



FORUM

Wczesna interwencja w psychozie: wyzwania kliniczne i etyczne

Early intervention in psychosis: clinical and ethical challenges

Wczesna interwencja w psychozie: koncepcje, dane empiryczne i kierunki rozwoju w przyszłości¹

*Early intervention in psychosis: concepts, evidence
and future directions*

PATRICK D. MCGORRY¹, EÓIN KILLACKEY^{1,2},
ALISON YUNG¹

- Z: 1. ORYGEN Research Centre and Department of Psychiatry
University of Melbourne Parkville, Victoria, Australia
2. Department of Psychology, University of Melbourne,
Parkville, Victoria, Australia

STRESZCZENIE

Powstanie paradygmatu wczesnej interwencji w zaburzeniach psychotycznych jest świadectwem dojrzwania podejścia terapeutycznego w psychiatrii, ponieważ obejmuje praktyczne strategie profilaktyki, mocno osadzone w głównym nurcie opieki zdrowotnej. Wczesna interwencja oznacza raczej większą dostępność i systematyczne wczesne stosowanie w praktyce istniejących i narastających postępów wiedzy, niż jakiegokolwiek z natury rzeczy wiele wymagające, radykalne i trudne do określenia przełomy. Model diagnozowania stadiów klinicznych (clinical staging model) okazał się przydatny i może mieć szersze zastosowanie w psychiatrii. Najwcześniejsze stadia kliniczne zaburzenia psychotycznego są niespecyficzne i wielowymiarowe, a fenotypowo częściowo pokrywają się z początkowymi stadiami innych zaburzeń. Wynika z tego, że leczenie powinno przebiegać w formie kolejnych kroków, z uwzględnieniem bezpieczeństwa i reakcji pacjenta oraz postępu choroby. Wstrzymywanie się z leczeniem aż do momentu, kiedy utrwalą się nie tylko ciężkie i mniej odwracalne objawy, ale także pogorszenie funkcjonowania, stanowi porażkę opieki psychiatrycznej. Chociaż w ostatnich latach nastąpił znaczny rozwój wczesnej interwencji w psychozach, w wielu krajach nic się nie zmieniło, a w innych osiągnięto tylko niewielki postęp. Proces reformy w dużej mierze opiera się na dowodach naukowych, być może w większym stopniu niż inne reformy systemowe w obszarze zdrowia psychicznego. Dowody naukowe są wprawdzie konieczne, ale niewystarczające. Są one tak samo produktem ubocznym reformy, jak i jej katalizatorem. W przypadku wczesnych psychoz widzieliśmy, jak nadużywa się paradygmatu opartego na dowodach naukowych, aby nie dopuścić do reformy, którą już dawno należało wprowadzić. Zaburzenia psychiczne są chorobami przewlekłymi ludzi młodych, występującymi i wywierającymi największy wpływ pod koniec okresu dojrzwania i we wczesnej dorosłości. Poszerzenie grupy odbiorców wczesnej interwencji rozwiązałoby wiele drugorzędnych problemów, które ujawniły się w procesie reformy dotyczącej wczesnych psychoz (kwestii takich, jak niepewność diagnostyczna mimo wyraźnej potrzeby opieki zdrowotnej, stygmatyzacja i zaangażowanie), a ponadto skuteczniej zmobilizowałoby wsparcie społeczne. Wczesna interwencja jest zagadnieniem niezwykle istotnym, wyzwaniem, nad którym powinni zastanowić się inicjatorzy zmian w psychiatrii – w skali świata.

SUMMARY

The rise of the early intervention paradigm in psychotic disorders represents a maturing of the therapeutic approach in psychiatry, as it embraces practical preventive strategies which are firmly established in mainstream health care. Early intervention means better access and systematic early delivery of existing and incremental improvements in knowledge rather than necessarily requiring dramatic and elusive breakthroughs. A clinical staging model has proven useful and may have wider utility in psychiatry. The earliest clinical stages of psychotic disorder are non-specific and multidimensional and overlap phenotypically with the initial stages of other disorders. This implies that treatment should proceed in a stepwise fashion depending upon safety, response and progression. Withholding treatment until severe and less reversible symptomatic and functional impairment have become entrenched represents a failure of care. While early intervention in psychosis has developed strongly in recent years, many countries have made no progress at all, and others have achieved only sparse coverage. The reform process has been substantially evidence-based, arguably more so than other system reforms in mental health. However, while evidence is necessary, it is insufficient. It is also a by-product as well as a catalyst of reform. In early psychosis, we have also seen the evidence-based paradigm misused to frustrate overdue reform. Mental disorders are the chronic diseases of the young, with their onset and maximum impact in late adolescence and early adult life. A broader focus for early intervention would solve many of the second order issues raised by the early psychosis reform process, such as diagnostic uncertainty despite a clear-cut need for care, stigma and engagement, and should be more effective in mobilizing community support. Early intervention represents a vital and challenging project for early adopters in global psychiatry to consider.

