

PRVA EPIZODA SHIZOFRENIJE – VAŽNOST RANOG OTKRIVANJA BOLESTI ŠTO O TOME TREBAJU ZNATI SOCIJALNI RADNICI?

SAŽETAK

Shizofrenija je kronična duševna bolest, klinički sindrom karakteriziran specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima, značajnim individualnim varijacijama kliničke slike, odgovora na terapiju i tijekom bolesti te često prisutnim značajnim padom funkcionalnih kapaciteta bolesnika na svim planovima – osobnom, obiteljskom, radnom i socijalnom.

Suvremeni koncepti sagledavanja shizofrenije kao neurodegenerativnog procesa impliciraju neophodnost razvoja specifičnih ranih intervencija usmjerenih na što raniju detekciju bolesti i provođenje adekvatnih i sveobuhvatnih farmakoloških, psihoterapijskih i psihosocijalnih terapijskih intervencija. Iz navedenog proizlazi i rastući interes struke za prodromalnu fazu bolesti i prvu epizodu shizofrenije pri čemu se naglasak stavlja na ishod bolesti (postizanje simptomatske i funkcionalne remisije i što bolji potpuni oporavak bolesnika).

Ciljevi ranog otkrivanja psihotičnih poremećaja, uključujući i shizofreniju, i ranih intervencija su reducirati i/ili prevenirati progresiju i/ili pogoršanje psihotičnih simptoma/sindroma, neurobioloških i neuropatoloških oštećenja, sekundarnog psihijatrijskog i somatskog

Pregledni članak
Primljeno: siječanj, 2012.
Prihvaćeno: ožujak, 2012.
UDK 364.264:616.895.8

Draženka Ostojić¹
Klinika za psihijatriju Vrapče

Ključne riječi:

prva epizoda shizofrenije,
prodromalna faza shizofrenije,
rane intervencije, socijalni
radnici.

¹ Dr. sc. Draženka Ostojić, dr. med. specijalist psihijatar, e-mail: drazenkaostojic@gmail.com

morbiditeta, deterioracije općeg funkcioniranja i razvojnih potencijala bolesnika, individualnog i obiteljskog stresnog iskustva, stigmatizacije bolesnika i njegove okoline, recidiva bolesti te reducirati troškove vezane uz liječenje i radnu nesposobnost oboljelog.

Ovo složeno područje zahtijeva kontinuirano stručno i znanstveno multidisciplinarno istraživanje i djelovanje u čemu aktivnosti socijalnih radnika imaju značajnu ulogu, a s ciljem što učinkovitije redukcije neurotoksičnih, psihotoksičnih i sociotoksičnih posljedica shizofrenog procesa.

UVOD

Shizofrenija je »prava« duševna bolest, kronični teži duševni poremećaj, klinički sindrom karakteriziran specifičnim psihičkim i ponašajnim simptomima. Bolest je karakterizirana značajnim individualnim varijacijama kliničke slike, odgovora na terapiju i tjeka, ali i često prisutnim značajnim padom funkcionalnih kapaciteta bolesnika na svim planovima – osobnom, obiteljskom, radnom i socijalnom.

Još od sredine 19. stoljeća shizofrenija je smatrana »deficitarnim stanjem« u kojem je dijagnoza bolesti bila gotovo izjednačena s nepovoljnom prognozom. Ta su stajališta tijekom posljednjih pedesetak godina značajno revidirana, ali još uvijek nisu posve zanearena (van Os i sur., 2006.). Naime, iako danas znamo mnogo o shizofreniji, bolest još uvijek u mnogim aspektima predstavlja nepoznanicu. Rezultanta našeg (ne)znanja sažeta je u činjenici da bolesnika oboljelog od shizofrenije možemo relativno kvalitetno liječiti i zaliječiti, ali ne i izliječiti. Stoga učestalost javljanja shizofrenije i značajne implikacije bolesti na sveukupno cjeloživotno funkcioniranje bolesnika pred psihijatrijsku struku, ali i pred cjelokupnu znanstvenu i socijalnu zajednicu, postavljaju imperativ kontinuiranog i sveobuhvatnog izučavanja svih aspekata ove bolesti – etioloških, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih.

CILJ RADA

Cilj rada je prikaz važnosti što ranijeg otkrivanja bolesnika oboljelih od prve epizode shizofrenije i neophodnost što ranijeg započinjanja liječenja bolesti koja je u svojoj osnovi kako psihotoksična tako i sociotoksična. U radu će se navesti osnovna obilježja shizofrenije s posebnim naglaskom na prvu epizodu koja bi trebali poznavati socijalni radnici i ostali djelatnici u sustavu socijalne skrbi. Naime, s obzirom na prirodu svog posla (rad u odgojno-obrazovnim institucijama za djecu i mladež, rad u centrima za socijalnu skrb, itd.), ovi profili stručnjaka mogu značajno doprinijeti pravodobnom prepoznavanju oboljelih osoba u ranoj fazi bolesti te ih uputiti na neophodno psihijatrijsko liječenje.

U radu će se, također, navesti i uloga socijalnih radnika u socioterapijskim postupcima vezanim uz bolesnike oboljele od prve epizode shizofrenije.

SHIZOFRENIJA – OD »DEFICITARNOG STANJA« DO »OPORAVKA«

Perspektiva bolesnika oboljelog od shizofrenije još je tijekom šezdesetih godina prošlog stoljeća najčešće bila vezana uz višegodišnju institucionalizaciju i lošu prognozu postizanja zadovoljavajućeg poboljšanja psihičkog stanja bolesnika i oporavka (remisije), a time i zadovoljavajućeg socijalnog funkcioniranja. Institucionalizacija je većinom bila vezana uz dugotrajna bolnička liječenja te kroz smještaj u socio-medicinskim stanovima, a čemu je bio prilagođen i angažman socijalne službe, tj. socijalnih radnika.

Značajan pomak u razumijevanju i tretmanu shizofrenije posljednjih se desetljeća dogodio zahvaljujući sagledavanju bolesti kao neurodegenerativnog procesa, napretku farmakoterapije uvođenjem antipsihotika novijih generacija, uvažavanjem psihosocijalnih implikacija bolesti kako na planu pojavnosti, tako i na planu liječenja, i promjenama u socijalnim politikama koje stavljaju naglasak na vaninstitucionalno liječenje. Implementiranje rezultata znanstvenih istraživanja značajno je otvorilo nove perspektive sveobuhvatnog dijagnostičkog, terapijskog i rehabilitacijskog pristupa ovim bolesnicima.

Suvremeni koncept shizofrenije naglasak stavlja na ishod bolesti pri čemu se fokus interesa pomaknuo s redukcije psihotičnih simptoma (postizanja simptomatske remisije) prema postizanju što boljeg funkcioniranja oboljelih (postizanje funkcionalne remisije) i što boljem potpunom oporavku (Wunderink i sur., 2009.). Rezultati istraživanja koji ukazuju na heterogenost prognoze i ishoda bolesti implicirali su neophodnost što je moguće ranijeg provođenja adekvatnih i sveobuhvatnih terapijskih intervencija, a time i neophodnost pravodobnog otkrivanja bolesnika oboljelog od shizofrenije iz čega proizlazi i rastući stručni i znanstveni interes za prvu epizodu shizofrenije.

SHIZOFRENIJA – SUVREMENI KONCEPTI

ŠTO JE SHIZOFRENIJA?

Shizofrenija je kronični psihotični duševni poremećaj koji predstavlja klinički sindrom sastavljen od psihičkih i ponašajnih simptoma. Heterogena klinička slika bolesti može uključivati: abnormalnosti percepcije u obliku halucinatornih doživljavanja, poremećaje prosudbe determinirane sumanutim mislima i vjerovanjima, poremećaje tijekom misli koji se manifestiraju kroz poremećaj govora, redukciju emocionalne i voljne sfere i osjećaja zadovoljstva, različite kognitivne poteškoće – posebice one vezane uz memoriju i izvršne funkcije, uočljivo ponašanje bazirano na bolesnim (psihotičnim) iskustvima i oštećenom sustavu samokontrole te motoričke promjene funkcioniranja (Andreasen, 1995.).

