

- of interrater reliability and predictive validity. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 863–5.
2. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD et al. Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005; 39: 964–71.
 3. Fusar-Poli P, Perez J, Broome B et al. Neurofunctional correlates of vulnerability to psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev* 2007; 31: 465–84.
 4. Howes OD, Montgomery AJ, Asselin MC et al. Molecular imaging studies of the striatal dopaminergic system in psychosis and predictions for the prodromal phase of psychosis. *Br J Psychiatry* 2007; 191(Suppl. 51): s 13–8.
 5. Pantelis C, Velakoulis D, McGorry PD et al. Neuroanatomical abnormalities before and after onset of psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI comparison. *Lancet* 2003; 361: 281–8.
 6. Borgwardt SJ, Riecher-Rossler A, Dazzan P et al. Regional gray matter volume abnormalities in the at risk mental state. *Biol Psychiatry* 2007; 61: 1148–56.
 7. Borgwardt SJ, McGuire PK, Aston J et al. Structural brain abnormalities in individuals with an at-risk mental state who later develop psychosis. *Br J Psychiatry* 2007; 191(Suppl. 51): s69–s75.
 8. Lappin J, Dazzan P, Morgan K et al. Duration of prodromal phase and severity of volumetric abnormalities in first episode psychosis. *Br J Psychiatry* 2007; 191: 123–7.
 9. Meisenzahl E, Koutsouleris N, Gaser C et al. Structural brain alterations in subjects at high-risk of psychosis: a voxel-based morphometric study. *Schizophr Res* (in press).
 10. Broome M, Matthiasson P, Fusar-Poli P et al. Neural correlates of executive function and working memory in the 'at-risk mental state'. *Br J Psychiatry* (in press).
 11. Morey RA, Inan S, Mitchell TV et al. Imaging frontostriatal function in ultra-high-risk, early, and chronic schizophrenia during executive processing. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 254–62.
 12. Walterfang M, McGuire P, Yung A et al. White matter volume changes in people who develop psychosis. *Br J Psychiatry* 2008; 192: 1–6.
 13. Howes OD, Montgomery A, Asselin MC et al. Elevated striatal dopamine function linked to prodromal signs of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* (in press).
 14. Hurlmann R, Matusch A, Kuhn KU et al. 5-HT_{2A} receptor density is decreased in the at-risk mental state. *Psychopharmacology* 2008; 195: 579–90.
 15. Wood SJ, Berger G, Velakoulis D et al. Proton magnetic resonance spectroscopy in first episode psychosis and ultra high-risk individuals. *Schizophr Bull* 2003; 29: 831–43.
 16. Stone JM, McLean MA, Lythgoe DJ et al. Brain glutamate and grey matter volume in the early phase of psychosis. *Schizophr Res* 2008; 98: 115–6.
 17. Nakamura M, Salisbury DF, Hirayasu Y et al. Neocortical gray matter volume in first-episode schizophrenia and first-episode affective psychosis: a cross-sectional and longitudinal MRI study. *Biol Psychiatry* 2007; 62: 773–83.
 18. van Haren NE, Hulshoff Pol HE, Schnack HG et al. Focal gray matter changes in schizophrenia across the course of the illness: a 5-year follow-up study. *Neuropsychopharmacology* 2007; 32: 2057–66.
 19. Wood SJ, Velakoulis D, Smith DJ et al. A longitudinal study of hippocampal volume in first episode psychosis and chronic schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 52: 37–46.
 20. McGuire P, Howes O, Stone J et al. Functional neuroimaging as a tool for drug development in schizophrenia. *Trends Pharmacol Sci* 2008; 29: 91–8.

Wdrażanie wczesnej interwencji w psychozie w świecie rzeczywistym: zasoby, modele finansowania i praktyka oparta na dowodach naukowych

*Real-world implementation of early intervention in psychosis:
resources, funding models and evidence-based practice*

ERIC Y.H. CHEN, GLORIA H.Y. WONG, MAY M.L. LAM, CINDY P.Y. CHIU, CHRISTY L.M. HUI

Department of Psychiatry, University of Hong Kong, Hong Kong

Wielokrotnie zwracano uwagę, że praktyka kliniczna często oparta jest nie na dowodach naukowych, lecz na tym, co zdarzyło się w przeszłości. Po raz pierwszy w historii psychiatrii gromadzi się obecnie dowody naukowe jako racjonalną podstawę dla wczesnej interwencji. Skuteczne wdrożenie owej wczesnej interwencji jest jednak nadal w sposób nieunikniony zdeterminowane przez wiele czynników kontekstualnych, niezwiązanych z poziomem naszej wiedzy. Poza spostrzeganiem i dynamiką grupową, jak podkreślają w swym artykule McGorry i wsp., dostępność zasobów i lokalne modele finansowania należą do czynników, od których zależy świadczenie opieki zdrowotnej dla osób z wczesną psychozą w świecie rzeczywistym.

Tam, gdzie zasoby w opiece psychiatrycznej są niewielkie, prowadzenie systematycznych badań przesiewowych i interwencji profilaktycznych skierowanych do osób z gru-

py ultra-wysokiego ryzyka pozostaje trudne. W niektórych rejonach przyjęto strategię koncentrowania świadczeń na „stadium 2”, czyli na wczesnym wykrywaniu i leczeniu pierwszego epizodu psychozy. W Hong Kongu ograniczone publiczne środki finansowe przeznacza się na optymalizację leczenia przez pierwsze 2 lata możliwej do zdiagnozowania choroby psychicznej [1]. Chociaż podejście to oznacza, że być może niektórym stadiom psychozy poświęca się za mało uwagi, gromadzone dane dotyczące relacji koszt-efektywność w programach wczesnej interwencji dadzą bardziej konkretne podstawy teoretyczne do dalszego postępowania.

