

Kiedy stosować wczesną, średnioterminową i późną interwencję w psychozie

The case for early, medium and late intervention in psychosis

ELIZABETH KUIPERS

Department of Psychology, King's College London; Institute of Psychiatry,
Department of Psychology, London, UK

Jak zauważyli McGorry i wsp., model wczesnej interwencji w psychozie odwołuje się do choroby somatycznej (zazwyczaj raka), gdzie zakłada się, że wczesne wykrycie choroby prowadzi do leczenia mniej radykalnego, bardziej skutecznego i nie dopuszczającego do niekorzystnych wyników zdrowotnych i zgonu pacjenta. Niestety, w psychozie nie ma ani wczesnego, ani specyficznego biologicznego markera, a zatem wczesna interwencja wcale nie jest wczesna, lecz bardziej zbliżona do profilaktyki wtórnej, gdzie objawy już istnieją, chociaż nie są bardzo nasilone. Oznacza to, że jedyne, co mogą zrobić świadczenia prodromalne, to zaproponować leczenie, aby pomóc osobom poszukującym pomocy, przy czym w tej grupie w 80% przypadków nie nastąpi przejście w psychozę. Świadczenia prodromalne z definicji nie oferują pomocy tym, którzy zaprzeczają, że mają problemy i którzy na kontinuum choroby mogą znajdować się bliżej bieguna ciężkich zaburzeń, z dłuższym czasem trwania nieleczzonej psychozy (DUP), większą liczbą objawów negatywnych oraz gorszymi wynikami leczenia epizodu. Podobnie, placówki wczesnej interwencji mogą oferować pomoc tylko tym, którzy mają motywację i utrzymują się w leczeniu.

Model medyczny wczesnej interwencji nie jest zatem odpowiedni dla psychozy. Osoby leczone lub te, które zgadzają się na leczenie, to nie ci, którym jest ono najbardziej potrzebne. Jest to pierwsza trudność, jaką napotykają placówki wczesnej interwencji, a także – dopóki nie zostaną odkryte specyficzne markery – stała przeszkoda udaremniająca nadzieję na zapobieganie epizodom lub oferowanie kompleksowej opieki każdemu, komu zagraża epizod: prawdziwy model wczesnej interwencji.

Oczywiście, istnieją humanitarne powody dla wczesnego proponowania świadczeń – chodzi tu głównie o skrócenie DUP, który wiąże się z gorszą reakcją na leki przeciwpsychotyczne [1], a niekiedy z brutalnymi i szokującymi okolicznościami umieszczenia w szpitalu psychiatrycznym i hospitalizacji, jakich mogą doświadczyć osoby pozostawione ze swoimi problemami same sobie aż do momentu kryzysu. Proponowanie świadczeń, z którymi ludzie współpracują i które podejmują, zanim dojdzie do kryzysów, jest absolutnie godne pochwały. Nie mamy jednak jeszcze dowodów naukowych, poza danymi na temat DUP, że takie wczesne leczenie zmienia na dłuższą metę przebieg choroby. Nie jesteśmy jeszcze w stanie przeprowadzić badań katamnestycznych po 10–20 latach od wczesnej interwencji, uwzględniających m.in. zgony z wszelkich możliwych przyczyn.

W dalszym ciągu swego artykułu McGorry i wsp. propagują swój pomysł modelu „diagnozowania stadiów”. Jest to znowu zapożyczenie koncepcji z medycyny fizykalnej. Chociaż jest to użyteczny program badawczy, w żadnym

razie nie możemy jeszcze wiedzieć, jakie markery biologiczne lub społeczne umożliwiają prognozowanie lepszych lub gorszych wyników, albo reakcji na ograniczenie leczenia (na przykład tego, że komuś farmakoterapia nie jest potrzebna). Jest to wprawdzie interesujące, ale nie jesteśmy w stanie wdrożyć czegoś takiego, jak tak szczegółowe i precyzyjne świadczenia zdrowotne w psychozach.

