

"Prva epizoda psihotičnih poremećaja -važnost rane intervencije"

Marković, Naomi

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Dubrovnik / Sveučilište u Dubrovniku**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:155:223872>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Dubrovnik](#)



SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

NAOMI MARKOVIĆ (MOSTAFA)

**Prva epizoda psihotičnog poremećaja -
važnost rane intervencije**

ZAVRŠNI RAD

Dubrovnik, 2017

SVEUČILIŠTE U DUBROVNIKU
ODJEL ZA STRUČNE STUDIJE
PREDDIPLOMSKI STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVO

**Prva epizoda psihotičnog poremećaja -
važnost rane intervencije**

**The first episode of psychotic disorder - the
importance of early intervention**

KANDIDAT:

Naomi Marković (Mostafa)

MENTOR:

Ivana Bakija dr.med

Dubrovnik, 2017

ZAHVALA

Veliko hvala mojoj mentorici Ivani Bakiji na prihvaćanju mentorstva ove kreativne teme i rada koji je proistekao iz njene ideje, hvala joj na njenoj jednostavnosti, komunikativnosti i profesionalnosti.

Također, zahvaljujem se i svim svojim predavačima i profesorima na prenesenom znanju i iskustvu, kao i svima koji su sudjelovali u radu Sveučilišta u Dubrovniku i mojem obrazovanju.

Veliko hvala profesoru Jošku Sindiku na velikoj podršci u statističkoj obradi rada i prenesenom znanju.

Najveću zahvalu na kraju dugujem svojoj obitelji, koja me je podržala i omogućila mi studiranje, te svom suprugu na razumijevanju, pomoći i velikoj podršci.

Prva epizoda psihotičnog poremećaja - važnost rane intervencije

Sažetak

Uvod i ciljevi: Rane intervencije kod psihotičnih pacijenata hipotetski mogu utjecati na smanjenu učestalost epizoda psihoze te time na bolju prognozu psihotičnog poremećaja. Cilj istraživanja bio je utvrditi postoje li razlike u distribucijama varijabli koje se odnose na rane intervencije (hereditet, anamneza, simptomi i trajanje simptoma), u odnosu na varijable utvrđenog zdravstvenog statusa, odnosno zdravstvenih posljedica (ishod, ambulantni tretman, funkcionalnost te broj rehospitalizacija).

Metoda: Ispitan je ukupno 91 ispitanik. Kao metoda prikupljanja podataka korišten je prigodno sastavljeni upitnik koji je napravila autorica ovog završnog rada. Podaci su prikupljeni iz arhive o hospitalizacijama na Psihijatrijskom odjelu Opće bolnice Dubrovnik.

Rezultati: Nisu utvrđene statistički značajne razlike u distribucijama nezavisnih varijabli koje se odnose na rane intervencije (hereditet, anamneza, simptomi) u odnosu na varijable utvrđenog zdravstvenog statusa odnosno zdravstvenih posljedica (ishod, ambulantni tretman, funkcionalnost te broj rehospitalizacija), s izuzetkom varijable rjeđeg broja ambulantskih tretmana, u slučaju prikupljanja podataka o anamnezi. Međutim, kod svih varijabli trajanja simptoma pred epizodu prve psihoze, pokazalo se da je ranije javljanje na pregled povezano s boljim zdravstvenim ishodima, rjeđim ambulantskim tretmanima, boljom funkcionalnošću te manjim brojem naknadnih rehospitalizacija.

Rasprava i zaključak: Na temelju dobivenih rezultata, rane intervencije kod psihotičnih pacijenata doprinose svim poželjnim zdravstvenim ishodima u slučaju pravovremenog javljanja u ranijim fazama bolesti. Također, rjeđi je i broj ambulantskih tretmana, u slučaju anamnestičkih podataka o ranijim poremećajima nevezanim za aktualnu psihotičnu bolest. Drugim riječima, pravovremene rane intervencije doprinose rjeđim epizodama psihotičnog poremećaja.

Ključne riječi: rana intervencija, prva psihotična epizoda, liječenje

SADRŽAJ

1. Uvod	
1.1. Definicija shizofrenije	7
1.2. Povijesni podaci	7
1.3. Epidemiologija shizofrenije	7
1.4. Etiologija shizofrenije	8
1.5. Klinička slika	8
1.6. Hospitalizacije shizofrenih pacijenata	8
1.7. Prognoza i ishod	9
1.8. Rane intervencije kod psihotičnih pacijenata – povijesni podaci	9
1.9. Specijalizirane službe za rane intervencije	10
1.10. Novija istraživanja o ranim intervencijama specijaliziranih službi za liječenje psihoza (Velika Britanija)	10
1.11. Novija istraživanja o ranim intervencijama specijaliziranih službi za liječenje psihoza (Danska)	10
1.12. Nesuradljivost psihotičnih pacijenata	11
2. Cilj	11
3. Hipoteza	11
4. Metode	13
4.1. Ispitanici i postupak	13
4.2. Statističke analize	13
5. Rezultati	14
5.1. Struktura ispitanika po spolu uočljiva je u tablici i grafičkom prikazu 1.	14
5.2. Struktura ispitanika po stručnoj spremi uočljiva je u tablici i grafičkom prikazu 2.	15
5.3. Varijable	16
5.4. Nezavisne varijable istraživanja bile su varijable koje se odnose na prikupljanje podataka iz preventivnih pregleda, koje su prikazane u tablicama i grafičkim prikazima r.b. 3-6.	16
5.4.1. Struktura ispitanika po hereditetu prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 3.	16
5.4.2. Struktura ispitanika po anamnezi prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 4.	17
5.4.3. Struktura ispitanika po trajanju simptoma prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 5.	18
5.4.4. Struktura ispitanika po simptomima (vrsti simptoma) prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 6.	19
5.5. Zavisne varijable istraživanja bile su varijable koje se odnose na prikupljanje podataka o zdravstvenim ishodima, koje su prikazane u tablicama i grafičkim prikazima r.b. 7-10.	20

5.5.1. Struktura ispitanika po zdravstvenim ishodima prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 7.	20
5.5.2. Struktura ispitanika po broju rehospitalizacija nakon prve epizode psihoze prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 8.	21
5.5.3. Struktura ispitanika po učestalosti ambulantnog tretmana nakon prve epizode psihoze prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 9.	22
5.5.4. Struktura ispitanika po funkcionalnosti prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 10.	23
5.6. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu hereditet	24
5.7. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu anamneza	28
5.8. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu trajanje simptoma	32
5.9. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu simptomi	36
6. Rasprava	40
7. Zaključak	42
8. Abstract.....	43
9. Literatura	44

1. Uvod

1.1. Definicija shizofrenije

Još se sasvim pouzdano ne zna što je to shizofrenija. Postoje raznovrsne definicije i vrlo je teško reći koja je ona prava, ako takva uopće za sada i postoji. U medicinskoj psihijatriji prevladava stav da je shizofrenija teška duševna bolest koja je posljedica poremećenog funkcioniranja mozga i koja dovodi do poremećaja važnih psihičkih funkcija i ponašanja s izraženim oštećenjem socijalnog, radnog i obiteljskog funkcioniranja. (1)

Vjerojatno nema psihijatrijske bolesti (možda ni tjelesne) koja je toliko neobična, zagonetna, zastrašujuća, „opasna” da je prati niz netočnih i polutočnih prosudbi i stavova. Najveći je dio njih negativno obojen, što dovodi do stvaranja stigme bolesti, bolesnika i članova njegove obitelji. (2,3)

1.2. Povijesni podaci

Prema nekim teorijama, shizofrenija je bila nepoznata prije 1750. godine, a “epidemija ludosti” započela je oko 1780. godine i stabilizirala se oko 1900. godine. (4)

Valja ipak istaknuti kako se još u drevnim spisima mogu naći pojedini opisi koji upućuju na kliničku sliku shizofrenije. (5)

Naziv shizofrenija potječe od Eugena Bleulera, koji je prvi upotrijebio ovaj termin 1911. godine za bolest koja je do tada bila poznata pod nazivom *dementia praecox*. Međutim, Emilu Kraepelinu pripisuje se zasluga za nozološko određenje ove bolesti 1896. godine jer je prvi uočio što je zajedničko u nizu raznovrsnih psihopatoloških ispoljavanja i kliničkih slika katatone, hebefrene i paranoidne *dementiae praecox*. (6)

1.3. Epidemiologija shizofrenije

Životna se prevalencija shizofrenije kreće od 0,5 do 2 %, prosječni je rizik za obolijevanje od shizofrenije 1 %, a incidencija (broj novooboljelih) iznosi 10 do 40 na 100 000 ljudi u jednoj godini i ona je tijekom duljeg razdoblja nepromjenljiva. (7) Podaci o konstantnoj incidenciji dobiveni su i u Hrvatskoj. (8)

Shizofrenija se kod muškaraca i žena pojavljuje podjednako. Zadnjih desetljeća neka istraživanja ipak pokazuju češću pojavu shizofrenije u muškaraca nego u žena (u odnosu 1,3:1). (9)

Utvrđeno je da od shizofrenije češće obolijevaju osobe nižeg socioekonomskog statusa. Ne zna se je li niži socioekonomski status uzrok ili posljedica shizofrenije. (10)

