

takvih kemijskih spojeva točno postoji? Kako nastaju? U kojoj im je mjeri čovjek izložen? Koji su njihovi učinci na čovjeka kao individuum i generacije potomstva? Kako uopće testirati je li neki pojedinac bio izložen endokrinim disruptorima i jesu li prouzročili štetu? Sve su to otvorena pitanja na koja u budućnosti treba odgovoriti kako bi se problem debljine mogao sagledati u cjelini i kako bi se moglo krenuti u uspješnije rješavanje ovog za ljudsku civilizaciju važnog problema.

## LITERATURA

1. WHO. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Dostupno na: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44579/1/9789240686458_eng.pdf). Datum pristupa: 21. 2. 2016.
2. Yang O, Kim H, Weon J. Endocrine disrupting chemicals: Review of toxicological mechanisms using molecular pathway analysis. *J Cancer Prev* 2015;20(1):12–24.
3. Guyton AC, Hall JE. *Medicinska fiziologija – Uvod u endokrinologiju*, 11. izd. Zagreb: Medicinska naklada; 2006, str. 905–906.
4. The Natural Resources Defense Council (NRDC). Endocrine disruptors. Dostupno na: <http://www.nrdc.org/health/effects/qendoc.asp>. Datum pristupa: 20. 3. 2016.
5. Lubrano C, Genovesi G. Obesity and metabolic comorbidities: Environmental Diseases? *Oxid Med Cell Longev* 2013;640–673.
6. The National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS). How do endocrine disruptors work? Dostupno na: [https://www.niehs.nih.gov/health/materials/endocrine\\_disruptors\\_508.pdf](https://www.niehs.nih.gov/health/materials/endocrine_disruptors_508.pdf). Datum pristupa: 20. 3. 2016.
7. Stel J, Legler J. The role of epigenetics in the latent effects of early life exposure to obesogenic endocrine disrupting chemicals. *Endocrinology* 2015;156(10):3466–72.
8. De Cock M, De Boer MR, Lamorce M. First year growth in relation to prenatal exposure to endocrine disruptors – a Dutch prospective cohort study. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11(7):7001–21.
9. WHO. State of the Science of Endocrine Disrupting Chemicals 2012;12–13, 22–26. Dostupno na: [http://www.unep.org/pdf/WHO\\_HSE\\_PHE\\_IHE\\_2013.1\\_eng.pdf](http://www.unep.org/pdf/WHO_HSE_PHE_IHE_2013.1_eng.pdf). Datum pristupa: 27. 3. 2016.
10. Heindel JJ, Newbold R, Schug TT. Endocrine disruptors and obesity. *Nat Rev Endocrinol* 2015; Nov;11(11):653–61.
11. Chamorro-Garcia R, Blumberg B. Transgenerational effects of obesogens and the obesity epidemic. *Curr Opin Pharmacol* 2014;19:153–8.
12. Regnier SM, Sargis RM. Adipocytes under assault: Environmental disruption of adipose physiology. *Biochim Biophys Acta* 2014;1845(3):520–33.
13. Grün F, Blumberg B. Endocrine disruptors as obesogens. *Mol Cell Endocrinol* 2009;304(1–2):19–29.
14. Rosen ED, Sarraf P, Troy AE i sur. PPAR gamma is required for the differentiation of adipose tissue in vivo and in vitro. *Mol Cell* 1999;4(4):611–7.
15. Holtcamp W. Obesogens: An environmental link to obesity. *Environ Health Perspect* 2012;120(2):a62–a68.
16. Newbold RR, Padilla-Banks E. Effects of endocrine disruptors on obesity. *Int J Androl* 2008;31(2):201–8.
17. Diamanti-Kandarakis E i sur. Endocrine-Disrupting Chemicals: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev* 2009;30(4):293–342.
18. Gore AC, Chappell VA, Fenton SE i sur. EDC-2: The Endocrine Society's Second Scientific Statement on Endocrine-Disrupting Chemicals. *Endocr Rev* 2015;36(6):E1–E150.

## NEDOSTATAK UVIDA KOD OBOLJELIH OD SHIZOFRENIJE: DEFINICIJA, ETIOLOŠKI KONCEPTI I TERAPIJSKE IMPLIKACIJE

### LACK OF INSIGHT AMONG PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA: DEFINITION, ETIOLOGICAL CONCEPTS AND IMPLICATIONS FOR TREATMENT

SLAĐANA ŠTRKALJ-IVEZIĆ, KAROLINA HORVAT\*

**Deskriptori:** Shizofrenija – dijagnoza, liječenje; Psihologija shizofrenih bolesnika; Svjesnost; Skale za procjenu psihijatrijskog stanja; Spoznajni poremećaji – psihologija; Neuropsihološki testovi; Samopoimanje; Dijagnostička samoprocjena; Depresija – psihologija; Socijalna stigma; Ishod liječenja

**Sažetak.** Iako se uvid u bolest može činiti važnim faktorom u oporavku od shizofrenije, ponajprije jer je usko povezan sa spremnošću pacijenata na uspostavu suradnje sa stručnjacima koji sudjeluju u liječenju, uvid ima i drugu stranu, nepovoljnu za pacijenta i njegov osjećaj subjektivne dobrobiti. Naime, dosadašnja istraživanja uvida kod oboljelih od shizofrenije pokazuju da je veći uvid negativno povezan s različitim aspektima subjektivne dobrobiti pojedinca, tj. više razine uvida povezuju se s depresivnijim raspoloženjem, lošijom kvalitetom života, slabijim osjećajem samopoštovanja pacijenata i dr. U radu iznosimo moguća tumačenja ovog paradoksa prikazom doprinosa različitih faktora na uvid, odnosno nedostatak uvida: od bioloških (uvid kao neurološki simptom), psiholoških (obrambenog i personalnog značenja simptoma) do socijalnih faktora (socijalne i internalizirane stigme), kao i prikaz sukladnih teorija i modela. Razumijevanje uvida u kontekstu navedenih modela nužno je kako bi se primjenom specifičnih postupaka potaknuo koristan uvid, važan za oporavak od psihičke bolesti.

**Descriptors:** Schizophrenia – diagnosis, therapy; Schizophrenic psychology; Awareness; Psychiatric status rating scales; Cognition disorders – psychology; Neuropsychological tests; Self concept; Diagnostic self evaluation; Depression – psychology; Social stigma; Treatment outcome

**Summary.** Although insight into illness may seem as an important factor of recovery, primarily because it is closely associated with the patient's willingness for cooperation with mental health experts, insight also has another side, unfavour-

\* Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za psihijatriju Vrapče (Sladana Štrkalj-Ivezić, dr. med.), Centar za socijalnu skrb Vараzdin (Karolina Horvat, mag. psych.)

