2012;27:1.

64. Umut G, Altun ZÖ, Danismant BS, Küçükparlak I, Karamustafalioğlu N. Relationship between treatment adherence, insight and violence among schizophrenia inpatients in a training hospital sample. *Dusunen Adam* 2012;25:212-220. doi:10.5350/DAJPN2012250303.
65. Jónsdóttir H, Opjordsmoen S, Birkenaes a B, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2013;127:23-33. doi:10.1111/j.1600-0447.2012.01911.x.
66. Lysaker P, Bell M. Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1995;183:103-106. doi:10.1097/00005053-199502000-00007.
67. Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001;189:822-829. doi:10.1097/00005053-200112000-00003.
68. Olfson M, Marcus SC, Wilk J, West JC. Awareness of illness and nonadherence to antipsychotic medications among persons with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2006;57:205-211. doi:10.1176/appi.ps.57.2.205.
69. Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman J. Acceptance of the mental illness label by psychotic patients: effects on functioning. *Am. J. Orthopsychiatry* 1989;59:398-409. doi:10.1111/j.1939-0025.1989.tb01675.x.
70. Danki D, Dilbaz N, Okay IT, Telci S. [Insight in schizophrenia: relationship to family history, and positive and negative symptoms]. *Turk Psikiyatri Derg.* 2007;18:129-36. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17566878>.
71. Johnson S, Manoranjitham SD, Charles H, Jeyaseelan V, Jacob KS. Insight, psychopathology, explanatory models and outcome of schizophrenia in India: a prospective 5-year cohort study. *BMC Psychiatry* 2012;12(1):159. doi:10.1186/1471-244X-12-159.
72. Parellada M, Boada L, Fraguas D, et al. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: A 2-year longitudinal study. *Schizophr. Bull.* 2011;37:38-51. doi:10.1093/schbul/sbq109.
73. Koren D, Viksman P, Giuliano AJ, Seidman LJ. The nature and evolution of insight in schizophrenia: A multi-informant longitudinal study of first-episode versus chronic patients. *Schizophr. Res.* 2013;151:245-251. doi:10.1016/j.schres.2013.10.013.
74. Wiffen BDR, Rabinowitz J, Fleischhacker WW, David AS. Insight: Demographic differences and associations with one-year outcome in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Clin. Schizophr. Relat. Psychoses* 2010;4:169-175. doi:10.3371/CSRP.4.3.3.

75. Quee PJ, van der Meer L, Bruggeman R, de Haan L, Krabbendam L, Cahn W, Mulder NC, Wiersma D AA. Insight in psychosis: relationship with neurocognition, social cognition and clinical symptoms depends on phase of illness. *Jan*;37(1):29-37. *Schizophr Bull.* 2011;29-37.
76. Bota RG, Munro JS, Ricci WF, Bota DA. The dynamics of insight in the prodrome of schizophrenia. *CNS Spectr.* 2006;11:355-362.
77. Rajji TK, Voineskos AN, Butters MA, et al. Cognitive performance of individuals with schizophrenia across seven decades: A study using the MATRICS consensus cognitive battery. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2013;21:108-118. doi:10.1016/j.jagp.2012.10.011.
78. Startup M. Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol. Med.* 1996;26:1277-1281. doi:10.1017/S003329170003600X.
79. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2003;61:75-88. doi:10.1016/S0920-9964(02)00316-X.
80. 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;152:191-200. doi:10.1016/j.schres.2013.11.033.
81. Aleman A, Agrawal N, Morgan KD, David AS. Insight in psychosis and neuropsychological function: Meta-analysis. *Br. J. Psychiatry* 2006;189:204-212. doi:10.1192/bjp.189.3.204.
82. Voruganti LNP, Heslegrave RJ, Awad AG. Neurocognitive correlates of positive and negative syndromes in schizophrenia. *Can. J. Psychiatry* 1997;42:1066-1071.
83. Walker, E., & Rossiter J. Schizophrenic patients' self-perceptions: Legal and clinical implications. *J. Psychiatry Law* 1989;Spring:55-73.
84. Rossell SL, Coakes J, Shapleske J, Woodruff PW, David AS. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia. *Psychol. Med.* 2003;33:111-119.
85. Dickerson FB, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Lack of insight among outpatients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 1997;48:195-199.
86. Kim CH, Jayathilake K, Meltzer HY. Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relationship to suicidal behavior. *Schizophr. Res.* 2003;60:71-80. doi:10.1016/S0920-9964(02)00310-9.

87. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DGC, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. In: *Schizophrenia Research*. Vol 35.; 1999;247-253. doi:10.1016/S0920-9964(98)00142-X.
88. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr. Bull.* 2000;26:193-200.
89. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr. Res.* 2004;68:319-329. doi:10.1016/S0920-9964(03)00189-0.
90. Warman DM, Lysaker PH, Martin JM. Cognitive insight and psychotic disorder: The impact of active delusions. *Schizophr. Res.* 2007;90:325-333. doi:10.1016/j.schres.2006.09.011.
91. Uchida T, Matsumoto K, Kikuchi A, et al. Psychometric properties of the Japanese version of the beck cognitive insight scale: Relation of cognitive insight to clinical insight. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 2009;63:291-297. doi:10.1111/j.1440-1819.2009.01946.x.
92. Orfei MD, Robinson RG, Bria P, Caltagirone C, Spalletta G. Unawareness of illness in neuropsychiatric disorders: phenomenological certainty versus etiopathogenic vagueness. *Neuroscientist* 2008;14:203-222. doi:10.1177/1073858407309995.
93. Shad MU, Keshavan MS, Tamminga CA, Cullum CM, David A. Neurobiological underpinnings of insight deficits in schizophrenia. *Int. Rev. Psychiatry* 2007;19:437-446. doi:10.1080/09540260701486324.
94. Shad MU, Muddasani S, Prasad K, Sweeney JA, Keshavan MS. Insight and prefrontal cortex in first-episode Schizophrenia. *Neuroimage* 2004;22:1315-1320. doi:10.1016/j.neuroimage.2004.03.016.
95. Shad MU, Muddasani S, Keshavan MS. Prefrontal subregions and dimensions of insight in first-episode schizophrenia - A pilot study. *Psychiatry Res. - Neuroimaging* 2006;146:35-42. doi:10.1016/j.psychresns.2005.11.001.
96. Palaniyappan L, Mallikarjun P, Joseph V, Liddle PF. Appreciating symptoms and deficits in schizophrenia: Right posterior insula and poor insight. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry* 2011;35:523-527. doi:10.1016/j.pnpbp.2010.12.008.
97. Flashman LA, McAllister TW, Andreasen NC, Saykin AJ. Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2000;157:1167-1169. doi:10.1176/appi.ajp.157.7.1167.

98. Laroi F, Fannemel M, Ronneberg U, et al. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests. *Psychiatry Res.* 2000;100:49-58.
99. Sapara A, Cooke M, Fannon D, et al. Prefrontal cortex and insight in schizophrenia: A volumetric MRI study. *Schizophr. Res.* 2007;89:22-34. doi:10.1016/j.schres.2006.09.016.
100. Gerretsen P, Chakravarty MM, Mamo D, et al. Frontotemporoparietal asymmetry and lack of illness awareness in schizophrenia. *Hum. Brain Mapp.* 2013;34:1035-1043. doi:10.1002/hbm.21490.
101. Cooke M, Peters E, Fannon D, et al. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2007;94:12-22. doi:10.1016/j.schres.2007.04.030.
102. Drake RJ, Pickles A, Bentall RP, et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia. *Psychol. Med.* 2004;34:285-292. doi:10.1017/S0033291703008821.
103. Carroll A, Pantelis C, Harvey C. Insight and hopelessness in forensic patients with schizophrenia. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2004;38:169-173. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01315.x.
104. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance. *Am. J. Public Health* 1999;89:1328-1333. doi:10.2105/AJPH.89.9.1328.
105. Choi Y-S. Family views about social stigma of mental illness patients. *Korean J. Clin. Psychol.* 1996;15:69-89. Available at: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc3&NEWS=N&AN=1998-10419-006>.
106. Folkman S. LRS. *Ways of Coping Questionnaire Manual*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press; 1988.
107. Melle I, Ann Barrett E. Insight and suicidal behavior in first-episode schizophrenia. *Expert Rev. Neurother.* 2012;12:353-359. doi:10.1586/ern.11.191.
108. Siris SG, Addington D, Azorin JM, Falloon IRH, Gerlach J, Hirsch SR. Depression in schizophrenia: Recognition and management in the USA. *Schizophr. Res.* 2001;47:185-197. doi:10.1016/S0920-9964(00)00135-3.
109. Robins LN R DA. *Psychiatric Disorder in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. Free Press, New York. Free Press, New York; 1991.
110. LE D. *Depression in Schizophrenia*. Washington: American Psychiatry Press; 1990.

