**-SHIZOFRENIJA-**

[www.maturski.org](http://www.maturski.org/)

**Uvod**

Shizofrenija je psihička bolest, složeni poremećaj funkcije mozga koja se sastoji od skupa karakterističnih simptoma. Shizofrenija oboljeloj osobi otežava, iskrivljava ili sasvim onemogućuje razlikovanje stvarnih (realnih) od nestvarnih (nerealnih) doživljaja ili iskustava. Zbog krivog prepoznavanja stvarnosti, logično razmišljanje gubi svoje uobičajene odrednice i kreće se nama nerazumljivim i nelogičnim kolosijecima.

Pokušajmo na trenutak zamisliti nemoguću situaciju, da smo se, ovakvi kakvi jesmo, našli na nekom drugom planetu u drugoj galaksiji, gdje je izgled bića sasvim drugačiji, gdje je govor nerazumljiv, gdje su osjećaji nepoznati, običaji čudni, okolina ugrožavajuća, a stigli smo tamo i ne znajući kako, a ne znamo ni koliko ćemo ostati i sve je oko nas nestvarno, strano, zastrašujuće.

Eto, tako se nekako osjeća shizofreni bolesnik koji iz svog normalnog života odjednom, ili postupno, upadne u svijet psihotičnosti. Jasno je stoga da bolesnici u fazi bolesti ne mogu gajiti i pokazivati normalne osjećajne doživljaje prema drugim osobama, što im znatno narušava društveno funkcioniranje. Bolesnici mogu imati poteškoća s pamćenjem i ponašanjem.

Shizofrenija ne znači "rascijepljenu ličnost", a nije uzrokovana ni teškim životnim uvjetima tijekom djetinjstva, osobnom slabošću ili lijenošću. Čak se i u psihijatrijskim krugovima spominju različite "egzotične" i sasvim netačne i štetne hipoteze o nastanku shizofrenije.

Tako se npr. zna govoriti o shizofrenogenoj majci, dvostruko slijepom načinu komuniciranja, oralnoj fiksaciji ili slabljenju ego granica kao razlozima nastanka bolesti. Jedno od čudnih i netačnih tumačenja nastanka shizofrenije govori da se radi o normalnoj reakciji na nenormalan svijet!

Jasno je da sva ta tumačenja uzrokuju veliku štetu i bolesnicima i njihovim porodicama jer kreiraju dodatne patnje uz već postojeće što ih stvara bolest.

Težina poremećaja je različita od bolesnika do bolesnika; od osoba koje uz svoju bolest mogu održati zadovoljavajuću kvalitetu života i radne sposobnosti, do osoba koje zbog poremećaja mogu izgubiti radnu sposobnost i čija kvaliteta života može biti znatno niža od one prije početka poremećaja.

Shizofrenija je bolest koja se može uspješno držati pod kontrolom. Iako još uvijek posve ne znamo što uzrokuje shizofreniju, liječenje može pomoći bolesnoj osobi da radi, živi s obitelji, ostvaruje prijateljske veze i uživa u životu.

Shizofrenija najčešće počinje u adolescenciji i mladenaštvu, iako može početi i kasnije. Simptomi u početku mogu biti neprimjetni poput teškoća pri koncentriranju i povlačenju iz društvenih odnosa.

Okolina doživljava da je bolesnik drukčiji, drukčije izgleda, povlači se od društva ili ne uspijeva u školovanju ili na poslu. Kasnije se pojavljuju drugi simptomi koje psihijatri nazivaju psihotičnim simptomima.

Za psihotične simptome je često karakteristično da osoba koja ih doživljava vjeruje da su oni *stvarni*. Bolovati od psihoze znači pogrešno prepoznavati stvarnost.

Dijagnozu shizofrenije postavlja psihijatar kada bolesnik ima psihotične simptome koji traju najmanje mjesec dana. Najčešći psihotični simptomi su: halucinacije (obmane osjetila, najčešće sluha), sumanute (bolesne) ideje i nerazumljiv govor.

Iako nauka još uvijek ne može da odgovori na sva pitanja u vezi sa shizofrenijom, sigurno je sljedeće: bolest pod imenom "shizofrenija" ne postoji, a samo oboljenje nema nikakve veze sa cijepanjem ličnosti oboljelog.

Kod shizofrenih poremećaja dolazi do promjene određenih funkcija mozga. Posljedica toga su promjene mišljenja, zapažanja i afektiviteta, dakle promjene psihe.