Adresa za dopisivanje: Sladana Štrkalj-Ivezić, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Klinika za psihijatriju Vrapče, Bolnička cesta 32, 10090 Zagreb, e-mail: [sladjana.ivezic@bolnica-vrapce.hr](mailto:sladjana.ivezic@bolnica-vrapce.hr)

Primljeno 4. ožujka 2016., prihvaćeno 24. srpnja 2017.

able for the patient and his/her sense of subjective well-being. Previous studies of insight in patients with schizophrenia have shown that insight is negatively associated with various aspects of the patient's subjective well-being, i.e. higher levels of insight are associated with the patient's higher levels of depressed mood, decreased quality of life, lower self-esteem, etc. In this paper, possible interpretations of this paradox are presented through an overview of contribution of various factors to insight: from biological (insight as a neurological symptom), psychological (defensive and personal meaning of symptoms) and social factors (public and internalized stigma), as well as an overview of corresponding theories and models. Understanding of insight in the context of the described models is necessary for application of specific treatments to encourage useful insight, important for recovery from a mental illness.

Liječ Vjesn 2017;139:234–240

Uvid se općenito definira kao svijest o bolesti,<sup>1</sup> odnosno kao pacijentovo razumijevanje prirode i uzroka njegovih problema.<sup>2</sup> Oboljeli od poremećaja sa psihozom često nemaju uvid u to da njihova neuobičajena iskustva i ponašanja odstupaju od normalnih ili da im je potrebno liječenje, tako da se ne slažu s mišljenjem stručnjaka.<sup>3,4</sup> Nespremnost na prihvaćanje psihičke bolesti osobito je svojstvena za oboljele od shizofrenije,<sup>5</sup> a podaci govore da 50 do 80% pacijenata nema adekvatan uvid u svoju psihičku bolest.<sup>6</sup> Sam koncept uvida u bolest mijenjao se tijekom vremena;<sup>7</sup> istraživači su se postupno odmaknuli od unitarnog/jedinstvenog shvaćanja uvida te ga počeli definirati kao složeniji konstrukt, tj. kontinuum čije razine mogu varirati od potpunog negiranja, djelomičnog priznavanja i uviđanja određenih teškoća vezanih uz bolest do potpunog priznavanja i shvaćanja vlastite dijagnoze.<sup>8</sup> Amador i David<sup>9</sup> naglašavaju multidimenzionalnu prirodu uvida koja uključuje ove dimenzije: (1) svijest o postojanju psihičkog poremećaja, (2) razumijevanje socijalnih posljedica bolesti, (3) svijest o potrebi liječenja, (4) svijest o specifičnim znakovima i simptomima poremećaja te (5) pripisivanje simptoma bolesti poremećaju. Većina dosadašnjih istraživanja uvida uključuje jednu ili više navedenih dimenzija (uvida), što njihove rezultate čini usporedivima,<sup>10</sup> međutim, pitanje je koliko primijenjene metode mjerenja uvida utječu na paradoksalne rezultate njegova utjecaja na ishod bolesti. Naime, u pregledu ovih istraživanja ne smije se zanemariti utjecaj metodoloških faktora (npr., vrste nacrta istraživanja, različitih i široko konceptualiziranih mjera uvida, kao i proučavanih korelata, različiti uzorci ispitanika u različitim fazama bolesti), što sve može znatno utjecati na smjer i veličinu povezanosti uvida i proučavanih varijabla.<sup>10</sup>

### Metode istraživanja uvida

Metode mjerenja uvida su različite, a ovise o njegovoj polaznoj konceptualizaciji, odnosno polaznoj definiciji. O učestalosti nedostatka uvida kod oboljelih od shizofrenije govori i činjenica da su čestice uvida uključene u neke od skala za mjerenje psihopatologije (PSE, PANSS), pri čemu uvid procjenjuje ispitivač tijekom intervjua s pacijentom. Trenutačno postoji nekoliko valjanih, višedimenzionalnih mjera kojima se uvid pacijenata procjenjuje u obliku semistrukturiranih intervjua. Najpoznatije su: *The Scale to Assess the Unawareness of Mental Disorder – SUMD*,<sup>11</sup> *The Schedule for the Assessment of Insight – Expanded Version – SAI-E*<sup>12</sup> i *The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire – ITAQ*.<sup>13</sup> Komparativne su studije pokazale da su rezultati na te tri skale u visokoj korelaciji, što upućuje na njihovu dobru konkurentnu valjanost.<sup>14</sup>

Povećanjem broja istraživanja o uvidu razvijene su kompleksnije mjere pa danas istraživači imaju na raspolaganju širok raspon mjera, od jednostavnijih (npr., uvid kao svijest o bolesti) do multidimenzionalnih mjera. Nadalje, skale uvida razlikuju se i prema provoditelju mjere, ovisno

o tome jesu li temeljene na procjenama uvježbanog ispitivača ili samoprocjenama pacijenata.

Od mjera samoprocjena često se rabi *Birchwood's Insight Scale – IS*.<sup>15</sup> Ta se skala sastoji od 8 jednostavnih i direktnih tvrdnja na kojima se pacijent procjenjuje na skali od 3 točke, a može se primjenjivati i kod pacijenata s težom kliničkom slikom. Dimenzije su sastavljene za procjenu triju aspekata uvida koje predlaže David:<sup>16</sup> svijest o bolesti, sposobnost ponovnog označavanja simptoma i svijest o potrebi liječenja. Svakoj supskali dana je jednaka težina kod kreiranja ukupnog rezultata, a viši rezultat upućuje na bolji uvid pacijenta.

Pomak u klasičnoj konceptualizaciji i mjerenju uvida napravio je Beck konstrukcijom *The Beck Cognitive Insight Scale – BCIS*.<sup>17</sup> Ova skala svojevrsna je nadogradnja kliničkog (intelektualnog) uvida koji se odnosi na pacijentovo prihvaćanje da ima psihičku bolest koja nalaže psihijatrijsko liječenje. Naime, autor smatra da osoba može pokazivati klinički uvid verbalizirajući svijest o bolesti i prihvaćanje da su simptomi posljedica psihičke bolesti, a da istodobno ne pokazuje odmak od vlastitog sistema vjerovanja i/ili mogućnost zamjene distorziranog mišljenja.<sup>18</sup> Drugim riječima, pacijenti mogu prihvatiti objašnjenje da imaju psihičku bolest, ali to za njih ne znači da imaju i dovoljnu razinu samorazumijevanja koja je potrebna za promjenu disfunkcionalnih vjerovanja, tj. promjenu na afektivnom i kognitivnom planu.<sup>19</sup> Stoga je mjera kognitivnog uvida usmjerena na pacijentovu sposobnost distanciranja i reevaluacije iskrivljenih vjerovanja i pogrešnih interpretacija te na njihovo ispravljanje. Sastoji se od dvije supskale: „samopromišljanje“ i „sigurnost u vlastite prosudbe“. Dimenzija „samopromišljanje“ odnosi se na pacijentov kapacitet i spremnost da ponovo procijeni svoja iskustva i razmotri alternativna objašnjenja,<sup>20</sup> a dimenzija „sigurnost u vlastite prosudbe“ na preuranjeno donošenje zaključaka, sigurnost u vlastite interpretacije i otpornost na njihovu korekciju.<sup>19</sup> Kompozitni indeks BCIS-a formira se oduzimanjem rezultata na „samopromišljanje“ od rezultata na „samopromišljanje“, a viši rezultat upućuje na višu razinu kognitivnog uvida.<sup>19</sup>

### Etiološki koncepti o nedostatku uvida kod oboljelih od shizofrenije

U ovom radu prikazujemo klinički, neuropsihološki, psihodinamski i fenomenološki pristup etiologiji nedostatka uvida te dokaze koji potvrđuju i/ili opovrgavaju pretpostavke tih pristupa.

