

Rano prepoznavanje shizofrenije u mladima

Early Detection of Schizophrenia in Young People

KATARINA DODIG-ĆURKOVIĆ^{1,2}

¹Klinika za psihijatriju, Zavod za dječju i adolescentnu psihijatriju, KBC Osijek; ²Medicinski fakultet Osijek

SAŽETAK Shizofrenija se u mladima javlja uglavnom u razdoblju adolescencije, a pojave prije 13. godine života su rijetke, sa značajno lošim ishodom i rezistencijom na antipsihotike. Adolescencija je izuzetno burno razdoblje svake mlade osobe, obuhvaća razdoblja rane (1. – 14. godine), srednje (15. – 17. godine) i kasne adolescencije (18. – 21. godine). U tom razdoblju mlada osoba više nije dijete, ali još nije ni odrasla osoba. Adolescenciju obilježavaju brojne hormonske, fiziološke i psihološke promjene, zbog čega je osobito važno upravo tada uspostaviti temelje za kasniji rast i razvoj. Pritom valja istaknuti da je mlada osoba u tom razdoblju izrazito osjetljiva na traume i stresogene situacije, koje mogu djelovati kao okidač za pojavu psihotičnih epizoda, odnosno psihotičnih poremećaja. Shizofrenije koje se javljaju prije 21. godine života smatraju se adolescentnima te vrlo često započinju puno ranije, u obliku prodromalnih simptoma. U toj se fazi ne može sa sigurnošću razlučiti je li riječ o razvojnog odstupanju ili o početku psihičkog poremećaja pa se u većini slučajeva liječenje još ne primjenjuje. U razvoju shizofrenije u mladima najprije dominiraju negativni, a potom i pozitivni simptomi bolesti. Stoga pravodobna i kvalitetna dijagnostička procjena te rano započeto liječenje uvelike određuju tijek i prognozu bolesti u odrasloj životnoj dobi.

KLJUČNE RIJEČI: antipsihotici, halucinacije, mladi, prodromi, shizofrenija

SUMMARY In young people, schizophrenia primarily emerges during adolescence. Onset before the age of 13 is rare and is typically associated with significantly poorer outcomes and resistance to antipsychotics. Adolescence is an exceptionally turbulent period for every young person, spanning between early age (11-14), middle (15-17), and late adolescence (18-21 years). During this time, the individual is no longer a child but is not yet an adult. This phase is marked by various hormonal, physiological, and psychological changes. It is crucial to establish a number of foundations for future growth and development during this period. Of particular importance is the fact that young people are highly sensitive to trauma or stressful situations, which can often trigger psychotic episodes or the onset of psychotic disorders. All forms of schizophrenia that appear before the age of 21 are considered adolescent schizophrenia. These cases often begin much earlier in the form of prodromal symptoms. At this stage, it cannot be determined with certainty whether the issue is a developmental disorder or a mental illness, so treatment is usually not initiated. In the development of schizophrenia in youth, negative symptoms tend to dominate first, followed by positive ones. However, a timely and accurate diagnostic assessment and the initiation of treatment determine both the course and prognosis of the disease throughout adulthood.

KEY WORDS: antipsychotics, hallucinations, prodromes, schizophrenia, youth



Uvod

Svi današnji pokazatelji na globalnoj razini i u Hrvatskoj ukazuju na porast poremećaja mentalnog zdravlja upravo u populaciji djece i adolescenata, uz naglasak na sve više psihotičnih kliničkih slika koje se kasnije mogu prezentirati kao shizofrenija.

Iskustvo u radu s mladima, nažalost, upućuje na potrebu za preventivnim djelovanjem na razini društva u cjelini, a osobito u zajednici u kojoj dijete živi i odrasta. Okidači za pojavu prvih simptoma često su nesređena obiteljska situacija, narušeni i rizični vršnjački odnosi, porast ovisničkog ponašanja među mladima te laka dostupnost psihoaktivnih tvari, alkohola i energetskih pića. Važno mjesto pritom zauzima i ovisnost o tzv. virtualnom svijetu koja narušava prijeko potrebnu ravnotežu sna, odmora i oporavka mlade osobe.