111. Mauri MC, Bravin S, Mantero M IG. Depression in schizophrenia: clinical and pharmacological variables. *Schizophr Res.* 1995;14(3):261-2.
112. Mauri MC, Bitetto A, Fabiano L, et al. Depressive symptoms and schizophrenic relapses: The effect of four neuroleptic drugs. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry* 1999;23:43-54. doi:10.1016/S0278-5846(98)00090-6.
113. HAMILTON M. A rating scale for depression. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 1960;23:56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56.
114. Addington D, Addington J, Schissel B. A depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr. Res.* 1990;3:247-251. doi:10.1016/0920-9964(90)90005-R.
115. Zisook S, Nyer M, Kasckow J, Golshan S, Lehman D, Montross L. Depressive symptom patterns in patients with chronic schizophrenia and subsyndromal depression. *Schizophr. Res.* 2006;86:226-233. doi:10.1016/j.schres.2006.03.047.
116. Hausmann A, Fleischhacker WW. Differential diagnosis of depressed mood in patients with schizophrenia: a diagnostic algorithm based on a review. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002;106:83-96. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02120.x.
117. Wassink TH, Flaum M, Nopoulos P AN. Prevalence of depressive symptoms early in the course of schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1999;156(2):315-6.
118. Oosthuizen P, Emsley R, Niehaus D, Koen L, Chiliza B. The relationships between depression and remission in first-episode psychosis. *World Psychiatry* 2006;5(October):172-176.
119. Koreen AR, Siris SG, Chakos M, Alvir J, Mayerhoff D, Lieberman J. Depression in first-episode schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 1993;150:1643-1648. doi:10.1016/0006-3223(92)90392-D.
120. Kay SR, Lindenmayer JP. Outcome predictors in acute schizophrenia. Prospective significance of background and clinical dimensions. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1987;175:152-160.
121. SG S. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr. Bull.* 1991;17(1):75-98.
122. Conley RR, Ascher-Svanum H, Zhu B, Faries DE, Kinon BJ. The burden of depressive symptoms in the long-term treatment of patients with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2007;90:186-197. doi:10.1016/j.schres.2006.09.027.
123. Resnick SG, Rosenheck RA, Lehman AF. An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatr. Serv.* 2004;55:540-547. doi:10.1176/appi.ps.55.5.540.