*Kliničke teorije* vide nedostatan uvid primarno kao simptom shizofrenije,<sup>21</sup> no i u ovoj teoriji postoji više različitih perspektiva i tumačenja uvida. Dio istraživača manjak uvida tumači kao pozitivan simptom shizofrenije, kao „deluziju zdravlja“,<sup>22</sup> tj. specifični tip deluzije gdje pojedinac snažno negira psihičku bolest, čak i kada je suočen s očitim dokazima poput smetnja u svakodnevnom funkcioniranju. Iako je nedavna metaanaliza<sup>7</sup> potvrdila povezanost pozitiv-

nih simptoma i smanjenog uvida, čini se da je ta korelacija skromna, a time i nedostatna da se potvrdi ili odbaci hipoteza o „deluziji zdravlja“. Druga hipoteza tumači manjak uvida kao negativni simptom shizofrenije, odnosno kao „psihološko povlačenje“ od pokušaja razumijevanja vlastitoga fenomenološkog doživljaja svijeta. U spomenutoj metaanalizi<sup>7</sup> potvrđena je povezanost između izraženijih negativnih simptoma i smanjenja uvida, no veličina i značenje te veze nisu dovoljni za izvođenje bilo kakvih zaključaka.<sup>23</sup> Treća hipoteza o uvidu kao simptomu shizofrenije prezentira nisku razinu uvida kao poremećaj formalnog mišljenja. Taj je poremećaj simptom, često viđen u shizofreniji, koji može umanjiti kapacitet osobe za apstraktno mišljenje, ostavljajući oboljelog pojedinca bez koherentnog koncepta i poimanja normalnosti. Posljedično dolazi do problema u uspoređivanju koje je potrebno da bi pojedinac mogao procjenjivati svoje psihičko stanje (npr., donosio usporedbe svojega trenutačnog i premorbidnog funkcioniranja ili usporedbe svojega trenutačnog funkcioniranja s funkcioniranjem prosječne zdrave osobe).<sup>23</sup> Iako je u većini istraživanja koja su se bavila vezom između dezorganiziranih simptoma dobivena znatna veza između ta dva konstrukta,<sup>24–26</sup> njihova kauzalna veza ne potvrđuje ovu hipotezu.<sup>17</sup> Premda se nedostatak uvida pojavljuje kod velikog broja oboljelih od shizofrenije, njegovo mjesto kao jednog od specifičnih simptoma shizofrenije, prema istraživanjima, nije vjerojatno, stoga je za bolje razumijevanje njegove pojavnosti potrebno istražiti faktore koji dovode do njegova nedostatka.

Tako, primjerice, *neuropsihološke teorije* slab uvid kod shizofrenije objašnjavaju kao posljedicu patološkog procesa mozga u oboljelih.<sup>17</sup> Fokus većine radova na ovom području bio je na povezanosti između uvida i testova koji mjere izvršne funkcije, a najčešće je upotrebljavan *Wisconsin Card Sort Test*.<sup>27</sup> Postojeći dokazi upućuju na to da bi deficit uvida mogao biti posljedica trajnih kognitivnih disfunkcija, uglavnom deficita u prefrontalnemu kortikalnom području.<sup>28–32</sup> Amador i Gorman iznose da bi anozognozija<sup>4</sup> mogla biti uzrok slabog uvida. Anozognozija je stanje u kojem pacijent ne prepoznaje i negira prisutan neurološki deficit, tj. pacijent ne može osvijestiti znakove i simptome bolesti.<sup>17</sup> Prisutna je i u drugim bolestima središnjega živčanog sustava (poput Alzheimerove, Parkinsonove ili Huntingtonove bolesti), kao i kod traumatskih ozljeda mozga,<sup>24</sup> no čini se da manjak uvida u shizofreniji nije istovjetan manjku uvida u tim bolestima, s obzirom na to da je kod osoba sa shizofrenijom primijećeno postojanje parcijalnog uvida. Premda nedostatak uvida nije jedan od simptoma potrebnih za postavljanje dijagnoze shizofrenije prema DSM 5,<sup>32</sup> zanimljivo je da ga u DSM-u povezuju s anozognozijom. Dosadašnji dokazi koji podupiru frontalno-kortikalnu uključenost u medijaciju uvida primarno su bazirani na podacima kognitivnih testova, no postoji i rastući broj strukturalnih neuroistraživanja koja podupiru kognitivne nalaze.<sup>23</sup> Može se zaključiti da nalazi u ovom području zasad nisu jednoznačni, bez mogućnosti određivanja dominantne potvrde neke od mogućih hipoteza te su prije donošenja čvrstih zaključaka o mogućoj neuropsihologijskoj podlozi uvida potrebna dodatna istraživanja.<sup>17</sup> Pritom bi važnu ulogu mogli imati upravo razvoj i unapređenje metoda strukturalnih neuroistraživanja.<sup>3</sup>

Nasuprot kliničkim i neuropsihološkim teorijama postoje i *psihološka tumačenja* koja manjak uvida vide kao strategiju suočavanja s bolešću u kojoj pacijent, u određenoj mjeri svjestan svoje bolesti, negira ovu kako bi zaštitio vlastito samopoštovanje.<sup>29</sup> Ova teorija nedostatan uvid vidi kao psi-

hološku reakciju na bolest,<sup>17</sup> promatrajući ga kao mehanizam koji ima ulogu psihološke obrane pojedinca od bolnog prihvaćanja dijagnoze ozbiljne psihičke bolesti<sup>34</sup> čije bi prihvaćanje moglo dovesti do smanjenog vrednovanja selfa.<sup>34</sup> Na ovaj način manjak uvida prevenira pojavu depresivnih simptoma ili panične anksioznosti koja bi se mogla javiti kada bi pojedinac bio svjestan da pati od kronične i teške psihičke bolesti.<sup>35</sup>