Iako danas shizofreniji pristupamo kao jedinstvenom entitetu, ona se visoko vjerojatno sastoji od niza heterogenih, još nedovoljno poznatih, poremećaja. U prilog navedenom

govore nepobitni podaci vezani uz individualnu kliničku prezentaciju bolesti, odgovora na terapiju, tijekom bolesti te kapaciteta oboljelih osoba za socijalno funkcioniranje.

EPIDEMIOLOGIJA SHIZOFRENIJE

Sukladno rezultatima nekoliko velikih studija, prevalencija shizofrenije iznosi od 0,4 do 1,4% (Kessler, McGonagle i Zhao, 1994.; Mason i Wilkinson, 1996.). Dakle, od shizofrenije boluje oko 1% populacije što ukazuje na značajnu zastupljenost bolesnika oboljelih od shizofrenije u općoj populaciji.

U literaturi se navode podaci da godišnja incidencija bolesti (pojavnost novooboljelih) iznosi od 0,5 do 5 % na 10 000 stanovnika, uz geografske varijacije; primjerice, incidencija je viša u osoba rođenih u urbanim područjima industrijaliziranih zemalja (Pedersen i Mortensen, 2001.). No, rezultati istraživanja incidencije shizofrenije variraju, što ne podupire teorije o sličnosti incidencije bolesti u različitim područjima pojedinih zemalja i različitim dijelovima svijeta. Danas neki autori govore o padu broja oboljelih od shizofrenije posljednjih desetljeća, najvjerojatnije zahvaljujući manjoj incidenciji bolesti, a što drugi ne podupiru ističući brojne čimbenike koji »maskiraju« podatkne; primjerice, restriktivnost hospitalnih dijagnoza, pomak prema vanbolničkom zbrinjavanju bolesnika oboljelih od shizofrenije, promjene u dobnoj i etničkoj strukturi pojedinih područja i slično (Jones i Buckley, 2006.).

Shizofrenija se podjednako javlja u muškaraca i žena pri čemu je uočena razlika u životnoj dobi javljanja bolesti. Prema nekim istraživanjima, više od polovice oboljelih muškaraca zaprima se na bolnička liječenja prije dvadeset pete godine života. Istodobno, u toj se dobnoj skupini nalazi samo trećina oboljelih žena. Vršna pojavnost bolesti kod muškaraca je od osamnaeste do dvadeset pete godine života, dok je kod žena od dvadeset pete do trideset pete godine života, iako neke studije upućuju na to da je kod oba spola vršna pojavnost bolesti od petnaeste do dvadeset četvrte godine života. Nakon četrdeset pete godine života pojavnost shizofrenije opada, većinom se javlja kod žena, i tada govorimo o shizofreniji s kasnim početkom. U svakom slučaju, oko devedeset posto liječenih bolesnika u dobi je između šesnaeste i pedeset pete godine života. Naime, javljanje bolesti prije desete i nakon šezdesete godine iznimno je rijetko (Sadock i Sadock, 2003.; Messias, Chen i Eaton, 2007.).

Očekivana životna dob bolesnika oboljelih od shizofrenije može biti dvadeset do trideset godina kraća u odnosu na opću populaciju. Navedeni podaci povezuju se s visokim suicidalnim rizikom bolesnika oboljelih od shizofrenije i sa značajno višom pojavnošću somatskog komorbiditeta (pridruženih bolesti) u tih bolesnika. Smatra se da 25-50% oboljelih od ove bolesti pokuša tijekom života suicid, od čega 10% završi letalnim ishodom. Rano javljanje kardiovaskularnih bolesti u ovih bolesnika povezuje se s genetskim čimbenicima, stilom života (pušenje, nezdrava prehrana, pretilost, dijabetes, alkoholizam), ali i s mogućim razvojem metaboličkog sindroma uslijed terapije antipsihoticima. Zabrinjavajuć je podatak

prema kojem gotovo 50% bolesnika sa somatskim komorbiditetom nije adekvatno dijagnosticirano i liječeno.

Također, bolesnici oboljeli od shizofrenije imaju niži stupanj obrazovanja i nižeg su socio-ekonomskog status u odnosu na prosjek socijalne sredine u kojoj žive (Sadock i Sadock, 2003.; Stahl, 2008.).

ETIOLOGIJA SHIZOFRENIJE

Uzroci bolesti (etiologija shizofrenije) još nisu dovoljno razjašnjeni. Iako raspolažemo podacima iz niza istraživanja usmjerenih na pronalaženje potencijalnih bioloških markera, patoloških neuralnih mehanizama i genetskih aberacija koje bi bile odgovorne za javljanje psihotičnih poremećaja, danas još nemamo jasna i nepobitna saznanja o uzroku poremećaja. Recentne znanstvene spoznaje ukazuju da je vulnerabilnost pojedinca za razvoj ove bolesti determinirana genetskim i okolišnim čimbenicima koji utječu na rani (abnormalni) razvoj mozga, no poremećaj se najčešće ne može detektirati prije adolescencije i/ili rane odrasle dobi (Patel i sur., 2007.).

Brojna istraživanja ukazala su na genetski uvjetovanu predispoziciju javljanja bolesti. Naime, genetska determiniranost za razvoj bolesti vjerojatno stvara predispoziciju za javljanje bolesti tijekom kritičnog razvojnog razdoblja života (adolescencija i mlađa odrasla dob), a zbog specifičnih stresogenih utjecaja okoline (Moffit; Caspi i Ruter, 2005.).

S druge strane, studije slikovnih neuroloških metoda (kompjuterizirana tomografija, magnetska rezonanca, itd.) pobudile su sumnju da je shizofrenija neurodegenerativni proces karakteriziran strukturalnim i funkcionalnim abnormalnostima mozga kod kojih je gubitak funkcije neurona progresivan tijekom cjelokupnog tijeka bolesti. Upravo stoga, smatra se da presudnu ulogu u sprječavanju neuronske destrukcije ima pravodobno započinjanje liječenja bolesti (Stahl, 2008.; Weinberger i McClure, 2002.).

SIMPTOMATSKA DIMENZIJA SHIZOFRENIJE

Shizofrenija je klinički sindrom predstavljen brojnim simptomima koji se najčešće dijele u dvije glavne kategorije: pozitivne i negativne simptome. Prema neurodegenerativnoj etiologiji shizofrenije, javljanje pozitivnih simptoma povezano je s pojačanom neuralnom aktivnošću, a negativnih s odumiranjem neurona, što je posljedica rezidualnog »izgaranja« uslijed ekscitativne ekscitatorne neurotransmisije (Stahl, 2008.). Međutim, iako još nije formalnim dijelom dijagnostičkih kriterija shizofrenije, suvremeni pristup simptomatskoj dimenziji bolesti, temeljen na brojnim studijama ovog područja, ukazuje da se simptomi shizofrenije mogu sagledati kroz pet dimenzija.

Uz pozitivne i negativne, navode se i kognitivni, agresivni i afektivni simptomi koji se međusobno mogu preklapati. Ovakva simptomatska distinkcija u svakodnevnoj psihijatrijskoj

praksi višestruko je korisna. S jedne strane, omogućuje učinkovitije provođenje specifičnih i ciljanih terapijskih postupaka, a s druge strane, pojavnost i intenzitet pojedine dimenzije simptoma potencijalno može ukazivati i na moguću prognozu bolesti. Naime, današnje spoznaje o shizofreniji ukazuju da se unutar bolesti mogu razlikovati podgrupe s potencijalno različitim ishodom (Rapado-Castro i sur., 2010.; Harrison, Hooper i Craig, 2001.).