Nije još u potpunosti razjašnjeno zašto dolazi do poremećaja ravnoteže moždanih funkcija. Sa sigurnošću se još jedino zna da su neke osobe posebno osjetljive, te da izbijanje bolesti može biti prouzrokovano pretjeranim stresom ili drugim psihičkim opterećenjima, uživanjem droga i hormonalnim poremećajima, npr. u trudnoći, klimakterijumu i sl. (Hašimbegović- Valenzuela, 1998).

**Simptomi**

Brojni su, osebujni i raznovrsni simptomi koji se viđaju u shizofrenih bolesnika, kao što zorno ilustrira iskaz jednog shizofrenog bolesnika: "Shizofren vidi drvo, osjeća kako je umrla njegova majka, smije se, a pri tomu kaže da je ljut".

Bolest se može manifestovati na najrazličitije načine s potpuno različitim znakovima (simptomima). Kod pojedinih osoba simptomi mogu biti vrlo teški, dok su kod drugih beznačajni ili uopšte nisu izraženi. Postoji samo neodređen osjećaj da *"nešto nije u redu".*

Kod osoba koje pate od shizofrenih poremećaja najčešće je prisutan strah i osjećaj da se od njih suviše zahtjeva. Kod shizofrenih poremećaja često dolazi do gubitka vlastite osobenosti, svog ja i identiteta.

Takva osoba osjeća da *između nje i okoline nema nikakvih granica*. Bolesnik osim toga vjeruje da su drugi preuzeli vlast nad njim, jer se ne može zaštititi (postavljanjem granica).

Radi bolje preglednosti simptomi se često dijele na *pozitivne* i *negativne* simptome. Jedni simptomi (pozitivni) se tokom neke faze bolesti javljaju dodatno uz normalno doživljavanje na primjer halucinacije ili sumanute misli, a drugi simptomi (negativni) se ogledaju u manjku u odnosu na period prije bolesti (npr. nedostatak poleta, povlačenje u sebe) (Davison i Neale,1999.)

Najvažniji su simptomi:

        halucinacije

        sumanute ideje

        poremećaji mišljenja

        poremećaj volje

        socijalno povlačenje

        depresija

        nedostatak osjećaja za bolest

        osjećaj promijenjenosti (osjećaj upravljanja od spolja/od drugih)

**Pozitivni simptomi**

*Halucinacije*

Naš mozak posjeduje neku vrstu filtera za mnoge nadražaje iz okoline koji bi u protivnom mogli da preplave mozak. Kod shizofrenih poremećaja je poremećena ta funkcija *filtriranja.* Moguća "obrambena strategija" je kompletno isključivanje spoljašnjih nadražaja (slično kao "navlačenje zavjese") kao na primjer u snu. Naš mozak, međutim, radi i dalje: u snu sanjamo; kod bolesnika se javlja neki oblik "*sna u budnom stanju"* - halucinacije. On čuje glasove (akustične halucinacije), osjeća mirise (mirisne halucinacije) ili vidi stvari koje ne postoje (vizualne halucinacije) i takva zapažanja smatra *realnim.*

*Sumanute ideje*

Iz vjerovanja nastaju za bolesnika realna mišljenja. On čvrsto vjeruje da ga proganjaju (manija gonjenja), da je bog (religiozna manija) ili da se sve odnosi na njega (ideje odnosa), drži se čvrsto svojih uvjerenja od kojih se ne može odvratiti nikakvim uvjeravanjima ili dokazima da njegove ideje ne odgovaraju stvarnosti. Uzrok tome leži u činjenici da se bolesnik povukao u svoj unutrašnji svijet i da je "navukao zavjesu", slično kao što smo vidjeli kod halucinacija. Na taj način gubi mogućnost da svoje misli, svoju vlastitu "stvarnost" uporedi sa realnošću u spoljašnjem svetu.

*Poremećaji mišljenja*

Naručito u slučajevima kad je bolesnik emocionalno uzbuđen ili umoran njegove misli i govor postaju nesuvisli ili teško razumljivi. Bolesnik će prekinuti razgovor u sred rečenice ili će potpuno izgubiti nit. Često osjeća "nadiranje" određenih misli. Ti simptomi, međutim, nemaju nikakve veze sa "maloumnošću".Kod ove bolesti *inteligencija ostaje sačuvana.*

**Negativni simptomi**

Kod grupe negativnih simptoma često je vrlo teško razgraničiti da li je neko određeno ponašanje bolesnika znak bolesti ili je pokušaj savladavanja bolesti - tako što će se, na primjer, povlačenjem zaštititi od navale nadražaja.