*Fenomenološki pristup* tradicionalno je usmjeren na subjektivnost te na razumijevanje osnovnih teškoća shizofrenije iz pacijentove intrasubjektivne perspektive. Teoretičari ovog pristupa prihvaćaju postojanje asimetrije između psihijatova i pacijentova poimanja uvida.<sup>36</sup> Postojeći, jednostrani koncept uvida smatraju pojednostavnjenim i restriktivnim<sup>37</sup> te predlažu da se pri procjeni uvida uzimaju u obzir i pacijentova perspektiva, vjerovanja i vrijednosti.<sup>23</sup> Također, autori upozoravaju na različitost uvida kod pacijenata oboljelih od shizofrenije od, primjerice, uvida pacijenata oboljelih od dijabetesa<sup>38</sup> te ističu da bi svjesnost o posljedicama ili osjećajima povezanim sa shizofrenijom trebala biti više nego uviđanje jedne činjenice (primjerice simptoma). Ova perspektiva naglašava da je svjesnost o iskustvima ili posljedicama povezanim sa shizofrenijom utkana u životnu priču pojedinca i neraskidivo povezana s njegovom sposobnosti davanja osobnog smisla tomu što se dogodilo i što može činiti u budućnosti kako bi što kvalitetnije i smislenije živio.<sup>39</sup> Ističu da bi uvid, kako bi bio koristan za pojedinca, trebao biti povezan s razumijevanjem bolesti u kontekstu vlastitog života te da bi kao takav pridonosio oporavku od bolesti. *Narativni pristup* u skladu je sa psihoterapijskim pristupom koji na shizofreniju gleda kao na osobno ljudsko iskustvo razumljivo u kontekstu života specifičnog pojedinca.<sup>40</sup>

Zaključno, dosadašnji dokazi ne daju predominantnu potporu nijednom od opisanih etioloških modela, a budući da je uvid multidimenzionalni konstrukt, moglo bi se pretpostaviti da je i objašnjenje njegove etiologije složenije od mogućnosti koje nudi pojedini etiološki model. Predstavljani modeli nisu međusobno isključivi, a u posljednje vrijeme raste broj istraživanja u kojima se predlažu integrirani modeli. Potporu integriranom modelu daje istraživanje Lysakera i suradnika<sup>41</sup> u kojem je uzorak pacijenata sa shizofrenijom klasterskom analizom podijeljen u tri skupine (skupinu pacijenata s deficitom uvida, pacijente s deficitom uvida i izvršnih funkcija te skupinu pacijenata bez deficita u vidu i izvršnim funkcijama). Deficit u izvršnim funkcijama utvrđen je rezultatom na *Wisconsin Card Sorting Testu* – WCST, a uvid je procjenjivan s pomoću *Positive and Negative Syndrome Scale* – PANSS. Pacijenti sa slabim uvidom, ali prosječnim izvršnim funkcijama najčešće su izvještavali o izbjegavajućem stilu suočavanja. Skupina pacijenata s deficitom u vidu i izvršnim funkcijama nije bila sklonija izbjegavajućem stilu suočavanja u odnosu prema pacijentima bez deficita. Autori nalaz tumače kao potvrdu hipoteze da slab uvid može biti posljedica disfunkcionalnog stila suočavanja, ali i neurokognitivnog deficita. Startup<sup>30</sup> je u svojem istraživanju kombinirao hipoteze psihodinamske teorije i teorije neuroloških deficita odnosom neuroloških deficita i uvida pacijenata. U ovom istraživanju pokazalo se da su vrlo niske i vrlo visoke razine uvida dobivene samo kod pacijenata s blagim neurološkim deficitom. Autor smatra da je takva zaobljena linearna povezanost pokazatelj različitih, ali u konačnici sukladnih putova stvaranja uvida. Pretpostavlja da se kod pacijenata s manje neurološkog oštećenja i slabim uvidom javlja motivirana nesvjesnost o bolesti, a da

je kod pacijenata koji su znatno neurološki oštećeni slab uvid zapravo posljedica tih istih neuroloških deficita.

### Paradoks uvida kod oboljelih od shizofrenije

Opisane teorije koje tumače nedostatak uvida kod oboljelih od shizofrenije mogu biti veoma korisne u razumijevanju paradoksalnih rezultata utjecaja uvida na ishod liječenja koje ćemo izložiti u ovom dijelu.

U većini istraživanja o povezanosti ishoda bolesti i uvida varijabla ishoda definirana je i operacionalizirana kao postojanje i/ili izraženost psihopatologije razinom različitih aspekata svakodnevnog funkcioniranja pacijenta (opće, radno ili socijalno) ili, pak, kao neka od varijabla subjektivne dobrobiti pojedinca (depresivno raspoloženje, kvaliteta života, nada, samopoštovanje).

Povezanost uvida sa simptomima bolesti pokazuje kontradiktorne rezultate. Dio studija pokazao je negativnu korelaciju pozitivnih simptoma i uvida,<sup>42,43</sup> dio pozitivnu korelaciju,<sup>44</sup> dok u dijelu istraživanja nije dobivena značajna korelacija.<sup>13</sup> Kim i sur.<sup>42</sup> navode da su sudionici većine istraživanja ispitivani u akutnoj fazi bolesti pa su sami simptomi akutne faze mogli negativno djelovati na svijest o bolesti, dok su nalazi o neoštećenom uvidu dobiveni od ispitanika u kroničnoj fazi bolesti kod kojih obično akutni psihotični simptomi nisu prisutni. Slijedom navedenoga, može se zaključiti da se slab uvid ne može u cijelosti objasniti kao rezultat pozitivne simptomatike. Što se tiče negativnih simptoma, podaci su također kontradiktorni: pokazuju pozitivnu korelaciju s uvidom,<sup>27</sup> ali i nepostojanje korelacije.<sup>13,27,42-44</sup> Prema metaanalizi Mintza i suradnika,<sup>7</sup> koja je obuhvatila 40 studija, postoji mala negativna korelacija između uvida i pozitivnih, negativnih te globalnih simptoma. To bi značilo da se porastom intenziteta pozitivnih, negativnih i globalnih simptoma snizuje razina uvida, no procijenjeno je da se tek 3 – 7% varijance uvida može objasniti izraženošću simptoma, tj. da ona ima malu ulogu u određivanju razine uvida.

Nedostatak uvida u bolest smatra se pokazateljem ozbiljnosti bolesti<sup>10</sup> i povezuje se s njezinim lošijim ishodom.<sup>13,37,45,46</sup> Pozitivne korelacije između uvida i kvalitetne suradnje pacijenata sa stručnjacima u liječenju predstavljene su u više radova.<sup>13,14,39,47</sup> Nadalje, slab je uvid povezan i s rizikom od recidiva bolesti; u jednom istraživanju<sup>48</sup> pokazao se najboljim prediktorom recidiva nakon prve epizode bolesti. U sistematskom pregledu 13 istraživanja funkcionalnih mjera ishoda autori<sup>49</sup> zaključuju da uvid nije povezan s aktualnom razinom funkcioniranja, ali da utječe na buduća poboljšanja u funkcioniranju. Longitudinalne studije upućuju na povezanost uvida s oporavkom u općem funkcioniranju tijekom vremena<sup>49</sup> te s radnim funkcioniranjem, odnosno nižom razinom profesionalne disfunkcije i boljom izvedbom u radnoj terapiji.<sup>50</sup>