Pozitivni simptomi obuhvaćaju: sumanutosti, halucinacije (obmane osjetila), distorzije govora i komunikacije, dezorganiziran govor, dezorganizirano ponašanje, katatoniju (»ukočeno« držanje) i agitaciju. Ovi su simptomi zbog svoje dramatičnosti često izrazito naglašeni, a mogu se javiti naglo i znatno psihotično determiniraju bolesnikov doživljaj realiteta. Terapijske intervencije, posebice farmakološke, najčešće rezultiraju povlačenjem (ili značajnom redukcijom) tih simptoma (Jones i Buckley, 2006.; Stahl, 2008.).

Negativni simptomi obuhvaćaju: zaravnjeni afekt, emocionalnu povučenost, loš emocionalni odgovor, pasivnost, socijalno povlačenje, poteškoće apstraktnog mišljenja, manjak spontaniteta, stereotipno mišljenje, alogiju (smanjena fluentnost i produktivnost mišljenja i govora), avoliciju (redukcija motivacije i postizanja željenih ciljeva), anhedoniju (smanjena mogućnost osjećaja zadovoljstva) i oštećenje pažnje. Negativni simptomi mogu biti primarni (tada predstavljaju bazične simptome shizofrenije) i sekundarni (u odnosu na pozitivne simptome – ako se javljaju u sklopu depresivnih simptoma ili socijalne deprivacije te ako su posljedica ekstrapiramidnih negativnih popratnih pojava terapije antipsihoticima). Ovi su simptomi često prisutni i između pojedinih epizoda shizofrenije te u prodromalnoj fazi shizofrenije kada ih je neophodno pratiti s posebnom pažnjom (Hafner i sur., 1999.; Kirkpatric i sur., 2006.).

Danas se smatra da negativni simptomi mogu značajno determinirati mogući ishod shizofrenog procesa, što je u skladu s neurodegenerativnom hipotezom shizofrenije. Iako pozitivni simptomi u akutnoj fazi bolesti mogu značajno umanjiti normalno funkcioniranje bolesnika, negativni simptomi, kod kojih ta dramatičnost ne mora biti tako izražena, značajno determiniraju funkcioniranje bolesnika, a time i prognozu bolesti. Zbog njihova deteriorirajućeg utjecaja na bolesnikove kapacitete za ostvarivanje socijalnih interakcija, mogućnosti samostalnog življenja, održavanja stabilnih interpersonalnih odnosa i kapaciteta za učenje i rad, često rezultiraju lošijim ishodom bolesti i lošijom kvalitetom života oboljelih (Stahl, 2008.).

Tome pridonosi i činjenica da su sadašnje terapijske mogućnosti djelovanja na negativne simptome još uvijek limitirane učinkovitosti, a što posljedično rezultira i dugotrajnim hospitalizacijama oboljelih. Stoga, unatoč značajnom terapijskom napretku tijekom posljednjeg desetljeća, primjenom antipsihotika novije generacije i psihosocijalnih terapijskih intervencija, negativni simptomi shizofrenije, uključujući i prvu shizofrenu epizodu, i dalje predstavljaju terapijski izazov (Stahl, 2008.).

Kognitivni simptomi uključuju: poremećaj mišljenja, nekoherentan govor, gubitak asocijacija, neologizme (»novostvorene« riječi), oštećenje pažnje i oštećenje procesuiranja

informacija. Često se mogu preklapati s negativnim i afektivnim simptomima i na taj način determinirati ishod bolesti. Medicina temeljena na dokazima (engl. *evidence based medicine*) ukazala je na pozitivne terapijske učinke novije generacije antipsihotika na planu »očuvanja« kognitivnih kapaciteta bolesnika, a time i na odgađanje procesa kronifikacije bolesti (Stahl, 2008.; Rapado-Castro i sur., 2010.).

Agresivni simptomi obuhvaćaju: hostilnost, verbalnu i fizičku agresivnost, autodestruktivno ponašanje, uključujući i suicidalno, sklonost oštećivanju imovine, impulzivnost, seksualno nepredvidivo reagiranje, i često se mogu preklapati s pozitivnim simptomima. Stoga procjena bolesnikova suicidalnog rizika, ali i heterodestruktivnih potencijala, mora biti neophodnim dijelom svakodnevne kliničke prakse (Stahl, 2008.; Rapado-Castro i sur., 2010.).

Afektivni simptomi uključuju: depresivno raspoloženje, anksioznost, osjećaj krivnje, napetost, iritabilnost, zabrinutost. Iako su često prisutni u shizofreniji, navedeni simptomi mogu ukazivati i na postojanje »paralelnih« afektivnih i anksioznih poremećaja (Stahl, 2008.; Rapado-Castro i sur., 2010.).

TIJEK SHIZOFRENIJE

Osim za simptomatsku pojavnost, neurodegenerativni proces vjerojatno je odgovoran i za progresivan tijek shizofrenije što se može pratiti kroz deterioraciju funkcionalnih kapaciteta bolesnika. Naime, danas se smatra da shizofrenija započinje dugim asimptomatskim razdobljem – od rođenja do adolescentnog doba – tijekom kojeg je održana funkcionalnost osobe. Na tu fazu nastavlja se prodromalna faza – adolescentno doba i rane dvadesete godine života – koja je karakterizirana neobičnim ponašanjem i nespecifičnim negativnim simptomima te blažim padom funkcionalnih kapaciteta. Zatim se javlja aktivna faza shizofrenog procesa – dvadesete godine života – karakterizirana pozitivnim psihotičnim simptomima bolesti, remisijama (poboljšanjima) i relapsima (pogoršanjima) najčešće bez povratka na razinu funkcioniranja prije pojave bolesti. Nerijetko se radi o »kaotičnoj« fazi bolesti progresivnog tijeka. Posljednja faza shizofrenije može započeti u četrdesetim godinama života kada bolest u znatnoj mjeri ulazi u fazu prominjajućih negativnih i kognitivnih simptoma s povremenim poboljšanjima. Pad funkcionalnih kapaciteta bolesnika je značajan, često i progresivan, što rezultira sve izraženijim dizabilitetom. U ovoj fazi bolesnici mogu iskazivati i značajnu terapijsku rezistentnost na antipsihotike, ali i psihosocijalne terapijske intervencije što ukazuje na kronificiranu fazu bolesti (Lieberman, Malaspina i Jarskog, 2006.).

Činjenica da se terapijom antipsihoticima i psihosocijalnim terapijskim intervencijama može utjecati na »prirodni« tijek bolesti također ukazuje na neurodegenerativnu osnovu bolesti. Tako se, primjerice, vrijeme potrebno za postizanje zadovoljavajućeg poboljšanja psihičkog stanja bolesnika produžava s javljanjem svakog sljedećeg psihotičnog relapsa (pogoršanja). Istovremeno, bolesnici mogu iskazivati lošiji odgovor na provedenu terapiju uslijed čega zaostaju rezidualni psihotični simptomi koji snižavaju bolesnikove funkcio-

nalne kapacitete. Stoga se čini da se pravovremenom kontinuiranom aplikacijom terapije (farmakološkim, psihosocijalnim i psihoterapijskim intervencijama) može izbjeći, ili ublažiti, progresivan tijek shizofrenije i/ili spriječiti (ublažiti) razvoj terapijske rezistencije (Stahl, 2008.).

ASIMPTOMATSKA I PRODROMALNA FAZA SHIZOFRENIJE

Asimptomatska i prodromalna faza shizofrenije najčešće se sagledavaju retrogradno, nakon pojave dijagnostički jasnih simptoma bolesti. Iako danas raspoložemo i rezultatima prospektivnih praćenja ovih faza, ta su istraživanja još uvijek malobrojna u odnosu na retrospektivne studije.

Asimptomatska (premorbidna) faza bolesti označava razdoblje od rođenja do prodromalne faze. Tijekom tog razdoblja nema jasnih predznaka bolesti koji bi ukazali na mogućnost kasnijeg javljanja shizofrenije. Funkcionalni kapaciteti osobe tijekom ove faze održani su uslijed čega se ovu fazu često naziva i premorbidnim razdobljem –razdobljem prije pojave bolesti.

