

Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju i praćenju bolesnika sa psihotičnim poremećajima

The Role of Family Doctors in Treatment and Monitoring of Patients with Psychotic Disorders

INO PROTRKA, ŽAKLINA CVITKUŠIĆ

Dom zdravlja Zagreb – Centar, Zagreb

SAŽETAK ____ Shizofrenija predstavlja kronični psihotični poremećaj obilježen deluzijama i halucinacijama u akutnoj fazi bolesti. Ne zna se točan uzrok nastanka bolesti, ali smatra se da niz bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika sudjeluje u etiopatogenezi iste. Simptomi shizofrenije dijele se na pozitivne (deluzije, halucinacije, poremećaj mišljenja, dezorganizirani govor, neobično ponašanje i katatonija) i negativne (osjećajna otupjelost, alogija, avolicija, socijalna izolacija i anhedonija). U liječenju i praćenju pacijenata koji boluju od shizofrenije fokus se stavlja primarno na psihičku komponentu bolesti i njezine psihičke komorbiditete, no niz je tjelesnih komorbiditeta o kojima bi trebalo povećati svijest. Čak 75 % bolesnika boluje od barem još jedne kronične bolesti. Dijagnoza se obično postavlja prema MKB-11 i DSM-5 dijagnostičkim kriterijima. Shizofrenija se ne može u potpunosti izliječiti, ali je moguće bolest dovesti pod kontrolu i osigurati normalno funkcioniranje pacijenta. Liječenje uključuje terapiju lijekovima (antipsihoticima) i psihoterapiju. Iako liječenje i praćenje bolesnika koji boluju od shizofrenije zahtijeva multidisciplinarni pristup, zbog dostupnosti i kontinuiteta skrbi te stečenog povjerenja liječnici obiteljske medicine često su prvi kojima se bolesnici ili članovi njihove obitelji javljaju za pomoć. Njihova je zadaća evaluirati stanje pacijenta i uspjeh liječenja, prepoznati psihičke i tjelesne komorbiditete bolesti te započeti s njihovim liječenjem, ali i educirati pacijente te članove njihove obitelji o prirodi same bolesti, mogućim provocirajućim čimbenicima, simptomima/znakovima koji zahtijevaju hospitalizaciju pacijenta te mogućnostima liječenja i rehabilitacije.

KLJUČNE RIJEČI: psihotični poremećaj, shizofrenija, obiteljska medicina

SUMMARY ____ Schizophrenia is a chronic psychotic disorder characterized by delusions and hallucinations in the acute phase of the disease. The exact cause of schizophrenia is not known, but it is believed that a number of biological, psychological and social factors participate in its etiopathogenesis. Symptoms of schizophrenia are divided into positive (delusions, hallucinations, thought disorder, disorganized speech, unusual behavior and catatonia) and negative (emotional numbness, alogia, avolition, social isolation and anhedonia). The focus in treatment and follow-up of patients suffering from schizophrenia is placed primarily on the psychological component of the disease and its psychological comorbidities, but there are a number of physical comorbidities of which awareness should be increased. 75% of patients suffer from another chronic disease. The diagnosis is usually made according to ICD-11 and DSM-5 diagnostic criteria. Schizophrenia cannot be completely cured, but it is possible to bring the disease under control and ensure the patient's normal functioning. Treatment includes drug therapy (antipsychotics) and psychotherapy. Although the treatment and follow-up of patients suffering from schizophrenia requires a multidisciplinary approach, due to the availability and continuity of care and the trust gained, family doctors are often the first to whom patients or family members ask for help. Their task is to evaluate the patient's condition and success of the treatment, to recognize the mental and physical comorbidities of the disease and start their treatment, but also to educate patients and their family members on the nature of the disease itself, possible precipitating factors, symptoms / signs that require hospitalization of the patient, and treatment and rehabilitation options.