1.4. Etiologija shizofrenije

Uzrok shizofrenije još uvijek nije poznat. Smatra se da je bolest uzrokovana multifaktorijalno. To znači da u njezinu nastanku, razvitku i oblikovanju kliničke slike sudjeluju biološki, psihološki i socijalni čimbenici u složenom međuodnosu. Već sama činjenica da je rizik od shizofrenije podjednak u različitim zemljama, kulturama i razdobljima upućuje prije svega na naslijeđe kao mogući uzrok ove bolesti. Epidemiološka istraživanja koja su proučavala rizik za obolijevanje od shizofrenije uključuju obiteljske studije, studije blizanaca i usvojene djece. (11)

Obiteljske studije pokazale su kako se rizik za obolijevanje od shizofrenije povećava s blizinom i brojem srodnika koji imaju shizofreniju. Tako npr. ako je obolio jedan roditelj, rizik da će oboljeti dijete je oko 6 %, a ako su oba roditelja shizofreni bolesnici, rizik za dijete iznosi više od 40 %. (12)

Studije na blizancima utvrdile su veću konkordantnost (zajedničko pojavljivanje) u jednojajčanih blizanaca. Rizik od obolijevanja u jednojajčanih se blizanaca kreće od 40 do 50%, a u dvojajčanih od 10 do 15 %. (13)

Kod *istraživanja s usvojenom djecom*, rezultati uvijek pokazuju veći utjecaj naslijeđa od okolinskih čimbenika. Vidjelo se da oni zadržavaju „svoj” rizik od obolijevanja (koji iznosi oko 6 %). (14)

1.5. Klinička slika

Kada govorimo o kliničkoj slici i simptomima shizofrenije Crow je shizofrenije podijelio na dva sindroma. Shizofreni *sindrom tip I* naglo počinje, ima pozitivne (produktivne) simptome, dobro reagira na farmakoterapiju i ima povoljnu prognozu. Shizofreni *sindrom tip II* počinje postupno, s negativnim simptomima, slabije reagira na terapiju, ima lošiju prognozu. (15)

N.Andreasen je među prvima stvorila koncept pozitivne i negativne shizofrenije. *Pozitivna* shizofrenija ima pozitivne tj. produktivne simptome. To su sumanute misli, formalni poremećaji mišljenja, halucinatorna doživljavanja, fenomeni depersonalizacije i derealizacije. U *negativnoj* formi shizofrenije odsutni su produktivni simptomi, a prisutni negativni (deficitarni) simptomi. To su socijalno povlačenje, poremećaj afekta, anhedonija, anormija, život u svojem, izoliranom svijetu. Ova forma ima lošiju prognozu od pozitivne shizofrenije. (16)

1.6. Hospitalizacije shizofrenih pacijenata

U stacionarnim psihijatrijskim ustanovama liječi se veći broj muškaraca sa psihozom u odnosu na žene. To se tumači pozitivnijim emocionalnim odnosom sredine prema ženama bolesnicima zbog čega ih obitelj zadržava radije u svojoj sredini na liječenju nego da ih hospitalizara u psihijatrijsku ustanovu. (17)

Ilić i sur. su ustanovili da postoji uzajamni odnos između trajanja hospitalizacije i stavova obitelji prema mentalnom bolesniku. Ukoliko hospitalizacija traje duže, veći su izgledi da se pozitivni stavovi obitelji prema bolesniku transformiraju u negativne nego u onim slučajevima kada hospitalizacija traje kratko. (18)

1.7. Prognoza i ishod

Dijagnoza shizofrenije obično se povezuje s vrlo lošim ishodom. Prema Bleuleru (1857-1939.) u 35-40 % bolesnika bolest je imala za posljedicu jako izražena shizofrena oštećenja, dok su blago i umjereno izražena oštećenja bila prisutna u 40-50% bolesnika, a u svega 10-15% slučajeva nije bilo shizofrenih oštećenja. (19)

U današnje vrijeme pregled istraživanja pokazuje da se u umjerenom broju bolesnika sa shizofrenijom uspijeva postići trajna ili dugotrajna remisija. (20)

Tijek i ishod bolesti ovisi o cijelom nizu različitih čimbenika koje su Reddy i Keshavan 2006.g. naveli kao mnemo riječ (Mnemotehnika – vještina koja omogućuje da se povezivanjem slika ili riječi neka informacija lakše zapamti) **PREDICT**:

Premorbid maladjustment – Premorbidna neprilagođenost

Resource limitations – Ograničeni resursi

Early onset – Rani početak

Delay in treatment – Odloženo ili zakašnjelo liječenje

Inadequate treatment – Neprimjereno liječenje

Cognitive impairment – Kognitivno oštećenje

Treatment non-response – Izostanak terapijskog odgovora. (21)

1.8. Rane intervencije kod psihotičnih pacijenata – povijesni podaci

Rana intervencija nije nova ideja, zajedno uz tvrdnje o prednostima ona datira 200-tinjak godina. (22) Cameron je 1938 primijetio da su "terapijski rezultati kod shizofrenih pacijenata znatno bolji u bolesnika u kojih postoji mali napredak nasuprot tendenciji kronicitetu" te je zagovarao javno zdravstveni pristup ranog otkrivanja slučajeva psihoze u zajednici. (23)

Studije 80-tih godina potvrdile su utjecaj duljine neliječene psihoze na prognozu ishoda bolesti. (24,25)

90-tih godina, tri novonastala i isprepletena smjera dokaza, potkrijepila su potrebu za specijalizirane rane intervencije. Prvo, postojanje ranog tzv. prozora mogućnosti, "kritičnog razdoblja", postavljen na temelju da su rano djelovanje i invalidnost snažni prediktori dugoročnog tijeka i ishoda. (26) Drugo, ustanovljena je povezanost između dužeg perioda neliječene psihoze i lošijeg ishoda. (27) Treće, postalo je jasno da čak i dobro opskrbljene službe u zajednici nisu zadovoljavajuće za potrebe mladih ljudi u prvoj psihotičnoj epizodi i ne poboljšavaju ishod bolesti. (28,29)

1.9. Specijalizirane službe za rane intervencije

U posljednjih nekoliko godina, dokazi koji potvrđuju superiornost specijaliziranih službi za rane intervencije nasuprot uobičajenih psihijatrijskih službi u tretiranju ranih faza psihoza stalno raste, a to potvrđuje i dvije velike studije RCT (randomised control trial) u Velikoj Britaniji (LEO studija) i Danskoj (OPUS studija) (30,31). Kod specijaliziranih službi za rane intervencije pojedinci postižu bolje kliničke, socijalne i poslovne rezultate, imaju manji broj bolničkih dana i bolje su prilagođeni.

1.10. Novija istraživanja o ranim intervencijama specijaliziranih službi za liječenje psihoza (Velika Britanija)

Britansko istraživanje je provedeno je u jednom Londonskom okrugu na slučajnom uzorku od 144 pacijenta između 16 i 40 godina sa kliničkom slikom prve ili druge epizode neorganske i ne-afektivne psihoze. Provođene su biopsihosocijalne intervencije putem skrbi specijaliziranog tima te putem standardnog psihijatrijskog tima za mentalno zdravlje. Mjeren je ishod u vidu stope relapsa i rehospitalizacija. Istraživanje je pokazalo da je kod ispitanika tretiranih specijaliziranim timovima, bila manja ukupna učestalost relapsa i rehospitalizacija, kao i sklonost odustajanja od studije. Nije uočena statistički značajna povezanost sa spolom, nacionalnošću, kao i prethodnom psihotičnom epizodom.(30)

1.11. Novija istraživanja o ranim intervencijama specijaliziranih službi za liječenje psihoza (Danska)

Druga studija provedena je u Copenhagenu i Aarhusu u Danskoj na slučajnom uzorku od 547 pacijenta sa kliničkom slikom psihoze shizofrenog spektra. Provedene su intervencije u okviru integriranog tretmana koji je obuhvaćao asertivni tretman u zajednici s programima za uključivanje obitelji i trening socijalnih vještina. Standardni tretman je provođen u okviru lokalnog centra za mentalno zdravlje. Na kontroli nakon jedne godine praćenja, srednja

vrijednost psihotičnih simptoma se promijenila u povoljnom smjeru u korist integriranog tretmana. Procijenjena razlika u negativnim simptomima između grupa se isto poboljšala također u prilog integriranog tretmana. Na kontrolnom pregledu nakon 2 godine, procijenjena srednja vrijednost razlike između grupa po pitanju psihotičnih simptoma bila je statistički značajna, kao i po pitanju negativnih simptoma ($P < 0.001$), što sve ukazuje na povoljan učinak integriranog tretmana. Među pacijentima koji su bili u integriranom tretmanu uočena je značajno manja zloraba lijekova, bolju suradljivost, te veće zadovoljstvo tretmanom. (31)

1.12. Nesuradljivost psihotičnih pacijenata

Nesuradljivost je znatna u prvoj epizodi psihoze, te je jedna od glavnih odrednica funkcionalnog ishoda. Primijećena je značajna terapijska uloga produljenih specijaliziranih ranih intervencija na ublažavanje smanjivanja nesuradljivosti u pacijenata sa prvom psihozom. (32) Rethink, Britanska dobrotvorna udruga za mentalno zdravlje, pokrenula je kampanju "rana dostupnost ljudima (<http://www.rethink.org/reachingpeopleearly>) kako bi se skrenula pozornost na loše stanje usluge za mlade osobe s teškom mentalnom bolešću. Oni opisuju katalog pitanja koja mogu ljude brinuti. Rethink ističe da incidencija shizofrenije počinje rasti tijekom dobne skupine od 15 do 18 godina te da se često ne poštuju granice usluga između djeteta i adolescenata i odraslih usluga mentalnog zdravlja. Kod mladih anketiranih od strane Rethinka uočeno je da su postojeće standardne usluge stigmatizirajuće, terapijski pesimistične i neosjetljivi za pitanja mladih (pristup zapošljavanju i obuci su visoko na njihovim prioritetima).

