

95. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Suicidal behaviour and mortality in first episode psychosis: the OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2007; 191 (Suppl. 51): s 140–6.
96. McGorry PD, Yung AR. Early intervention in psychosis: an overdue reform. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: 393–8.
97. Lin V, Gibson B. Evidence-based health policy. Oxford: Oxford University Press, 2003.
98. Russell J, Greenhalgh T, Byrne E et al. Recognising rhetoric in health care policy analysis. *J Health Serv Res Pol* 2008; 13: 40–6.
99. McGorry PD. Evidence based reform of mental health care. *BMJ* 2005; 331: 586–7.
100. National Health and Medical Research Council. National Institute of Clinical Studies. www.nhmrc.gov.au.
101. National Health Service. National Institute of Health and Clinical Excellence. www.nice.org.uk.
102. Berwick DM. The science of improvement. *JAMA* 2003; 299: 1182–4.
103. Gladwell M. The tipping point. London: Little Brown and Company, 2000.
104. Horton R. Launching a new movement for mental health. *Lancet* 2007; 370: 806.
105. Insel TR, Fenton WS. Psychiatric epidemiology: it's not just about counting anymore. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 590–2.
106. Headspace. Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation. www.headspace.org.au.
107. McGorry PD, Purcell R, Hickie IB et al. Investing in youth mental health is a best buy. *Med J Aust* 2007; 187(Suppl. 7): S5–7.
108. Headstrong. Headstrong: The National Centre for Youth Mental Health. www.headstrong.ie.

K O M E N T A R Z E

Nadzieje i wyzwania związane z wczesną interwencją w zaburzeniach psychiatrycznych

The promises and challenges of early intervention in psychotic disorders

ASHOK MALLA

Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Quebec, Kanada

Rosnące zainteresowanie poznaniem i leczeniem wczesnej fazy zaburzeń psychiatrycznych, a zwłaszcza schizofrenii, wzbudziło poczucie optymizmu i nadzieję, że będzie można zmieniać przebieg tych zaburzeń. McGorry i wsp. omawiają wiele aspektów postępu, jakiego dokonano, a także niektóre wyzwania związane z promowaniem szerszego profilaktycznego modelu opieki opartego na hierarchicznym modelu rozumienia zaburzeń psychicznych.

Być może nie do końca ironią losu jest to, że opracowywanie teorii wczesnej interwencji i praktyki w zaburzeniach psychicznych zaczęto od zaburzenia najbardziej pesymistycznie spostrzeganego jako źle rokujące (czyli od schizofrenii). Rzeczywiście dokonano ogromnego postępu od czasu pierwszych doniosłych badań nad pierwszym epizodem psychozy [1] i znaczącego przeglądu literatury opublikowanego przez Watt [2]. Postęp polega na tym, że nie tylko zrozumiano skutki opóźnienia leczenia, ale także w dużym stopniu poznano neurobiologię i wyniki leczenia (*outcome*) we wczesnej fazie zaburzeń psychiatrycznych. Zwraca uwagę zwłaszcza to, że przy rozkwicie badań z zakresu fenomenologii, neurobiologii i psychologii poznawczej nad pierwszym epizodem psychozy oraz okresem przypuszczalnie poprzedzającym jej wystąpienie, równolegle nastąpił tak samo bujny rozwój placówek specjalizujących się w leczeniu wczesnych stadiów tej choroby. Dzięki takiemu obrotowi spraw badania naukowe przeniesiono ze sztucznych warunków do prawdziwego życia w nowych specjalistycznych placówkach, gdzie w ramach badań epidemiologicz-

nych można było badać duże kohorty pacjentów. Na dłuższą metę takie badania są bardziej sensowne, ponieważ ich wyniki będą się odnosiły do większych grup pacjentów. Jak twierdzą McGorry i wsp., przyszła teraz pora na myślenie w szerszej perspektywie i odniesienie osiągnięć badawczych oraz w praktyce klinicznej do większej grupy zaburzeń, bez ograniczeń narzuconych przez ścisłe kategorie systemu diagnostycznego.