Slab se uvid također pokazao povezanim s lošijim socijalnim vještinama<sup>51,52</sup> i manjim kapacitetom za socijalno umrežavanje.<sup>53</sup> Također je provjeravana povezanost uvida i agresivnog ponašanja, no dosadašnja istraživanja ne daju jasnu i jednoznačnu potporu toj vezi.<sup>41,54</sup>

Međutim, unatoč prethodno navedenim rezultatima koji govore o koristima uvida za funkcionalne ishode, istraživači su utjecaj uvida na proces oporavka okarakterizirali diskutabilnim jer stavlja u rizik pacijenatov osjećaj digniteta i socijalne jednakosti.<sup>5</sup> Ta, za pacijenta nepovoljna strana povećanja uvida u bolesti, potkrijepljena je nizom podataka koji govore o povezanosti uvida s varijablama subjektivnog distresa pacijenata. O tome, primjerice, govore podaci o po-

zitivnoj korelaciji uvida i disforije, depresivnog raspoloženja, bespomoćnosti i anksioznosti,<sup>33</sup> kao i o njegovoj povezanosti s nižom razinom samopoštovanja, smanjenjem psihološke dobrobiti i lošijom kvalitetom života.<sup>5,10</sup> Pritom rezultati vezani uz kvalitetu života nisu potpuno istovjetni – pa dok je dio istraživanja pokazao da je uvid povezan s višom kvalitetom života<sup>33,55</sup> ili da nema značajne korelacije<sup>56</sup> – drugi set istraživanja,<sup>57</sup> uključujući i rezultate istraživanja CATIE<sup>58</sup> pokazuje da se povećanjem uvida ujedno smanjuje doživljaj kvalitete života pojedinca.

Također su kontradiktorni podaci o povezanosti uvida i depresivnog raspoloženja i depresije. Premda postoje i istraživanja u kojima korelacija nije nađena,<sup>44</sup> veći broj istraživanja<sup>7,43,44,59</sup> otkriva pozitivnu korelaciju depresije i uvida, što bi značilo da je viša razina uvida povezana s višim razinama depresivnog raspoloženja. U metaanalizi 51 istraživanja Murrija i suradnika<sup>10</sup> navodi se da su bitne komponente uvida (npr., svijest o postojanju psihičke bolesti, patološka priroda simptoma i atribucija potencijalnih posljedica bolesti) najviše povezane s depresivnom simptomatikom. Može se zaključiti da uvid i depresija pokazuju znatnu, ali složenu i interaktivnu longitudinalnu povezanost<sup>10</sup> koju je teško zahvatiti metodološki heterogenim istraživanjima.<sup>7</sup> Važno je spomenuti da kognitivno orijentirani istraživači naglašavaju ulogu atribucije u razumijevanju uvida, budući da postoje dokazi koji upućuju na to da su osobe s višim razinama depresivnosti točnije u samoprocjeni. To se naziva „depresivni realizam“, a značilo bi da pacijenti skloniji depresiji imaju drugačiji proces atribucije, koji za posljedicu ima točniji pogled na samog sebe, točniju samoevaluaciju i posljedično veći uvid kod tih pojedinaca.<sup>49</sup>

Podaci također impliciraju da su osobe oboljele od shizofrenije u višem riziku od pokušaja ili počinjenja suicida (15% pacijenata ostvari suicidalne namjere,<sup>60</sup> dok je pokušaj suicida zabilježen kod 20 do 40% pacijenata<sup>61</sup>). Postoji pozitivna povezanost između određenih aspekata uvida i suicidalnog ponašanja,<sup>62</sup> što bi impliciralo da bi se intervencije povećanja uvida trebale usmjeriti samo na te određene aspekte. U posljednje vrijeme javila se hipoteza o tome da razina internalizacije stigme objašnjava kontradiktorne nalaze o utjecaju uvida na ishode bolesti.<sup>5</sup> Internalizacija stigme odnosi se na transformaciju pacijentova identiteta koja se dogodi ako osoba prihvati negativne, društveno oblikovane stereotipe o psihički bolesnim osobama i primijeni ih na sebe.<sup>64</sup> Postoji više radova<sup>5,65</sup> o povezanosti uvida i lošije kvalitete života, depresivnog raspoloženja, negativnog samopoštovanja, ali jedino u slučaju kada je uvid bio u kombinaciji s izraženom internaliziranom stigmom. Kod osoba s dobrim uvidom, ali nižom internaliziranom stigmom te korelacije nisu nađene. Dakle, utjecaj uvida mogao bi ovisiti o internalizaciji stigmatizirajućih vjerovanja, odnosno značenju koje pojedinci pridaju svojoj bolesti.<sup>67</sup> Naime, ako osoba vjeruje da ju njezina bolest onemogućuje u ostvarivanju vrijednih socijalnih uloga, tada svijest o bolesti može voditi u beznade, smanjiti motivaciju pojedinca da postavlja ciljeve i ustraje u njihovu ostvarenju. S druge strane, ako osoba ne vjeruje da bolest smanjuje njezine šanse za vođenje zadovoljavajućeg života, tada svijest o bolesti ne utječe na njezino nošenje s izazovima ili ga može čak i unaprijediti. U skladu su s ovim tumačenjem i teoretska objašnjenja istraživanja postdijagnostičkih identiteta pacijenata sa shizofrenijom<sup>68</sup> koja upućuju na to da pacijenti s visokom identifikacijom sa skupinom oboljelih, ali niskom internaliziranom stigmom ostaju socijalno aktivni i ne doživljavaju opadanje samopoštovanja. Autori postavljaju hi-

potezu da uvid, uparen s internaliziranom stigmom, može rezultirati niskom razinom samopoštovanja i osjećajem bespomoćnosti, koji tada djeluju kao zapreke oporavku od bolesti.<sup>67</sup> Osim do sada spomenutih faktora povezanih s uvidom, također se navodi mogućnost da je uvid povezan s drugim varijablama poput strategija suočavanja, iskustvima tijekom liječenja, stajalištima prema psihičkim poremećajima, premorbidnim znanjem o psihičkim poremećajima i njihovu liječenju te razinom nelagode zbog doživljavanja simptoma.<sup>68</sup>

### Rasprava

Cilj ovog rada bio je prikazati i komentirati kontradiktorne nalaze o utjecaju uvida na ishod liječenja oboljelih od shizofrenije kako bi se unaprijedilo razumijevanje ovog paradoksa i osvijestili stručnjaci o potrebi poticanja poželjnog uvida koji potiče pacijentovu suradnju u liječenju te dovodi do njegovih boljih ishoda. Dosadašnja istraživanja kontinuirano navode paradoksalne rezultate prema kojima je uvid povezan s pozitivnim,<sup>13,14,46,57</sup> ali i s negativnim ishodima liječenja,<sup>12,33,39,58</sup> što može imati znatne posljedice u liječenju oboljelih od shizofrenije, izazivati zbunjenost stručnjaka te utjecati na njihov odnos prema pacijentu. Dodatnu zbunjenost također izazivaju rezultati metaanalize o učinkovitosti psioh edukacije kod oboljelih od shizofrenije koji su, uz pozitivne efekte ove metode na smanjenje recidiva i učestalost hospitalizacija, pokazali da psioh edukacija nema važnijeg utjecaja na uvid.<sup>69</sup>