124. Baker A, Bucci S, Lewin TJ, Richmond R, Carr VJ. Comparisons between psychosis samples with different patterns of substance use recruited for clinical and epidemiological studies. *Psychiatry Res.* 2005;134:241-250. doi:10.1016/j.psychres.2005.02.006.
125. Patkar AA, Alexander RC, Lundy A, Certa KM. Changing patterns of illicit substance use among schizophrenic patients: 1984-1996. *Am. J. Addict.* 1999;8:65-71. doi:10.1080/105504999306090.
126. Nørholm V, Bech P. Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nord. J. Psychiatry* 2006;60:32-37. doi:10.1080/08039480500504966.
127. Elbogen EB, Swanson JW, Swartz MS, Van Dorn R. Medication nonadherence and substance abuse in psychotic disorders: impact of depressive symptoms and social stability. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005;193:673-679. doi:10.1016/S0084-3970(08)70387-6.
128. Huppert JD, Weiss K a., Lim R, Pratt S, Smith TE. Quality of life in schizophrenia: Contributions of anxiety and depression. *Schizophr. Res.* 2001;51:171-180. doi:10.1016/S0920-9964(99)00151-6.
129. Pukrop R, Schlaak V, Möller-Leimkühler AM, Albus M, Czernik A, Klosterkötter J MH. Reliability and validity of Quality of Life assessed by the Short-Form 36 and the Modular System for Quality of Life in patients with schizophrenia and patients with depression. *Psychiatry Res.* 2003;119(1-2):63-79.
130. Sim K, Mahendran R, Siris SG, Heckers S, Chong SA. Subjective quality of life in first episode schizophrenia spectrum disorders with comorbid depression. *Psychiatry Res.* 2004;129:141-147. doi:10.1016/j.psychres.2004.07.007.
131. Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J. Clin. Psychiatry* 1999;60:23-30.
132. Birchwood M, Mason R, MacMillan F, Healy J. Depression, demoralization and control over psychotic illness: a comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis. *Psychol. Med.* 1993;23:387-395. doi:10.1017/S0033291700028488.
133. Sands JR, Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1999;25:157-171.
134. Stephens JH, Astrup C MJ. Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics. *Am J Psychiatry* 1966;122(10):1116-21.

135. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: anxiety as the best symptom predictor. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001;189:669-675.
136. Jin H, Zisook S, Palmer BW, Patterson TL, Heaton RK, Jeste D V. Association of depressive symptoms with worse functioning in schizophrenia: A study in older outpatients. *J. Clin. Psychiatry* 2001;62:797-803.
137. Barnes TR, Curson DA, Liddle PF, Patel M. The nature and prevalence of depression in chronic schizophrenic in-patients. *Br. J. Psychiatry* 1989;154:486-491.
138. Harkavy-Friedman JM, Restlfo K, Malaspina D, et al. Suicidal behavior in schizophrenia: Characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. *Am. J. Psychiatry* 1999;156:1276-1278.
139. Kelly DL, Shim JC, Feldman SM, Yu Y, Conley RR. Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death. *J. Psychiatr. Res.* 2004;38:531-536.
140. Schwartz RC, Cohen BN. Psychosocial correlates of suicidal intent among patients with schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2001;42:118-123.
141. Siris SG, Bermanzohn PC. Two models of psychiatric rehabilitation: a need for clarity and integration. *J. Psychiatr. Pract.* 2003;9:171-175.
142. Hunt IM, Kapur N, Windfuhr K, Robinson J, Bickley H, Flynn S, Parsons R, Burns J, Shaw J AL. National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness. Suicide in schizophrenia: findings from a national clinical survey. *J Psychiatr Pr.* 2006;12(3):139-47.
143. Floru L, Heinrich K, Wittek F. *The Problem of Post-Psychotic Schizophrenic Depressions and Their Pharmacological Induction. Long-Term Studies with Fluspirilene and Penfluridol and Single-Blind Trial with Fluphenazine-Decanoate and Flupenthixol-Decanoate.*; 1975.
144. Bressan R a, Costa DC, Jones HM, Ell PJ, Pilowsky LS. Typical antipsychotic drugs -- D(2) receptor occupancy and depressive symptoms in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2002;56:31-6.
145. Van Putten T, May RP. "Akinetic depression" in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1978;35:1101-1107.
146. Liddle PF, Barnes TR, Curson DA, Patel M. Depression and the experience of psychological deficits in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993;88:243-247.

147. Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E. Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation of syndromal overlap. *Am. J. Psychiatry* 1988;145:1532-1537.
148. Bottlender R, Sato T, Groll C, Jäger M, Kunze I, Möller HJ. Negative symptoms in depressed and schizophrenic patients: How do they differ? *J. Clin. Psychiatry* 2003;64:954-958.
149. Siris SG. Akinesia and postpsychotic depression: a difficult differential diagnosis. *J. Clin. Psychiatry* 1987;48:240-243.
150. Mauri MC, Moliterno D, Rossattini M, Colasanti A. Depression in schizophrenia: Comparison of first- and second-generation antipsychotic drugs. *Schizophr. Res.* 2008;99:7-12.
151. Hirsch SR, Jolley AG, Barnes TR, et al. Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1989;2:259-264.
152. Tapp A, Kilzieh N, Wood AE, Raskind M, Tandon R. Depression in patients with schizophrenia during an acute psychotic episode. *Compr. Psychiatry* 2001;42:314-318.
153. Belvederi Murri M, Respino M, Innamorati M, et al. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophr. Res.* 2015.
154. Parellada M, Boada L, Fraguas D, et al. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: A 2-year longitudinal study. *Schizophr. Bull.* 2011;37(1):38-51. doi:10.1093/schbul/sbq109.
155. Cotton SM, Lambert M, Schimmelmann BG, et al. Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophr. Res.* 2012;134(1):20-26.
156. Riedel M, Mayr A, Seemüller F, et al. Depressive symptoms and their association with acute treatment outcome in first-episode schizophrenia patients: Comparing treatment with risperidone and haloperidol. *World J. Biol. Psychiatry* 2012;13:30-38.
157. Iqbal Z, Birchwood M, Chadwick P, Trower P. Cognitive approach to depression and suicidal thinking in psychosis: 2. Testing the validity of a social ranking model. *Br. J. Psychiatry* 2000;177:522-528.
158. Cavelti M, Kvrgic S, Beck EM, Rüsçh N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr. Psychiatry* 2012;53(5):468-479. doi:10.1016/j.comppsy.2011.08.001.

159. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr. Serv.* 2008;59:1437-1442.
160. Thomas N, Ribaux D, Phillips LJ. Rumination, depressive symptoms and awareness of illness in schizophrenia. *Behav. Cogn. Psychother.* 2014;42:143-55.
161. Restifo K, Harkavy-Friedman JM, ShROUT PE. Suicidal behavior in schizophrenia: a test of the demoralization hypothesis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2009;197:147-153.
162. Kaiser SL, Snyder JA, Corcoran R, Drake RJ. The relationships among insight, social support, and depression in psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2006;194:905-908.
163. Bolton C, Gooding P, Kapur N, Barrowclough C, Tarrier N. Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We know they kill themselves but do we understand why? *Clin. Psychol. Rev.* 2007;27:511-536.
164. Bagarić D, Brečić P, Ostojić D, Jukić V, Goleš A. The relationship between depressive syndrome and suicidal risk in patients with acute schizophrenia. *Croat. Med. J.* 2013;54(5):436-443.
165. Laursen TM, Munk-Olsen T, Vestergaard M. Life expectancy and cardiovascular mortality in persons with schizophrenia. *Curr. Opin. Psychiatry* 2012;25:83-88.
166. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM. The Lifetime Risk of Suicide in Schizophrenia. 2005;62.
167. Hor K, Taylor M. Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *J. Psychopharmacol.* 2010;24:81-90.
168. Siris SG. Suicide and schizophrenia. *J. Psychopharmacol.* 2001;15:127-135.
169. Allebeck P, Wistedt B. Mortality in schizophrenia. A ten-year follow-up based on the Stockholm County inpatient register. *Arch. Gen. Psychiatry* 1986;43:650-653.
170. Goldstein JM, Santangelo SL, Simpson J, Tsuang MT. Gender and mortality in schizophrenia: do women act like men? *Psychol. Med.* 1993;23:941-948.
171. Bille-Brahe U. The role of sex and age in suicidal behavior. *Acta Psychiatr. Scand.* 1993;87:21-27.
172. Conwell Y, Duberstein PR, Cox C, Herrmann JH, Forbes NT, Caine ED. Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: A psychological autopsy study. *Am. J. Psychiatry* 1996;153:1001-1008.