2. Cilj

Utvrđiti postoje li razlike u distribucijama nezavisnih varijabli koje se odnose na rane intervencije (hereditet, anamneza, simptomi i trajanje simptoma), u odnosu na zavisne varijable utvrđenog zdravstvenog statusa odnosno zdravstvenih posljedica (ishod, ambulatni tretman, funkcionalnost te broj rehospitalizacija).

3. Hipoteza

Pretpostavljeno je da ne postoje razlike u distribucijama varijabli koje se odnose na rane intervencije (hereditet, anamneza, simptomi i trajanje simptoma), u odnosu na varijable utvrđenog zdravstvenog statusa odnosno zdravstvenih posljedica (ishod, ambulatni tretman,

funkcionalnost te broj rehospitalizacija). Drugim riječima, postavljena je nul-hipoteza po kojoj rane intervencije ne utječu bitno na zdravstveni status, odnosno zdravstvene posljedice za pojedinca.

4. Metode

4.1. Ispitanici i postupak

Ispitan je ukupno 91 ispitanik. Kao metoda prikupljanja podataka korišten je prigodno sastavljeni upitnik koji je napravila autorica ovog završnog rada. Podaci su prikupljeni iz medicinskog programa BIS o hospitalizacijama koji se koristi od 2003.godine na Psihijatrijskom odjelu Opće bolnice Dubrovnik. Zahtjev za provođenje upitnika je upućen Službi za psihijatriju te su uvidom u BIS u istraživanje uključeni pacijenti koji su liječeni radi shizofrenije (F20) u periodu od 2005. do 2009.godine na Psihijatrijskom odjelu. Podaci iz upitnika su dobiveni na temelju ambulantnih i bolničkih liječenja pacijenata. Funkcionalnost pacijenata je procijenjena na temelju modificiranog CGI (Clinical Global Impression) – ocjenske skale koja mjeri intenzitet simptoma, terapijskog odgovora i učinkovitosti tretmana u studijama liječenja pacijenata s mentalnim poremećajima.

4.2. Statističke analize

Statističke analize podataka provedene su uz pomoć računalnog programa IBM SPSS 24.0 za Windows. Za potrebe deskriptivne statistike korištene su frekvencije odgovora, uz histogramске prikaze distribucija podataka. Za testiranje razlika između nezavisnih uzoraka ispitanika korišten je Hi-kvadrat test za varijable nominalnog i ordinalnog tipa (kategorijalne varijable). Konačno, za utvrđivanje povezanosti između varijabli korišten je koeficijent kontingencije. Sve razlike komentirane su na razini statističke značajnosti od $p < 0,05$.

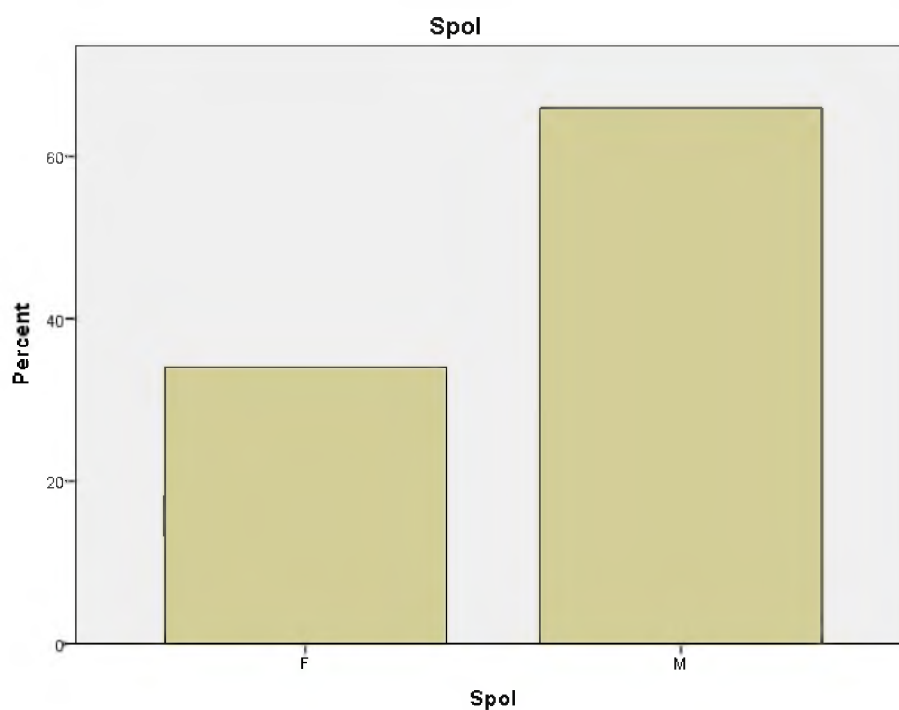
5. Rezultati

5.1. Struktura ispitanika po spolu uočljiva je u tablici i grafičkom prikazu 1.

Tablica 1. Struktura ispitanika po spolu

Spol	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Ženski	31	34,1	34,1	34,1
Muški	60	65,9	65,9	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Struktura ispitanika po spolu zorno je prikazana u grafičkom prikazu 1 (u postotcima).



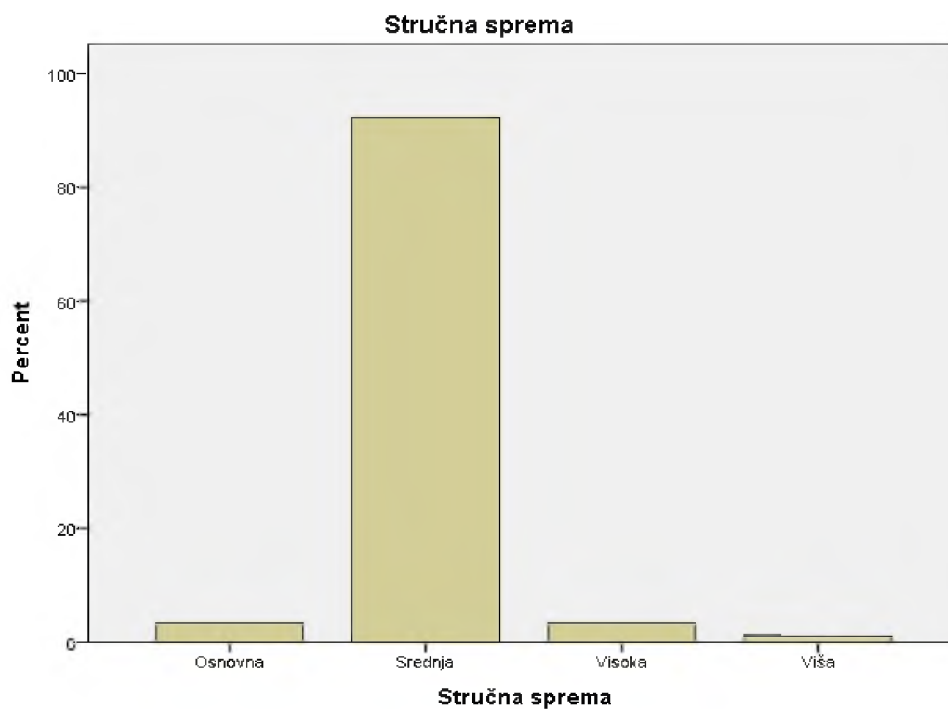
Grafički prikaz 1. Struktura ispitanika po spolu (F-ženski, M- muški)

5.2. Struktura ispitanika po stručnoj spremi uočljiva je u tablici i grafičkom prikazu 2.

Tablica 2. Struktura ispitanika po stručnoj spremi

Stručna sprema	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Osnovna	3	3,3	3,3	3,3
Srednja	84	92,3	92,3	95,6
Visoka	3	3,3	3,3	98,9
Viša	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Struktura ispitanika po stručnoj spremi prikazana je u grafičkom prikazu 2 (u postocima).