Słowa kluczowe: wczesna interwencja / psychoza / rozpoznawanie stadiów / reforma opieki zdrowotnej / zdrowie psychiczne młodzieży
Key words: Early intervention / psychosis / staging / health care reform / youth mental health

¹ Tłumaczenie i publikacja w języku polskim za życzliwą zgodą redakcji *World Psychiatry* (redaktor naczelny: Prof. Mario Maj), czasopisma wydawanego przez *World Psychiatric Association*. Pierwodruk w języku angielskim ukazał się w *World Psychiatry*, October 2008; 7(3):148–567 Redakcja Postępów serdecznie dziękuje za zgodę na przedruk. Tłumaczyła: Dr Barbara Mroziak.

Zaburzenia psychiatryczne, a zwłaszcza schizofrenia, są poważnymi i niekiedy śmiertelnymi chorobami, zwykle ujawniającymi się podczas rozwojowo wrażliwego okresu dorostania i we wczesnej dorosłości [1]. Przez ponad stulecie korozyjna mieszanka pesymizmu, stygmatyzacji i zaniedbań ograniczała wysiłki terapeutyczne do spóźnionej i niesystematycznej opieki paliatywnej. Taki stan rzeczy w dużej mierze można przypisać błędnemu myśleniu leżącemu u podstaw koncepcji schizofrenii, a mianowicie, że prawdziwe zaburzenie można trafnie zdefiniować na podstawie (złego) wyniku leczenia. Błąd ten był z kolei spuścizną dziewiętnastowiecznej teorii degeneracji, której jeszcze długo po upływie terminu ważności pozwolono wywierać wpływ na tę dziedzinę [2]. Chociaż sam Kraepelin i niektórzy jego współcześni w końcu uznali, że jest to błędne rozumowanie, wprowadzony przez niego dychotomiczny podział na *dementia praecox* i psychozę maniako-depresyjną przetrwał kilka wyzwań i bardzo się wzmocnił wraz z pojawieniem się zoperacjonalizowanych systemów diagnostycznych, nie tylko hamując rozwój badań neurobiologicznych, ale także powodując szkody jatrogenne na dużą skalę ze względu na przesadny lęk o oczekiwane wyniki leczenia.

Pominąwszy chwilowy i iluzoryczny optymizm wywołany przez ruch higieny psychicznej z lat dwudziestych ubiegłego wieku, wczesna interwencja w przypadku zaburzeń psychiatrycznych do niedawna była ostatnią rzeczą, jaka przyszląby na myśl klinicytom i badaczom. Jak na ironię jednak, od początku lat dziewięćdziesiątych ten dotychczas jałowy krajobraz daje coraz bogatsze plony w postaci dowodów naukowych oraz szeroko zakrojonych działań w skali krajowej i międzynarodowej, podejmowanych na rzecz reformy świadczeń zdrowotnych i sposobów leczenia – przygotowując grunt dla poważniejszych wysiłków w zakresie wczesnej interwencji w innych zaburzeniach psychiatrycznych (3–5).

ROZWÓJ PLACÓWEK WCZESNEJ INTERWENCJI

Na podstawie doniosłych badań nad pierwszymi epizodami psychiatrycznymi prowadzonych od lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku [6–8] zorganizowano placówki kliniczne pierwszej linii, zajmujące się przypadkami wczesnej psychozy, najpierw w Melbourne [9], a wkrótce potem w wielu innych kluczowych miejscach w Zjednoczonym Królestwie, Europie, Ameryce Północnej i Azji [10]. Na całym świecie istnieją obecnie setki programów wczesnej interwencji o różnej intensywności i czasie trwania, które koncentrują się na specyficznych potrzebach młodych ludzi i ich rodzin. Opublikowano międzynarodowe wytyczne dla praktyki klinicznej oraz wspólne stanowisko [11], a standardy praktyki klinicznej w leczeniu schizofrenii z reguły zawierają obecnie duży rozdział poświęcony wczesnym psychozom (12, 13). *International Early Psychosis Association* (www.iepa.org.au), międzynarodowa organizacja dążąca do poszerzenia wiedzy, poprawy opieki klinicznej i do reformy świadczeń zdrowotnych w zakresie wczesnych psychoz istnieje od ponad dziesięciu lat i działa pod kierunkiem wysoce kolegalnej grupy klinicytów i badaczy. Towarzystwo liczące ponad 3000 członków z ponad 60 różnych krajów zorganizowało w 2008 roku sześć konferencji

międzynarodowych stymulujących i podsumowujących duży obszar badań naukowych i praktyki klinicznej.

Uwzględniając szerokie zainteresowanie międzynarodowe, amerykański *National Institute of Mental Health* w ostatnich miesiącach ogłosił nową wielką inicjatywę przyznawania funduszy na badania oraz promowanie rozwoju i doskonalenia świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z pierwszym epizodem psychozy (www.nimh.nih.gov).