Jasni premorbidni parametri koji bi ukazali na kasniji razvoj shizofrenije nisu poznati, ali neke su studije pokazale da se razvojne abnormalnosti mogu naći kod četvrtine do polovine djece visokog rizika za razvoj bolesti (djeca čije su majke i/ili očevi bolovali od shizofrenije). Ti simptomi uključuju: hipoaktivitet i hipotoniju u neonatalnom razdoblju, neobičan i usporen *attachment* (emocionalno vezanje), »meke« neurološke znakove u ranom djetinjstvu, posebice lošu motoričku koordinaciju te deficit pažnje i procesuiranja informacija u kasnijem djetinjstvu. Ovo ukazuje da je barem jedan dio genetske vulnerabilnosti za shizofreniju povezan s abnormalnostima neurorazvoja, što odgovara rezultatima brojnih drugih istraživanja prodromalne faze bolesti (Kumra, Nicolson i Rapaport, 2002.).

Prodromalna faza najčešće se javlja u adolescentno doba i ranim dvadesetim godinama života. Karakterizirana je nespecifičnim psihičkim simptomima i promjenama funkcioniranja osobe. O prodromalnoj fazi, koja može trajati i nekoliko godina, govorimo samo ukoliko se nakon te faze jave jasni simptomi i znakovi shizofrenog procesa.

Od sredine devedesetih godina prošlog stoljeća istraživački interes za prodromalnu fazu ili fazu visokog rizika javljanja psihoza (eng. *UHR – ultra high risk*), uključujući i shizofreni proces, u značajnom je porastu pri čemu se fokus pomakao s ranijih retrospektivnih na recentne prospektivne studije najranijih manifestacija psihotičnog procesa. Značajan broj tih istraživanja odnosi se na identifikaciju osoba s prodromalnim simptomima i nastojanje da se pronađu specifične terapijske intervencije kojima bi se spriječio i ublažio dizabilitet koji se javlja već u ovoj fazi (pogotovo neurokognitivni i neurobiološki) te da bi se preveniralo, odgodilo ili reduciralo javljanje jasnih psihotičnih simptoma shizofrenog procesa i posljedične funkcionalne deterioracije bolesnika (Yung i sur., 2009.).

U istraživanjima ovog područja iskristalizirala su se tri osnovna pravca koji danas predstavljaju osnovu cijelog koncepta: područje ranih terapijskih intervencija u psihotičnim

poremećajima, istraživanje bazičnih simptoma shizofrenije i istraživanja genetske osnove shizofrenije, posebice studije vezane uz istraživanje osoba s visokim rizikom pojavnosti bolesti (Kumra, Nicolson i Rapaport, 2002.).

Prodromalna faza karakterizirana je izrazitom varijabilnošću nespecifičnih simptoma i promjenama ponašanja bolesnika koje se najčešće očituju značajnim promjenama dotadašnjeg, a i očekivanog, osobnog i socijalnog funkcioniranja, autodestruktivnim i suicidalnim ponašanjem i zluporabom sredstava ovisnosti. Unatoč raznolikosti individualnih kliničkih slika, neki prodromalni simptomi i znakovi u ovoj fazi registriraju se vrlo često: redukcija koncentracije i pažnje, redukcija motivacije, depresivno raspoloženje, poremećaji spavanja, anksioznost, socijalno povlačenje, sumnjičavost, pad funkcioniranja u različitim područjima života i iritabilnost (Yung i sur., 2004.).

Prediktorima razvoja psihotičnog poremećaja kod osoba s visokim rizikom smatraju se: shizotipni poremećaj osobnosti, kratkotrajno javljanje pozitivnih i negativnih psihotičnih simptoma, opći psihopatološki simptomi (posebice kognitivni), depresivnost i anksioznost, pad općeg funkcioniranja, zluporaba psihoaktivnih tvari (posebice marihuane), stres te neurokognitivne i neurobiološke promjene (Yung i sur., 2009.; Mason i sur., 2004.).

Simptomi prodromalne faze, poput kognitivnih i afektivnih deficita te pada općeg funkcioniranja, ujedno su i simptomi shizofrenije. Smatra se da su ti deficiti u prodromalnoj fazi konzistentni kao i kod shizofrenih bolesnika, ali slabije izraženi (Heinricks i Zakzanis, 1998.). Navedeno stajalište uvelike je determiniralo pristup i razvoj koncepta istraživanja prodromalne faze (Yung i sur., 2009.).

Unatoč značajnom napretku, danas još uvijek ne raspolažemo uniformnim i općeprihvaćenim kriterijima pristupa ovom području. U literaturi se najčešće navodi nekoliko različitih pristupa koji definiraju prodromalne kriterije te preventivne i terapijske pristupe osobama s visokim rizikom razvoja bolesti: *Ultra-high-risk criteria: the Melbourne PACE approach* (Australija), *Basic Symptoms criteria* (Njemačka) i *Clinical high-risk criteria: the New York RAP programme* (SAD) (Young i sur., 2004.; Ruhrmann i sur., 2005.; Beachdolf, Ruhrmann i Wagner, 2005.).

Pri uobličavanju strategija ranih intervencija u prodromalnoj fazi česte su bile »lažno pozitivne« identifikacije osoba što je dovelo do nepotrebnih i često neprimjerenih terapijskih intervencija, »etiketiranja« pacijenata i njihove stigmatizacije. Uslijed navedenog, danas se operacionalizaciji koncepta pristupa sukladno učinkovitim terapijskim intervencijama koje se mogu kretati od razine opservacije (promatranja i praćenja) do primjene psihosocijalnih, psihoterapijskih, ali i farmakoterapijskih postupaka, poštujući jasne etičke principe (McGorry i sur., 2006.).

Ipak, iako je veći broj studija ukazao da se ranim intervencijama, tj. terapijskim djelovanjem, u prodromalnoj fazi mogu reducirati prisutni simptomi, a time i kasnija pojavnost shizofrenije, još uvijek ne raspolažemo posve jasnim normativnim kriterijima ovog koncepta.

Tu procjenu otežava i činjenica da se prodromalni simptomi i javljanje prve psihotične epizode najčešće događa tijekom adolescencije i ranog mladenačkog doba kada psihički problemi mogu biti dijagnostički nedovoljno jasni i/ili često zbunjujući (Berk, Hallam i Lucas, 2007.). S obzirom da navedena životna dob predstavlja kritično razdoblje u kojem se ostvaruje neurorazvojna, emocionalna i kognitivna maturacija (fiziološko sazrijevanje) svake osobe, iz čega proizlaze i kapaciteti ličnosti za razvoj socijalnih, edukacijskih i radnih potencijala te ostvarivanje psihološke autonomije, vrlo je važno pravodobno provođenje specifičnih terapijskih intervencija u cilju sprječavanja i/ili redukcije pada kapaciteta ličnosti. Takve specifične terapijske intervencije značajno se razlikuju od terapijskih intervencija primjenjivanih kod starijih bolesnika u podmakloj fazi bolesti (McGorry i sur., 2006.).

ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U »OTKRIVANJU« OSOBA S PRODROMALNIM SIMPTOMIMA

Uloga socijalnih radnika u ranoj detekciji mogućeg razvoja shizofrenog procesa, dakle u fazi prodromalnih simptoma, morala bi biti usmjerena na uočavanje i prepoznavanje promjene funkcioniranja osobe. Naime, socijalni radnici i srodni suradnici, kroz svoj rad u centrima za socijalnu skrb (posebice kroz rad s obiteljima), ustanovama za odgoj i obrazovanje mladih, dječjim i odgojnim domovima i sl., u neposrednom su i izravnom doticaju s mnogobrojnim obiteljima i pojedincima i često su u poziciji da uoče promjenu ponašanja kako adolescenta, tako i mlađe odrasle osobe koja pobuđuje sumnju na razvoj psihotičnog procesa. Pri tome posebnu pažnju treba obratiti na osobe mlađe životne dobi koje imaju pozitivan obiteljski hereditet (osobe s bliskim srođnicima koji boluju od težih psihičkih poremećaja) (Kumra, Nicolson i Rapaport, 2002.).