Grafički prikaz 2. Struktura ispitanika po stručnoj spremi

5.3. Varijable

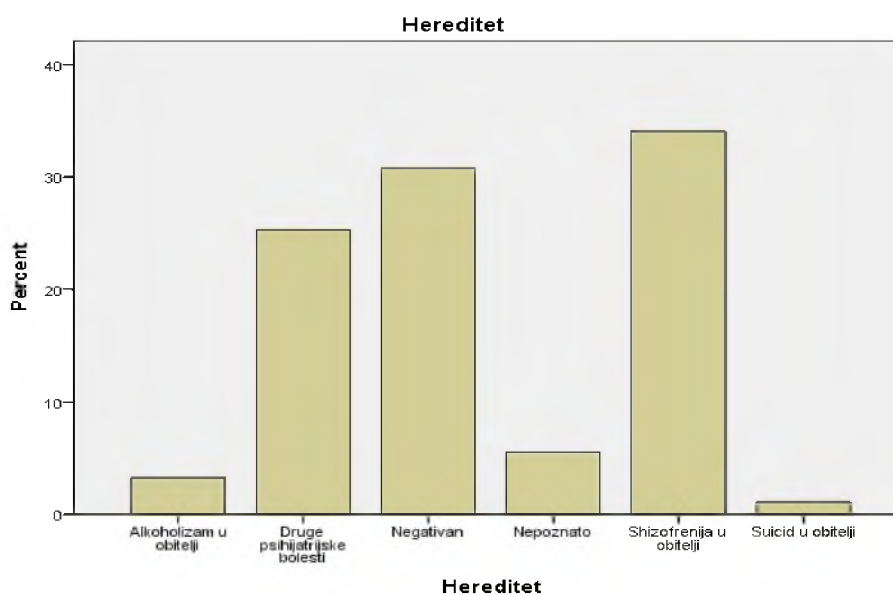
5.4. **Nezavisne varijable** istraživanja bile su varijable koje se odnose na prikupljanje podataka iz *preventivnih pregleda*, koje su prikazane u tablicama i grafičkim prikazima r.b. 3-6.

5.4.1. Struktura ispitanika po hereditetu prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 3.

Tablica 3. Struktura ispitanika po hereditetu

Hereditet	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Alkoholizam u obitelji	3	3,3	3,3	3,3
Druge psihijatrijske bolesti	23	25,3	25,3	28,6
Negativan	28	30,8	30,8	59,3
Nepoznato	5	5,5	5,5	64,8
Shizofrenija u obitelji	31	34,1	34,1	98,9
Suicid u obitelji	1	1,1	1,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po hereditetu prikazana je u grafičkom prikazu 3



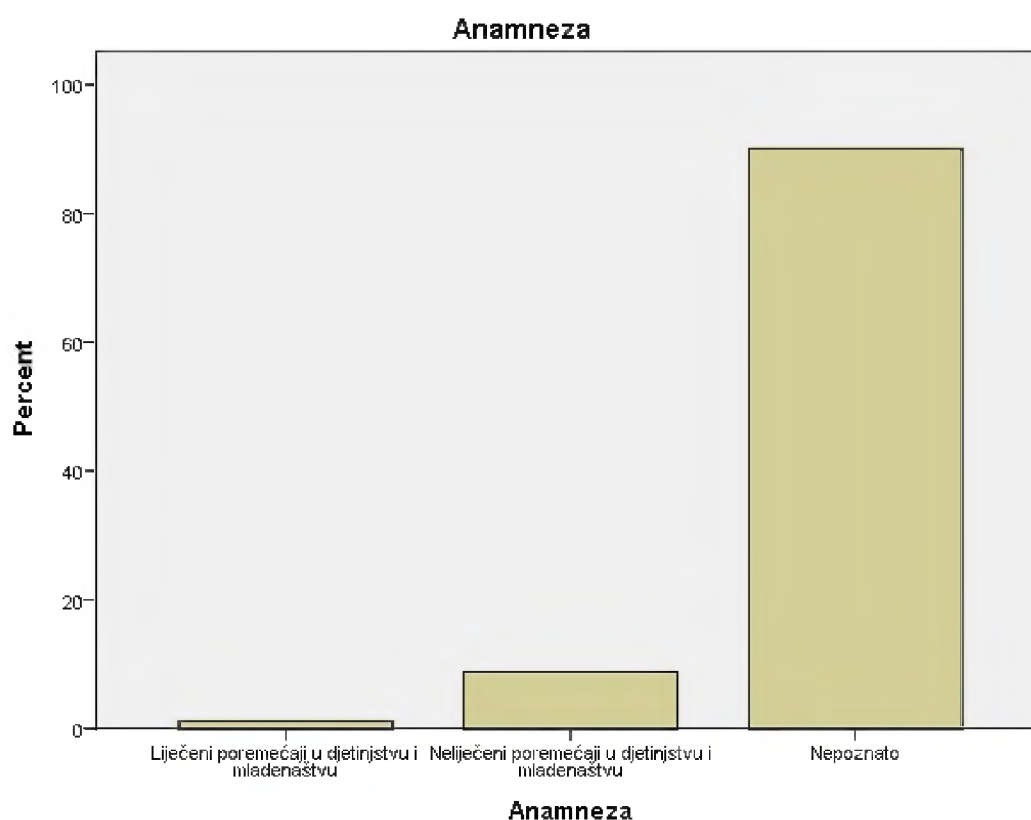
Grafički prikaz 3. Struktura ispitanika po hereditetu

5.4.2. Struktura ispitanika po anamnezi prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 4.

Tablica 4. Struktura ispitanika po anamnezi

Anamneza	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Liječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	1	1,1	1,1	1,1
Neliječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	8	8,8	8,8	9,9
Nepoznato	82	90,1	90,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po anamnezi prikazana je u grafičkom prikazu 4.



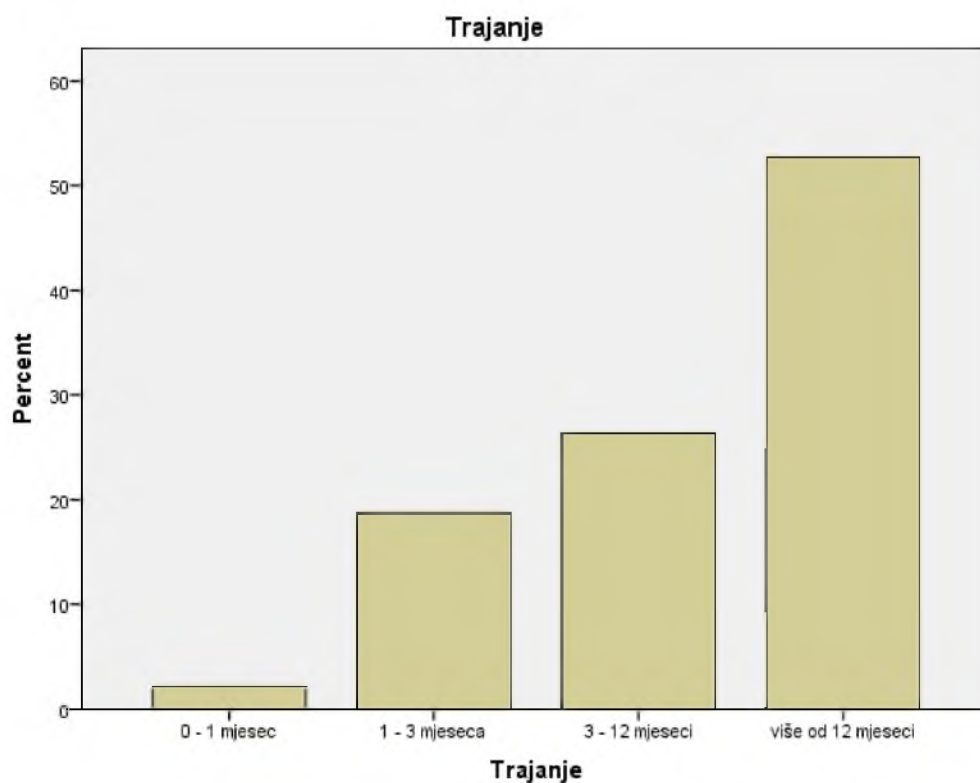
Grafički prikaz 4. Struktura ispitanika po anamnezi

5.4.3. Struktura ispitanika po trajanju simptoma prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 5.

Tablica 5. Struktura ispitanika po trajanju simptoma prije prve epizode psihoze

Trajanje simptoma pred prvu epizodu psihoze	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
0 – 1 mjesec	2	2,2	2,2	2,2
1 – 3 mjeseca	17	18,7	18,7	20,9
3 – 12 mjeseci	24	26,4	26,4	47,3
više od 12 mjeseci	48	52,7	52,7	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po trajanju simptoma prikazana je u grafičkom prikazu 5.



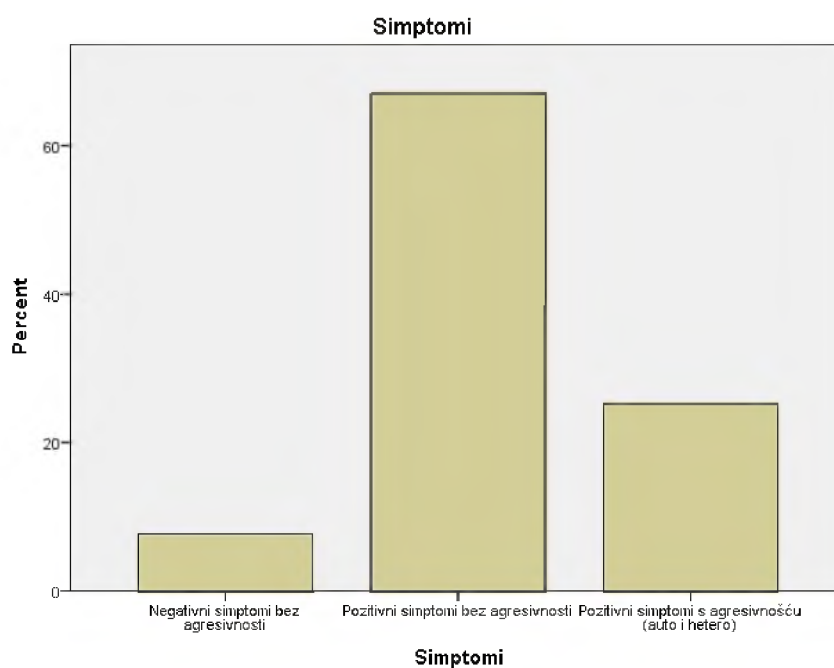
Grafički prikaz 5. Struktura ispitanika po trajanju simptoma pred epizodu psihoze

5.4.4. Struktura ispitanika po simptomima (vrsti simptoma) prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 6.

Tablica 6. Struktura ispitanika po simptomima

Simptomi	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Negativni simptomi bez agresivnosti	7	7,7	7,7	7,7
Pozitivni simptomi bez agresivnosti	61	67,0	67,0	74,7
Pozitivni simptomi s agresivnošću (auto i hetero)	23	25,3	25,3	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po simptomima (vrsti simptoma) prikazana je u grafičkom prikazu 6.