Najveći dio psihičkih bolesti započinje prije 15. godine živo-

ta, a pravodobna dijagnostika i što ranija psihijatrijska intervencija omogućuje i liječnicima i obitelji da što učinkovitije pomognu mladoj osobi da može biti funkcionalna u radnom, školskom, socijalnom i obiteljskom okruženju. Srednja faza adolescencije najosjetljivije je razdoblje za pojavu psihotičnih simptoma. Obilježavaju je intenzivna zaokupljenost sobom, izmjena visokih očekivanja i loše slike o sebi, izražene tjelesne promjene, shvaćanje da roditelji nisu savršeni i posljedično sve češći sukobi s njima, sve veći utjecaj vršnjaka, povećana želja za neovisnošću, regresija na dječja ponašanja u stresnim situacijama, sklonost promjenama raspoloženja i testiranju jasnih pravila i granica, sklonost ovisnostima te rastući interes za seksualne teme (1).

Važno je istaknuti da je klinička prezentacija simptoma shizofrenije praktički nepromijenjena tijekom života i dijagnostički kriteriji shizofrenije za djecu jednaki su onima za

adolescente i odraslu dob. Jedina razlika je u tome što djeca s ovom bolešću ne uspijevaju postići socijalnu i akademsku razinu. Teško je precizirati glavni uzrok zašto neka djeca obolijevaju, uglavnom se ističe bitna pretpostavka da je to ranjivost i nezrelost dječjeg mozga, zbog čega su djeca više podložna negativnim utjecajima okoline i kognitivnim oštećenjima. Osim toga, iskustvo u radu s mladima pokazuje da su adolescenti često skloni eksperimentiranju i različitim oblicima ponašanja koji nerijetko nisu u skladu s pravilima okoline. Zbog svojevrsnoga razvojnog moratorija na takvo ponašanje u toj dobi često je teško procijeniti je li ono razvojno očekivano ili odstupa od uobičajenoga. Upravo je zato teško odmah zauzeti dijagnostički stav da je riječ o shizofreniji. Kliničarima je osobito zahtjevno razlučiti jesu li pojedini simptomi plod dječje mašte, odnosno fantazije, ili je doista riječ o psihotičnim simptomima, poput halucinacija i deluzija.

Uzroci shizofrenije

Danas prevladava stav da je pojava shizofrenije multifaktorski proces, u kojem sudjeluju brojni čimbenici: genetika, osobito promjene na 5. kromosomu, prekomjerna dopaminska aktivnost u limbičkom sustavu, abnormalnosti moždanih struktura te psihodinamski aspekti. Iz psihodinamske perspektive pojava psihotičnih simptoma može se povezati s prekidima pojedinih razvojnih faza, regresijom na najranije mjesece života, izostankom „dovoljno dobre majke” i podržavajuće okoline, neuspješnom integracijom selfa i objekta, kontinuiranim roditeljskim zanemarivanjem te ranim traumama koje mogu imati psihogeni karakter. Važno je također istaknuti brojne okolišne čimbenike, osobito u kontekstu suvremenoga načina života. Među njima se izdvajaju sve češća uporaba kanabisa i sintetičkih kanabinoida među mladima, ali i čimbenici povezani s trudnoćom, poput infekcija u ranim fazama trudnoće, pothranjenosti majke, hipovitaminoza, drugih bolesti majke, nekontroliranih adolescentnih trudnoća i sl. (2).

Rani klinički pokazatelji psihičkih poremećaja kod djece i adolescenata

U kontekstu razvoja shizofrenije u mladima, obično se naglasak stavlja na **pojavnost psihotičnih simptoma**: deluzije, halucinacije, dezorganizirano mišljenje, afektivna zaravnjenost, socijalno i emocionalno povlačenje te apatija. Međutim, prepoznavanje psihotičnih simptoma u dječjoj i adolescentnoj dobi poseban je izazov zbog često otežanoga razlučivanja između razvojne i psihotične psihopatologije. **Sumanute ideje i halucinacije** u dječjoj dobi posebno su prije 10. godine djetetova života slabo definirane, površne, a rani oblici sumanutih ideja obično se javljaju u formi tranzitivističnih depersonalizacijskih doživljaja, pri kojima se djeca često identificiraju s ljudima, nekim životinjama ili predmetima iz svoje okoline (3). Prije 10. godine teško je razlikovati halucinatorni doživljaj

od sumanutosti. U djetinjstvu se opaža izraženija sklonost **fantaziji**, primjerice, **u obliku imaginarnog prijatelja**. Pritom sama pojava imaginarnog prijatelja ne upućuje nužno na rani simptom psihoze, nego često predstavlja način na koji djetete u određenoj razvojnoj fazi pokušava psihički obraditi ili prevladati stresno, neugodno ili traumatsko iskustvo, poput razdvajanja od roditelja, naglog odvajanja od majke, odlaska iz obiteljskog doma, smrti majke, dugotrajnije hospitalizacije zbog teže bolesti bez prisutnosti majke, spolnog zlostavljanja ili drugih oblika zlostavljanja (2).