*Nedostatak volje*

Bolesnici pojavom bolesti gube svoj uobičajeni elan i zanimanje za sve one stvari kojima su se ranije rado bavili. Zbog toga im vrlo teško pada ispunjavanje uobičajenih profesionalnih i ostalih zadataka.

*Gubitak osjećanja*

Bolesnik ne može ni da se veseli, ni da izražava svoja osjećanja na način na koji je to ranije mogao.

*Socijalno povlačenje*

Bolesnici se vrlo često povlače u sebe i ograđuju od svoje porodice i ostale okoline. Ne osjećaju se dobro ni u krugu dobro poznatih osoba, a vrlo često izražavaju strah i od njih.

*Depresija*

Kod shizofrenih poremećaja može doći do pojave depresija, naročito ako pogođene osobe osjećaju da je bolest u velikoj mjeri izmijenila njihov život.

Bolesnici mogu biti toliko očajni da više ne vide nikakav izlaz. Oko 10 % svih bolesnika je tokom trajanja te bolesti izvršilo samoubistvo!

**Postavljanje dijagnoze**

Slika shizofrenih poremećaja može biti mnogostruka. Zbog toga je na početku bolesti vrlo teško postaviti sigurnu dijagnozu. Porodica i prijatelji često ne nalaze objašnjenje za neobično ponašanje osobe koja pati od shizofrenih poremećaja. Ni samim bolesnicima nije jasno da boluju od ozbiljne bolesti.

Shizofreni poremećaji ne mogu se dijagnostifikovati ispitivanjima krvi ili drugim sličnim metodama. DSM-IV zahtjeva da poremećaj traje barem 6 mjeseci da bi se postavila dijagnoza.( Davison, G. C. i Neale J.,1999.)

Dijagnoza se postavlja na osnovu razgovora koje ljekar vodi sa bolesnikom i njegovom porodicom i na osnovu posmatranja ponašanja bolesnika. Pri tom su naručito važni broj, obim i trajanje simptoma. Rana dijagnoza povećava izglede da će liječenje biti uspješno.

**Uzroci**

Što su uzročnici shizofrenije i kako oni dovode do pojave bolesti te što sve utječe na tijek, prognozu i ishod bolesti velika je zagonetka. Na rješavanju ove zagonetke radi ogroman broj znanstvenika koji istražuju različite neurobiološke, psihodinamske, antropološke, evolucijske, sociodinamske i kulturološke procese koji bi mogli pridonijeti nastanku i razvoju shizofrenih

poremećaja.

Brojna genetska, biohemijska, psihofarmakološka, neuroimunološka, neuroanatomska, neuroendokrinološka i druga istraživanja nastoje osvijetliti biologijsku podlogu shizofrenije.

(Hašimbegović- Valenzuela, 1998).

Psihodinamičari tragaju za odgovorom zašto se shizofreni bolesnici povlače iz realiteta u svijet fantazije te koliko obiteljska psihodinamika i rane psihotraume utječu na nastanak i očitovanje ove teške bolesti.

Socioantropološka istraživanja usmjerena su na rasvjetljavanje evolucijske, etnoantropološke i socijalne uvjetovanosti i osebujnosti shizofrenije. Čini se kako su biološki čimbenici važniji u stvaranju predispozicije za shizofreni poremećaj, dok su psihosocijalni čimbenici precipitirajući agensi.

Predisponirajući čimbenici, koji određuju sklonost razvoju shizofrenog poremećaja mogu biti genetski, virusni, prenatalna i porođajna oštećenja mozga,itd. Precipitirajući čimbenici, kao što su različiti psihološki, interpersonalni, socijalni i kulturološki, također značajno utječu kako na pojavu tako i na tijek i ishod shizofrenih poremećaja.(Kecmanović,1990).

Dvadesetih godina ovog stoljeća počinje se istraživati shizofreniju u kontekstu obitelji. Prvi istraživači nalaze posredne dokaze za genetsko prenošenje shizofrenije, a druga grupa se posvećuje proučavanju poremećenih odnosa u obitelji te njihovoj ulozi u nastanku shizofrenije.

