

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 psychotycznych.

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 psychotyczny. 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-

wencja działa. Tym niemniej, tacy sceptycy mają pewną rolę do odegrania – utrzymują w ryzach wynalazców dowodów naukowych, równocześnie zarówno apelując do szerszej publiczności, jak i wpływając na politykę zdrowotną i praktykę. Jest to naprawdę zdrowa debata.

Niemal wszystkie badania nad wczesną interwencją w psychozie pochodzą z krajów zamożnych, o dużych zasobach, natomiast niewiele jest danych z krajów rozwijających się, a zwłaszcza z Afryki. To prawda, że na tym kontynencie istnieje ogromny niedobór zasobów ludzkich i środków finansowych (1–3). Nie może to jednak usprawiedliwiać wyłączenia Afryki z tego przedsięwzięcia. Kontynent afrykański ma młodą populację, ponad 50% ludności jest w wieku poniżej 25 lat, zaś cała jego ludność stanowi około 12% populacji globalnej. Afryka ma zatem prawo domagać się udziału w tym projekcie. Główni autorzy prowadzący tego rodzaju badania i ich sponsorzy powinni współpracować z badaczami działającymi w Afryce, aby opracować proste metody środowiskowej identyfikacji jednostek z grupy ultrawysokiego ryzyka oraz podejmować interwencje. Nie wymaga to psychiatrów z wysokimi kwalifikacjami. Wsparcie społeczne nadal istnieje w stanie nienaruszonym w większości społeczeństw w Afryce, zaś leżące w zasięgu możliwości finansowych leki takie, jak haloperidol, mimo swoich ograniczeń, są powszechnie dostępne.

Podobnie jak dzieje się z wszystkimi nowymi ideami, niezależnie od tego, że potwierdzające ich słusność dowody naukowe są przytłaczające, droga od dowodów naukowych do polityki zdrowotnej i praktyki będzie stanowiła kontinuum. Na tym kontinuum z jednej strony będzie garstka badaczy uzyskujących owe dowody, a drugiej – sceptycy czy maruderzy domagający się jeszcze więcej dowodów

naukowych. Między nimi znajdzie się stale rosnąca grupa osób akceptujących zmiany, najpierw na podstawie danych naukowych, później za przykładem osób opiniotwórczych, stosujących interwencję w praktyce, a w końcu na podstawie standardowej praktyki, nawet bez pytania o dowody naukowe za, czy przeciw.

Wyzwanie dla wynalazców polega na tym, czy starczy im wytrwałości i uporu, by zarówno uzyskiwać coraz więcej nowych danych, jak i przeprowadzić swoje nowe idee przez owo kontinuum, równocześnie konstruktywnie wciągając sceptyków. Można to osiągnąć poprzez badania tak zaprojektowane, by dostarczały danych wskazujących, kiedy najwcześniej można podjąć interwencję, minimalizując przy tym liczbę fałszywie pozytywnych i fałszywie negatywnych rozpoznań. Powinien to być wysiłek zbiorowy, z udziałem przedstawicieli populacji globalnej, z różnych środowisk społeczno-kulturowych i warunków ekonomicznych. W ten sposób znacznie łatwiej będzie spostrzegać wyniki badań jako wspólną własność, dzięki czemu będą chętnie akceptowane i wdrażane. Same dowody naukowe nie zawsze wystarczą.

PIŚMIENNICTWO

1. Saxena S, Sharan P, Garrido Cumbreira M et al. World Health Organization's Mental Health Atlas 2005: implications for policy development. *World Psychiatry* 2006; 5: 179–84.
2. Patel V, Boardman J, Prince M et al. Returning the debt: how rich countries can invest in mental health capacity in developing countries. *World Psychiatry* 2006; 5: 67–70.
3. Ndeti DM, Ongecha FA, Mutiso V et al. The challenges of human resources in mental health in Kenya. *South Africa Psychiatry Rev* 2007; 10: 33–6.