U pubertetu i pretpubertetu povećava se učestalost sumanutih simptoma, no u toj se životnoj dobi, u sklopu brojnih razvojnih promjena i hormonskog sazrijevanja, povremeno mogu javiti i paranoidne te hipohondrijske teme.

U ranoj adolescenciji, između 13. i 15. godine života, obično se javljaju ideje veličine, poslanja i religioznosti, depresivna razmišljanja te ljubavne sumanutosti.

Rano prepoznavanje psihotičnosti ili psihotične kvalitete u dječjoj je psihijatriji posebno važno kao i kvalitetno dijagnosticiranje s ciljem što brže terapijske intervencije i povoljnije prognoze samog poremećaja.

Shizofrenija je kronična bolest koja uključuje: abnormalne misli, percepcije i društveno ponašanje koje posljedično stvara značajne probleme u odnosima i funkcioniranju. Shizofrenija je vrlo rijetka u djetinjstvu, tj. prije adolescencije. Može započeti u bilo koje vrijeme od sredine adolescencije do sredine tridesetih godina života, najčešće tijekom sredine dvadesetih. Postoje podaci o tome da se ne javlja prije 17. odnosno 18. godine života. Međutim, prema novijim podacima postoji i mogućnost **pojave tzv. juvenilnih psihoza prije 13. godine djetetova života** koju, nažalost, obilježava i snažna kronična deterioracija ličnosti. Obično se javlja u obiteljima gdje već postoji podatak o tome da neki član uže ili šire obitelji pati od tog poremećaja (3).

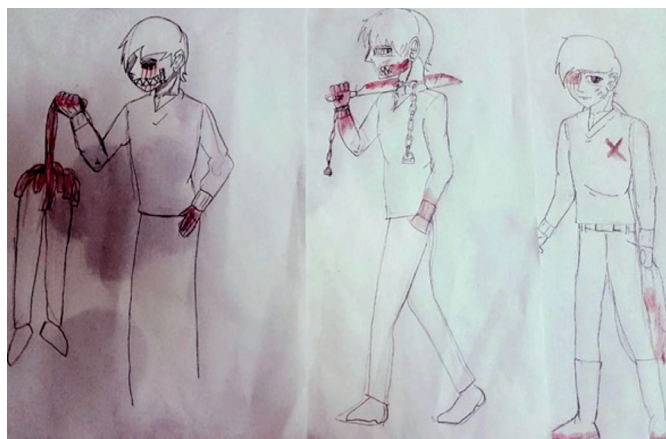
Glavna obilježja juvenilne shizofrenije jesu pojava halucinacija i deluzija, često i teškoće u govoru, naglašena socijalna izolacija, povlačenje u sebe, osamljivanje, zanemarivanje higijene tijela i prostora u kojem osoba živi te zaravnjeni afekt. Pritom, što je dijete mlađe životne dobi, veća je opasnost da se previde organski uzroci ranog oštećenja mozga, primjerice, tumori. Kada se simptomi jave prije polaska u školu, često je prisutna izražena paranoidna klinička slika te naglo i brzo propadanje već do ulaska u adolescenciju. Juvenilne shizofrenije ipak su rijetke i javljaju se u omjeru 1 : 40 000 djece do 13. godine života, dok se u srednjoj i kasnoj adolescenciji učestalost povećava na 1 : 10 000 do 18. godine života (3).