Mimo uzasadnionego entuzjazmu szereg zagadnień pozostaje jednak albo niejasnych, albo zupełnie pomijanych. Często uważa się, że termin „wczesna interwencja” oznacza „wcześniejsza” interwencja, na zasadzie związku między czasem trwania nieleczzonej psychozy (DUP) a wynikiem klinicznym. Jest to jednak nadmierne uproszczenie: tak naprawdę „wczesna interwencja” to znacznie więcej niż po prostu interweniowanie wcześniej [3]. Dowody naukowe świadczące o skuteczności wzbogaconych i kompleksowych interwencji są naprawdę mocne, replikowane w badaniach kontrolowanych [4–6] i potwierdzone przez niedawno przeprowadzoną metaanalizę [7]. Podczas gdy trafność fasadowa wystarczy, by uzasadnić wartość szybkiego, nieskrępowanego i przyjaznego dla użytkownika dostępu do specjalistycznego leczenia nowych przypadków zaburzeń psychiatrycznych, dowody naukowe na rzecz bardziej złożonych i stosunkowo kosztownych interwencji, które mają poprawić wczesne wykrywanie przypadków, są nadal ograniczone albo do określonych miejsc [8] albo tylko do podgrupy pacjentów [9]. Aby większa grupa

pacjentów mogła odnieść korzyść, być może łatwiej będzie przekonać decydentów odpowiedzialnych za politykę w ochronie zdrowia psychicznego do wprowadzenia bardziej efektywnego i łatwiej dostępnego modelu leczenia, niż oczekiwać, że wybiorą skomplikowane i kosztowne interwencje w celu skrócenia DUP poprzez aktywne wyszukiwanie przypadków. Nadal istnieje potrzeba, by określić, jakie metody wczesnej identyfikacji przypadków i ułatwionego dostępu będą skutecznie działały w jakich warunkach, uwzględniając duże zróżnicowanie składu populacji (ze względu np. na grupę etniczną, czy miejsce zamieszkania – na wsi lub w mieście), oraz charakteru i jakości opieki zdrowotnej, pierwszego kontaktu i specjalistycznej. Z drugiej strony, prowadzone na dużą skalę społeczne kampanie informacyjne mające na celu ogólne zwiększenie znajomości zagadnień zdrowia psychicznego oraz wciągnięcie społeczeństwa w dialog dotyczący choroby psychicznej mają wartość heurystyczną, nawet jeśli trudno udowodnić ich bezpośredni wpływ na zmniejszenie opóźnienia w leczeniu określonych zaburzeń.

McGorry i wsp. słusznie wskazują na większą trafność pojęcia „pacjenci z grupy ultra-wysokiego ryzyka” w przeciwieństwie do określenia „prodromalni”, do których można kierować interwencje, aby zapobiec wystąpieniu psychozy lub je opóźnić. Wprawdzie osiągnięto postęp, wykazano bowiem skuteczność poszczególnych interwencji w małych, kontrolowanych próbach, lecz nie jesteśmy jeszcze na takim etapie, by móc zalecić jakiegokolwiek konkretne podejście. Poza tym, że potrzeba więcej dowodów naukowych, taką ostrożność należy zachować z kilku powodów. Przejście z niepsychotycznego stanu wysokiego ryzyka w psychozę zdarza się tylko w ułamku przypadków, nawet bez stosowania leków przeciwpsychotycznych, zwłaszcza jeśli takim pacjentom udzieli się adekwatnej opieki i pomocy w związku z problemami, z którymi się zgłosili. Zwiększa to ryzyko leczenia wielu więcej osób z fałszywie pozytywnym rozpoznaniem z powodu przypuszczalnie zagrażającej im psychozy. Ponadto, zbyt mało uwagi poświęcono stosunkowo płynnej i niejasnej granicy między podprogowym i progowym poziomem objawów psychozy, co stwarza ryzyko, że publikowane wyniki opierają się na błędnej kategoryzacji. Dopóki dalsze poprawne metodologiczne badania na dużych próbach nie przyniosą klarownych dowodów świadczących o wartości interwencji, istnieje ryzyko, że będziemy zachęcali klinicystów do niefrasobliwego stosowania leków przeciwpsychotycznych w celu leczenia objawów, które zaobserwowali podczas jednego badania diagnostycznego, co już ma miejsce w wielu miejscach.