Zmiana sposobu myślenia: od pesymizmu do optymizmu

Pojawienie się myślenia profilaktycznego wymagało innego sposobu patrzenia na schizofrenię i inne zaburzenia psychiatryczne. Dawniej sądzono, że w takich przypadkach rokowanie jest zawsze złe i że normą jest pogorszenie społecznego i funkcjonalnego stanu pacjenta, natomiast nowszy sposób myślenia, oparty na wynikach dużych badań międzynarodowych [14–25] zakłada, że przebieg tych zaburzeń jest znacznie bardziej płynny i podatny na oddziaływanie.

Badanie czynników ryzyka, które mogą wpływać na wynik leczenia, wykazało, że wiele z nich może mieć charakter odwracalny. Na przykład, zerwanie sieci rówieśniczej i rodzinnej oraz wypadnięcie z pracy zawodowej często zbiega się w czasie z wystąpieniem pierwszego epizodu psychiatrycznego, lub nawet go poprzedza. Zwrócenie uwagi na te obszary w trakcie leczenia może ograniczyć lub naprawić szkody.

Współwystępująca depresja, używanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości i porażowe zaburzenie stresowe (PTSD) to wszystkie czynniki, które mogą wpływać na wynik u osoby z pierwszym epizodem psychozy. Znowu, wczesne i energiczne zajęcie się tymi problemami może doprowadzić do lepszych wyników [26].

Czym jest wczesna interwencja?

Termin „wczesna interwencja” może być mylący. Ponieważ nie ma etiopatologicznych podstaw do rozpoznawania zaburzeń psychiatrycznych, można je diagnozować tylko na podstawie objawów lub ich konfiguracji. Poza tym nie znamy przyczynowych czynników ryzyka, które umożliwiłyby prognozowanie wystąpienia jakichkolwiek specyficznych zaburzeń psychiatrycznych i byłyby podatne na oddziaływanie. Wydaje się zatem, że profilaktyka pierwotna jest obecnie poza naszym zasięgiem. Wobec tego wczesna interwencja oznacza wczesną profilaktykę *wtórna*.

Zgodnie z opisanym poniżej modelem diagnozowania stadiów klinicznych [27], w definicji wczesnej interwencji w psychozach można wyróżnić trzy obszary czy stadia: ultra-wysokiego ryzyka, pierwszego epizodu psychozy, oraz powrotu do zdrowia lub okresu krytycznego. Główny powód do wprowadzania takich rozróżnień wiąże się z podstawowym ryzykiem przewlekłości, a zwłaszcza z momentem włączenia leków przeciwpsychotycznych, oraz czasem trwania farmakoterapii, ponieważ interwencje psychospołeczne są potrzebne we wszystkich stadiach, chociaż także interwencje różnią się ze względu na stadium.

Co jest przedmiotem wczesnej interwencji – schizofrenia czy psychoza?

Klinicyści i badacze debatują nad tym, czy oddziaływanie prewencyjne powinny koncentrować się na schizofrenii, czy też na szerszej rozumianych zaburzeniach psycho-

tycznych. Istnieje kilka powodów, dla których warto wyjść z obecnego silosu diagnostycznego, wybierając stosunkowo szeroki przedmiot oddziaływań.

Jak już wspomniano, schizofrenia rozumiana i definiowana jest częściowo w kategoriach tak wyniku, jak i rozpoznania. Chociaż raz postawiona diagnoza schizofrenii jest bardzo stała (28–31), z natury rzeczy trudno rozpoznać schizofrenię, jeśli pacjent nie choruje od dłuższego czasu. W próbie przypadków ultra-wysokiego ryzyka (już zdefiniowanej, aby ułatwić prognozowanie przejścia do kategorii psychozy nie-afektywnej), tylko u 75% tych, u których rozwinię się pierwszy epizod psychozy, z czasem dojdzie do rozpoznania schizofrenii [32]. Tak więc, częstość fałszywie pozytywnych rozpoznań jest wyższa dla schizofrenii niż dla pierwszego epizodu psychozy. Nawet w grupie z pierwszym epizodem psychozy tylko 30–40% osób spełnia kryteria dla schizofrenii, a procent ten zwiększy się z czasem wraz z wpływem dodatkowych danych diagnostycznych. Można zatem uznać, że niektórym przypadkom pierwszego epizodu psychozy, nie spełniającym kryteriów dla schizofrenii, choroba ta zagraża w przyszłości [33]. Schizofrenia jest więc w pewnym sensie bardziej odległym celem niż psychoza, która stanowi lepszy i szerszy początkowy etap dla podejmowania decyzji terapeutycznych o zasadniczym znaczeniu. Jeszcze wcześniejszym momentem i szerszym obszarem dla interwencji jest kliniczne stadium ultra-wysokiego ryzyka, gdzie istnieje potrzeba opieki zdrowotnej zanim pogłębią i utrwala się pozytywne objawy psychotyczne.