U vrlo ranoj fazi bolesti okolina djecu često doživljava čudnim, pa čak i ekscentričnim. Njihovo ponašanje i izgled mogu biti upadni, što se nerijetko pripisuje pubertetu ili mladenačkom bunt. Ipak, roditelji i škola najčešće opažaju promjene u djetetovu funkcioniranju: smanjenu motivaciju, emocionalnu zaravnjenost, izolaciju od okoline i vršnjaka, napušta-

SLIKA 1., 2., 3., 4. Slike nastale pod utjecajem halucinacija u adolescenata između 15. i 18. godine života



SLIKA 5. Prikaz crteža pacijentice koja ima imperativne slušne halucinacije



nje ranijih hobija i aktivnosti te izrazito socijalno povlačenje. Mogu biti prisutni nepovjerljivost, sumnjičavost, katkad i nepredvidljivo ponašanje, zapuštanje higijene, teškoće u izražavanju emocija, prekomjerno ili nedostatno spavanje te neobične i iracionalne izjave. U školskom funkcioniranju često se bilježi pad uspjeha, ponajprije zbog teškoća s pažnjom i koncentracijom. Dijete može biti depresivno, a vršnjaci ga mogu ismijavati zbog uporabe neobičnih riječi ili neuobičajenog načina govora.

Za potpunu kliničku sliku potrebno je uzeti u obzir pet tipova simptoma: deluzije, halucinacije, dezorganizirani govor, dezorganizirano ponašanje i negativne simptome. Od **pozitivnih** simptoma obično dominiraju halucinacije, sumanutosti i poremećaj mišljenja, a od **negativnih** simptoma najčešće se javljaju siromaštvo govora i mišljenja, anhedonija te otupljeni ili ograničeni afekt. Mogu biti prisutni i dezorganizirano ponašanje, bizarno mišljenje i slaba pozornost. **Prvi simptomi**, poput socijalnog povlačenja, siromašnijeg govora, afektivne udaljenosti, anhedonije, zapuštanja vlastite higijene ili higijene prostora u kojem osoba boravi te drugih promjena u ponašanju, često se pripisuju samoj razvojnoj dobi, odnosno pubertetu, što otežava pravodobnu terapijsku intervenciju i bolji oporavak. Ponekad se može javiti i izražena preokupi-

ranost vlastitim tijelom ili pojedinim dijelovima tijela, kao i čudno ili bizarno ponašanje, primjerice, u odijevanju, prehrani, pretjeranoj religioznosti, preokupiranosti određenim idejama, bizarnim crtežima i sl. I to okolina često pripisuje pubertetu pa se, iako su se simptomi pojavili mnogo ranije, konačna klinička slika i dijagnoza postavljaju tek u odrasloj dobi kada smetnje znatno narušavaju funkcioniranje mlade osobe. U skladu sa svim opisanim, opaža se vrlo brzo narušavanje školskog funkcioniranja i izbjegavanje odlaska u školu, kao i izbjegavanje redovitih sportskih ili drugih djetetu omiljenih aktivnosti. Zbog toga se djeca često prvi put upućuju na obradu upravo nakon što škola upozori roditelje na uočene teškoće u djetetovu funkcioniranju (3, 4, 5).

Potrebno je imati na umu da prisutnost halucinacija u djece ne znači nužno postojanje psihoze jer se halucinacije mogu javiti i u sklopu pojedinih anksioznih poremećaja. Kao što je već istaknuto, fantazije mogu biti i dio normalnoga psihološkog razvoja. Halucinacije mogu zahvatiti svih pet osjetila, ali najčešće su slušne, a po učestalosti ih slijede vidne halucinacije. Pri opisivanju slušnih halucinacija djeca često navode da čuju glasove poznatih osoba koji su vrlo grubi, glasni, optužujući, a ponekad i vulgarni (2). Vrlo često kroz crteže djeca znaju istaknuti snagu svojih halucinacija (slika 1., 2., 3., 4).

Često su naređujućeg sadržaja gdje mladu osobu potiču da ozlijedi ili sebe ili druge.

Slika 5. prikazuje kako mlada adolescentica u dobi od 16 godina čuje glasove koji joj govore da ozlijedi, odnosno ubije sebe ili nekog drugoga.

Pritom treba imati na umu da vidne halucinacije u djece često mogu upućivati na somatsku etiologiju, primjerice, tumor mozga. Zbog toga je nužno provesti potpuni tjelesni pregled i odgovarajuću dijagnostičku obradu kako bi se isključio organski uzrok simptoma. Pojava psihotičnih simptoma stoga zahtijeva ponajprije detaljnu somatsku obradu, prije postavljanja konačne dijagnoze shizofrenije.