Pełnione przez świadczeniodawców role „inicjatorów zmian”, „późnej większości” czy „maruderów” mogą być w dużej mierze zdeterminowane przez lokalne modele finansowania opieki zdrowotnej lub metody płatności. Badania

pokazały, że modele te różnie wpływają na użytkowanie świadczeń [2], a także na ich dostarczanie [3]. W systemach zbliżonych do modelu „honorarium za usługę” motywacja do prowadzenia edukacji zdrowotnej i interwencji profilaktycznych będzie prawdopodobnie mniejsza, ponieważ mogą być one spostrzegane jako prowadzące do zmniejszenia korzystania ze świadczeń/opieki zdrowotnej oraz mniejszych zarobków. Z drugiej strony, można oczekiwać, że inercja przeciwdziałająca reformie czy rozwojowi będzie najsilniejsza w systemach, w których pracownicy otrzymują pensję w stałej wysokości: taki system ogranicza bodźce motywujące świadczeniodawców do wyętej pracy [4] oraz może stwarzać przeszkody osobom wcześniej poszukującym pomocy (ponieważ spostrzegane są jako dodatkowe obciążenie pracą). W tym aspekcie model finansowania opieki z budżetu lub finansowania kawatacyjnego (*population-based*) może być najbardziej owocny dla rozwoju programów wczesnej interwencji, gdzie inwestuje się raczej w podejścia profilaktyczne niż w mniej efektywną opiekę trzeciego rzędu.

Model diagnozowania stadiów klinicznych psychozy może dać nam potężne narzędzie, umożliwiające wyjście poza kwestie bodźców finansowych, poprzez ukierunkowanie świadomości pacjentów i świadczeniodawców na wynik interwencji w dobrze zdefiniowanej populacji. Z punktu widzenia badań naukowych, diagnozowanie stadiów psychozy mogłoby być optymalnym sposobem identyfikowania specyficznych czynników wpływających na wynik leczenia, przy zminimalizowaniu szumu spowodowanego przez heterogeniczność próby. Model stadiów 0–4, który zaproponowali McGorry i wsp. (5), może służyć jako przy-

datny układ odniesienia dla przyszłych badań, by na jego podstawie z czasem zbudować model wzbogacony o bardziej specyficzne markery i najlepsze strategie postępowania. W ten sposób można zapoczątkować pozytywny cykl: badania naukowe-praktyka, wiedzący do „najlepszej praktyki” w przypadkach psychozy, gdzie dobrze zorganizowane placówki stwarzają optymalne warunki do prowadzenia badań, zaś nowe dane uzyskane w badaniach zostają następnie włączone do opartych na dowodach naukowych wytycznych dla praktyki klinicznej w określonych stadiach zaburzeń psychiatrycznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Chen E. Developing an early intervention service in Hong Kong. In: Ehmann T, Mac-Ewan GW, Honer WG (eds). Best care in early psychosis intervention. London: Taylor & Francis, 2004: 125–30.
2. Crampton P, Sutton F, Foley J. Capitation funding of primary care services: principles and prospects. *New Zeal Med J* 2002; 115:271–4.
3. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. *Cochrane Database Sys Rev* 2000; 3: CD002215.
4. Carrin G, Hanvoravongchai P. Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: how successful are they in high-income countries? *Hum Resour Health* 2003; 1: 6.
5. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR et al. Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2006; 40: 616–22.

Wczesna interwencja w psychozie: koncepcje, dowody naukowe i perspektywy

Early intervention in psychosis: concepts, evidence and perspectives

DAVID M. NDETEI

University of Nairobi i Africa Mental Health Foundation (AMHF), Nairobi, Kenia

McGorry i wsp. przekonująco i z zaangażowaniem opowiadają się za wczesną interwencją w przypadkach psychozy. Interwencja we wczesnym okresie życia jest sprawą pilną, co podkreśla fakt, że psychoza, podobnie jak większość innych zaburzeń, zwykle zaczyna się u dorastających i młodych dorosłych, czyli w bardzo wrażliwych okresach rozwojowych cyklu życiowego.

Wczesna interwencja w psychozie jest wprawdzie heurystyczna, ale utrudniona przez problemy związane z diagnozowaniem stadiów klinicznych i akceptowalnością.

Diagnozowanie stadiów klinicznych ma kontinuum sięgające od możliwie najwcześniejszego początku psychozy do rozpoznania pierwszego epizodu psychozy oraz krytycznego okresu pierwszych 5 lat po postawieniu tej diagnozy. Początek zachorowania poprzedza w czasie okres „prodromalny”, bo termin „prodrom” zakłada pewność, że rozwinię się stan psychiatryczny. Mówimy o bardzo cienkiej gra-

nicy, kiedy to, co normalne, *zaczyna* przechodzić w odchylenie od normy.

Pojęcie ultra-wysokiego ryzyka ukuto próbując poprzedzić w czasie „prodrom”. Dążenie do zwiększenia mocy prognostycznej kryteriów ultra-wysokiego ryzyka potencjalnie może prowadzić do fałszywie negatywnych rozpoznań, a przy okazji do odmawiania możliwości leczenia osobom, które w innych okolicznościach skorzystałyby z wczesnej interwencji. Z drugiej strony, mniej prognostyczne kryteria ultra-wysokiego ryzyka prowadziłyby to fałszywie pozytywnych rozpoznań i równocześnie do podejmowania leczenia u osób, które go nie potrzebują, nie wspominając już o skutkach ubocznych i niekorzystnym wpływie leków w młodym wieku.

Mimo dowodów naukowych nadal istnieją sceptycy, którzy twierdzą, że za mało jest danych potwierdzających koncepcję wczesnej psychozy i/lub to, że wczesna inter-