Upravo zbog toga različite teorije o nedostatku uvida kod oboljelih od shizofrenije, navedene u ovom radu, mogu biti znatna pomoć stručnjacima u razumijevanju multidimenzionalne prirode uvida i pomoći pri izboru individualnog pristupa oboljelima od shizofrenije. Prema dosadašnjim spoznajama, hipoteze o uvidu kao simptomu shizofrenije nemaju potvrdu u istraživanjima,<sup>7,22–26</sup> a testirani etiološki modeli upućuju na multidimenzionalnu etiologiju. Stoga, prema dostupnim saznanjima, možemo očekivati da će tek manji broj oboljelih imati smanjen uvid kao izraz deficita kognitivnih funkcija (mjereno s pomoću neuropsiholoških testova koji su usmjereni na ispitivanje funkcija frontalnog režnja),<sup>3,13,22,27,29–31</sup> no to se ne smije zanemariti u cjelokupnoj procjeni. U razumijevanju smanjenog uvida znatno pomažu psihološke<sup>23,29,33,35</sup> i socijalne teorije, odnosno uska povezanost uvida s reakcijom na bolest i stigmom psihičke bolesti.<sup>5,65,67</sup> Medicinski model na shizofreniju gleda kao na biološki poremećaj mozga, zanemarujući psihološku i socijalnu perspektivu bolesti, što može imati negativne reperkusije na uvid i oporavak.<sup>38</sup> Naime, zanemarujući ostale perspektive, ovaj model sa sobom nosi opasnost da se pacijent previše poistovjeti s ulogom bolesne osobe, opasnost da preuzme „etiketu bolesti“ i „identitet pacijenta“, što tada može potaknuti prihvaćanje samostigmatizirajućih vjerovanja.<sup>5</sup> Ovaj model ne daje oboljelima priliku da razviju psihološko razumijevanje svojih simptoma, konstruiraju vlastite životne priče preko kojih bi imali mogućnost davanja osobnog smisla i shvaćanja razvoja bolesti kao dijela njihova života, što može povoljno djelovati kao zdrava osnova za oporavak od bolesti.<sup>34,38</sup> Stoga je vrlo važno razgraničiti uvid od prihvaćanja dijagnostičke oznake. Isključivo medicinsko-biološki model može dovesti do toga da osoba svoj identitet poistovjećuje s teškom bolešću lošeg ishoda, počinje osjećati da nema kontrolu nad svojim životom te razvije pesimistični pogled na svijet budući da je shizofrenija biološki uvjetovana bolest. Ovakvo razmišljanje može kod pacijenta inducirati vjerovanje da ima malo mo-

gućnosti za određivanje vlastite životne priče.<sup>39</sup> Slažemo se s autorima koji navode da je uvid više od pukog uviđanja simptoma bolesti i njezinih posljedica ili prihvaćanja potrebe za liječenjem te da u radu s pacijentima treba uključiti personalnu dimenziju razumijevanja bolesti u kontekstu vlastitog života.<sup>70,71</sup> Neprihvaćanje značenja koje oboljeli daju shizofreniji također može dovesti do odbijanja bolesti tako da uvid, da bi bio znanat, mora reflektirati osobno konstruiranu priču, a u tom procesu psihijatar može djelovati kao usmjeravatelj i pomagač kako bi ta priča bila razumljiva i drugima.<sup>35</sup> Za poticanje poželjnog uvida u bolest povezanog s boljim ishodima liječenja potreban nam je psiho-bio-socijalni model nastanka poremećaja koji će tijekom terapijskog procesa potaknuti poželjan uvid u bolest.<sup>34</sup> Stoga je u radu s pacijentima bitno stavljati naglasak na mogućnost oporavka i, potičući realističnu nadu, osnažiti pacijentovo vjerovanje da može ostvariti osobne ciljeve usprkos bolesti.<sup>34,58</sup> Poznavanje psihološkog pristupa, osobito obrambenog značenja psihotičnih simptoma, veoma je korisno. Postaje jasnije da uvid u simptome bolesti, odnosno prihvaćanje dijagnoze kod oboljelih od shizofrenije može biti različito od prihvaćanja fizičkih bolesti jer negiranje simptoma bolesti za oboljelog od shizofrenije može imati „zaštitnu“ funkciju.

Razumijevanje utjecaja stigme na uvid također je važno u radu s oboljelima od shizofrenije, tako da je u radu s pacijentima potrebna svijest o tome da pacijentovo prihvaćanje bolesti (što je jedna od temeljnih komponenata uvida), istodobno stavlja pacijenta u povišen rizik od identifikacije s visokomarginaliziranim i stigmatiziranim socijalnim skupinama. Identifikacija sa stigmatiziranim skupinama može rezultirati smanjenjem očekivanja vlastitog uspjeha i vjerojatnosti osobnog ispunjenja, a taj proces posljedično može voditi do internalizacije stigme.<sup>5</sup> Prihvaćanje samostigmatizirajućih vjerovanja te poistovjećivanje s društveno konstruiranim negativnim viđenjem psihički bolesnih pojedinaca (kojima se pripisuju različite negativne osobine) smanjuje vjerojatnost oporavka.<sup>5,34</sup> Zadatak je stručnjaka da preveniraju ovaj proces koji dovodi do negativnih posljedica i pomognu pacijentima da uvid povežu s mogućnošću oporavka.<sup>34</sup>

Može se zaključiti kako kliničke implikacije dosadašnjih istraživanja sugeriraju da je poboljšanje uvida vrijedan terapijski cilj bez rizika za deterioraciju samopoštovanja i kvalitete života pacijenata ako se istodobno prati razina osobne stigme.<sup>67</sup> Pristup koji proizlazi iz tih saznanja bio bi usmjeren prema razvoju preventivskih programa radi smanjenja razvoja negativnih koncepata bolesti i internalizacije stigme kod psihički bolesnih osoba.<sup>72</sup> U prevladavanju negativnih uvjerenja o bolesti te pomoći pacijentima u pronalaženju novih i adaptivnijih načina razmišljanja o sebi i svojoj budućnosti osobitu ulogu imaju stručnjaci koji sudjeluju u liječenju oboljelih, a potrebna je i edukacija obitelji pacijenata u kojima bi fokus trebao biti na različitim aspektima stigme i normalizaciji bolesti.<sup>34,67</sup> Također bi pacijentima mogla pomoći atribucija osobne odgovornosti<sup>73</sup> pa bi ih trebalo podučavati reatribuciji uzroka bolesti s internih čimbenika na vanjske, odnosno biološke i psihosocijalne čimbenike. Na taj se način također smanjuje pacijentova sklonost samostigmatizaciji.