Uloga obitelji u nastanku shizofrenije se danas ne vidi kao uzročno-posljedični odnos. Smatra se da obitelj nije kriva za bolest svog člana, ali poremećeni obiteljski

odnosi su znatno veće opterećenje za oboljelog od shizofrenije te je neizbježno, ukoliko postoje, prepoznati patološke obrasce i uključiti obitelj u liječenje.

Uzroci shizofrenih poremećaja do danas nisu u potpunosti razjašnjeni. Sve činjenice, međutim, ukazuju na to da su neki ljudi osjetljiviji na spoljašnje uticaje i nadražaje. Zbog te ranjivosti oni posebno snažno doživljavaju mnoge stvarnim te su zbog toga manje "otporni" na opterećenja, stres i unutrašnje konflikte.

Oni su dakle osjetljiviji od drugih ljudi. Takva ranjivost se stručnim jezikom naziva *vulnerabilnost.* Ako opterećenja i stres postanu preveliki, kod takvih osoba dolazi do neke vrste "sloma živaca" i do pojave simptoma bolesti.

Povezanost između vulnerabilnosti i izbijanja bolesti može da se objasni na primjeru osjetljivosti na sunčanje osoba koje imaju svijetlu kožu.

Tip kože predstavlja dispoziciju, nasljednu sklonost, baš kao i vulnerabilnost. Za osobe svijetle kože sunce je jednako opasno kao što je stres opasan za posebno osjetljive osobe. Osobe svijetle kože mogu se zaštititi kremama za sunčanje, ali ipak ne smiju suviše dugo boraviti na suncu. Vulnerabilnim osobama će zaštitu pružiti *neuroleptici.*

Bolest se najčešće po prvi put javlja između puberteta i tridesete godine života, ali u pojedinačnim slučajevima može početi ranije ili kasnije.

Prije stvarnog početka bolesti obično postoji razdoblje tokom kojega je bolesnik posebno osjetljiv i živi u stalnoj napetosti, rastrzan svojim mislima i osjećanjima.

Na to se često reaguje "bijegom" - povlači se u sebe, traži izlaz u alkoholu i drogama ili se pridružuje nekoj sekti. Poslije tih neuspješnih pokušaja savladavanja bolesti javljaju se opisani simptomi.

**Dopaminska hipoteza**

Kad mozak obrađuje informacije ti se nervni impulsi dalje prenose nervnim putevima. Između pojedinih nervnih ćelija postoje dodirna mjesta (sinapse) na kojima su za dalji prenos impulsa potrebne prenosne materije (transmiteri). Naučnim je istraživanjima ustanovljeno da je kod shizofrenih poremećaja *poremećen prijenos nadražaja na određenim sinapsama*, a uzrok je previše prenosne materije koja se zove *dopamin*. Neurolepticima se blokiraju prijemna mjesta na ćelijama (receptori) tako da zbog viška dopamina ne može da dođe do prevelikog nadražaja nervnih ćelija.

**Uloga naslje**đ**a**

I kod drugih se bolesti (rak, infarkt srca) može naslijediti sklonost za neku određenu bolest. Sama sklonost ne može, međutim, u dovoljnoj mjeri da objasni nastajanje bolesti. Osobe u čijim se porodicama javljaju shizofreni poremećaji, ne moraju i same oboljeti. S druge strane, bolest se može pojaviti i u onim slučajevima kada niko u porodici ne pati od shizofrenih poremećaja. Rizik obolijevanja u cjelokupnom stanovništvu je 1%,a kod bliskih rođaka 10%.

**Vrste shizofrenije**

Ovisno o prevladavajućim simptomima u vrijeme procjene razlikujemo različite tipove shizofrenija. Premda je teško posve predvidjeti prognozu i ishod liječenja različitih tipova shizofrenije, može se reći kako je *paranoidni* tip sklon najblažem, a *hebefreni* tip najtežem tijeku bolesti.

Važno je istaknuti kako ishod liječenja u velikoj mjeri ovisi o tomu kada je započeto liječenje, u ranoj ili poodmakloj fazi bolesti. Ako se liječenje započne što ranije, to su veće šanse za brže i potpunije povlačenje simptoma bolesti.