Kod **djece** simptomi obično počinju postupno i postaju ozbiljniji, nego u adolescenata ili odraslih. Također, veća je mogućnost da će mišljenje biti oštećeno. Adolescenti se mogu

socijalno izolirati, imati neobične emocije i / ili imati halucinatione, zablude i paranoje.

Ne postoji specifična dijagnostička pretraga za shizofreniju. Liječnici postavljaju dijagnozu na temelju procjene simptoma tijekom vremena.

Podjela psihoza

S obzirom na razdoblje (dob) kada se javljaju, možemo razlikovati:

1. vrlo rano započete psihoze (prije 13. godine života)

2. rano započete psihoze (prije 18. godine života).

Sve psihoze koje započinju prije 21. godine života nazivamo **adolescentnim psihozama** (5,6,7).

Za shizofreniju dječje i adolescentne dobi osobito su karakteristični **šuljajući, spori početak simptoma**, učestaliji razvojni neurološki deficiti, lošija premorbidna adaptacija, manje jasno izražena simptomatologija, povećana rezistencija na antipsihotike te lošija prognoza. U dječjoj i adolescentnoj shizofreniji u 80 % slučajeva javljaju se halucinacije, većinom slušne, primjerice, imperativne ili u obliku dijaložkoga govora, zatim vidne i cenestetske halucinacije (2,3). Osobito je zahtjevno to što je u shizofreniji dječje i adolescentne dobi izražena deterioracija, koja zaustavlja očekivani intelektualni i socijalni rast i razvoj.