### Zaključak

Paradoksalni rezultati utjecaja uvida oboljelih od shizofrenije na ishod liječenja mogu stručnjake zbuniti i uzrokovati neefikasnost u njihovu liječenju. Multidimenzionalno

razumijevanje etiologije uvida, poznavanje i uporaba smjernica koje proizlaze iz neuropsiholoških, psiholoških i socijalnih teorija, osobito važnosti internalizirane stigme mogu znatno pomoći pri postizanju poželjnog uvida u bolest koji potiče oporavak od psihičke bolesti. U posljednje su vrijeme istraživanja koja se bave utjecajem uvida na ishod liječenja sve više orijentirana na testiranje hipoteza koje su konstruirane iz integriranog pristupa. Iako je broj istraživanja usmjerenih na integriranje postojećih etioloških modela uvida i dalje malen, a upotrijebljena metodologija nalaže oprez pri tumačenju rezultata, integrirani se pristup čini obećavajućim u objašnjenju utjecaja uvida. Dosadašnja saznanja o utjecaju uvida u bolest na ishod liječenja potvrđuju njegovu multidimenzionalnu etiologiju.

## LITERATURA

1. Eskey A. Insight and prognosis. *J Clin Psychol* 1958;14:426–9.
2. Goodman C, Knoll G, Isakov V, Silver H. Insight into illness in schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2005;46:284–90.
3. Cooke MA, Peters ER, Kuipers E, Kumari V. Disease, deficit or denial? Models of poor insight in psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2005;112:4–17.
4. Rusch N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 2002;26:23–32.
5. 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):192–9.
6. Amador XF, Gorman JM. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 1998;21:27–42.
7. Mintz AR, Dobson KS, Romney DM. Insight in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res* 2003;61:75–88.
8. Markova IS, Berrios GE. Insight in clinical psychiatry. *J Nerv Ment Dis* 1995;183:743–751.
9. Amador XF, David AS. *Insight and Psychosis*. New York: Oxford University Press; 1998.
10. Murri MB, Respingo M, Innamorati M *i sur*. Is good insight associated with depression among patients with schizophrenia? Systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2015;162:234–47.
11. Amador XF, Strauss DH, Yale S, Gorman JM, Endicott J. The assessment of insight in psychosis. *Am J Psychiatry* 1993;150:873–9.
12. Kemp R, David AS. *Insight and compliance. Treatment compliance and the therapeutic alliance*. Newark, NJ: Gordon and Breach Publishing Group; 1997, str. 61–84.
13. McEvoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS, Ortlip P, Brecosky J, Hammill K. Insight into schizophrenia: its relationship to acute psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989;177:43–47.
14. Sanz M, Constable G, Lopez-Ibor L, Kemp R, David AS. A comparative study of insight scales and their relationship to psychopathological and clinical variables. *Psychol Med* 1998;28:437–46.
15. 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;89:62–7.
16. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156:798–808.
17. Beck AT, Baruch E, Balter JM, Steer RA, Warman DM. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr Res* 2004;68:319–29.
18. Orfei MD, Spoletini I, Banfi G, Caltagirone C, Spalletta G. Neuropsychological correlates of cognitive insight in schizophrenia. *Psychiatry Res* 2010;178:51–6.
19. Boyle PD. The Role of Cognitive Insight, Hope, Self-Stigma, and Symptomatology in Predicting Treatment Engagement in Individuals Diagnosed with Serious Mental Illnesses. *PCOM Psychology Dissertations*. Paper 222.
20. Engh JA, Friis S, Birkenaes AB *i sur*. Delusions Are Associated With Poor Cognitive Insight in Schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010;36(4):830–5.
21. Collins AA, Remington GJ, Coulter K, Birkett K. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;27:37–44.
22. Osatuke K, Ciesla J, Kasckow JW, Zisook S, Mohamed S. Insight in schizophrenia: a review of etiological models and supporting research. *Compr Psychiatry* 2008;49:70–7.
23. Chakraborty K, Basu D. *Insight in Schizophrenia – A Comprehensive Update*. *Ger J Psychiatr* 2010;13(1):17–30.
24. Baier M, DeShay E, Owens K *i sur*. The relationship between insight and clinical factors for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2000;14:259–65.
25. Cuesta MJ, Peralta V, Zarzuela A. Psychopathological dimensions and lack of insight in schizophrenia. *Psychol Res* 1998;83:895–8.
26. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2000;26:193–200.
27. Lishman WA. *Organic Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific; 1987.
28. McEvoy JP, Hartman M, Gottlieb D, Godwin S, Apperson LJ, Wilson W. Common sense, insight and neuropsychological test performance in schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1996;22:635–41.
29. Startup M. Insight and cognitive deficits in schizophrenia: evidence for a curvilinear relationship. *Psychol Med* 1996;26:1277–81.
30. Lysaker PH, Bell MD, Bryson G, Kaplan E. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: support for an association with impairments in prefrontal function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatr Scand* 1998;9:297–301.
31. Lysaker PH, Bryson GJ, Lancaster RS, Evans JD, Bell MD. Insight in schizophrenia: associations with executive function and coping style. *Schizophr Res* 2002;59:41–47.
32. *Američka psihijatrijska udruga*. *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*. 5. izd. Jastrebarsko: Naklada Slap; 2014.
33. Wiffen BD, Rabinowitz J, Lex A, David AS. Correlates, change and 'state or trait' properties of insight in schizophrenia. *Schizophr Res* 2010;122(1–3):94–103.
34. Štrkalj-Ivezić S. Stigma in clinical practice. *Psychiatr Danub* 2013;25(2):200–202.
35. Karon BP. Tragedy of Schizophrenia without Psychotherapy. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 2003;31:89–118.
36. Dam J. Insight in schizophrenia: A review. *Nord J Psychiatry* 2006;60:114–120.
37. Perkins R, Moodley P. The arrogance of insight? *Psychiatr Bull* 1993;17:233–234.
38. Lysaker PH, Buck KD, Salvatore G, Popolo R, Dimaggio G. Lack of awareness of illness in schizophrenia: conceptualizations, correlates and treatment approaches. *Expert Rev Neurother* 2009;9:1035–43.
39. Lysaker P, Yanos PT, Roe D. The role of insight in the process of recovery from schizophrenia. A review of three views. *Psychosis* 2009;1(2):113–121.
40. Corradi RB. *Medical Psychotherapy of Schizophrenia – A Dynamic/Supportive Approach*. *J Amer Acad Psychoanal* 2004;32:633–43.
41. Lysaker PH, Lancaster RS, Davis LW, Clements CA. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:38–44.
42. Kim Y, Sakamoto K, Kamo T, Sakamura Y, Miyaoka H. Insight and clinical correlates in schizophrenia. *Comp Psychiatry* 1997;38:117–23.
43. Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Owens DG, Johnstone EC. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;35:247–253.
44. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC *i sur*. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826–36.
45. Schwartz RC. The relationship between insight, illness and treatment outcome in schizophrenia. *Psychiatric Q* 1998;69:1–22.
46. Lacro J, Dunn L, Dolder C. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *J Clin Psychiatry* 2002;63:892–908.
47. Cuffel BJ, Alford J, Fischer EP, Owen RR. Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment compliance. *J Nerv Ment Dis* 1996;184:653–9.
48. Rosen K, Garety P. Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophr Bull* 2005;31(3):735–50.
49. 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):1324–42.
50. Lysaker PH, Bryson GJ, Bell MD. Insight and work performance in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:142–6.
51. Lysaker PH, Bell MD, Bryson GJ, Kaplan EZ. Psychosocial function and insight in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 1998;186:432–6.
52. Francis JL, Penn DL. The relationship between insight and social skill in persons with severe mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:822–9.
53. Debowska G, Grzywa A, Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia: Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment. *Compr Psychiatry* 1998;39:255–60.
54. Lincoln TM, Hodgins S. Is Lack of Insight Associated With Physically Aggressive Behavior Among People With Schizophrenia Living in the Community? *J Nerv Ment Dis* 2008;196(1):62–6.
55. Sim K, Chan YH, Chua TH, Mahendran R, Chong SA, McGorry P. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: a 24-month, longitudinal outcome study. *Schizophr Res* 2006;88:82–89.
56. Williams CC, Collins A. Factors associated with insight among outpatients with serious mental illness. *Psychiatr Serv* 2002;53(1):96–98.

