

## **VPLIV TRAJANJA NEZDRAVLJENE PSIHOZE NA POTEK BOLEZNI PRI BOLNIKI S SHIZOFRENIJO**

*Brigita Novak Šarotar\**

### **UVOD**

Shizofrenija je ena od najtežjih duševnih motenj, je kronična in pogosto progresivna bolezen možganov. Prizadene predvsem mlade ljudi in povzroča visoko stopnjo invalidnosti.

Potek in izid bolezni sta ugodnejša, kot so menili prej; 16% bolnikov ima samo eno epizodo bolezni in ne utrpijo nobene oškodovanosti; 32% ima več epizod in ne utrpijo nobene oškodovanosti ali pa je ta minimalna; 9% bolnikov po prvi epizodi utрпи oškodovanost, imajo ponavljajoče se epizode in se ne vrnejo več na predhodno stopnjo funkcioniranja; 43% bolnikov ima več epizod, stanje po vsaki epizodi se poslabša, bolniki pa se ne vrnejo več na predhodno življenjsko raven. Deset odstotkov bolnikov s shizofrenijo umre zaradi samomora.

### **Trajanje nezdravljene psihoze**

Zgodnje prepoznavanje ter zdravljenje psihotične motnje je postalo v zadnjem desetletju pomembno raziskovalno področje. Pozornost raziskovalcev se je usmerila predvsem na zgodnji potek psihoze, saj so ugotovili, da ima večina bolnikov pozitivne simptome psihoze tedne, mesece ali celo leta, preden so ustrezno diagnosticirani in zdravljeni z antipsihotičnimi zdravili. S psihometričnim inštrumentom IRAOS so retrospektivno merili čas od pojava prvih psihotičnih simptomov do začetka medikamentoznega zdravljenja z antipsihotiki in to obdobje imenovali trajanje nezdravljene psihoze (*duration of untreated psychosis*, DUP). Ugotovili so, da je trajanje nezdravljene psihoze pri bolnikih s shizofrenijo različno dolgo, v povprečju naj bi bil ta čas vsaj eno leto, mogoča pa je tudi bimodalnost trajanja z največjo frekvenco okrog 3 meseca ter okrog 2 leta. Nekateri avtorji poročajo, da je ta čas še daljši.

Najpogostejši razlogi, zakaj je trajanje nezdravljene psihoze tako dolgo oz. zakaj so bolniki akutno bolni vsaj 1 leto ali celo več, preden poiščejo pomoč zdravnika, so različni in kompleksni. Med razloge prištevajo stigmo, pomanjkanje uvida pri bolniku,

---

\* Dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med. Enota za krizne intervencije, Psihiatrična klinika Ljubljana, Zaloška 29, 1000 Ljubljana

*Dr. Brigita Novak Šarotar, dr. med. je bila dne 30. januarja 2007 na Univerzi v Ljubljani promovirana za doktorico medicinskih znanosti. Naslov njene disertacije je bil: Vpliv trajanja nezdravljene psihoze na potek bolezni pri bolnikih s shizofrenijo. Mentorica je bila prof. dr. Marga Kocmur.*

simptomi, kot npr. paranoidnost, preprečujejo razkritje bolezni, pozitivna izkušnja nekaterih simptomov, ki jih lahko bolnik doživlja kot prijetne, slabo prepoznavanje psihoze s strani zdravstvene službe ali slaba organizacija zdravstvenega sistema na sploh.

Večina študij prve psihotične epizode kaže na povezavo med daljšim trajanjem nezdravljene psihoze ter slabšim izidom bolezni s pogostejšimi hospitalizacijami, tudi brez privolitve, počasnejšim in slabšim okrevanjem, bolniki imajo več ponovitev psihotičnih epizod, potrebujejo večji odmerek antipsihotičnih zdravil za dosego remisije. V večini raziskav so ugotovili, da je trajanje nezdravljene psihoze neodvisni napovedni dejavnik poteka in izida shizofrenije, čeprav so nekateri raziskovalci prepričani, da je DUP le epifenomen slabšega predbolezenskega udejstvovanja ter da neodvisnega vpliva na potek bolezni nima. Vekakor pa prisotnost nezdravljene psihotične simptomatike nekaj mesecev ali let tudi pomembno vpliva na celostno udejstvovanje bolnika, tako na socialnem, delovnem in medčloveškem področju in poslabšuje kvaliteto življenja. Vse več je tudi dokazov, da je sam psihotični proces nevrotoksičen in bi lahko z zgodnjim zdravljenjem preprečili ireverzibilne možganske okvare.