Sukladno ranije navedenim nespecifičnim simptomima prodromalne faze bolesti, posebnu bi pažnju trebalo usmjeriti na javljanje socijalnog povlačenja, osamljivanje, sumnjičavost, pasiviziranje, gubitak interesa za uobičajene aktivnosti primjerene dobi, gubitak osjećaja zadovoljstva, autodestruktivne misli i radnje, nagli pad kvalitete izvršavanje školskih i/ili radnih obaveza, napetost, naglo reagiranje, sniženi prag tolerancija, frustraciju, konzumaciju psihoaktivnih tvari i alkohola i sl. Problemi u procjeni najčešće se javljaju u slučajevima kad se radi o adolescentima. Naime, adolescencija (pubertet) je razdoblje psihičkog sazrijevanja tijekom kojeg se mogu javiti navedene promjene ponašanja, no one svojim intenzitetom i trajnošću ne odudaraju značajno od uobičajenog i očekivanog funkcioniranja adolescenta. U svakom slučaju, svaku osobu sa suspektnim »dubljim« otklonom funkcioniranja potrebno je pomno pratiti, pružiti psihosocijalnu podršku kako samoj osobi tako i članovima njene obitelji te, u slučaju potrebe, uputiti osobu na daljnju psihijatrijsku procjenu i eventualno liječenje u kojem psihosocijalne intervencije predstavljaju sastavni dio terapijskog procesa.

POSTAVLJANJE DIJAGNOZE SHIZOFRENIJE

Prema današnjim znanstvenim i stručnim saznanjima dijagnoza shizofrenije može se postaviti samo na temelju uočenih psihotičnih simptoma sukladno dijagnostičkim kriterijima navedenim u X Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i ozljeda (MKB-X) i Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje (engl. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition – DSM-IV*) koji je u uporabi u SAD-u (*World Health Organization*) *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders, 1992.*; Američka psihijatrijska udruga. Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, DSM-IV, 1996.).

Dijagnoza shizofrenije postavlja se na temelju kliničkih simptoma i njihova trajanja, a prema usvojenim kriterijima navedenim u MKB-X i DSM-IV. Bazične postavke, posebice dijagnostički kriteriji, obiju klasifikacija slične su što implicira i njihovu dobru podudarnost. Razlike u dijagnostičkim sustavima očituju se u vremenskom trajanju psihotičnih simptoma koje je potrebno za postavljanje dijagnoze shizofrenije (mjesec dana u MKB-X, odnosno šest mjeseci u DSM-IV, što implicira da bi prema kriterijima DSM-IV većina psihoza koje nalikuju na shizofreniju zadovoljavala dijagnozu shizofrenije prema MKB-X) i u činjenici da DSM-IV, kao jedan od dijagnostičkih kriterija, uključuje i funkcionalni pad bolesnika.

Objekti klasifikacije navode i podtipove bolesti. U MKB-X navode se sljedeći podtipovi: paranoidna shizofrenija, hebefrena, nediferencirana, postshizofrena depresija, rezidualna shizofrenija, shizofrenija simplex, druga shizofrenija i nespecificirana shizofrenija, a u DSM-IV: paranoidna, dezorganizirana, katatona, nediferencirana i rezidualna shizofrenija.

TRADICIONALNI DIJAGNOSTIČKI PRISTUP VS. STAGING MODEL PSIHOZA

Tradicionalni nozološki pristup psihozama, uključujući i shizofreniju, koji je osnova MKB-X i DSM-IV temeljen je na »pročišćenim« simptomima psihoza te na jasno definiranom vremenskom trajanju tih simptoma. Takav »klasični« pristup podrazumijeva jasno izražene i stabilne simptome u svim fazama bolesti. Dakle, na sadašnjoj razini dijagnostičkih doktrina dijagnozu shizofrenije možemo postaviti samo kod potpuno »jasnih« kliničkih slika koje posve zadovoljavaju postavljene kliničke kriterije. Stoga se svakodnevna klinička praksa oslanja na prosudbu kliničara da je pacijentov doživljaj psihotične dubine, da se multiplicira i da zadovoljava kriterije vremenskog trajanja (McGorry; Yung i Phillips, 2001.; Van Os i sur., 2000.).

Ovakav dijagnostički pristup shizofreniji nerijetko je teško primjenjiv na sam početak shizofrenog procesa kada su simptomi često nespecifični i nedovoljno definirani. Čak i u slučajevima kada se u prvoj psihotičnoj epizodi javlja jasna psihopatologija koja zadovoljava kriterije za postavljanje dijagnoze, ostaje otvoreno pitanje hoće li simptomi ostati stabilni

tijekom vremena, što onda implicira i eventualnu potrebu revidiranja ranije dijagnoze te smanjuje njenu pouzdanost (Andreasen, 2007.).

Rano prepoznavanje psihotičnog poremećaja i prisutnost nestabilnih psihotičnih simptoma i sindroma dovodi do situacije u kojoj je klinička prezentacija netipična i ne podudara se u potpunosti s egzaktnim dijagnostičkim kriterijima. U situaciji kada klinička slika zadovoljava kriterije poput shizofreniformog poremećaja (DSM-IV) ili shizotipnog poremećaja (MKB-X) kliničari često zaziru od korištenja tih dijagnostičkih kategorija sumnjajući jesu li takvi bolesnici »istinski« psihotični ili shizofreni. S druge strane, u situacijama kada klinička slika bolesnika oboljelog od prve psihotične epizode odgovara dijagnostičkim kriterijima shizofrenije, dio kliničara često iz »poštednih razloga« ne navodi »točnu« dijagnozu (McGorry, Allott i Jackson, 2009.).

Usprkos navedenim problemima vezanima uz postavljanje dijagnoze shizofrenije kod bolesnika oboljelih od prve psihotične epizode, ohrabrujuća je činjenica da su studije ukazale na značajnu stabilnost inicijalno postavljene dijagnoze koja se potvrdila daljnjim tijekom bolesti, a u komparaciji s drugim psihotičnim poremećajima (shizoafektivne i bipolarne psihoze). Time je potvrđena i prognostička vrijednost inicijalno postavljene dijagnoze na dugoročni tijek i ishod bolesti (Schwartz; Fenning i Tanenberg-Karnat, 2000.).

Pomak od pesimističkog pristupa shizofreniji k rastućem optimizmu temeljen je i na rezultatima »faznog« (eng. *staging*) pristupa psihotičnim poremećajima. U takvom pristupu psihoza više ne predstavlja teško ili malo promjenjivu kontinuiranu datost, već se bolest doživljava kroz različite faze od kojih svaka zahtijeva specifičan dijagnostički, terapijski i rehabilitacijski pristup.

Stoga se posljednjih godina ulažu značajni znanstveni i stručni naponi u otkrivanje ranih markera psihoze – primjerice, bioloških, endofenotipskih, kliničkih, i što boljeg razumijevanja ranih faza psihotičnih poremećaja. Posebna se pozornost usmjerava na prepoznavanje (ranije opisanih) prodromalnih simptoma i znakova, pogotovo u osoba s vrlo visokim rizikom za razvoj bolesti (osobe u adolescentnoj ili mlađoj odrasloj dobi kod kojih promjene psihičkog funkcioniranja ukazuju na mogući razvoj psihotičnog poremećaja ili one koje imaju značajan obiteljski hereditet za psihotične poremećaje) te što ranijeg otkrivanja bolesnika oboljelih od prve psihotične epizode (McGorry, Allott i Jackson, 2009.).

Klinički *staging* modeli do sada su većinom bili primjenjivani u somatskoj medicini (primjerice, pri liječenju malignih bolesti), no posljednjih se godina prepoznala korisnost primjene takvih modela kod psihijatrijskih poremećaja koji potencijalno iskazuju progresivan tijek (McGorry i sur., 2006).