173. Babidge NC, Buhrich N, Butler T. Mortality among homeless people with schizophrenia in Sydney, Australia: a 10-year follow-up. *Acta Psychiatr. Scand.* 2001;103:105-110.
174. Pompili M, Amador XF, Girardi P, et al. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann. Gen. Psychiatry* 2007;6:10.
175. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J, Deeks JJ. Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors. *Br. J. Psychiatry* 2005;187:9-20.
176. Bourgeois M, Swendsen J, Young F, et al. *Awareness of Disorder and Suicide Risk in the Treatment of Schizophrenia: Results of the International Suicide Prevention Trial.*; 2004.
177. Goffman E. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Prentice-Hall.; 1963.
178. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv. Res.* 2010;10:80.
179. Jones E, Farina A, Hastorf A, Markus H, Miller D SR. *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships.*,. New York: Freeman; 1984.
180. Thornicroft G, Rose D, Kassam A, Sartorius N. Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *Br. J. Psychiatry* 2007;190:192-193.
181. Corrigan PW, Watson AC. The paradox of self-stigma and mental illness. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2002;9:35-53.
182. Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: Psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Res.* 2003;121:31-49.
183. Mosanya TJ, Adelufosi AO, Adebowale OT, Ogunwale A, Adebayo OK. Self-stigma, quality of life and schizophrenia: An outpatient clinic survey in Nigeria. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2013;60:377-386. doi:10.1177/0020764013491738.
184. Assefa D, Shibre T, Asher L, Fekadu A. Internalized stigma among patients with schizophrenia in Ethiopia: a cross-sectional facility-based study. *BMC Psychiatry* 2012;12:239.
185. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12(12):155-164.
186. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing Stigma. *Annu. Rev. Sociol.* 2001;27:363-385.

187. Link BG, Struening EL, Rahav M, Phelan JC, Nuttbrock L. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse. *J Heal. Soc Behav* 1997;38:177-190.
188. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2007;150:71-80. doi:10.1016/j.psychres.2006.07.005.
189. Perlick DA, Rosenheck RA, Clarkin JF, et al. Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of persons diagnosed with bipolar affective disorder. *Psychiatr. Serv.* 2001;52:1627-1632.
190. Gerlinger G, Hauser M, De Hert M, Lacluyse K, Wampers M, Correll CU. Personal stigma in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review of prevalence rates, correlates, impact and interventions. *World Psychiatry* 2013;12:155-164.
191. Organizacija S zdravstvena. *MKB 10 - Klasifikacija Mentalnih Poremećaja I Poremećaja Ponašanja*. Zagreb: Medicinska naklada; 1999.
192. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: The Calgary depression scale. In: *British Journal of Psychiatry*. Vol 163.; 1993:39-44.
193. Lindenmayer JP, Czobor P, Alphs L, et al. The InterSePT scale for suicidal thinking reliability and validity. *Schizophr. Res.* 2003;63:161-170.
194. Beck a T, Weissman a, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1974;42(6):861-865. doi:10.1037/h0037562.
195. Group TW. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. The WHOQOL Group. *Psychol Med* 1998;28:551-558. doi:10.5.12.
196. Mura G. Schizophrenia: from Epidemiology to Rehabilitation. *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Heal.* 2012;8:52-66. doi:10.2174/1745017901208010052.
197. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 2004;61:28-33. doi:10.1001/archpsyc.61.1.28.
198. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, et al. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br. J. Psychiatry* 2007;191:30-37. doi:10.1192/bjp.bp.105.020982.
199. Folnegović-Šmalc V. Uloga bračnog stanja u toku shizofrenog oboljenja.