McGorry i wsp. wspominają, (ale nie rozwijają tematu), że najskuteczniejsza wczesna interwencja w leczeniu psychozy w dużej mierze obejmuje aspekt społeczny i zawodowy. Młodzi ludzie z psychozą zazwyczaj chcą zmniejszyć swoje wykluczenie społeczne – pragną „powrotu do normalności” i łatwego dostępu do sensownego działania (pracy), nauki i bycia w związku. Działalność służb wczesnej interwencji zwykle obejmuje dużą „dawkę” pomocy w sprawach pracy zawodowej. Wskazuje to, że leczenie wymaga nie tylko psychoza, ale postawa społeczeństwa i poszczególnych ludzi wobec trudności, jakie może spowodować psychoza. W ułatwianiu ludziom powrotu do „normalnego” środowiska mimo takich problemów, jak ich wrażliwość na stres oraz możliwe problemy z koncentracją, przeszkadza brak zrozumienia ze strony opinii publicznej, lęk i stygmatyzacja, jakie otaczają te rozpoznania i nie dopuszczają do reintegracji. W kampaniach przeciw stygmatyzacji prowadzonych obecnie w niektórych krajach dąży się do poprawy tego aspektu.

Nie chodzi jednak tylko o reakcję społeczeństwa. Badania nad percepcją choroby pokazują, że podobnie jak w przypadku chorób somatycznych, osoby z psychozą i ich opiekunowie mogą mieć, co zrozumiałe, negatywny sposób widzenia konsekwencji problemów i swojej zdolności do ich kontrolowania, co może wpływać na ich decyzje dotyczące leczenia. Z tego powodu, jak ujął to John Weinman [2], „sposób widzenia choroby wyjaśnia istotną i ważną część wariacji w wynikach leczenia choroby somatycznej”. Ludzie z psychozą mają takie same postawy [3, 4]. Wiemy na pewno, że odrzucenie farmakoterapii ze względu na jej skutki uboczne, a także nieprzyjmowanie świadczeń oferowanych przez nasze służby, pozostaje w tej populacji przedmiotem troski.

Po trzecie, McGorry i wsp. tylko wspominają o zagadnieniu interwencji rodzinnej w psychozach. Są już dowody naukowe, że jest to pomocne [5, 6]. Wiemy jednak również, że przy wczesnych epizodach liczba opiekunów jest większa, dochodzi może do 60%, oraz że opiekunowie ci doświadczają podobnych trudności i reakcji, jak opiekunowie w późniejszych stadiach [7]. Wiemy również, że opieka nad członkami rodziny związana jest z długotrwałą depresją, oraz wyższym poziomem stresu i wyczerpania w miarę dalszego pełnienia roli opiekuna [8]. Jeśli zatem

chodzi o poprawę wyników działania służb dla użytkownika i opiekuna, oferowanie wczesnej interwencji, w tym interwencji rodzinnej, od samego początku epizodów, musi być odczuwalne.

I wreszcie, trudno zaprzeczyć, że koncepcja służb wczesnego wykrywania, prodromalnych i wczesnej interwencji jest „dobrą” rzeczą. Oferowanie usług najlepszych, jakie tylko możemy, musi być dobrą praktyką. Jak zauważył Max Birchwood, we wczesnej interwencji dąży się przede wszystkim do ograniczenia chaosu i zmniejszenia wskaźnika samobójstw w pierwszych, „krytycznych” latach trwania psychozy [9]. Dopiero jednak zaczynają się pojawiać dowody naukowe, że interwencja może zmniejszyć liczbę nawrotów i poprawić uczestnictwo pacjenta [10], nie ma jednak żadnych danych świadczących o tym, że poprawi przebieg choroby na dłuższą metę. Jak już wcześniej proponowałam [11], sensowniejszą strategią wydawałoby się oferowanie wysokiej jakości, kompleksowych, dostosowanych do potrzeb usług we *wszystkich* stadiach, wczesnym, średnioterminowym i późniejszym, włącznie ze wzbudzeniem optymizmu i nadziei na wyzdrowienie.