Ugotovili so, da pride do najpomembnejših sprememb v psihosocialnem udejstvovanju pri bolnikih s shizofrenijo znotraj prvih treh do petih let od začetka bolezni, nato pa naj bi se proces ustavil, oz. ostal na isti ravni. Zato lahko to obdobje bolezni imenujemo tudi »kritično obdobje«, ki je odločilno za nadaljnji potek bolezni. Avtorji predlagajo, naj bi do intervencije prišlo čim prej, predvsem pa še znotraj t.i. kritičnega obdobja prvih treh do petih let. Tako bi lahko pomembno izboljšali potek bolezni, saj bi preprečili nadaljevanje poškodbe nevronov. Upad v celostnem udejstvovanju se namreč začne že v prodromalni fazi bolezni, po vsaki akutni psihotični epizodi pa se lahko stopnjuje. Tudi samomorilno vedenje je prisotno že v zgodnjem obdobju psihotične motnje. Pred kratkim so avtorji poročali, da lahko s programi za zgodnje prepoznavanje in zdravljenje shizofrenije pomembno znižamo samomorilno ogroženost bolnikov v obdobju prve epizode bolezni.

## **Opis raziskave**

Namen raziskave je bil preveriti pomen trajanja nezdravljene psihoze na dolgoročni potek in težo bolezni; preveriti, ali lahko z zgodnjim medikamentoznim zdravljenjem vplivamo na boljši izid bolezni ter primerjati potek bolezni pri skupini preiskovancev z dolgim obdobjem nezdravljene psihoze (skupina 1) s skupino preiskovancev, ki je bila zdravljena že v prodromalni fazi bolezni, pred akutnim pojavom psihotičnih simptomov (skupina 0).

V retrospektivno raziskavo smo vključili 87 bolnikov s shizofrenijo ali s psihozo iz shizofrenskega kroga. V skupini 0 je bilo 37 bolnikov s srednjo starostjo 38 let. V skupini 1 je bilo 50 bolnikov s srednjo starostjo 41 let. Skupini smo primerjali glede poteka in izida bolezni. Težo bolezni smo ocenjevali z upoštevanjem različnih kliničnih in parakliničnih dejavnikov. S pomočjo protokola prirejenega po vprašalniku CAARMS

(16) smo ugotavljali stopnjo izraženosti kliničnih znakov in simptomov; izračunali smo povprečni dnevni odmerek predpisanega antipsihotika ter uporabo dodatnih psihotropnih zdravil; izračunali smo število hospitalizacij ter število hospitalnih dni; ocenjevali smo tudi sociodemografske značilnosti bolnikov: stopnjo dosežene izobrazbe, zaposlenost ter zakonski stan. Skupini smo primerjali glede vseh parametrov v obdobju akutne psihoze ob prvi epizodi ter v času raziskave.

Ugotovili smo, da so bili v prodromalni fazi bolezni v skupini 0 najpogosteje izraženi simptomi anksioznosti, depresivnosti, motnje spanja in koncentracije, socialna izolacija ter telesne blodnje in halucinacije.

Bolniki v skupini 1 so imeli tako v obdobju akutne psihoze kot v obdobju raziskave prisotnih več psihopatoloških simptomov, ki so bili tudi močnejše izraženi. Bolniki v skupini 0, ki so bili z antipsihotikom zdravljeni že v prodromalni fazi bolezni, so pozneje vseskozi potrebovali nižji odmerek antipsihotika, 11% bolnikov v skupini 0 v času raziskave antipsihotika ni imelo več predpisanega.

Bolniki v skupini 1 so bili pogosteje zdravljeni v bolnišnici in so potrebovali več hospitalizacij kot bolniki v skupini 0, kjer je 38% bolnikov potrebovalo bolnišnično zdravljenje, 27% le enkrat. Število hospitalnih dni je bilo v skupini 0 manjše.

Tudi pri oceni sociodemografskih parametrov smo med skupinama ugotovili pomembne razlike. Bolniki v skupini 1 so imeli dolgoročno slabši zaposlitveni status z večjo stopnjo nezaposlenosti ter s predčasno invalidsko upokojitvijo. V skupini 1 je bilo več samskih bolnikov, tako v obdobju akutne psihoze kot v obdobju raziskave. Več bolnikov v skupini 0 se je poročilo in so bili uspešnejši v ohranitvi zakonske zveze.

## **ZAKLJUČEK**

Z raziskavo smo ugotovili, da trajanje nezdravljene psihoze vpliva na potek in težo bolezni ter da lahko z zgodnjim medikamentoznim zdravljenjem vplivamo na boljši izid bolezni. Skupina bolnikov z dolgim obdobjem nezdravljene psihoze se razlikuje od skupine bolnikov, ki je bila zdravljena že v prodromalni fazi bolezni, v izraženosti psihopatološke simptomatike, v predpisanem odmerku antipsihotikov, v številu in trajanju hospitalizacij ter v sociodemografskih parametrih. Gre za prvo poročilo o vplivu zdravljenja v prodromalni fazi na dolgoročni izid bolezni, čeprav je pri vseh bolnikih prišlo do konverzije v akutno psihozo. Ostale študije so se osredotočale prevsem na preprečevanje konverzije.

Trajanje nezdravljene psihoze je najverjetneje eden izmed redkih dejavnikov, s katerega krajšanjem bi lahko ugodno vplivali na kasnejši potek in izid bolezni. Žal pa je v klinični praksi drugače, preteče namreč veliko časa, preden so bolniki ustrezno diagnosticirani in zdravljeni.

**Literatura je na voljo pri avtorici.**