Grafički prikaz 6. Struktura ispitanika po simptomima

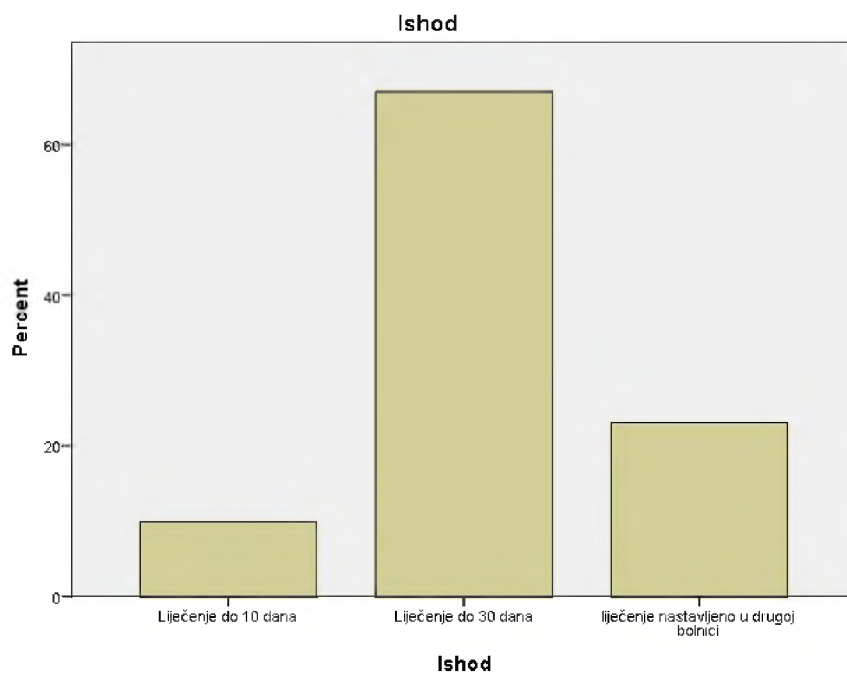
5.5. Zavisne varijable istraživanja bile su varijable koje se odnose na prikupljanje podataka o *zdravstvenim ishodima*, koje su prikazane u tablicama i grafičkim prikazima r.b. 7-10.

5.5.1. Struktura ispitanika po zdravstvenim ishodima prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 7.

Tablica 7. Struktura ispitanika prema ishodu prve hospitalizacije

Ishod	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Liječenje do 10 dana	9	9,9	9,9	9,9
Liječenje do 30 dana	61	67,0	67,0	76,9
liječenje nastavljeno u drugoj bolnici	21	23,1	23,1	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika prema ishodu prve hospitalizacije prikazana je u grafičkom prikazu 7.



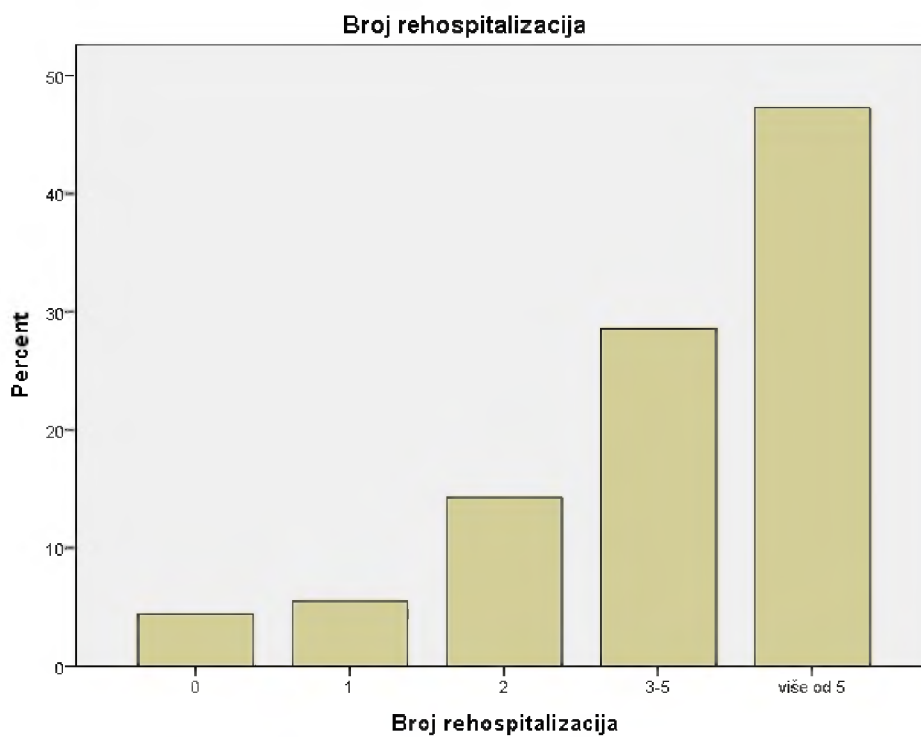
Grafički prikaz 7. Struktura ispitanika prema ishodu prve hospitalizacije.

5.5.2. Struktura ispitanika po broju rehospitalizacija nakon prve epizode psihoze prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 8.

Tablica 8. Struktura ispitanika po broju rehospitalizacija

Broj rehospitalizacija	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
0	4	4,4	4,4	4,4
1	5	5,5	5,5	9,9
2	13	14,3	14,3	24,2
3-5	26	28,6	28,6	52,7
više od 5	43	47,3	47,3	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po broju rehospitalizacija nakon prve epizode psihoze prikazana je u grafičkom prikazu 8.



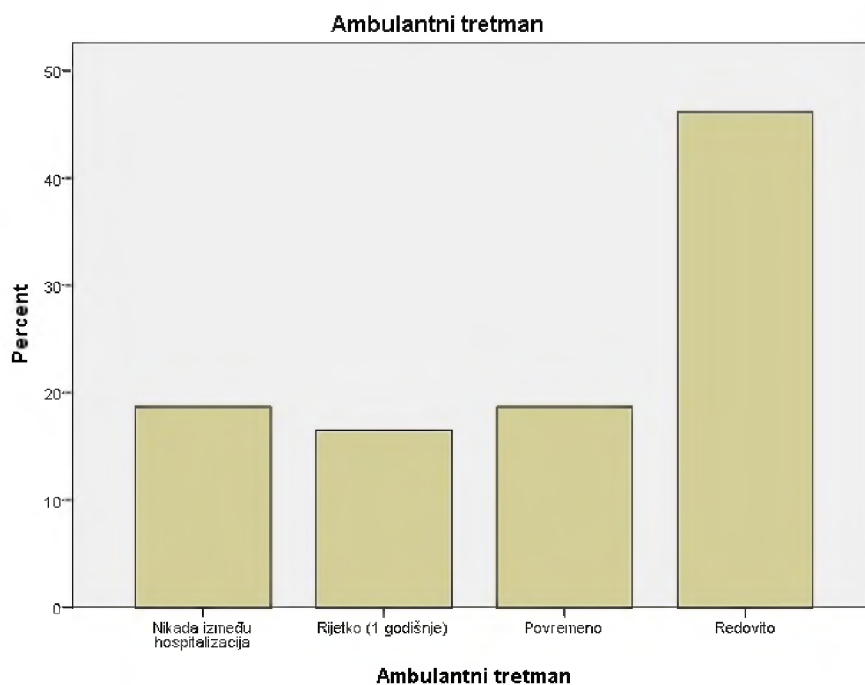
Grafički prikaz 8. Struktura ispitanika po broju rehospitalizacija

5.5.3. Struktura ispitanika po učestalosti ambulantnog tretmana nakon prve epizode psihoze prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 9.

Tablica 9. Struktura ispitanika po učestalosti ambulantnog tretmana nakon prve epizode psihoze

Ambulantni tretman	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Nikada između hospitalizacija	17	18,7	18,7	18,7
Rijetko (1 godišnje)	15	16,5	16,5	35,2
Povremeno	17	18,7	18,7	53,8
Redovito	42	46,2	46,2	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po učestalosti ambulantnog tretmana nakon prve epizode psihoze prikazana je u grafičkom prikazu 9.