PIŚMIENNICTWO

- Perkins DO, Gu H, Boteva K et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1785–804.
- Weinman J. Personal communication.
- Lobban F, Barrowclough C, Jones S. The impact of beliefs about mental health problems and coping on outcome in schizophrenia. *Psychol Med* 2004; 34: 1165–76.
- Watson PWB, Garety PA, Weinman J et al. Emotional dysfunction in schizophrenia spectrum psychosis: the role of illness perceptions. *Psychol Med* 2006; 36: 761–70.
- Grawe RW, Falloon IRH, Widen JH et al. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomized controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 114: 328–36.
- Addington J, McCleery A, Addington D. Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res* 2005; 79: 107–16.
- Raune D, Kuipers E, Bebbington P. EE at first episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 321–6.
- Barrowclough C. Families of people with schizophrenia. In: Sartorius N, Leff J, Lopez-Ibor JJ et al (eds). *Families and mental disorders: from burden to empowerment*. Chichester: Wiley 2005: 1–24.
- Pelosi AJ, Birchwood M. Is early intervention for psychosis a waste of valuable resources? *Br J Psychiatry* 2003; 182: 196–8.
- Craig TKJ, Garety P, Power P et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomized controlled trial of the effectiveness of specialized care for early psychosis. *Br Med J* 2004; 329: 1067.
- Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S et al. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004; 39: 358–63.
- Resnick SG, Fontana A, Lehman AF et al. An empirical conceptualization of the recovery orientation. *Schizophr Res* 2005; 75: 119–28.

Stadia kliniczne i podejście fenotypowe jako perspektywa przyszłej integracji w psychiatrii

The clinical staging and the endophenotype approach as an integrative future perspective for psychiatry

JOACHIM KLOSTERKÖTTER

Department of Psychiatry and Psychotherapy, University of Cologne, Kolonia, Niemcy

W swoim artykule McGorry i wsp. opowiadają się za wprowadzeniem modelu stadiów klinicznych do diagnozy klinicznej w różnych systemach ochrony zdrowia psychicznego na całym świecie.

We wczesnym przebiegu zaburzeń psychotycznych wyróżnia się trzy stadia, które mają różne implikacje dla diagnozy i terapii: (a) stadium ultra-wysokiego ryzyka, na podstawie kryteriów opracowanych przez grupę roboczą z Melbourne; (b) pierwszy epizod psychozy, oraz (c) najbardziej decydujący okres pierwszych 2–5 lat po pierwszym rozpoznaniu psychozy.

Gdzie indziej [1], model rozpoznawania stadiów już rozszerzono, obejmując nim zaburzenia depresyjne i dwubiegunowe oraz wprowadzając podział na osiem różnych stadiów. Według tego bardziej zróżnicowanego modelu,

jeszcze jedno stadium (Ia) z łagodnymi lub niespecyficznymi objawami, m.in. deficytami neuropoznawczymi i łagodnymi zmianami lub pogorszeniem funkcjonalnym poprzedza stany ultra-wysokiego ryzyka w zaburzeniach psychotycznych lub głębokich zaburzeniach nastroju (Ib). Jeszcze wcześniej może występować bezobjawowe stadium podwyższonego ryzyka (0). Ponadto, okres krytyczny (stadium III) po pierwszym epizodzie psychozy (stadium II) podzielono na stadia bardziej szczegółowe: niepełnej remisji (IIIa), nawrotu (IIIb) lub licznych nawrotów (IIIc), zidentyfikowano też stadium IV – uporczywych lub nieprzerwanych zaburzeń psychotycznych i głębokich zaburzeń nastroju.

W każdej strategii wczesnej interwencji jednak z góry przyjmuje się jako założenie dostępne dane z badań retro-