*Paranoidna shizofrenija* - Bitno je obilježje ovog tipa shizofrenije prije svega prisutnost upadljivih sumanutih ideja, a nešto malo rjeđe i slušnih halucinacija, pri čemu su kognitivne funkcije i osjećaji relativno očuvani. Popratni simptomi uključuju još anksioznost, srdžbu, suzdržanost i svadljivost.

*Premorbidna ličnost* (karakteristike ličnosti prije pojave bolesti) je često karakteristična: radi se o afektivno hladnim osobama, koje su često nezadovoljne, kivne na druge, sarkastične i svadljive.

*Hebefrena shizofrenija* - To je zapravo dezorganizirani tip shizofrenije, a bitna obilježja su bizarno ili blesavo ponašanje, nepovezan govor i osjećajna tupost ili prisustvo neodgovarajućih osjećaja. Obično počinje u vrijeme puberteta ili rane adolescencije otkuda dolazi i naziv grč. hebeos - dječak, phrenos - duša. Prognoza je obično loša zbog progredijentnog tijeka te brze dezintegracije i propadanja ličnosti.

*Katatona shizofrenija* - Bitna obilježja ovog oblika shizofrenije su izražene psihomotoričke smetnje koje uključuju motoričku nepokretnost (katatoni stupor) ili pojačanu motoričku aktivnost, izraženi negativizam, mutizam, neobične voljne pokrete, eholaliju i ehopraksiju. Tijek bolesti obično je intermitentan s dosta dobrim remisijama i recidivima, a prognoza je relativno povoljna.

*Post-shizofrena depresija* - Radi se o depresivnoj epizodi koja može biti produljena, a predstavlja produžetak bolesti kada su shizofreni simptomi već oslabili ili nestali.

*Rezidualna shizofrenija* - Radi se o stanju kada više nema upadljivih psihotičnih, produktivnih ili dezorganiziranih simptoma shizofrenije kao što su sumanute ideje, halucinacije, nepovezan govor ili dezorganizirano ponašanje, a dogodila se barem jedna epizoda shizofrenije.

*Shizofreniformni poremećaj* - Ovaj poremećaj nalazi se između kratkog psihotičnog poremećaja u kojega simptomi traju najmanje jedan dan, ali kraće od jednog mjeseca, i shizofrenije za čiju dijagnozu je potrebno da simptomi traju najmanje 6 mjeseci. (Kecmanović,1990.)

**Izgledi za liječenje**

Tok shizofrenog poremećaja može biti vrlo različit. Može se dogoditi da se bolest javi samo jednom poslije čega će pogođena osoba biti opet potpuno zdrava.

To se dešava prvenstveno u slučajevima kada se shizofreni poremećaj javlja kao reakcija na određene udarce sudbine (reakciona psihoza), u vrijeme hormonalnih promjena (npr. neposredno poslije porođaja) ili posle upotrebe droga. Međutim, takve će osobe zbog svoje posebne osjetljivosti (vulnerabilnosti) biti posebno ugrožene od ponovne pojave bolesti.

Ako se sa liječenjem započne rano i nastavi dovoljno dugo, na tu se psihozu, u većini slučajeva, može vrlo povoljno djelovati. Rizik recidiva (pogoršanja) se sa 85 % bez liječenja, smanjuje na 15-20 % uz liječenje.

To za takve bolesnike znači da će uz veliku vjerovatnoću moći da žive bez recidiva (pogoršanja) - pod uslovom da su spremni da prihvate terapijski koncept ljekara i da sa njim sarađuju. Shizofreni poremećaji mogu da se lijeće jednako uspješno kao i sve ostale bolesti, kao npr. šećerna bolest.

**Kako se liječe shizofreni poremećaji?**

Bolesnik i njegova porodica moraju da nauče da je bolesnik posebno osjetljiv, te da treba izbjegavati sve situacije koje bi mogle da aktiviraju bolest, kao na primjer pretjerani stres. U takvim slučajevima će naročito biti važna *psihosocijalna terapija.*

Tokom psihosocijalne terapije bolesnik i njegova porodica naučit će kako da se nose s bolešću i problemima u vezi sa njom. Na taj način se može smanjiti opterećenje vezano za bolest.

Naručito ako se bolest javlja po prvi put, važno je učestvovanje u *psihoedukativnom* programu. Tokom rada u grupama bolesnici i članovi njihovih porodica biće detaljno obaviješteni o samoj bolesti, njenom toku i mogućnostima liječenja.