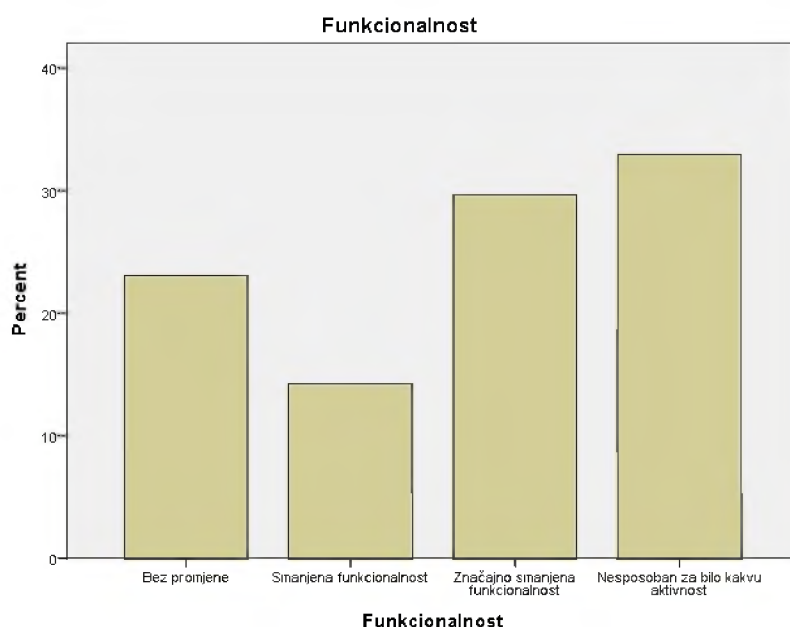
Grafički prikaz 9. Struktura ispitanika po učestalosti ambulantnog tretmana nakon prve epizode psihoze.

5.5.4. Struktura ispitanika po funkcionalnosti prikazana je u tablici i grafičkom prikazu 10.

Tablica 10. Struktura ispitanika prema funkcionalnosti u odnosu prije početka bolesti (obiteljska, socijalna, emocionalna, profesionalna).

Funkcionalnost	Frekvencija	Postotak	Valjani postotak	Kumulativni postotak
Bez promjene	21	23,1	23,1	23,1
Smanjena funkcionalnost na jednom segmentu	13	14,3	14,3	37,4
Smanjena funkcionalnost na više segmenata	27	29,7	29,7	67,0
Znatan pad funkcionalnosti	30	33,0	33,0	100,0
Total	91	100,0	100,0	

Zorni prikaz strukture ispitanika po funkcionalnosti prikazana je u grafičkom prikazu 10.



Grafički prikaz 10. Struktura ispitanika prema funkcionalnosti u odnosu prije početka bolesti (obiteljska, socijalna, emocionalna, profesionalna).

5.6. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu hereditet

Tablica 11. Razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu hereditet

Hereditet * Ishod	Ishod			Total	χ^2 (C) (df=10)
	Liječenje do 10 dana	Liječenje do 30 dana	Liječenje nastavljeno u drugoj bolnici		
Alkoholizam u obitelji	0	2	1	3	2,319 (0,158)
Druge psihijatrijske bolesti	2	15	6	23	
Negativan	4	18	6	28	
Nepoznato	0	4	1	5	
Shizofrenija u obitelji	3	21	7	31	
Suicid u obitelji	0	1	0	1	
Total	9	61	21	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu hereditet (tablica 11).

Tablica 12. Razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu hereditet

Hereditet * Broj rehospitalizacija	Broj rehospitalizacija					Total	χ^2 (C) (df=20)
	0	1	2	3-5	više od 5		
Alkoholizam u obitelji	0	0	0	1	2	3	13,902 (0,364)
Druge psihijatrijske bolesti	1	3	2	4	13	23	
Negativan	2	1	6	9	10	28	
Nepoznato	0	0	1	0	4	5	
Shizofrenija u obitelji	1	1	4	12	13	31	
Suicid u obitelji	0	0	0	0	1	1	
Total	4	5	13	26	43	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu hereditet (tablica 12).

Tablica 13. Razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu hereditet

Hereditet * Funkcionalnost	Funkcionalnost				Total	χ^2 (C) (df=1 5)
	smanjena funkcionalnost u jednom od segmenata	smanjena funkcionalnost u više segmenata	znatan pad funkcionalnosti u svim segmetnima	Bez promjene		
Alkoholizam u obitelji	0	1	1	1	3	
Druge psihijatrijske bolesti	4	7	7	5	23	14,02
Hereditet Negativan	6	6	13	3	28	2
Nepoznato	0	3	1	1	5	(0,36
Shizofrenija u obitelji	3	10	7	11	31	5)
Suicid u obitelji	0	0	1	0	1	
Total	13	27	30	21	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu hereditet (tablica 13).

Tablica 14. Razlike u ambulantnim tretmanima u odnosu na varijablu hereditet

Hereditet * Ambulantni tretman	Ambulantni tretman				Total	χ^2 (C) (df=15)
	Rijetko (1 godišnje)	Povremeno	Redovito	Nikad između hopitalizacija		
Alkoholizam u obitelji	0	0	3	0	3	22,654 (0,446)
Druge psihijatrijske bolesti	1	4	12	6	23	
Negativan	4	4	16	4	28	
Nepoznato	3	1	0	1	5	
Shizofrenija u obitelji	7	8	11	5	31	
Suicid u obitelji	0	0	0	1	1	
Total	15	17	42	17	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u ambulantnim tretmanima u odnosu na varijablu hereditet (tablica 14).

5.7. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu anamneza

Nisu pronađene statistički značajne razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu anamneza (tablica 15).

Tablica 15. Razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu anamneza

Anamneza * Ishod		Ishod			Total	χ^2 (C) (df=4)
		Liječenje do 10 dana	Liječenje do 30 dana	Liječenje nastavljeno u drugoj bolnici		
Anamneza	Liječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	0	1	0	1	2,171 (0,153)
	Neliječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	0	5	3	8	
	Nepoznato	9	55	18	82	
Total		9	61	21	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Tablica 16. Razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu anamneza

Anamneza * Broj rehospitalizacija		Broj rehospitalizacija					Total	χ^2 (C) (df=8)
		0	1	2	3-5	više od 5		
Anamneza	Liječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	0	0	0	0	1	1	3,608 (0,195)
	Neliječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	0	1	1	1	5	8	
	Nepoznato	4	4	12	25	37	82	
Total		4	5	13	26	43	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu anamneza (tablica 16).

Tablica 17. Razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu anamneza

Anamneza * Funkcionalnost	Funkcionalnost				Total	χ^2 (C) (df=6)
	Bez promjene	smanjena funkcionalnost u jednom od segmenata	smanjena funkcionalnost u više segmenata	znatan pad funkcionalnosti u svim segmetnima		
Liječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	1	0	0	0	1	8,323 (0,289)
Neliječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	1	0	5	2	8	
Nepoznato	19	13	22	28	82	
Total	21	13	27	30	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu anamneza (tablica 17).

Tablica 18. Razlike u ambulantnim tretmanima u odnosu na varijablu anamneza

Anamneza * Ambulantni tretman	Ambulantni tretman				Total	χ^2 (C) (df=6)
	Nikada između hospitalizacija	Rijetko (1 godišnje)	Povremeno	Redovito		
Liječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	0	0	1	0	1	23,031 (0,449)**
Neliječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu	6	0	1	1	8	
Nepoznato	11	15	15	41	82	
Total	17	15	17	42	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u ambulantnim tretmanima, u odnosu na varijablu anamneza. Naime, neliječeni poremećaji u djetinjstvu i mladenaštvu puno se češće pojavljuju kod pacijenata koji nisu bili nikada između hospitalizacija na ambulantnom tretmanu (tablica 18).

5.8. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu trajanje simptoma

Tablica 19. Razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu trajanje simptoma

Trajanje * Ishod	Ishod			Total	χ^2 (C) (df=6)
	Liječenje do 10 dana	Liječenje do 30 dana	Liječenje nastavljeno u drugoj bolnici		
0 - 1 mjesec	1	1	0	2	22,909 (0,448)**
1 - 3 mjeseca	5	12	0	17	
3 - 12 mjeseci	3	17	4	24	
više od 12 mjeseci	0	31	17	48	
Total	9	61	21	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u ishodima hospitalizacija u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Naime, kod ispitanika koji su se ranije javljali na preventivne preglede puno se češće pojavljuje kratkotrajnije liječenje, nego kod pacijenata koji su se na preglede javljali puno kasnije (tablica 19).

Tablica 20. Razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu trajanje simptoma

Trajanje * Broj rehospitalizacija	Broj rehospitalizacija					Total	χ^2 (C) (df=12)
	0	1	2	3-5	više od 5		
0 - 1 mjesec	1	0	0	1	0	2	45,529 (0,577)**
1 - 3 mjeseca	1	2	6	7	1	17	
3 - 12 mjeseci	2	2	4	10	6	24	
više od 12 mjeseci	0	1	3	8	36	48	
Total	4	5	13	26	43	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Naime, kod ispitanika koji su se ranije javljali na preventivne preglede puno je manji broj naknadnih rehospitalizacija, nego kod pacijenata koji su se na preglede javljali puno kasnije (tablica 20).