57. Karow A, Pajonk FG, Reimer J, Hirdes F, Osterwald C, Naber D, Moritz S. The dilemma of insight into illness in schizophrenia: self- and expert-rated insight and quality of life. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2008;258(3):152–9.
58. Mohamed S, Rosenheck R, McEvoy J, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 2009;35(2):336–46.
59. Mutsaers SH, Joyce EM, Hutton SB, Barnes TR. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: the West London first episode study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2006;256(6):356–63.
60. Palmer BA, Pankratz S, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a re-examination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247–53.
61. Pompili M, Amador XF, Girardi P i sur. Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry* 2007;6:10.
62. Barrett EA, Sundet K, Faerden A i sur. Suicidality in first episode psychosis is associated with insight and negative beliefs about psychosis. *Schizophr Res* 2010;123(2–3):257–62.
63. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal behaviour in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *Am J Psychiatry* 1996;153:1185–8.
64. Link BG, Frances TC, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *Am Sociol Rev* 1989;54:400–23.
65. Endicott J, Nee J, Fleiss J, Cohen J, Williams JB, Simon R. Diagnostic criteria for schizophrenia: reliabilities and agreement between systems. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:884–9.
66. Corrigan PW, Watson AC, Barr L. The self-stigma of mental illness: Implications for self-esteem and self-efficacy. *J Soc Clin Psychol* 2006;25:875–84.
67. Staring AB, 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 disorder. *Schizophr Res* 2009;115:363–9.
68. Williams CC. Insight, stigma, and post-diagnosis identities in schizophrenia. *Psychiatry* 2008;71(3):246–56.
69. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;(6):CD002831.
70. Lysaker PH, Tsai J, Maulucci AM, Stanghellini G. Narrative awareness of illness in schizophrenia: Association of different forms of awareness with neurocognition and social function over time. *Conscious Cogn* 2008;17(4):1143–51.
71. Kravetz S, Faust M, David M. Accepting the mental illness label, perceived control over the illness, and quality of life. *Psychiatr Rehabil J* 2000;23:323–32.
72. Prutz L, Heinz Wiedl K, Waldorf M. Stigma as a predictor of insight in schizophrenia. *Psychiatr Res* 2012;198:187–93.
73. Mak WW, Wu CF. Cognitive Insight and Causal Attribution in the Development of Self-Stigma Among Individuals With Schizophrenia. *Psych Serv* 2006;57(12):1800–2.

## IZNENADNA I NEOČEKIVANA SMRT U EPILEPSIJI

### SUDDEN UNEXPECTED DEATH IN EPILEPSY

ANTUN FERENČIĆ, DRAŽEN CUCULIĆ, VALTER STEMBERGA, IVAN ŠOŠA\*

**Deskriptori:** Epilepsija – komplikacije, patologija, smrtnost; Iznenadna smrt – etiologija, patologija; Sudska patologija; Obdukcija

**Sažetak.** Pojam „iznenadna smrt u epilepsiji“ (engl. *Sudden Unexpected Death in Epilepsy* – SUDEP) označava iznenadnu, neočekivanu (bez obzira na postojanje evidentiranog napadaja), neposvjedočenu ili posvjedočenu smrt u bolesnika s epilepsijom, koja nije nastupila kao izravna posljedica neke traume. Budući da je iz definicije jasno da uzrok smrti nije očit, ne čudi što ovaj entitet u modernoj forenzici dobiva sve veću važnost. Naime, stručnjak sudske medicine u stvaranju svojih zaključaka rukovodi se uglavnom heteroanamnestičkim podacima, nekim tipičnim ozljedama i toksikološkom analizom. U sudskomedicinskoj praksi smrt pacijenta koji boluje od epilepsije može nastupiti tijekom izvođenja neke od svakodnevnih aktivnosti (poput vožnje ili ronjenja), što naglašava ulogu stručnjaka sudske medicine u utvrđivanju prirode smrti. Stoga smo pregledali literaturu o iznenadnoj i neočekivanoj smrti u epilepsiji, definirali termine, prikazali dosadašnje hipoteze o mehanizmu nastupanja smrti te ulogu suvremenih terapijskih pristupa. Epilepsija može biti povezana s mnogim patološkim stanjima, što na obdukciji treba prepoznati. S obzirom na to da se dijagnoza smrti zbog epilepsije temelji na metodi isključivanja, postoji mogućnost zanemarivanja prave incidencije takvih uzroka smrti.

**Descriptors:** Epilepsy – complications, pathology, mortality; Death, sudden – etiology, pathology; Forensic pathology; Autopsy

**Summary.** The term sudden unexpected death in epilepsy, regardless of the existing recorded attacks, represents a sudden, unexpected, witnessed or unwitnessed death in patients with epilepsy, which did not occur as a direct result of some trauma or drowning. As it is clear by definition that the cause of death is not obvious, it is not surprising that this entity is becoming increasingly important in modern forensics. In the creation of this conclusions a forensic expert mainly uses heteroanam-

\* **Zavod za sudsku medicinu i kriminalistiku, Medicinski fakultet u Rijeci** (Antun Ferenčić, dr. med.; izv. prof. dr. sc. Dražen Cuculić, dr. med.; izv. prof. dr. sc. Valter Stemberga, dr. med.; dr. sc. Ivan Šoša, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Dr. A. Ferenčić, Zavod za sudsku medicinu i kriminalistiku, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Braće Branchetta 20, 51000 Rijeka; e-mail: antun.ferencic@gmail.com  
Primljeno 30. studenoga 2016., prihvaćeno 3. srpnja 2017.