Da bi se ponovo uspostavila poremećena ravnoteža prijenosa nadražaja u mozgu potrebno je medikamentozno liječenje neurolepticima.

Za liječenje stanja straha, depresija i poremećaja spavanja ljekar će morati, pored neuroleptika, ponekad da prepiše i druge lijekove.

Najbolji rezultati se postižu kombinacijom medikamentoznog liječenja neurolepticima i psihosocijalne terapije.

**Psihosocijalne terapijske mjere**

Bolesniku će često, da bi izašao na kraj s djelovanjem bolesti na privatan i profesionalan život, trebati stručna pomoć. U tu su se svrhu dobrim pokazali sljedeći oblici liječenja:

*Rehabilitacijski programi* će pomoći bolesniku da se postupno ponovo uklopi u normalnu životnu i radnu sredinu, pružit će mu savjete i pomoć u vezi sa pitanjem stanovanja i izbora zanimanja, a pomoći će mu i pri pronalaženju odgovarajućeg posla ili kod finansijskih problema.

Tokom *porodične terapije* obrađuju se porodični konflikti. Terapija se može sprovoditi sa jednom jedinom porodicom ili sa više porodica zajedno u obliku neke vrste grupne terapije.

Tokom *terapije ponašanja* i vježbanja u socijalnom području bolesnici vježbaju ponašanje na radnom mjestu i kontakte s drugim ljudima, na primjer u igrama uloga i učenju po modelu.

U psihoedukativnim grupama bolesnici i članovi njihovih porodica naučit će kako da bolje razumiju ovu bolest, njena djelovanja i načine njenog savladavanja.

**Psihoedukativne grupe**

U takvim se grupama na lako razumljiv način objašnjava ova bolest i načini njenog liječenja. Učesnici će naučiti kako da rješavaju socijalne konflikte i pomoći će jedni drugima pri savladavanju bolesti.

Takvu terapijsku grupu vode psihijatar, psiholog, član medicinskog osoblja ili socijalni radnik. Program najčešće traje osam do deset sati u razmacima od dvije do tri nedjelje. Poslije toga učesnici grupe se često i dalje sastaju u okviru grupa za samopomoć.

Naučnim istraživanjima je dokazano da su bolesnici i članovi njihovih porodica koji su učestvovali u psihoedukativnim grupama bili bolje obaviješteni i da su na taj način mogli bolje da savladaju bolest. Zbog toga je kod tih bolesnika zabilježen znatno manji broj recidiva bolesti i boravka u bolnici.

**Uloga porodice**

Podrška koju pružaju članovi porodice ili dobri prijatelji je za osobe koje pate od shizofrenih poremećaja neobično važna. Zbog bolesti im je najčešće ograničena sposobnost socijalnih kontakata, pa će živjeti prilično izolovano i usamljeno ako se za njih nitko ne brine. U kriznim situacijama ali i kod rješavanja svakodnevnih problema, biće im neophodna pomoć sa strane.

Kod ranog otkrivanja znakova bolesti vrlo važnu ulogu igraju baš osobe iz neposredne blizine bolesnika, jer sam bolesnik najčešće ne prepoznaje prve znakove bolesti.

Članovi porodica bolesnika moraju zato dobro da poznaju sve činjenice u vezi sa bolešću. Potrebne informacije, podršku i praktičnu pomoć dobit će na primjer u okviru psihoedukativnih grupa za članove porodice. U takvim će se grupama naći ljudi sa istim problemima, a već i sami razgovori sa drugim osobama koje se nalaze u sličnoj situaciji, doprinijet će uspješnijem savladavanju problema u vezi sa bolešću i popuštanju napetosti. To će pomoći i samom bolesniku, jer prenapeta i nervozna porodica za njega ne predstavlja nikakvu pomoć. Cilj takvih psihoedukativnih grupa je uspostavljanje konstruktivnog partnerstva između bolesnika, porodice i ljekara.

Literatura

1. Davison, G. C. i Neale J. M. "Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja".

 Naklada Slap, Jastrebarsko, 1999.

2. Hašimbegović- Valenzuela, A. "Shizofrenija u organskoj psihijatriji i neuropsihologiji". Svjetlost, Sarajevo,1998.

3. Kecmanović, D. "Psihijatrija". Medicinska knjiga, Beograd- Zagreb,1990.

4. www.cpe.org

[www.maturski.org](http://www.maturski.org/)