Staging model (fazni model) psihoza razrađeni je dijagnostički sustav koji definira stupanj premorbidnog, prodromalnog i psihotičnog stanja (podrobnije opisani ranije) za svaku osobu u točno određenoj točki vremena. Primjenom tog modela moguće je pozicionirati pojedinu osobu na kontinuumu tijeka bolesti. Model sadrži definiciju pojedine faze, potreban angažman okoline, preporuke specifičnih intervencija te biološke i endofenotipske markere. Pojedine faze psihoze definirane su težinom poremećaja, utjecajem simptoma na osobno

i socijalno funkcioniranje bolesnika (na primjer, radno ili kvalitetu života) te kroz trajanje i faze pogoršanja poremećaja (relapse) kao i prisutni komorbiditet.

Za razliku od klasičnog dijagnostičkog modela, *staging* model promiče »kliničkopatološki« pristup bolesti koji u obzir uzima težinu simptoma, njihov intenzitet, međusobnu povezanost, trajnost, funkcioniranje bolesnika (prema rezultatima Ljestvice za opću procjenu funkcioniranja; engl. *Global Assessment of Functioning* – GAF) te kognitivne i biološke varijable. Tako, primjerice, pokazatelji psihosocijalnog funkcioniranja, uključujući i stupanj socijalne izoliranosti, pad edukacijskih i radnih kapaciteta, također ukazuju na težinu i stupanj progresije psihotičnog poremećaja (McGorry i sur., 2006.). Navedeno ukazuje na važnost što boljeg očuvanja sveukupnog funkcioniranja bolesnika, a time i njegove kvalitete života.

Osnovne faze modela su:

- faza 0: povišen rizik psihotičnog poremećaja, nema simptoma
- faza 1a: blagi ili nespecifični simptomi, uključujući neurokognitivni deficit psihotičnog poremećaja; blage promjene ili pad funkcioniranja
- faza 1b: vrlo visok rizik: umjereni, ali još nepotpuno jasni simptomi s umjerenim neurokognitivnim promjenama i funkcionalnim padom (GAF manji od 70)
- faza 2: prva epizoda psihotičnog poremećaja: potpuno jasan poremećaj s umjerenim do teškim simptomima, neurokognitivnim deficitom i funkcionalnim padom (GAF od 30 do 50)
- faza 3a: nepotpuna remisija nakon prve psihotične epizode
- faza 3b: rekurentni tijek ili relapsi psihotičnog poremećaja stabilizirani tretmanom na određenom stupnju GAF-a, rezidualni simptomi ili neurokognitivni kapaciteti ispod najbolje razine postignute nakon prve psihotične epizode
- faza 3c: multipli relapsi, kliničko pogoršanje, utjecaj bolesti objektivno je prisutan
- faza 4b: teška, trajna ili neliječena bolest procijenjena sukladno kriterijima postojećih simptomima, neurokognicije i dizabiliteta.

Fazni model detekcije i praćenja psihotičnih poremećaja još uvijek nije »zaživio« u svakodnevnoj rutinskoj praksi. Razlozi tome su mnogobrojni, a jedan od njih je relativna složenost primjene tog modela vezana uz potrebu značajnog kadrovskog i financijskog ulaganja što ovisi o ustroju zdravstvenih, ali i socijalnih, resursa pojedinih država. Ipak, on predstavlja značajan pozitivni pomak u pristupu i pravodobnoj detekciji prvih psihotičnih poremećaja. Istodobno, u sredini u kojoj nije u svakodnevnoj primjeni, fazni model može predstavljati smjernicu u procjeni psihičkog stanja i stupnja funkcioniranja osobe u premorbidnoj i/ili aktivnoj fazi shizofrenog procesa.

SUVREMENI PRISTUPI PRVOJ EPIZODI SHIZOFRENIJE

Pravodobno dijagnosticiranje i liječenje bolesnika oboljelog od shizofrenije prije javljanja posvemašnje psihotične dekompenzacije još uvijek predstavlja značajan izazov za

cjelokupnu psihijatrijsku struku. Naime, od kraja osamdesetih godina prošlog stoljeća do danas interes psihijatrijske struke uvelike je usmjeren na sam početak shizofrenog procesa, prvenstveno na prodromalnu fazu bolesti i na bolesnike oboljele od prve epizode shizofrenije, s ciljem otkrivanja čimbenika koji potencijalno determiniraju tijek i ishod bolesti te na nastojanje da se prevenira dekompenzacija bolesti i funkcionalna deterioracija bolesnika. Navedeno proizlazi iz činjenice da su nakon prve psihotične epizode bolesti mogući svi ishodi: neki se bolesnici oporave u potpunosti (postigne se remisija), kod mnogih bolesnika javljaju se faze pogoršanja (relapsa) i (parcijalnih) poboljšanja bolesti, dok kod nekih bolest ima kontinuirani progresivni i deteriorirajući tijek.

Rezultati petogodišnjeg praćenja bolesnika nakon prve shizofrene epizode pokazali su da je 16% bolesnika imalo samo jednu epizodu bolesti bez kasnijeg značajnijeg pada funkcioniranja, 32% imalo je nekoliko epizoda s minimalnim padom funkcioniranja, 9% imalo je višekratne epizode bolesti bez povrataka na razinu funkcioniranja prije pojave bolesti, a čak 43% bolesnika iskazalo je značajno lošije funkcioniranje nakon svake sljedeće psihotične epizode (Sheperd, Watt i Faloon, 1998.).

Rezultati istraživanja prvih psihotičnih poremećaja, uključujući i prve shizofrene epizode, na cijelom nizu područja – etiološkom, dijagnostičkom, terapijskom, socijalnom, rehabilitacijskom – ukazali su da se ranim sveobuhvatnim intervencijama može pozitivno utjecati na ishod bolesti, a time i na sveukupnu perspektivu bolesnika (Lieberman i sur., 2006.).

Promišljanja vezana uz rane intervencije operacionalizirana su posljednjih petnaestak godina kroz pokušaje stvaranja modela rane detekcije i liječenja bolesnika oboljelih od psihoze osnivanjem specijaliziranih izvanbolničkih i bolničkih centara u kojima se ti koncepti nastoje implementirati.

Jedan od takvih centara od 2004. g. djeluje u Klinici za psihijatriju Vrapče u Zagrebu gdje je u sklopu Zavoda za dijagnostiku i intenzivno liječenje osnovan Odjel za prve psihotične poremećaje što je prvi, i za sada jedini, takav odjel u Republici Hrvatskoj. Ustroj i djelovanje Odjela za prve psihotične poremećaje usklađeno je s ustrojem zdravstvenog sustava i skrbi o duševnom bolesniku na razini države. Na odjelu se godišnje hospitalno liječi dvjestotinjak punoljetnih bolesnika. Uz sveobuhvatne farmakološke i psihosocijalne terapijske intervencije provodi se i diferencijalno – dijagnostička obrada bolesnika sukladno postulatima dobre kliničke prakse. U terapijskim intervencijama koristi se multidisciplinarni pristup (psihijatri, psiholozi, medicinske sestre i tehničari, socijalni radnik, radni terapeut, socijalni pedagog...) kroz individualnu i grupnu terapiju. Posebna se pažnja posvećuje psihoedukaciji te radu s obiteljima oboljelih. Po završetku bolničkog liječenja, bolesnici nastavljaju s posthospitalnim psihijatrijskim liječenjem kroz ambulantni tretman ili dnevnu bolnicu.

Danas se smatra da je prvih pet godina od pojave prvih simptoma bolesti presudno razdoblje tijekom kojeg se adekvatnim terapijskim intervencijama mogu potencijalno prevenirati nepovoljni ishodi shizofrenog procesa. Dakle, radi se o »kritičnom razdoblju« tijekom kojeg su neophodne sveobuhvatne terapijske intervencije s ciljem preveniranja bolesnikove

deterioracije, ali i »kolateralnih« zdravstvenih i socijalnih oštećenja uslijed bolesti (Buckley, Correl i Miller, 2007.).