Ponadto, ze względu na lęk i stygmatyzację wynikającą z koncepcji, według której rokowanie w schizofrenii jest z natury rzeczy niepomyślnie, klinicyści niechętnie używają etykietującego określenia „schizofrenia” przynajmniej we wczesnym okresie choroby, słusznie niepokojąc się o jego jatrogenny wpływ na nadzieję i możliwości powrotu do zdrowia (34). W niektórych krajach, np. w Japonii doprowadziło to do zmiany terminologii diagnostycznej i wykluczenia terminu „schizofrenia” [35]. My wolilibyśmy na razie zachować tę nazwę dla jednego podtypu wyniku leczenia (outcome) w zaburzeniach psychotycznych, trzeba przyznać, że obszernego, wśród niewielkiej liczby odległych celów.

Psychoza sama w sobie jest zespołem zmiennym, zdefiniowanym przez obecność pozytywnych objawów psychotycznych, zwłaszcza omamów i urojeń, charakteryzującym się jednym lub wieloma współwystępującymi stanami chorobowymi, takimi, jak np. objawy negatywne, zespoły zaburzeń nastroju, zaburzenia osobowości, zaburzenia spowodowane przez używanie substancji psychoaktywnych, choroby somatyczne i PTSD. Względna przewaga objawów pozytywnych i współwystępujących stanów chorobowych zmienia się, co powoduje, że grupa pacjentów jest bardziej heterogeniczna. W konsekwencji w programach wczesnej interwencji dla psychoz niezbędny będzie szerszy zakres umiejętności klinicznych niż w węższych programach dla schizofrenii.

Wysuwano argument, że koncentrowanie uwagi na schizofrenii umożliwia leczenie innych zaburzeń psychotycznych w bardziej odpowiednich warunkach, zwłaszcza psychotycznych zaburzeń nastroju i psychoz związanych z pewnymi zaburzeniami osobowości i PTSD. Zakładając jednak elastyczność podejścia i dostępność szerokiej gamy kompetencji klinicznych, obie grupy pacjentów więcej skorzystają z owego szerokiego, wczesnego i globalnego

uwzględniania całego spektrum psychoz, zapewniającego dobrą równowagę między specjalizacją a zajmowaniem się powszechnymi potrzebami, a także ułatwiającego badania zarówno kliniczne, jak etiologiczne, w których coraz wyraźniej zaznacza się potrzeba przekraczania tradycyjnych barier diagnostycznych.

ZWIĘKSZANIE WARTOŚCI DIAGNOZY: MODEL STADIÓW KLINICZNYCH

Wiele problemów z ustaleniem diagnozy kategoryjnej wynika z łącznego traktowania zespołów objawowych i stadiów choroby, maskującego i zniekształcającego naturalne przyływy i odpływy choroby, stany remisji i zaostrzenia. Poza wzbogaceniem podejść kategoryjnych o wymiary objawowe, należy uwzględniać wymiary czasu, ciężkości, uporczywości i nawrotów choroby.

Koncepcję rozpoznawania stadiów choroby możemy zapożyczyć z głównego nurtu medycyny, aby się nią tu wesprzeć. Model stadiów klinicznych stanowi heurystyczny układ odniesienia, umożliwiający opracowanie i ewaluację szerokich oraz specyficznych interwencji, a także badanie zmiennych i procesów leżących u podstaw ewolucji zaburzenia psychicznego [27, 36].

Na czym polega rozpoznawanie stadiów klinicznych?

Rozpoznawanie stadiów klinicznych jest po prostu bardziej wyrafinowaną formą rozpoznania [37, 38]. Jego wartość dostrzeżono w leczeniu złośliwych zmian, gdzie jakość życia i pacjenta utrzymanie go przy życiu zależy od jak najwcześniejszego podjęcia skutecznych interwencji. Podejście to można jednak zastosować do wielu różnych chorób. Określanie stadiów klinicznych różni się od konwencjonalnej praktyki diagnostycznej tym, że definiuje się nie tylko zakres postępu choroby w określonym momencie czasowym, ale także obecne miejsce danej osoby na kontinuum przebiegu choroby [36].

Odróżnienie wczesnych i łagodniejszych zjawisk klinicznych od tych, które towarzyszą przedłużającej się chorobie, jej postępowi i przewlekłości, stanowi sedno tej koncepcji. Umożliwia klinicyście wybór metod leczenia właściwych dla stadiów wcześniejszych przy założeniu, że takie interwencje będą zarówno bardziej skuteczne, jak i mniej szkodliwe niż inne rodzaje leczenia, stosowane w późniejszym przebiegu choroby.

Chociaż koncepcja diagnozowania stadiów łączy w sobie wybór metody leczenia i prognozę, jej rola w tym pierwszym jest znacznie donioślejsza niż w drugim, zwłaszcza że wczesne skuteczne leczenie może zmienić rokowanie i tym samym zapobiec postępowi choroby i przejściu do dalszych jej stadiów. Koncepcja stadiów klinicznych, która wychodzi poza obecny silos diagnostyczny i obejmuje szerszy zakres fenotypów klinicznych, a równocześnie wprowadza podtypy na wymiarze podłużnym, nie tylko wyznacza wybór metod leczenia, ale także umożliwia organizowanie danych endofenotypowych w sposób bardziej spójny i wzajemnie potwierdzający ich zasadność [36].