Tablica 21. Razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu trajanje simptoma

Trajanje * Funkcionalnost	Funkcionalnost				Total	χ^2 (C) (df=9)
	Bez promjene	smanjena funkcionalnost u jednom od segmenata	smanjena funkcionalnost u više segmenata	znatan pad funkcionalnosti u svim segmetnima		
0 - 1 mjesec	1	1	0	0	2	50,250 (0,596)**
1 - 3 mjeseca	1	5	0	11	17	
3 - 12 mjeseci	5	7	1	11	24	
više od 12 mjeseci	14	0	26	8	48	
Total	21	13	27	30	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u funkcionalnosti u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Naime, kod ispitanika koji su se ranije javljali na preventivne preglede puno je manje smanjena funkcionalnost pacijenata, nego kod pacijenata koji su se na preglede javljali puno kasnije (tablica 21).

Tablica 22. Razlike u ambulantnim tretmanima u odnosu na varijablu trajanje simptoma

Trajanje * Ambulantni tretman	Ambulantni tretman				Total	χ^2 (C) (df=9)
	Nikada između hospitalizacija	Rijetko (1 godišnje)	Povremeno	Redovito		
0 - 1 mjesec	0	1	0	1	2	33,503 (0,519)**
1 - 3 mjeseca	1	0	0	16	17	
3 - 12 mjeseci	1	5	4	14	24	
više od 12 mjeseci	15	9	13	11	48	
Total	17	15	17	42	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u učestalosti ambulantnih tretmana u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Naime, kod ispitanika koji su se ranije javljali na preventivne preglede puno je manji broj ambulantnih tretmana, nego kod pacijenata koji su se na preglede javljali puno kasnije (tablica 22).

5.9. Razlike u zavisnim varijablama u odnosu na varijablu simptomi

Tablica 23. Razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu simptomi

Simptomi * Ishod	Ishod			Total	χ^2 (C) (df=4)
	Liječenje do 10 dana	Liječenje do 30 dana	Liječenje nastavljeno u drugoj bolnici		
Negativni simptomi bez agresivnosti	0	7	0	7	4,593 (0,219)
Pozitivni simptomi bez agresivnosti	6	41	14	61	
Pozitivni simptomi s agresivnošću (auto i hetero)	3	13	7	23	
Total	9	61	21	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u zdravstvenim ishodima u odnosu na varijablu simptomi (tablica 23).

Tablica 24. Razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu simptomi

Simptomi * Broj rehospitalizacija		Broj rehospitalizacija					Total	χ^2 (C) (df=4)
		0	1	2	3-5	više od 5		
Simptomi	Negativni simptomi bez agresivnosti	0	1	1	3	2	7	9,096 (0,301)
	Pozitivni simptomi bez agresivnosti	3	2	11	13	32	61	
	Pozitivni simptomi s agresivnošću (auto i hetero)	1	2	1	10	9	23	
Total		4	5	13	26	43	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu simptomi (tablica 24).

Tablica 25. Razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu simptomi

Simptomi * Funkcionalnost	Funkcionalnost				Total	χ^2 (C) (df=6)
	Bez promjene	smanjena funkcionalnost u jednom od segmenata	smanjena funkcionalnost u više segmenata	znatan pad funkcionalnosti u svim segmetnima		
Negativni simptomi bez agresivnosti	3	0	2	2	7	6,888 (0,265)
Pozitivni simptomi bez agresivnosti	15	7	20	19	61	
Pozitivni simptomi s agresivnošću (auto i hetero)	3	6	5	9	23	
Total	21	13	27	30	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u funkcionalnosti u odnosu na varijablu simptomi (tablica 25).

Tablica 26. Razlike u ambulantnim tretmanima u odnosu na varijablu simptomi

Simptomi * Ambulantni tretman	Ambulantni tretman				Total	χ^2 (C) (df=6)
	Nikada između hospitalizacija	Rijetko (1 godišnje)	Povremeno	Redovito		
Negativni simptomi bez agresivnosti	2	1	1	3	7	10,548 (0,322)
Pozitivni simptomi bez agresivnosti	11	6	15	29	61	
Pozitivni simptomi s agresivnošću (auto i hetero)	4	8	1	10	23	
Total	17	15	17	42	91	

Legenda: C- koeficijent kontingencije; χ^2 - Hi-kvadrat test; ** - statistička značajnost uz $p < 0,01$; * - statistička značajnost uz $p < 0,05$; df – stupnjevi slobode

Nisu pronađene statistički značajne razlike u ambulantnim tretmanima u odnosu na varijablu simptomi (tablica 26).

6. Rasprava

Na materijalu psihijatrijskog odjela OB Dubrovnik analizirali su se podaci o liječenju pacijenata sa shizofrenijom od 2005. do 2009.godine.

Od ukupno 91 pacijenta 60 (65,9%) su bili muškarci, a 31 (34,1%) žene. (Tablica 1). Kod drugih autora također je uočeno da se na psihijatrijskim odjelima liječi veći broj muškaraca sa psihozom u odnosu na žene, što se tumači pozitivnijim emocionalnim odnosom sredine prema oboljelim ženama, zbog čega ih obitelj zadržava radije u svojoj sredini na liječenju (17) Što se tiče stručne spreme, najveći broj ispitanika bio je sa srednjom školom 84 (92,3%), po 3 (3,3%) ispitanika bila su sa osnovnom i visokom školom te 1 (1,1%) sa višom. (Tablica 2) Dohrenwend i sur. su uočili da od shizofrenije oboljevaju osobe nižeg socioekonomskog statusa što donekle ima sličnosti sa dobivenim rezultatima iz istraživanja. (10)

Podaci o hereditetu su pokazali da je 1/3 trećina, odnosno 31 (34,1%) ispitanik imao u obitelji barem jednog člana oboljelog od shizofrenije. Takvi rezultati se uklapaju u poznate činjenice o nasljednoj predispoziciji shizofrenih pacijenata od 6 do 40% u ovisnosti o broju oboljelih članova obitelji (jedan i više) (12)

Druge psihijatrijske bolesti u obitelji (depresija, PTSP, anksiozni poremećaji i sl.) su imali 23 (25,3%) ispitanika, negativan hereditet je bio kod 28 (30,8%) ispitanika.

Za druge bolesti, kao i razvojne poremećaje u djetinjstvu postoje podaci za tek 9 (9,9%) ispitanika, dok za ostalih 90,1% su podaci nepoznati.

Najveći broj ispitanika, 48 (52,7%) se javlja sa „odgodom“ od 12 mjeseci na liječenje, a na liječenje se u prva tri mjeseca javi 19 (20,9%) ispitanika. Kod istraživanja Normana i Male pokazalo se da u prosjeku, postoji kašnjenje od 12 mjeseci između početka pozitivnih simptoma i prvog tretmana (33)

Jedan od razloga tako kasnog javljanja na liječenje je stigma bolesti, bolesnika i članova njegove obitelji (2,3), ali i trenutna nerazvijenost „psihijatrije u zajednici“ u RH.

Većina ispitanika 84 (92,3%) se javlja radi pozitivnih simptoma sa ili bez agresivnosti, dok ispitanika 7 (7,7%) sa negativnim simptomima ima vrlo mali broj. Moguće je da je kod njih „odgoda“ liječenja puno dulja i ovisi o više faktora (odbijanje liječenja od strane pacijenta, neodlučnost obitelji oko liječenja, nepostojanje kompetentne službe za procjenu i ovlasti u pogledu liječenja). Razlozi mogu biti i različitost u početku simptoma. Crow opisuje oblik shizofrenije sa dominantim pozitivnim simptomima (tip I) koji naglo počinje, ima pozitivne (produktivne) simptome, dobro reagira na farmakoterapiju i ima povoljnu prognozu, dok tip

II počinje postupno, s negativnim simptomima, slabije reagira na terapiju, ima lošiju prognozu. (15)

Najčešće se ispitanici 61 (67,0%) liječe do 30 dana na odjelu, kod 21 ispitanika (23,1%) je postojala potreba za produljenje liječenja u drugoj psihijatrijskoj ustanovi. Ilić i sur. su ustanovili da ukoliko hospitalizacija traje duže, veći su izgledi da se pozitivni stavovi obitelji prema bolesniku transformiraju u negativne. (18)

Nakon prve psihoze gotovo polovica, 43 (47,3%) ispitanika je rehospitalizirano više od 5 puta.

U ambulantnom tretmanu nakon prve epizode je bilo njih 42 (46,2%) ispitanika. Međutim, 32 (35,2%) ispitanika ne bi dolazili ili su dolazili 1 godišnje na kontrolu.

Kod 57 (62,7%) ispitanika je uočena smanjena funkcionalnost na više segmenata, kao i znatan pad funkcionalnosti na svim segmentima.

Kod analiziranja zavisnih varijabli koje se odnose na rane intervencije (hereditet, anamneza, simptomi i trajanje simptoma), u odnosu na varijable utvrđenog zdravstvenog statusa odnosno zdravstvenih posljedica dobiveni su statističke značajne razlike uglavnom povezane sa varijablom trajanja simptoma prije prve psihoze.