KEY WORDS: psychotic disorder, schizophrenia, family medicine



Uvod

Psihotični poremećaj predstavlja ozbiljni duševni poremećaj obilježen psihozom. Psihoza označava gubitak sposobnosti racionalnog razmišljanja i prosudbe realnosti. Najčešće je obilježena deluzijama, tj. sumanutim mislima (pogrešna uvjerenja koja se ne mogu promijeniti niti racionalnim dokazima) i halucinacijama (opažanja koja se javljaju u odsutnosti stvarnog podražaja), ali se mogu javiti i promjene

u ponašanju, komunikaciji, emocionalna otupjelost i socijalna disfunkcija (1, 2). U nastavku će naglasak biti stavljen na kronični psihotični poremećaj, shizofreniju te ulogu liječnika obiteljske medicine u liječenju i praćenju takvih pacijenata. Ne zna se točan uzrok nastanka shizofrenije, ali smatra se da niz bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika sudjeluje u etiopatogenezi iste (3). Prevalencija shizofrenije iznosi 1,5 – 2 %, a poznato je da se nešto češće javlja u osoba muškog spo-

TABLICA 1. DSM-5 dijagnostički kriteriji za shizofreniju

A	Postojanje dva od sljedećih simptoma od kojih je svaki prisutan značajni dio vremena tijekom razdoblja od mjesec dana. Za postavljanje dijagnoze važno je da je prisutan barem jedan od simptoma 1 – 3. 1. Deluzije 2. Halucinacije 3. Disocirani govor 4. Dezorganizirano ponašanje 5. Negativni simptomi
B	Socijalna/profesionalna disfunkcija – uključuje narušene međuljudske odnose, nemogućnost funkcioniranja na poslu/fakultetu/nastavi kao ranije, smanjenu brigu o sebi itd.
C	Trajanje simptoma mora biti najmanje 6 mjeseci u kontinuitetu, tj. mjesec dana aktivne bolesti (kriterij A) u kombinaciji s razdobljem prodromalnih/rezidualnih simptoma (negativni simptomi ili drugi simptomi kriterija A, ali u oslabljenom obliku).
D	Isključiti postojanje shizoafektivnog ili depresivnog/maničnog poremećaja raspoloženja sa psihotičnim simptomima.
E	Isključiti postojanje poremećaja raspoloženja uzrokovanog uzimanjem psihoaktivnih supstancija ili nekoga drugog poremećaja raspoloženja.
F	U slučaju od ranije poznatog poremećaja iz spektra autizma ili poremećaja govora iz djetinjstva, za dijagnozu shizofrenije potrebna je prisutnost deluzija/halucinacija u trajanju minimalno mjesec dana.

la. Kod muškaraca obično se javlja u dobi 15 – 24 godina, a kod žena između 20. i 29. godine života. Muškarci imaju lošiju prognozu ove bolesti (4). Simptomi shizofrenije dijele se na pozitivne (deluzije, halucinacije, poremećaj mišljenja, dezorganizirani govor, neobično ponašanje i katatonija) i negativne (osjećajna otupjelost, alogija, avolicija, socijalna izolacija i anhedonija). Shizofrenija se ne može u potpunosti izliječiti, ali je moguće bolest dovesti pod kontrolu i osigurati normalno funkcioniranje pacijenta. Liječenje zahtijeva multidisciplinarn pristup, a uključuje terapiju lijekovima (antipsihoticima) i psihoterapiju. S obzirom na dostupnost primarne zdravstvene zaštite, kontinuitet zdravstvene skrbi, a i stečeno povjerenje, liječnici obiteljske medicine često su prvi kojima se pacijenti sa shizofrenijom obraćaju za pomoć. Prednost liječnika obiteljske medicine je praćenje nekoliko generacija iste obitelji, što omogućuje ranije prepoznavanje bolesti s obzirom na poznatu obiteljsku anamnezu, ali i lakšu komunikaciju s bolesnikovim članovima obitelji. Liječnici obiteljske medicine također radi kontinuiteta zdravstvene skrbi pacijente uglavnom poznaju od ranije, upoznati su s njihovim načinom reagiranja, ali i ostalim postojećim komorbiditetima i kroničnom terapijom, što omogućuje cjelovit pristup liječenju i praćenju takvih bolesnika. Kroz redovite preglede u mogućnosti su evaluirati stanje pacijenta i uspjeh liječenja, ali i održavati bolesnikovu motivaciju tijekom dugogodišnjeg razdoblja.