Jak definiujemy stadia zaburzenia?

W innych schorzeniach medycznych stadia kliniczne definiuje się na podstawie stopnia, zakresu, postępu choroby i jej biologicznego wpływu na pacjenta, co z kolei

musi korelować z rokowaniem. Podejście to zwykle zależy od możliwości zdefiniowania granic lub zasięgu procesu chorobowego zarówno w kategoriach patologicznych, jak i klinicznych.

W psychiatrii klinicznej mogłoby to obejmować nie tylko przekrojową definicję kliniczną, ale także szerszą biopsychospołeczną definicję zakresu czy progresji [postępu] choroby. Tak więc, oprócz nasilenia, uporczywości i nawrotowości objawów, do definicji można by włączyć także zmiany biologiczne (np. zmniejszenie objętości hipokampa), oraz wpływ zaburzenia na sferę społeczną (np. towarzyszące chorobie zerwanie więzi społecznych i problemy z pracą zawodową). W rezultacie mogłoby powstać coś na kształt modelu kliniczno-patologicznego.

Jakie są potencjalne korzyści z rozpoznawania stadiów?

Po stronie klinicznej definiowane odrębnych stadiów postępu choroby tworzy nastawiony na profilaktykę układ odniesienia dla oceny interwencji. Główne pozytywne wyniki zdrowotne polegają na niedopuszczeniu do bardziej zaawansowanych stadiów choroby lub cofnięciu się do stadium wcześniejszego. Wymaga to dobrego zrozumienia tych szeroko rozumianych społecznych, biologicznych i osobistych czynników ochronnych, które wpływają na przechodzenie z jednego stadium w drugie.

Co więcej, trzeba znać względną siłę oddziaływania owych czynników ryzyka oraz wiedzieć, które z nich mogą być podatne na obecne interwencje. Podczas gdy niektóre czynniki mogą mieć wpływ na wszystkie przejścia z jednego stadium w drugie lub na kilka z nich, inne są specyficzne dla danego stadium, np. takie czynniki jak nadużywanie substancji psychoaktywnych lub stres bywają szczególnie szkodliwe jako czynniki spustowe pierwszego epizodu choroby, lecz później mogą być mniej toksyczne (lub odwrotnie). Interakcje geny-środowisko niemal na pewno leżą u podstaw takich przejść i w nich pośredniczą. Zmienne środowiskowe – m.in. nadużywanie substancji psychoaktywnych, stresory psychospołeczne, styl poznawczy, przestrzeganie zaleconego leczenia farmakologicznego oraz izolacja społeczna – mogą wchodzić w interakcję z genetycznymi i innymi biologicznymi czynnikami ryzyka [39–41].

Z perspektywy etiologicznej, w badaniach nad psychozą i głębokimi zaburzeniami nastroju prowadzonych przez ponad stulecie przy użyciu tradycyjnych kategorii diagnostycznych nie udało się stwierdzić związku tych obciążonych błędem pojęć z jakkolwiek odrębną patofizjologią [42, 43]. Model diagnozowania stadiów klinicznych, który umożliwia mapowanie związku markerów biologicznych ze stadiami choroby, może dopomóc w walidacji granic obecnych lub na nowo zdefiniowanych jednostek klinicznych, odróżnić podstawowe procesy biologiczne od epifenomenów, oraz umożliwić lepszą reprezentację i głębsze zrozumienie istniejącej wiedzy.

STADIA WCZESNEJ PSYCHOZY

Stadium 1: ultra-wysokie ryzyko

Wiadomo, że w zaburzeniach psychotycznych istnieje wczesne stadium przed-psychotyczne, takie, w którym powstaje wiele obocznych szkód psychospołecznych [44]. To

najwcześniejsze stadium można retrospektywnie nazwać „prodromem”, czyli prekursorem stadium psychotycznego. Ponieważ jednak określenia „prodrom” możemy użyć z całą pewnością tylko wówczas, gdy rzeczywiście rozwinie się niewątpliwe stadium psychotyczne, wprowadzono takie terminy, jak stadium „ultra-wysokiego ryzyka” [34] lub „wysokiego ryzyka klinicznego” [45], aby wskazać, że psychoza nie jest nieunikniona i że mogą się również zdarzyć przypadki fałszywie pozytywne. Owo objawowe, lecz przedpsychotyczne stadium jest najwcześniejszym momentem, w którym równocześnie można myśleć o interwencjach profilaktycznych, zapobiegających psychozie [46].