200. Lin CH, Chen MC, Chou LS, Lin CH, Chen CC, Lane HY. Time to rehospitalization in patients with major depression vs. those with schizophrenia or bipolar I disorder in a public psychiatric hospital. *Psychiatry Res.* 2010;180:74-79. doi:10.1016/j.psychres.2009.12.003.
201. Jaramillo-Gonzalez LE, Sanchez-Pedraza R, Herazo MI. The frequency of rehospitalization and associated factors in Colombian psychiatric patients: a cohort study. *BMC Psychiatry* 2014;14:161. doi:10.1186/1471-244X-14-161.
202. Marom S, Munitz H, Jones PB, Weizman A, Hermesh H. Expressed emotion: Relevance to rehospitalization in schizophrenia over 7 years. *Schizophr. Bull.* 2005;31:751-758. doi:10.1093/schbul/sbi016.
203. Landmark J, Cernovsky ZZ, Merskey H. Correlates of suicide attempts and ideation in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry* 1987;151:18-20. doi:10.1192/bjp.151.1.18.
204. Planasky K JR. The occurrence and characteristics of suicidal preoccupation and acts in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1971;(47):473-83.
205. Saravanan B, Jacob KS, Johnson S, Prince M, Bhugra D, David AS. Assessing insight in schizophrenia: East meets West. *Br. J. Psychiatry* 2007;190:243-247.
206. Mak WWS, Wu CFM. Cognitive insight and causal attribution in the development of self-stigma among individuals with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 2006;57(12):1800-1802.
207. Karidi MV, Stefanis CN, Theleritis C, Tzedaki M, Rabavilas AD, Stefanis NC. Perceived social stigma, self-concept, and self-stigmatization of patient with schizophrenia. *Compr. Psychiatry* 2010;51:19-30.
208. Werner P, Aviv A, Barak Y. Self-stigma, self-esteem and age in persons with schizophrenia. *Int. Psychogeriatr.* 2008;20:174-187.
209. Lysaker PH, Tsai J, Yanos P, Roe D. Associations of multiple domains of self-esteem with four dimensions of stigma in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 2008;98:194-200. ,,
210. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: associations across 6 months. *Psychiatry Res.* 2007;149:89-95.
211. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* 2007;33(1):192-199.

212. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Bull.* 2007;33:192-199.
213. Staring a. BP, Van der Gaag M, Van den Berge M, Duivenvoorden HJ, Mulder CL. Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr. Res.* 2009;115:363-369.
214. Cavelti M, Kvrjic S, Beck EM, Rüsçh N, Vauth R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr. Psychiatry* 2012;53:468-479.
215. Campellone TR, Caponigro JM, Kring AM. The power to resist: The relationship between power, stigma, and negative symptoms in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 2014;215:280-285.
216. Sibitz I, Unger A, Woppmann A, Zidek T, Amering M. Stigma resistance in patients with schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 2011;37:316-323.
217. Brohan E, Elgie R, Sartorius N, Thornicroft G. Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with schizophrenia in 14 European countries: The GAMIAN-Europe study. *Schizophr. Res.* 2010;122:232-238.
218. Daniel SS, Goldston DB. Hopelessness and Lack of Connectedness to Others as Risk Factors for Suicidal Behavior Across the Lifespan: Implications for Cognitive-Behavioral Treatment. *Cogn. Behav. Pract.* 2012;19:288-300.
219. Phillips MR, Pearson V, Li F, Xu M, Yang L. Stigma and expressed emotion: A study of people with schizophrenia and their family members in China. *Br. J. Psychiatry* 2002;181:488-493.
220. Mutsatsa SH, Joyce EM, Hutton SB, Barnes TRE. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: The West London first episode study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2006;256:356-363.
221. Saeedi H, Addington J, Addington D. The association of insight with psychotic symptoms, depression, and cognition in early psychosis: A 3-year follow-up. *Schizophr. Res.* 2007;89:123-128.
222. Hasson-Ohayon I, Kravetz S, Meir T, Rozençwaig S. Insight into severe mental illness, hope, and quality of life of persons with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry Res.* 2009;167:231-238.