Komorbiditeti

Psihički komorbiditeti

Psihički su komorbiditeti vrlo česta pojava. Prevladavaju bolesti ovisnosti te zloupotreba psihoaktivnih supstancija. Kod pacijenata koji boluju od shizofrenije visoka je i prevalencija depresivnog poremećaja (50 %), anksioznog poremećaja raspoloženja – posttraumatski stresni pore-

mećaj (29 %), opsesivno-kompulzivnog poremećaja (23 %) i paničnog poremećaja (15 %) te poremećaja ličnosti (5).

Tjelesni komorbiditeti

Iako se u liječenju i praćenju pacijenata koji boluju od shizofrenije fokus stavlja primarno na psihičku komponentu bolesti i njezine psihičke komorbiditete, niz je tjelesnih komorbiditeta o kojima bi trebalo povećati svijest. Čak 75 % pacijenata koji boluju od shizofrenije, boluju još od barem jedne kronične bolesti. Najčešći tjelesni komorbiditeti su: pretilost, kardiovaskularne bolesti, hipertenzija, šećerna bolest, seksualna disfunkcija, osteoporoza, zarazne bolesti (primjerice, hepatitis, tuberkuloza, HIV), amenoreja te maligna oboljenja. Smrt od infarkta miokarda je čak dva puta češća kod osoba koje boluju od shizofrenije (6,7).

Tjelesni su komorbiditeti uglavnom teži, što je teži oblik shizofrenije. Mlađi shizofreni pacijenti obolijevaju od kroničnih bolesti. Nažalost, tjelesni su komorbiditeti često zanemareni kod psihičkih bolesnika.

Upravo su liječnici obiteljske medicine ti koji su upoznati sa svim pacijentovim komorbiditetima i u mogućnosti su tijekom redovitih pregleda otkriti nove te posvetiti se liječenju postojećih.

Dijagnoza

Ne postoji univerzalni algoritam za postavljanje dijagnoze shizofrenije i ostalih psihotičnih poremećaja. Najvažniju ulogu u dijagnostici ima opširna i pažljivo uzeta anamneza. Heteroanamneza je osobito važna jer se često pitanja o početku javljanja simptoma i tijekom bolesti postavljaju članovima obitelji, partnerima, prijateljima i drugim osobama iz bolesnikovog okruženja.

Dijagnoza shizofrenije najčešće se postavlja prema MKB-11

i/ili DSM-5 dijagnostičkim kriterijima (tablica 1.) (8 – 10).

Za razliku od DSM-5 kriterija, MKB-11 (Međunarodna klasifikacija bolesti ili engl. *International Classification of Diseases ICD-11*) podrazumijeva postojanje barem 2 simptoma (uključujući pozitivne, negativne, depresivne, manične, psihomotorne i kognitivne simptome), a od toga barem jedan od ključnih simptoma (deluzije/halucinacije/disocirani govor/poremećaj mišljenja) koji su prisutni značajni dio vremena tijekom posljednjih mjesec dana. Za dijagnozu nije potrebno da u kombinaciji s rezidualnim simptomima oni traju najmanje 6 mjeseci. Također, MKB-11 klasifikacija isključuje socijalnu/profesionalnu disfunkciju kao jedan od kriterija za postavljanje dijagnoze.

I DSM-5 i MKB-11 kriteriji više ne podrazumijevaju podjelu shizofrenije u subtipove (11).

Neuroradiološke i laboratorijske pretrage obično se koriste kako bi se isključili drugi organski uzroci psihičkog poremećaja (12).

Važno je da liječnik obiteljske medicine bude upoznat s navedenim kriterijima kako bi pravovremeno reagirao i uputio bolesnika na specijalistički pregled psihijatra, odnosno bolničko liječenje ako to zahtijeva stanje bolesnika.

Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju i praćenju bolesnika sa psihotičnim poremećajima

Osnovna načela primarne zdravstvene zaštite su sveobuhvatnost, kontinuitet, dostupnost i cjelovit pristup. S obzirom na navedena načela, a i povjerenje koje se stječe kroz kontinuitet zdravstvene skrbi, liječnici obiteljske medicine često su prvi kojima se pacijenti sa shizofrenijom osobno javljaju u ambulantu. Ponekad ih o znakovima shizofrenije kod pacijenta obavještavaju članovi obitelji, partner/ica, susjedi i/ili prijatelji, a nerijetko na postojanje psihotičnog poremećaja posumnjaju i patronažne sestre tijekom kućnih posjeta. Važno je znati prepoznati poremećaj i pravilno reagirati te osigurati dobru komunikaciju između svih članova tima.