Przy prospektywnym wykrywaniu takiego stadium wyzwanie polega, po pierwsze, na zdefiniowaniu klinicznej granicy dla najwcześniejszej interwencji oraz „potrzeby opieki”, która różnicuje normalne doświadczenie człowieka i patologię. Po drugie, trzeba zdefiniować zbiór klinicznych i innych czynników prognostycznych, umożliwiających zidentyfikowanie podgrupy osób, którym bezpośrednio zagraża zaburzenie psychotyczne. Jest to złożone zadanie, a wchodzące tu w grę problemy były przedmiotem wielu niedawnych publikacji [47–55]. Dawniejsi autorzy [56] dążyli do rozpoznania schizofrenii w stadium prodromalnym. Psychopatolodzy niemieccy w połowie dwudziestego wieku zwrócili uwagę na subtelne zmiany w przeżywaniu i zachowaniu, lecz ze względu na złożoność tych zmian początkowo miały one niewielki wpływ na psychiatrię w krajach anglojęzycznych. Następnie opracowano i na początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku przetestowano praktyczną definicję operacyjną przedpsychotycznego stanu psychicznego „z grupy ryzyka” (*at risk*) czy „ultra-wysokiego ryzyka” (*ultra-high risk*), która, jak udało się wykazać, oznacza wysokie ryzyko wystąpienia pełnej psychozy w ciągu najbliższych 12 miesięcy [57]. Definicja wzbudziła zainteresowanie środowiska i stała się przedmiotem wielu późniejszych badań, w których zajmowano się prognozą, leczeniem i aspektami neurobiologicznymi.

Kryteria te rzeczywiście pozwalają przewidzieć, że w grupie „ultra-wysokiego ryzyka” nastąpi szybkie przejście w stadium psychozy [32], przy czym względne ryzyko w tej grupie wynosi 40% w porównaniu z poziomem zachorowalności na zaburzenia psychotyczne w populacji ogólnej [58]. Nadal jednak mamy tu istotny poziom fałszywie pozytywnych rozpoznań, rzędu 60–80%, chociaż zwykle są to lub okazują się prawdziwie pozytywne przypadki innych zaburzeń, w szczególności depresji i zaburzeń lękowych. Chociaż moc prognostyczną dla psychoz można znacznie zwiększyć *post-hoc* uwzględniając kluczowe zmienne takie, jak obciążenie genetyczne, depresja, pogorszenie funkcjonowania i używanie substancji psychoaktywnych [58, 59], użyteczność takiego zabiegu jest ograniczona ze względu na „paradoks profilaktyki”. Oznacza to, że zwiększenie pozytywnej wartości prognostycznej zmniejsza liczbę i procent przypadków, którym można pomóc. Jeśli zatem grupa zostanie zawężona, stoimy na mocniejszym gruncie, ale ze względu na węższy obszar brany pod uwagę, pomijamy większość przypadków, w których z czasem rzeczywiście rozwinie się dane zaburzenie [51]. Wiemy już, że kliniki prodromalne nie wychwytyują większości przypadków pierwszego epizodu psychozy.

Na stosunkowo małych próbach przeprowadzono serię prób klinicznych, w których badano zarówno leki przeciwpsychotyczne, jak i/lub terapię poznawczą jako strategie postępowania profilaktycznego przeznaczone dla pacjentów ultra-wysokiego ryzyka [60–62]. Próby te wskazują, że terapia poznawcza i leki przeciwpsychotyczne mogą zapobiegać wystąpieniu zaburzenia psychotycznego lub przynajmniej je opóźnić, oraz zmniejszyć symptomatologię. Zakończona niedawno druga generacja prób klinicznych przeprowadzonych w poszczególnych ośrodkach przyniosła interesujące rezultaty, dotyczące szeregu psychospołecznych i biologicznych metod terapii, m.in. terapii poznawczej [62], litu [63], kwasów tłuszczowych omega-3 [64], oraz atypowych antybiotyków [60].

Leczenie młodych ludzi w przypuszczalnym stadium prodromalnym budzi jednak zrozumiałe zaniepokojenie, że być może naraża się pacjentów na niepotrzebne i potencjalnie szkodliwe leczenie. Wywołało to w USA kontrowersje, zwłaszcza w odniesieniu do badań naukowych tego typu, co z kolei doprowadziło do tzw. „naturalistycznych planów/schematów badawczych” [58, 65], stosowanych chętniej niż tradycyjne modele zrandomizowane. Paradoksalnie, względy etyczne, którymi kierowano się w tego rodzaju myśleniu umożliwiły w owych badaniach naturalistycznych stosowanie bez etykiety, na szeroką skalę i w sposób niekontrolowany tych samych metod, których nie można było badać w rygorystycznych warunkach randomizowanej próby kontrolowanej, wymagających świadomej zgody pacjenta. Dlatego też termin „naturalistyczny” jest mylący, ponieważ niekontrolowane leczenie może wywierać silny wpływ na naturalny przebieg choroby. Te „naturalistyczne” badania ujawniły, że w USA w warunkach klinicznych na szeroką skalę powszechnie stosuje się leczenie przeciwpsychotyczne nieoparte na dowodach naukowych, jak na ironię równocześnie z dawno spóźnionym i nieadekwatnym leczeniem zaburzeń psychotycznych, zarówno pierwszego epizodu, jak i utrwalonych.