223. Yanos PT, Roe D, Markus K, Lysaker PH. Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatr. Serv.* 2008;59(12):1437-1442.
224. Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussest I, Courtet P. Depression in schizophrenia: The influence of the different dimensions of insight. *Psychiatry Res.* 2014;216:12-16.
225. Schrank B, Amering M, Hay AG, Weber M, Sibitz I. Insight, positive and negative symptoms, hope, depression and self-stigma: a comprehensive model of mutual influences in schizophrenia spectrum disorders. *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* 2013:1-9.
226. López-Moríñigo JD, Ramos-Ríos R, David AS, Dutta R. Insight in schizophrenia and risk of suicide: A systematic update. *Compr. Psychiatry* 2012;53(4):313-322.
227. 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;49:1512-1520.
228. Kurtz MM, Tolman A. Neurocognition, insight into illness and subjective quality-of-life in schizophrenia: What is their relationship? *Schizophr. Res.* 2011;127:157-162. d
229. Aghababian V, Auquier P, Baumstarck-Barrau K, Lançon C. Relationship between insight and self-reported quality of life among schizophrenic patients. *Encephale.* 2011;37:162-171.
230. Boyer L, Aghababian V, Richieri R, et al. Insight into illness, neurocognition and quality of life in schizophrenia. *Prog. Neuro-Psychopharmacology Biol. Psychiatry* 2012;36:271-276.
231. Margariti M, Ploumpidis D, Economou M, Christodoulou GN, Papadimitriou GN. Quality of life in schizophrenia spectrum disorders: Associations with insight and psychopathology. *Psychiatry Res.* 2015;225(3):695-701.
232. Park SG, Bennett ME, Couture SM, Blanchard JJ. Internalized stigma in schizophrenia: Relations with dysfunctional attitudes, symptoms, and quality of life. *Psychiatry Res.* 2013;205(1-2):43-47.
233. Mashiach-Eizenberg M, Hasson-Ohayon I, Yanos PT, Lysaker PH, Roe D. Internalized stigma and quality of life among persons with severe mental illness: The mediating roles of self-esteem and hope. *Psychiatry Res.* 2013;208:15-20.
234. Livingston JD, Boyd JE. Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc. Sci. Med.* 2010;71:2150-2161.

235. Radhakrishnan R, Kanigere M, Ashok M, Galgali R, Menon J, Shobha V. Domains and Determinants of Quality of Life in Schizophrenia and Systemic Lupus Erythematosus. *Indian J. Psychol. Med.* 2012;34:49.
236. Lysaker PH, Vohs JL TJ. Negative symptoms and concordant impairments in attention in schizophrenia: associations with social functioning, hope, self-esteem and internalized stigma. *Schizophr Res.* 2009;110:65-72.
237. Corker E, Hamilton S, Henderson C, et al. Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *Br. J. Psychiatry* 2013;202.
238. Pijnenborg G, Van der Gaag M, Bockting CL, Van der Meer L, Aleman A. REFLEX, a social-cognitive group treatment to improve insight in schizophrenia: study protocol of a multi-center RCT. *BMC Psychiatry* 2011;11:161.

11. ŽIVOTOPIS

Rođen sam 6. siječnja 1976. godine u Splitu. Osnovnu školu i Matematičku gimnaziju završio sam u Splitu, a 2000. godine diplomirao sam na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Obvezni pripravnički staž odradio sam u Klinici za psihijatriju Vrapče. Od veljače 2002. godine zaposlen sam u Klinici za psihijatriju Vrapče gdje sam i položio specijalistički ispit iz psihijatrije u ožujku 2006. godine. Subspecijalistički ispit iz biologijske psihijatrije položio sam 2010. godine. Radim kao odjelni psihijatar na Zavodu za psihofiziologiju i organski uvjetovane poremećaje mlađe životne dobi.

U srpnju 2008. godine ostvario sam studijski boravak na Katoličkom sveučilištu "University Center St Josef", Kortenberg u Belgiji gdje sam surađivao s profesorima J. Peuskensom i M. de Hertom na području uvida u bolest kod oboljelih od shizofrenije.

2010. i 2012. godine vodio sam kolegij "Psychiatry" na Malta College of Arts, Science and Technology u Valletti, Malta. Sudjelujem u izvođenju nastave kolegija "Opća psihopatologija" na studiju psihologije Hrvatskih studija i Edukacijsko-rehabilitacijskog fakulteta.

2002. godine upisao sam poslijediplomski doktorski studij "Biomedicina i zdravlje", a 2013. godine obranio temu doktorske radnje.

Aktivno sam sudjelovao na više međunarodnih i domaćih znanstvenih i stručnih skupova te sam autor više znanstvenih i stručnih radova. Član sam Hrvatskog psihijatrijskog društva i Hrvatskog društva za forenzičku psihijatriju.