Liječenje bolesnika

Vodeći izazov u liječenju takvih pacijenata je njihova nesuradljivost, osobito u početnoj fazi bolesti, kada se još nije ni započelo s terapijom te u akutizaciji/pogoršanju stanja. Nerijetko se liječniku obiteljske medicine za pomoć obraćaju članovi obitelji te traže prisilnu hospitalizaciju pacijenta jer pacijent odbija liječenje, no tu se postavlja pitanje kada je dozvoljeno prisilno hospitalizirati bolesnika. Prisilna hospitalizacija u psihijatrijsku ustanovu je mjera koja se može provesti nad osobama s težim duševnim smetnjama, koje uslijed te smetnje ozbiljno i izravno ugrožavaju vlastiti ili život druge osobe. Već se iz same riječi „prisilna“ može izvesti zaključak da za to nije potreban pristanak duševno

bolesne osobe. U slučaju prisilne hospitalizacije potrebno je pacijenta uputiti u zdravstvenu ustanovu u pratnji hitne medicinske pomoći te policije. Nažalost, same halucinacije, deluzije, pacijentovo odbijanje terapije i dr., ne spadaju često u indikacije za prisilnu hospitalizaciju.

Iako antipsihotike najčešće propisuju liječnici, specijalisti psihijatrije, do njihova kontrolnog pregleda, liječnici obiteljske medicine su ti koji evaluiraju učinak liječenja, prate nuspojave lijeka te po potrebi upućuju pacijenta na specijalistički pregled radi promjene lijeka. Liječnici obiteljske medicine i njihove medicinske sestre mogu pratiti podizanje peroralne terapije te najčešće u svojim ambulantom provode primjenu depo pripravaka.

Kao što smo ranije naveli, u liječenju shizofrenih pacijenata fokus se stavlja na liječenje same bolesti i psihičkih komorbiditeta, a zanemareno je prepoznavanje i liječenje tjelesnih komorbiditeta, stoga je zadaća liječnika obiteljske medicine pravovremeno prepoznati i započeti liječenje istih.

Praćenje pacijenata

Praćenje pacijenata koji boluju od shizofrenije je, kao i liječenje, multidisciplinarno, pa se oni tako, osim kod liječnika obiteljske medicine, prate i kod psihijatra na redovitim kontrolama, ali i specijalista drugih medicinskih grana, zato što često imaju i druge komorbiditete. Ipak, mjesto „prvog kontakta“ je ambulanta obiteljske medicine u koju se oni javljaju kada prvi put prepoznaju simptome (deluzije, halucinacije i sl.), prilikom podizanja mjesečne terapije, uslijed akutnog pogoršanja bolesti, pojave drugih tegoba, u pratnji na pregledu drugog člana obitelji i sl. Sve bi navedene posjete liječnik obiteljske medicine trebao iskoristiti za reevaluaciju stanja pacijenta. Zadaća liječnika obiteljske medicine je prepoznati pogoršanje pacijenta, evaluirati učinak farmakoterapije i po potrebi korigirati istu, ali i voditi brigu o mogućim komorbiditetima te ih na vrijeme prepoznati i započeti s njihovim liječenjem.

Suradljivost takvih pacijenata u početnoj je fazi često vrlo otežana te pacijenti smatraju da ih liječnik ne razumije, nerijetko navode „da su se svi okomili na njih“, „da liječnik surađuje s njihovim neprijateljima“ i sl. Važno je unatoč navedenom osigurati skrb pacijenta, prepoznati znakove koji upućuju na potrebu za prisilnom hospitalizacijom te na vrijeme pacijenta uputiti na specijalistički pregled. Zahvaljujući depo preparatima koji se koriste u liječenju, osigurava se vremenski period u kojem pacijenti zaista dobro funkcioniraju te je istovremeno i suradljivost pacijent-liječnik bolja. Upravo zato važno je paziti na kontinuitet liječenja, osigurati dostupnost lijekova te pacijente pozivati na redovite kontrole kako bi se izbjeglo razdoblje gubitka djelotvornosti lijeka te pogoršanje pacijentovog stanja. Liječnik obiteljske medicine mora biti upoznat s neželjenim

pojavama lijeka te ih pravovremeno prepoznati. S obzirom na to da su sve češće u upotrebi atipični antipsihotici koji dovode do razvoja metaboličkog sindroma, važno je shizofrenim bolesnicima redovito određivati BMI (indeks tjelesne mase, engl. *Body Mass Index*), GUK (glukozu u krvi), mjeriti krvni tlak, određivati biokemijske nalaze. Sve je bolesnike potrebno educirati o pravilnoj i uravnoteženoj prehrani, važnosti redovite fizičke aktivnosti i preventivnih pregleda (13).