Dalsze kroki

Dane z prób klinicznych są niezbędne do określenia zagrożeń i korzyści związanych z różnymi formami leczenia w nowo definiowanej grupie klinicznej, oraz do stworzenia solidnych podstaw dla podejścia opartego na dowodach naukowych. Stanowi to najlepsze antidotum na lęk przed szeroko rozpowszechnionym oraz potencjalnie szkodliwym i niepotrzebnym stosowaniem leków, zwłaszcza przeciwpsychotycznych. Obszar „prodromalny” czy ultra-wysokiego ryzyka pozostaje w klinicznym stanie równowagi, ponieważ nie wiemy jeszcze, jakie metody leczenia będą najbardziej pomocne i akceptowalne dla pacjentów, a przede wszystkim, w jakiej kolejności czy kombinacji.

Dane prospektywne czy naturalistyczne najlepiej byłoby zbierać w sposób najbardziej rzetelny i możliwy do interpretacji w ramach dużej, dobrze finansowanej, wieloośrodkowej próby klinicznej, według planu badającego raczej „efektywność” (*effectiveness*) niż skuteczność (*efficacy*), przewidującego grupę minimalnej interwencji, do której można kierować osoby niewyrażające zgody na randomizację.

Chętnie zgodzimy się, że leki przeciwpsychotyczne, a zwłaszcza przeciwdepresyjne [67] oraz takie leki neuroprotektoryjne, jak kwasy tłuszczowe omega-3 i lit są prawo-

mocnymi metodami terapii wymagającymi dalszych badań, lecz badania te powinny być protokołowane i prowadzone przy użyciu rygorystycznych planów badawczych. W międzyczasie należy przestrzegać międzynarodowych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej we wczesnej psychozie [11], zalecających konserwatywne podejście do leków przeciwpsychotycznych i częstsze stosowanie interwencji psychospołecznych. Takie dość konserwatywne podejście do leczenia osób z grupy ultra-wysokiego ryzyka jest tym bardziej konieczne, że niedawno odkryto, iż w renomowanych ośrodkach prodromalnych [52] spada liczba przypadków przechodzenia w stadium pierwszego epizodu psychozy, przy czym do tych placówek przyjmuje się znacznie więcej osób z tak zwanym „fałszywie pozytywnym” rozpoznaniem. Może to wynikać ze zmienności w doborze próby, wcześniejszego wykrywania przypadków ultra-wysokiego ryzyka lub większej skuteczności zastosowanych interwencji [52].

Ten spadek wskaźnika zachorowań (przypadków przejścia w stadium psychozy) oraz niepewność co do leczenia osób z grupy ultra-wysokiego ryzyka doprowadziły do uzasadnionego niepokoju związanego z identyfikowaniem takich przypadków oraz interwencją wobec nich. Jednak poszukującym pomocy pacjentom spełniającym kryteria ultra-wysokiego ryzyka dla pierwszego epizodu psychozy zagraża nie tylko schizofrenia czy psychoza, ale także inne zaburzenia psychiczne [68]. Być może, trzeba nam będzie zdefiniować jeszcze szersze początkowe stadium kliniczne o wielu możliwościach, z którego może rozwinąć się wiele różnych zespołów. W konsekwencji, poszerzyliśmy własną strategię kliniczną i badawczą [69], przekrojowo – wraz z powstaniem szerszego i bardziej dostępnego systemu opieki klinicznej dla osób w wieku, w którym ryzyko zachorowania na wszelkiego typu zaburzenia psychiczne jest największe [70–72], oraz podłużnie – przez stworzenie modelu definiowania stadiów klinicznych dla zaburzeń psychotycznych, zaburzeń nastroju i lękowych [27].

Pozwala to na rozwinięcie strategii seryjnego wzbogacania, dzięki której w przyszłych próbach klinicznych będzie można zająć się malejącą liczbą przypadków przechodzenia w psychozę w grupach ultra-wysokiego ryzyka [52] oraz wynikającym stąd wysokim wskaźnikiem fałszywie pozytywnych rozpoznań, oraz uwzględnić inne występujące zespoły, a także remisję i ustąpienie objawów. Strategie te pomagają nam obejść niektóre przeszkody na drodze do wczesnej diagnozy, a mianowicie kwestię „fałszywie pozytywnych” rozpoznań, potencjalne problemy ze stygmatyzacją, wyzwanie, jakim są współwystępujące zaburzenia, oraz brak swoistości prognostycznej. Idąc dalej tą drogą będziemy mieli coraz większe problemy z naszymi historycznie zdeterminowanymi klasyfikacjami, a potrzeba poluzowania więzów, jakie nakładają, stanie się coraz bardziej widoczna.