Suvremeni pristupi liječenju prve epizode shizofrenije ukazuju da je u tretmanu bolesnika neophodno primijeniti farmakološki, psihosocijalni i psihoterapijski pristup, pri čemu je aplikacija psihofarmaka osnovni preduvjet za postizanje redukcije psihotičnih simptoma, a što onda, uz daljnje uzimanje psihofarmaka, omogućuje primjenu drugih terapijskih postupaka. Dakle, ukazuje se na neophodnost multidisciplinarnog liječenja i rehabilitacije u kojem su zastupljeni različiti profili stručnjaka – psihijatri, specijalizirane medicinske sestre i tehničari, socijalni radnici, psiholozi, radni i okupacioni terapeuti, socijalni pedagozi itd.

Ciljevi ranog otkrivanja i ranih terapijskih intervencija kod bolesnika oboljelih od prve epizode shizofrenije su: reducirati i/ili prevenirati progresiju i/ili pogoršanje psihotičnih simptoma/sindroma, neurobioloških i neuropatoloških oštećenja, sekundarnog psihijatrijskog i somatskog morbiditeta, deterioracije općeg funkcioniranja i razvojnih potencijala bolesnika, individualnog i obiteljskog stresnog iskustva, stigmatizacije bolesnika i njegove okoline, recidiva bolesti te reducirati troškove vezane uz liječenje i radnu nesposobnost oboljelog (McGorry, Allot i Jackson, 2009.).

ULOGA SOCIJALNOG RADNIKA U HOSPITALNOM LIJEČENJU I REHABILITACIJI BOLESNIKA OBOLJELIH OD PRVE EPIZODE SHIZOFRENIJE

Povezanost zdravstvenih i socijalnih aktivnost očituje se u svim fazama liječenja bolesnika oboljelih od prve psihotične epizode (uključujući i shizofreniju) – premorbidnoj (navedena ranije), hospitalnoj i posthospitalnoj. Naime, učinkovit pristup bolesniku oboljelom od prve shizofrene epizode mora biti i psihijatrijski (zdravstveni) i socijalni s ciljem prevencije i redukcije neurotoksičnih, psihotoksičnih i sociotoksičnih posljedica bolesti.

Uloga socijalnog radnika vrlo je važna u svim fazama liječenja i rehabilitacije oboljele osobe. Početkom hospitalizacije socijalni radnik pribavlja sve relevantne podatke o socijalnom statusu bolesnika, o obiteljskim odnosima, školskoj i radnoj situaciju kroz komunikaciju s članovima obitelji, te ukoliko je potrebno i s nadležnim centrom za socijalnu skrb, liječnikom obiteljske medicine, školskom i radnom sredinom, policijom i sl. Ukoliko se bolničko liječenje realizira kao prisilno zadržavanje i prisilni smještaj te kao smještaj bez pristanka sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama, o smještaju bolesnika u bolnicu biti će obaviješten i nadležni centar za socijalnu skrb.

U individualnom pristupu svakom bolesniku socijalni radnik bavi se svim pitanjima koja se odnose na socijalno funkcioniranje i prava bolesnika te socijalnu podršku (kao npr. zdravstveno osiguranje, bolovanje, školski i studentski status, osiguranje skrbi za ostale članove obitelji, stambeni i radni problemi, itd.) pri čemu je vrlo česta suradnja s nadležnim centrima za socijalnu skrb.

Tijekom hospitalizacije, kada to omogućí psihičko stanje bolesnika, provode se socioterapijske aktivnosti s ciljem motiviranja, aktiviranja i uključivanja bolesnika u vlastito liječenje pri čemu socijalni radnici provode individualne i grupne terapijske postupke. Također, neophodno je provoditi i kontinuirani rad s obiteljima u cilju psihoedukacije, ali i destigmatizacije kako samog bolesnika, tako i osoba koje o njemu skrbe.

U realizaciji otpusta iz bolnice (demisije) aktivnosti socijalnog radnika usmjerene su na osiguranje vanbolničkog prihvata bolesnika i pružanja podrške daljnjem nastavku liječenja i praćenja. U radu s osobama oboljelim od prvih psihotičnih poremećaja, iskustvo ukazuje da te osobe najčešće nastavljaju život u svojim obiteljima, no povremeno je potrebno realizirati njihov smještaj u udomiteljske obitelji i/ili socio-medicinske ustanove. Realizacija tih smještaja započinje se tijekom hospitalizacije i realizira u uskoj suradnji s nadležnim centrima. Kada je to neophodno tijekom hospitalizacije, započinje se i s postupkom procjene poslovne sposobnosti, najčešće kod osoba koje su dugo bolovale prije realizacije prvog psihijatrijskog liječenja i kod kojih je trajanje neliječene bolesti rezultiralo iznimno značajnim i ireverzibilnim padom kapaciteta osobnosti za zaštitu vlastitih prava i interesa.

Povratak bolesnika oboljelog od prve epizode shizofrenije u životnu sredinu često je povezan s osjećajem stigmatizacije što svakako zahtijeva posebnu pažnju osoba koje se o takvoj osobi skrbe. Destigmatizacija je jedan ciljeva provođenja psihosocijalne rehabilitacije. Naime, u cilju postizanja oporavka, psihosocijalna rehabilitacija ima cilj postići što kvalitetnije razdoblje bez simptoma bolesti, što bolju kvalitetu života i opće funkcioniranje kakvo je bilo prije nastanka bolesti (Lieberman, 1988.). Suvremeni pristupi govore u prilog postizanju najbolje moguće kvalitete života usprkos postojanju bolesti pri čemu se moraju akceptirati objektivni kapaciteti osobnosti bolesnika i specifičnosti okoline u kojoj pacijent živi (Bachrach, 2000.).

Aktivnosti socijalnog radnika u rehabilitaciji ovih bolesnika ovise o realnim mogućnostima i značajno su situacijski uvjetovane. Ukoliko se radi o bolesniku koji živi u vlastitoj obitelji, aktivnosti su usmjerene i na bolesnika, ali i na obitelj. Ukoliko bolesnik nema adekvatnu potporu obitelji ili ona posve izostaje, aktivnosti socijalnog radnika usmjerene su na samog bolesnika. S druge strane, kad je god moguće, u proces rehabilitacije uputno je uključiti i druge bolesniku bitne osobe (prijatelje, kolege s radnog mjesta, susjedstvo...).

U svakom slučaju, aktivnosti socijalnih radnika obuhvaćaju širok spektar čitavog niza aktivnosti usmjerenih na pružanje podrške neophodnom nastavku psihijatrijskog ambulantnog liječenja i praćenja, uzimanju psihofarmakološke terapije te razvoju kapaciteta za samostalni život, kapaciteta za uspostavom interpersonalnih odnosa i radnih i/ili edukacijskih kapaciteta. U svakom slučaju, ne smije se zaboraviti da je podrška socijalne okoline jedan od najbitnijih preduvjeta oporavaka bolesnika oboljelog od prve epizode shizofrenije.