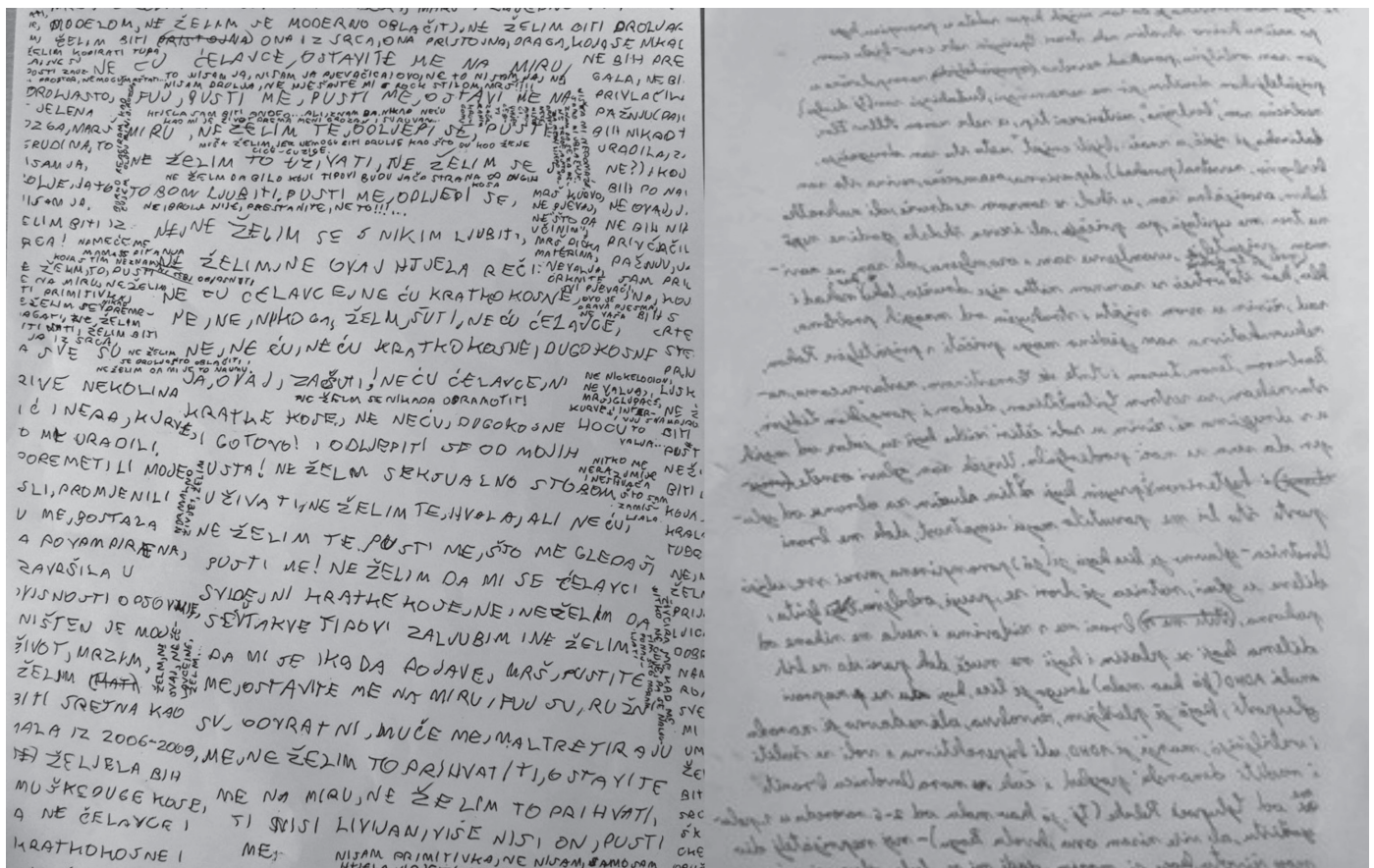
Shizofrenije djetinjstva

Shizofrenije djetinjstva dijele se u tri osnovne podskupine:

- rane dječje psihoze u prve tri godine života
- shizofrenija malog djeteta i djeteta predškolske dobi
- shizofrenija kasnog i srednjeg djetinjstva.

Ako se shizofrenija javlja prije 10. godine djetetova života, glavna su obilježja negativističko ponašanje, sumanuto raspoloženje, poteškoće u govoru i izražavanju emocija, manjak interesa za igru, pojava raznih strahova što značajno utječe na djetetovo svakodnevno funkcioniranje, posebno među vršnjacima, poremećaj nagona i motorike. Rjeđe se javljaju halucinacije i sumanutosti. Često se radi o tzv. depersonalizacijskim doživljajima kada se djeca identificiraju s nekim predmetima ili životinjama, kao rezultat upravo zastoja u nekoj od razvojnih faza djeteta i psihotične dezintegracije osobnosti.

U **prepubertetskoj shizofreniji** češće su sumanutosti (npr. hipohondrijske), ali i pojava raznih prisilnih misli i radnji, što se često u početku dijagnosticira kao opsesivno-kompulzivni poremećaj. Međutim, može biti i svojevrsni zaštitni mehanizam od psihotičnog sloma. U ovoj dobi često se javljaju i vidne halucinacije, manirizmi, oslabljena kontrola nagona, ideje odnosa, poteškoće na planu seksualnog identiteta, rana pojava cenestetskih doživljaja i pojava sistematiziranih sumanutosti, obično nakon 12. godine života. U **adolescenciji** se javlja

SLIKA 6. Rukopis nakon uvođenja antipsihotika kod šesnaestogodišnje pacijentice

kao i kod odraslih specifični simptom gubitak orijentacije koji se definira kao nemogućnost razumijevanja i doživljaja pripadnosti vremenskoj, situacijskoj i osobnoj stvarnosti.

Što raniji početak bolesti označava lošiju prognozu, odnosno maligniji tijek bolesti, uz značajne kognitivne poteškoće, poremećaj govora, jezika, motorike, ponašanja i učenja. U adolescenciji se bolest češće i ranije javlja u muških nego u ženskih bolesnika, a obilježavaju je slušne halucinacije, deluzije, disocirano mišljenje, socijalno povlačenje, izolacija od vršnjaka te progresivno kognitivno i opće propadanje.

Pri razmatranju shizofrenije u djece i adolescenata posebno je važno razlikovati nekoliko faza: premorbidnu fazu, prodromalni stadij, početak psihotične faze te tijekom i prognozu bolesti. Antipsihotici se najčešće rabe kod pojave shizofrenije u dječjoj dobi ili adolescenciji koja je vrlo često specifična uslijed pojave težih simptoma i dugoročno kroničnim ishodom negoli ona u odraslih (2,8,9,10).

Smjernice za uporabu antipsihotika u djece, nakon provedenih brojnih istraživanja i na dokazima temeljenoj medicini, izdala je američka akademija dječje i adolescentne psihijatrije (engl. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, AACAP) (11,12).