Do głównych wyzwań, jakim musimy stawić czoło, jeśli „wczesna interwencja” ma przynieść korzyści większej populacji pacjentów, należy odmowa podjęcia leczenia lub brak motywacji pacjenta do leczenia (liczbę takich przypadków szacuje się na 15–50%), przerwanie leczenia lub nieprzebranie zaleceń lekarskich oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych jako dodatkowy problem, z którym zgłasza się pacjent. Stwierdzono, że nieprzebranie zaleceń terapeutycznych i nadużywanie substancji psychoaktywnych są największymi przeszkodami do osiągnięcia i utrzymywania remisji objawów po leczeniu pierw-

szego epizodu psychozy [10–12]. Jeśli chodzi o uzyskiwanie lepszych wyników leczenia, to takie podatne na oddziaływanie predyktory wyniku leczenia naprawdę usuwają w cień rolę opóźnienia leczenia. Okazuje się ponadto, że korzystne rezultaty specjalistycznego leczenia wczesnej fazy psychozy uzyskane w ciągu pierwszych dwóch lat trudno dłużej utrzymać [5]. Potrzebne są dalsze systematyczne badania czasu trwania specjalistycznego leczenia, jeśli mamy coś zmienić w przebiegu długotrwałych zaburzeń psychotycznych. I sprawa ostatnia, lecz nie najmniejszej wagi: istnieje pilna potrzeba zrozumienia procesu powrotu do zdrowia oraz czynników ułatwiających i hamujących zdrowienie we wczesnym „okresie krytycznym”. Badania zarówno jakościowe, jak ilościowe, uwzględniające punkt widzenia pacjentów i rodzin i analizujące wpływ różnych metod leczenia na powrót do zdrowia [13] powinny mieć pierwszeństwo w dziedzinie wczesnej interwencji.

PIŚMIENNICTWO

1. Johnstone EC, Crow TJ, Johnson AL et al. The Northwick Park Study of first episodes of schizophrenia. I. Presentation of the illness and problems relating to admission. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 115–20.
2. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17:325–51.
3. Malla AM, Norman RM. Treating psychosis: is there more to early intervention than intervening early? *Can J Psychiatry* 2001; 46: 645–8.
4. Petersen L, Nordentoft M, Jeppesen P et al. Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (Suppl. 48): s 98–s103.
5. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et al. Five-year follow-up of a randomized multicenter trial of intensive early intervention vs standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness: the OPUS trial. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 762–71.
6. Garety PA, Craig TK, Dunn G et al. Specialised care for early psychosis: symptoms, social functioning and patient satisfaction: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 37–45.
7. Harvey PO, Lepage M, Malla A. Benefits of enriched intervention compared with standard care for patients with recent-onset psychosis: a metaanalytic approach. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 464–72.
8. Melle I, Larsen TK, Haahr U et al. Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 143–50.
9. Cassidy CM, Schmitz N, Norman R et al. Long-term effects of a community intervention for early identification of first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 440–8.
10. Wade D, Harrigan S, Edwards J et al. Substance misuse in first-episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 229–34.
11. Malla A, Norman R, Bechard-Evans L et al. Factors influencing relapse during a 2-year follow-up of first-episode psychosis in a specialized early intervention service. *Psychol Med* (in press).
12. Malla A, Norman R, Schmitz N et al. Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychol Med* 2006; 36: 649–58.
13. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6: 68–74.