Zadaća je liječnika obiteljske medicine i educirati pacijente te članove njihove obitelji o prirodi same bolesti, mogućim provocirajućim čimbenicima, simptomima/znakovima koji zahtijevaju hospitalizaciju pacijenta te načinu djelovanja i uzimanju lijekova.

Pacijenti koji boluju od shizofrenije često su nezaposleni ili su na dugotrajnim bolovanjima, a povremeno se zbog bolesti započinje i postupak određivanja privremene/trajne nesposobnosti za rad. I u tom postupku sudjeluju liječnici obiteljske medicine. Ispunjava se 1-IN obrazac, tj. *Izvješće s nalazom i mišljenjem liječnika*, koji sadrži opće podatke pacijenta, podatke o radnom mjestu te detaljnu anamnezu i status pacijenta na temelju pregleda izabranog liječnika. Liječnik u obrascu navodi koji je razlog upućivanja na komisiju te smatra li da je pacijentova nesposobnost trajna ili privremena. Najčešće se takav postupak pokreće nakon što je pacijent na bolovanju dulje od godinu dana.

Pacijenti s težim oblikom shizofrenije zbog svoje bolesti često imaju i skrbnika. Prema *Obiteljskom zakonu i institutu za djelomično oduzimanje poslovne sposobnosti* utemeljeno je skrbništvo za punoljetne osobe kojima je svrha zaštita prava i interesa osoba koje boluju od duševnih bolesti, a nisu u mogućnosti brinuti se o sebi ili drugima (djeci/roditeljima). Skrbnici su često ti koji se javljaju liječnicima obiteljske medicine i obavještavaju ih o stanju pacijenta, vode računa o redovitom uzimanju terapije i sudjeluju aktivno u procesu liječenja i skrbi o pacijentu. I skrbnici i liječnici obiteljske medicine imaju zajednički cilj – omogućiti pacijentu normalno funkcioniranje u svakodnevnom životu, stoga je važna dobra suradnja (14).

Međutim, postavlja se pitanje što nakon izbora dobre terapije. Kako omogućiti pacijentu povratak u „staro normalno“, pomoći mu da krene dalje? U klinikama osim psihijatrijskog

liječenja (određivanje medikamentozne terapije i psihoterapije) postoji i *Centar za resocijalizaciju* pacijenta. Takvi centri provode socioterapijske, radno-terapijske, rekreativne i edukacijske aktivnosti za bolesnike, u svrhu njihove rehabilitacije i resocijalizacije. Radni terapeut u suradnji s bolesnikom planira navedene aktivnosti kako bi se bolesniku omogućila što bolja adaptacija na životnu i radnu okolinu.

Također, postoje i udruge za društvenu afirmaciju osoba s duševnim bolestima koje nude usluge Dnevnog centra. Uvjeti za prijem korisnika u Dnevni centar su da je korisnik kritičan prema bolesti (znači svjestan svoje bolesti i nužnosti liječenja), u stabilnoj remisiji (znači da je dulje vrijeme njegovo zdravstveno stanje stabilno) te da redovito uzima propisanu terapiju i obavlja liječničke kontrole.

Za teže pacijente, pacijente starije životne dobi koji žive sami ili one koji osim od shizofrenije boluju od nekih drugih teških bolesti, postoji mogućnost smještaja u domove s 24-satnom njegovom i skrbi.

Važno je da liječnik obiteljske medicine, iako ne sudjeluje u radu Centra za resocijalizaciju, udruga, domova i dr., bude upoznat sa svim tim mogućnostima te pacijenta, njihove skrbnike ili članove obitelji o njima obavijesti i/ili im pomogne odabrati što je za njih najbolje.