Pokazalo se da postoji statistički značajna razlika u ishodima hospitalizacija u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Kod ispitanika koji su se ranije javljali na preglede liječenje je kraće trajalo, nego kod pacijenata koji su se na preglede javljali puno kasnije (tablica 19). Također, postoji statistički značajna razlika u broju rehospitalizacija u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Ispitanici kod kojih je period trajanja simptoma pred prvo liječenje bio manji, puno je manji broj naknadnih rehospitalizacija (tablica 20). Slično je i u pogledu funkcionalnosti u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Naime, kod ispitanika koji su se ranije javljali na preventivne preglede funkcionalnost je manje smanjena, nego kod pacijenata koji su se na preglede javljali puno kasnije (tablica 21). Statistička značajnost je uočena i kod kasnije učestalosti ambulantnih tretmana u odnosu na varijablu trajanje simptoma. Naime, kod ispitanika koji su se ranije javljali na preventivne preglede puno je manji broj ambulantnih tretmana (tablica 22).

Takvi rezultati odgovaraju brojnim istraživanjima iz 80-tih, 90-tih godina, kao i kasnije provedenih istraživanja po kojem su studije potvrdile utjecaj duljine neliječene psihoze na prognozu ishoda bolesti (24,25), povezanost između dužeg perioda neliječene psihoze i lošijeg ishoda (27), te da i dobro opskrbljene službe u zajednici nisu zadovoljavajuće za potrebe mladih ljudi u prvoj psihotičnoj epizodi i ne poboljšavaju ishod bolesti (28,29). Također, kod specijaliziranih službi za rane intervencije pojedinci postižu bolje kliničke,

socijalne i poslovne rezultate, imaju manji broj bolničkih dana i bolje su prilagođeni. (30,31). Kod mladih anketiranih od strane Rethinka uočeno je da su postojeće standardne usluge stigmatizirajuće, terapijski pesimistične i neosjetljive za pitanja mladih (pristup zapošljavanju i obuci su visoko na njihovim prioritetima). (32)

7. Zaključak

Nisu utvrđene statistički značajne razlike u distribucijama nezavisnih varijabli koje se odnose na preventivne zdravstvene preglede (hereditet, anamneza, simptomi) u odnosu na varijable utvrđenog zdravstvenog statusa odnosno zdravstvenih posljedica (ishod, ambulantni tretman, funkcionalnost te broj rehospitalizacija), s izuzetkom varijable rjeđeg broja ambulantnih tretmana, u slučaju prikupljanja podataka o anamnezi. Dakle, s izuzetkom navedene varijable, u ovim slučajevima ostajemo kod nulte hipoteze.

Međutim, kod svih varijabli trajanja simptoma, pokazalo se da je ranije javljanje na preventivne preglede povezano s boljim zdravstvenim ishodima, rjeđim ambulanim tretmanima, boljom funkcionalnošću te manjim brojem naknadnih broj rehospitalizacija. Dakle za varijablu trajanja simptoma nedvosmisleno se odbacuje nulta hipoteza.

Međutim, mora se napomenuti da je vjerojatno da bi se i kod drugih nezavisnih varijabli pokazalo da preventivni zdravstveni pregledi doprinose poželjnim zdravstvenim ishodima, u slučaju manjeg broja analiziranih kategorija, ili u slučaju analize većeg broja ispitanika.

Stoga bi se moglo reći da preventivni zdravstveni pregledi, prema rezultatima ovog istraživanja, doprinose svim poželjnim zdravstvenim ishodima u slučaju pravovremenog javljanja kod kratkotrajnije izraženosti simptoma. Također, rjeđi je i broj ambulantnih tretmana, u slučaju prikupljanja podataka o anamnezi. Drugim riječima, pravovremeni preventivni zdravstveni pregledi i rana intervencija doprinose rjeđim epizodama psihotičnog poremećaja.

8. Abstract

The first episode of psychotic disorder - the importance of early intervention

Introduction and Aims: Early interventions in psychotic patients may hypothetically affect in reducing the psychotic episodes and thus a better prognosis of psychotic disorders. The aim of the research was to determine whether there are differences in distribution of variables related to early intervention (heredity, history, symptom and duration of symptoms) in relation to the variables of established health status, ie health consequences (outcome, outpatient treatment, functionality and number of rehospitalization) .

Method: A total of 91 subjects were examined. As a method of collecting data was used an appropriately made questionnaire by the author of this research. The data were collected from the hospitalization archives from the Psychiatric Department of the General Hospital of Dubrovnik.

Results: No statistically significant differences was found in distribution of independent variables related to early intervention (heredity, history, symptoms) that were compared to the variables of established health status ie health consequences (outcome, outpatient treatment, functionality and number of rehospitalization), with the exception of a lesser variable Number of outpatient treatments, in case of data collection of anamnesis. However, in all the variables of the symptoms before the first psychotic episode, it has been shown that earlier reporting to medicine examination is related to better health outcomes, rare outpatient treatments, improved functioning, and a lesser number of afterward hospitalization.

Discussion and Conclusion: Based on the obtained results, early intervention in psychotic patients contributes to all desirable health outcomes in case of timely respond to examination in the earlier phases of psychosis. Also, the number of outpatient treatments is less common in anamnestic data of earlier disorders unrelated to current psychotic illness. In other words, timely early intervention contributes to the rarely episodes of psychotic disorder.

Key words: early intervention, first psychotic episode, treatment

9. Literatura

1. Jakovljević M, Shizofrenija u teoriji i praksi. Knjiga 1. Zagreb: Pro Mente, 2011:18-21
2. Jokić-Begić N, Kamenov Z, Lauri Korajlija A. Kvalitativno i kvantitativno ispitivanje sadržaja stigme prema psihičkim bolesnicima. *Socijalna psihijatrija* 2005; 33: 10-19.
3. Filipčić I, Pavičić D, Filipčić A, Hotujac Lj, Begić D, Grubišić J, Đorđević V. Attitudes of medical staff towards the psychiatric label „schizophrenic patient” tested by an Anti-Stigma Questionnaire. *Collegium Antropologicum* 2003; 27: 301-307.
4. Richardson-Andrews RC: The sunspot theory of schizophrenia: further evidence, a change of mechanism and a strategy for the elimination of the disorder. *Med Hypothesis* 2009; 72: 95-98
5. Read J: A history of madness. U Read J, Mosher LR & Bentall RP (ur): *Models of Madness – Psychological Social and Biological Approaches to Schizophrenia*, 9-20. Brunner – Routledge, 2004.
6. Jakovljević M, Shizofrenija u teoriji i praksi. Knjiga 1. Zagreb: Pro Mente, 2011: 21
7. van Os J, Allardyce J. *The Clinical Epidemiology of Schizophrenia*. U: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (ur.) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams &Wilkins, 2009.
8. Folnegović Z, Folnegović-Šmalc V, Kulčar Ž. The incidence of schizophrenia in Croatia. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 363-365.
9. Aleman A, Kahn RS, Selten JR. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60: 565-371.
10. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwartz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992; 255: 946-952.
11. Begić D, *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2011: 222-223
12. Gottesman II, McGuffin P, Farmer AE. Clinical genetics as clues to the „real genetics of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13: 23-47.
13. Davis JO, Phelps JA. Twins with schizophrenia: Genes or germs. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21: 13-18.
14. Begić D, *Psihopatologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2011: 222-223
15. Crow TJ. Molecular pathology of schizophrenia: more than one diseases process. *British Medical Journal* 1980; 280: 66-68.

16. Andreasen NC, Olsen SA. Negative v. positive schizophrenia: Definition and validation. *Archives of General Psychiatry* 1982; 39: 789-794.
17. Niskanen P, Pilkanen TA. *Psychiat Fennica* 1971; 45-47
18. Ilić A, Kojić T, Petković Lj. Utjecaj dužine hospitalnog tretmana na stav porodice prema psihijatrijskom bolesniku. *Soc Psihijat. Pliva. Zagreb.* 1971.
19. Jakovljević M, *Shizofrenija u teoriji i praksi. Knjiga 1. Zagreb: Pro Mente, 2011: 51-52*
20. Jobe TH & Harrow M: Long-term outcome of patients with schizophrenia: a review. *Canadian Journal of Psychiatry* 2005; 50:892-900.
21. Reddy R & Keshavan M: *Schizophrenia – A Practical Primer. Informa Healthcare, 2006*
22. Warner R. Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (suppl 48): 104–107
23. Cameron DE. Early schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1938; 95: 567– 82.
24. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL, MacMillan JF. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 115–120
25. Rabiner CJ, Wegner JT, Kane JM. Outcome study of first-episode psychosis. I: Relapse rates after 1 year. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 1155–1158
26. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178: 506– 17.
27. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 975– 83
28. Singh SP, Croudace T, Amin S, Kwiecinski R, Medley I, Jones PB, et al. Three-year outcome of first-episode psychoses in an established community psychiatric service. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 210– 6
29. Singh SP, Wright C, Burns T, Joyce E, Barnes TRE. Developing early intervention services in the NHS: a survey to guide workforce and training needs. *Psychiatr Bull* 2003; 27: 254– 8.
30. Craig TK, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004; 329: 1067.

31. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Ohlenschlaeger J, Christensen TO, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005; 331: 602
32. Chang WC¹, Kwong VW², Chan GH², Jim OT², Lau ES², et al. Prediction of motivational impairment: 12-month follow-up of the randomized-controlled trial on extended early intervention for first-episode psychosis. *Eur Psychiatry*. 2016 Dec 29; 41:37-41
33. Norman RM & Malla AK. Duration of untreated psychosis: critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine*, 2001; 31:381-400.