LITERATURA

1. Američka psihijatrijska udruga. (1996). **Dijagnostički o statistički priručnik za duševne poremećaje međunarodna verzija s MKB-10 šiframa, DSM-IV**. Jastrebarsko: Naklada Slap.
2. Andreasen, N. C. (1995). Symptoms, signs and diagnosis of schizophrenia. **Lancet**, 346, 477-481.
3. Andreasen, N. C. (2007). DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. **Schizophrenia Bulletin**, 33, 108-112.
4. Bachrach, L. L. (2000). Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia – Where are the boundaries? **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 102, 6-10.
5. Beachdolf, A., Ruhrmann, S. & Wagner, M. (2005). Interventions in the initial prodromal states of psychosis in Germany: Concept and recruitment. **British Journal of Psychiatry**, 187, 45-48.
6. Berk, M., Hallam, K. & Lucas, N. (2007). Early intervention in bipolar disorders: Opportunities and pitfalls. **Medical Journal of Australia**, 187, 11-14.
7. Buckley, P., Correl, C. & Miller, A. (2007) First-episode psychosis: A window of opportunity for best practices. **CNS Spectrums**, 12 (9), 1-16.
8. Hafner, H., Löffler, W., Maurer, K., Hambrecht, M. & der Heiden, W. (1999). Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in early course of schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 100, 105-118.
9. Harrison, G., Hooper, K. & Craig, T. (2001) Recovery from psychotic illness: A 15-and 25-year international follow-up study. **British Journal of Psychiatry**, 178, 506-517.
10. Heinricks, R. & Zakzanis, K. (1998). Neurocognitive deficit in schizophrenia: A quantitative review of the evidence. **Neuropsychology**, 12, 426-445.
11. Jones, P. & Buckley, P. (2006). **Schizophrenia**. Churchill Livingstone: Elsevier.
12. Kessler, R., McGonagle, K. & Zhao, S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. **Archives of General Psychiatry**, 52, 8-19.
13. Kirkpatrick, B., Fenton, W., Carpenter, W. Jr. & Marder, S. (2006). The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. **Schizophrenia Bulletin**, 32, 609-613.
14. Kumra, S., Nicolson, R. & Rapaport, J. L. (2002). Childhood – onset schizophrenia. In: Zipursky, R. B. & Schultz, S. C. (eds.), **The Early Stages of Schizophrenia**. Washington DC: American Psychiatric Publishin, 161-191.
15. Liberman, J. A., Malaspina, D. & Jarskog, L. F. (2006). Preventing clinical deterioration in the course of schizophrenia: The potential for neuroprotection. **CNS Spectrums**, 11, 1-13.

16. Liberman, R. P. (1988). **Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients**. Washington: American Psychiatric Press, 15-26.
17. Mason, O., Startup, M. & Halpin, S. (2004). State and trait predictors of transition to first episode psychosis among individuals with at risk mental states. **Schizophrenia Research**, 71, 227-237.
18. Mason, P. & Wilkinson, G. (1996). The prevalence of psychiatric morbidity. OPCS survey of psychiatric morbidity in Great Britain. **British Journal of Psychiatry**, 168, 1-3.
19. McGorry, P. D., Allott, K. & Jackson, H. J. (2009.) Diagnosis and the staging model of psychosis. In: Jackson, J. & McGorry, P. D. (eds.), **The Recognition and Management of Early Psychosis a Preventive Approach**. New York: Cambridge University Press, 3-27.
20. McGorry, P. D., Hickie, I. B., Yung, A. R., Pantelis, C. & Jackson, H. J. (2006). Clinical staging of psychosis disorders: A heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 40, 616-622.
21. McGorry, P. D., Yung, A. & Phillips, L. (2001). Ethics and early interventions: Keeping up in the pace and staying in step. **Schizophrenia Research**, 51, 17-29.
22. Messias, E., Chen, C. Y. & Eaton, W. W. (2007). Epidemiology of schizophrenia: Review of findings and myths. **Psychiatric Clinics of North America**, 30, 323-328.
23. Moffit, T. E., Caspi, A. & Rutter, M. (2005). Strategy for investigating interactions between measured genes and measured environments. **Archives of General Psychiatry**, 62, 473-481.
24. Patel, V., Flisher, A. J., Hetrick, S. & McGorry, P. (2007). Mental health of young people: A global public-health challenge. **Lancet**, 269, 1301-1313.
25. Pedersen, C. B. & Mortensen, P. B. (2001). Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: A replication and analysis. **British Journal of Psychiatry**, 179, 46-52.
26. Rapado-Castro, M., Soutullo, C., Fraguas, D., Aragano, B., Paya, B. & Castro-Fornieles, J. (2010). Predominance of symptoms over time in early-onset psychosis: A principal component factor analysis of the positive and negative syndrome scale. **Journal of Clinical Psychiatry**, 71, 327-337.
27. Ruhrmann, S., Schulze-Lutter, F., Maier, W. & Klosterkotter, J. (2005). Pharmacological intervention in the initial prodromal phase of psychosis. **European Psychiatry**, 20, 1-6.
28. Sadock, J. B. & Sadock, V. A. (2003). Schizophrenia. In: Sadock, J. B. & Sadok, V. A, (eds.), **Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/Clinical psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 471-504.
29. Schwartz, J. E., Fenning, S. & Tanenberg-Karnat, M. (2000). Congruence of diagnosis after a firta-admission diagnosis of psychosis. **Archives of General Psychiatry**, 57, 593-600.

30. Sheperd, M., Watt, D. & Falloon, I. (1998). The natural history of schizophrenia: A five year follow up and prediction in representative sample of schizophrenics. **Psychological Medicine**, 15, 1-46.
31. Stahl, S. M. (2008). Psychosis and schizophrenia. In: Stahl, S. M. (ed.), **Stahls essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications**. New York: Cambridge University Press, 247-327.
32. Van Os, J., Baijl, M. & Eavelli, A. (2000). Strauss (1969) revisited: A psychosis continuum in general population? **Schizophrenia Research**, 45, 11-20.
33. Van Os, J., Burns, T., Cavallaro, R., Leucht, S., Peuskens, J. & Helldin, L. (2006). Standardized remission criteria in schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 113, 91-95.
34. Weinberger, D. R. & McClure, R. K. (2002). Neurotoxicity, neuroplasticity and magnetic resonance imaging morphometry. **Archives of General Psychiatry**, 59, 553-558.
35. World Health Organization. (1992). **The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders**. Oxford: Oxford University Press.
36. Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F. J. & Wiersma, D. (2009). Clinical recovery in first-episode psychosis. **Schizophrenia Bulletin**, 35, 362-369.
37. Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P. & McGorry, P. D. (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high group: Psychopathology and clinical features. **Schizophrenia Research**, 67, 131-42.
38. Yung, A. R., Klosterkotter, J., Cornblatt, B. & Schulze-Lutter, F. (2009). At risk mental state and prediction. In: Jackson, J. & McGorry, P. D. (eds.), **The recognition and management of early psychosis a preventive approach**. New York: Cambridge University Press, 83-107.

Draženka Ostojić

Klinika za psihijatriju Vrapče

**THE FIRST SCHIZOPHRENIA EPISODE: THE IMPORTANCE OF EARLY DETECTION OF ILLNESS
WHAT DO SOCIAL WORKERS NEED TO KNOW**

SUMMARY

Schizophrenia is mental disorder, clinical syndrome characterized by specific mental and behavioral symptoms, significant individual variations in clinical presentation, therapy response and course of disorder, with often present a significant decline in functional capacity of patients in all plans – personal, family, social and occupational.

Modern concepts of schizophrenia as neurodegenerative process, imply the necessity of development of a specific early interventions aimed at the early detection of disease and implementation of adequate and comprehensive pharmacological, psychotherapeutic and psychosocial therapeutic interventions. Because of this increasing professional interest is oriented toward the prodromal phase and first episode of schizophrenia with the focus on disease outcome (achievement of symptomatic and functional remission and a better compete recovery)

The aims of detection and diagnosis of first onset psychosis, including schizophrenia, are to reduce and/or prevent progression and/or worsening of symptom/syndrome; neurobiological changes and neuropathology; psychiatric and somatic comorbidity; deterioration of functioning and personal potentials; individual and family's experience of trauma; stigma; relapse of the disease; and to reduce costs to the community including inability for work.

This complex field requires continuous multidisciplinary scientific and professional approach, in which the activities of social workers has a significant role, aimed at the effective reduction of neurotoxic, psychotoxic and sociotoxic consequences of schizophrenia.

Keywords: *first-episode schizophrenia, prodromal phase of schizophrenia, early interventions, social workers.*