Zaključak

Prevalencija psihičkih bolesti, pa tako i shizofrenije, u stalnom je porastu. Iako se u liječenju i praćenju pacijenata koji boluju od shizofrenije fokus stavlja na psihičku komponentu bolesti i njezine psihičke komorbiditete, niz je tjelesnih komorbiditeta o kojima bi trebalo povećati svijest. Liječenje i praćenje bolesnika zahtijeva multidisciplinarni pristup, no zbog dostupnosti i kontinuiteta skrbi te stečenog povjerenja, liječnici obiteljske medicine često su prvi kojima se bolesnici ili članovi njihove obitelji javljaju za pomoć. Oni nerijetko i postavljaju dijagnozu, upućuju bolesnika na specijalistički pregled/bolničko liječenje te prate stanje pacijenta i uspjeh liječenja. Važno je osigurati kontinuitet zdravstvene skrbi takvih pacijenata te educirati bolesnike i članove njihove bolesti o samoj bolesti, ali i mogućnostima liječenja i rehabilitacije pacijenata.

LITERATURA

1. Arciniegas DB. Psychosis. Continuum (Minneapolis, Minn). 2015 Jun;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715-36. doi: 10.1212/01.CON.0000466662.89908.e7.
2. Stone AB. The Spectrum of Psychotic Disorders: Neurobiology, Etiology, and Pathogenesis. Psychiatr Serv. 2008;59(1):118-118. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1176/ps.2008.59.1.118>. Datum pristupa: 9. 7. 2023.
3. Mirsky AF, Duncan CC. Etiology and expression of schizophrenia: neurobiological and psychosocial factors. Annu Rev Psychol. 1986;37:291-319. doi: 10.1146/annurev.ps.37.020186.001451.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 izdanje. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. Schizophrenia and other psychotic disorders; str. 89-122.
5. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric comorbidities and schizophrenia. Schizophr Bull. 2009 Mar;35(2):383-402. doi: 10.1093/schbul/sbn135.
6. Nishanth KN, Chadda RK, Sood M, Biswas A, Lakshmy R. Physical comorbidity in schizophrenia & its correlates. Indian J Med Res. 2017 Aug;146(2):281-284. doi: 10.4103/ijmr.IJMR_1510_15.
7. Mitchell AJ, Malone D. Physical health and schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2006 Jul;19(4):432-7. doi: 10.1097/01.yco.0000228767.71473.9e.
8. Tandon R, Gaebel W, Barch DM i sur. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. Schizophr Res. 2013 Oct;150(1):3-10. doi: 10.1016/j.schres.2013.05.028.
9. Rahme C, El Kadri N, Haddad C, Fekih-Romdhane F, Obeid S, Halilit S. Exploring the association between lifetime traumatic experiences and positive psychotic symptoms in a group of long-stay patients with schizophrenia: the mediating effect of depression, anxiety, and distress. BMC Psychiatry. 2023 Jan 12;23(1):29. doi: 10.1186/s12888-023-04531-3.
10. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernández R, Narrow WE, Reed GM. Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). Psychol Sci Public Interest. 2017 Sep;18(2):72-145. doi: 10.1177/1529100617727266.
11. Valle R. Schizophrenia in ICD-11: Comparison of ICD-10 and DSM-5. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2020 Apr-Jun;13(2):95-104. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2020.01.001.
12. Hany M, Rehman B, Azhar Y, Chapman J. Schizophrenia. 2023 Mar 20. U: StatPearls J. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK539864/>. Datum pristupa: 9. 7. 2023.
13. Willner K, Vasani S, Abdijadid S. Atypical Antipsychotic Agents. StatPearls Publishing; 2022. Dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448156/>. Datum pristupa: 9. 7. 2023.
14. Rahman T, Lauriello J. Schizophrenia: An Overview. Focus (Am Psychiatr Publ). 2016 Jul;14(3):300-307. doi: 10.1176/appi.focus.20160006.



ADRESA ZA DOPIŠIVANJE:

Ino Protrka, dr. med.
Dom zdravlja Zagreb – Centar
Runjaninova ul. 4, 10 000 Zagreb
e-mail: ino.protrka@dzz-centar.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

2. svibnja 2023./May 2, 2023

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

9. srpnja 2023./July 9, 2023