Slika 6. prikazuje kako izgleda rukopis mlade osobe prije uporabe antipsihotika i tri tjedna nakon primjene lijekova.

Navodi da gotovo od 7. razreda (13 godina) vrlo loše spava, osjeća se umorno i iscrpljeno, socijalno se izolirala, ocjene lošije (do sada je bila odličan učenik). Započela se samoozljeđivati prije dva mjeseca na podlaktici i natkoljenici, verbalizira i povremena suicidalna promišljanja. Navodi da ima osjećaj kao da ima dvije ili tri osobnosti, prva je negativna, mračna u kaputu, druga je pozitivna, a odnedavno se javlja i treća koju još ne može jasno definirati. U jednom trenutku počela se rezati, navodi da joj se sviđalo što je vidjela svoju krv, intrigirala ju je krv kao krv, kasnije je počela i bušiti ušne resice, promijenila je boju kose.

Sebe opisuje kao osobu bez emocija i empatije iako tijekom razgovora odaže u potpunosti drugačiji dojam. Opisuje fenomen derealizacije, kao da "odreže svoje osjećaje, ne ide u školu, osamljuje se, vrijeme uglavnom provodi u sobi, gleda se u ogledalo, opipava i istražuje dijelove svog lica, misli da je svi na ulici promatraju, osjeti njihove poglede na sebi, prate je ...".

LITERATURA

1. Franić. T. Adolescencija i važnost rane adolescencije: U Dodig-Ćurković K i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi, MF Osijek, 2013. str.162-73.
2. Petek Erić A, Schizofrenija i psihotični poremećaji u dječjoj dobi: U Dodig-Ćurković K i sur. Psihopatologija dječje i adolescentne dobi, MF Osijek, 2013., str. 331-360.
3. Begovac i suradnici: Dječja i adolescentna psihijatrija: Medicinski fakultet u Zagrebu, Zagreb. 2021. Dostupno na: https://hlz.hr/knjige/begovac_djecja_i_adolescentna_psihijatrija.pdf (Pristupljeno: 26. veljače 2026.)
4. DSM-5 Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje; Američka Psihijatrijska Udruga, Ur. hrvatskog izdanja: Vlado Jukić, Goran Arbanas, Naklada Slap, Zagreb 2014.
5. Dodig-Ćurković i sur. u: Psihopatologija dječje i adolescentne dobi, Medicinski fakultet u Osijeku, Osijek, 2013. godina
6. Sunshine A, McClellan J. Practitioner Review: Psychosis in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. 2023 Jul;64(7):980-988. doi: 10.1111/jcpp.13777.
7. Byrne P. Juvenile-Onset Schizophrenia. Child Adolesc Ment Health. 2007 Sep;12(3):151-152. doi: 10.1111/j.1475-357X.2007.465_7.x.
8. Schimmelmann BG, Schmidt SJ, Carbon M, Correll CU. Treatment of adolescents with early-onset schizophrenia spectrum disorders: in search of a rational, evidence-informed approach. Curr Opin Psychiatry. 2013 Mar;26(2):219-30. doi: 10.1097/YCO.0b013e32835d-cc2a.
9. Olfson M. Epidemiologic and clinical perspectives on antipsychotic treatment of children and adolescents. Can J Psychiatry. 2012 Dec;57(12):715-6. doi: 10.1177/070674371205701201.
10. Bellis MA, Hughes K, Ford K, Ramos Rodriguez G, Sethi D, Passmore J. Life course health consequences and associated annual costs of adverse childhood experiences across Europe and North America: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health. 2019 Oct;4(10):e517-e528. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30145-8.
11. Marinović P. Antipsihotici u kliničkoj praksi: diplomski rad; Medicinski fakultet u Zagrebu, 2019. str.38-40.
12. McClellan J, Stock S; American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2013 Sep;52(9):976-90. doi: 10.1016/j.jaac.2013.02.008.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

prof. prim. dr. sc. Katarina Dodig-Ćurković, dr. med.
Klinika za psihijatriju, KBC Osijek
Ul. Josipa Huttlera 4, 31 000 Osijek
e-mail: katarina5dodig@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

19. ožujka 2026./March 19, 2026

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

30. travnja 2026./April 26, 2026