Stadium 2: Wczesne wykrywanie i leczenie pierwszego epizodu psychozy

W drugim stadium uwaga terapeutyczna skupia się na okresie po wystąpieniu pełnej psychozy [często znanym pod nazwą „pierwszy epizod psychozy”). Dzieli się on na dwie fazy: przed wykryciem i po wykryciu psychozy. Niestety, faza niewykrytej lub nieleczonej psychozy bywa

długotrwała, nawet w krajach rozwiniętych [73]. Oczywiście, nawet kiedy psychoza zostanie wykryta, podjęcie skutecznego leczenia bywa nadal opóźnione. Celem jest zminimalizowanie czasu trwania nieleczonej psychozy (DUP, *duration of untreated psychosis*). Po jej wykryciu, celem interwencji jest podjęcie farmakoterapii i leczenia metodami psychospołecznymi. W warunkach idealnych intensywne interwencje ukierunkowane na maksymalną poprawę objawową i funkcjonalną oraz zapobieganie nawrotom należy podjąć w pierwszych tygodniach i miesiącach leczenia.

Wydaje się, że kontrowersja wokół znaczenia DUP i odroczonego leczenia w pierwszym epizodzie psychozy w dużej mierze rozwiązała się po opublikowaniu kilku kluczowych systematycznych przeglądów literatury [74, 75], a także po niedawno zakończonych doniosłych badaniach podłużnych. W badaniach tych ustalono, że dłuższy DUP jest markerem oraz niezależnym czynnikiem ryzyka dla niepomyślnego wyniku zdrowotnego (*health outcome*). Zakończony w Skandynawii program badawczy pod nazwą TIPS (*Early Treatment and Identification of Psychosis*) wykazał przy użyciu możliwie najlepszego planu badawczego, że skrócenie DUP prowadzi szybko do korzystnych wyników w postaci zmniejszenia ryzyka samobójstw oraz ciężkości choroby przy początkowym leczeniu, oraz do utrzymującej się dłużej poprawy w zakresie objawów negatywnych i funkcjonowania społecznego [18–21]. Związek między DUP a wynikiem zdrowotnym jest mocny i utrzymuje się przez wiele lat w okresie katamnetycznym [76, 77]. Badania te jednak rzeczywiście pokazują, że DUP jest wprawdzie podatnym na oddziaływania czynnikiem ryzyka, lecz wyjaśnia stosunkowo niewielki procent wariacji w zakresie wyników leczenia. Podkreśla się duże znaczenie dostępności i jakości leczenia w początkowych latach choroby.

Istnieje obszerna literatura świadcząca o korzystnych wynikach kompleksowej opieki zdrowotnej podczas pierwszego epizodu psychotycznego. Jej podsumowaniem są „Międzynarodowe wskazówki do postępowania klinicznego we wczesnych psychozach” [11], opublikowane w roku 2005. Od roku 2005 trwają dalsze badania w tym obszarze, w których uzyskano następujące rezultaty.

Wielkie wieloośrodkowe badanie pod nazwą EUFEST (*European First Episode Schizophrenia Trial*) wykazało, że w leczeniu pierwszego epizodu zaburzeń podobnych do schizofrenii i schizofrenicznych leki przeciwpsychotyczne – atypowe lub drugiej generacji – mają pewne wyraźne zalety [78]. Chociaż większość pacjentów reagowała zdumiewająco dobrze zarówno na typowe, jak i atypowe leki, bez żadnych istotnych różnic pod względem ich skuteczności, to jednak wykazano zdecydowaną wyższość leków atypowych, jeśli chodzi o częstość przerywania leczenia oraz tolerancję leku. Zależność ta wystąpiła również wówczas, gdy przeprowadzono porównanie z bardzo niskimi dawkami haloperidolu. Chociaż wnioski i zalecenia sformułowane przez autorów były konserwatywne, z podkreśleniem równorzędnej skuteczności obydwu klas leków, wyniki uzyskane w ramach EUFEST znacznie się różnią od tych, jakie otrzymano w badaniu CATIE (*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*) [79] w przewlekłej schizofrenii, gdzie przy użyciu podobnych miar wyników leczenia nie stwierdzono radykalnej wyższości leków atypowych. Dane EUFEST potwierdzają zalecenia

„Międzynarodowych wytycznych postępowania klinicznego we wczesnych psychozach” [11]. Preferuje się tam leki atypowe jako terapię pierwszego rzędu, ponieważ są one lepiej tolerowane (sprawa niezmiernie ważna w przypadku pacjentów z pierwszym epizodem psychozy, którzy nigdy wcześniej takich leków nie brali), a także mniejsze jest ryzyko późnych dyskinez. Niektóre leki atypowe niosą ze sobą szczególnie wysokie ryzyko problemów metabolicznych i przyrostu wagi. Zagrożenia te wymagają bardzo ostrożnego postępowania i kiedy to tylko możliwe – zapobiegania. Niedawno opublikowany artykuł [80] wskazuje jednak, że dla pacjentów z pierwszym epizodem psychozy tym stanowi problem w pierwszym roku leczenia zarówno typowymi, jak i nietypowymi lekami przeciwpsychotycznymi, przy czym główna różnica polega na tempie przybierania na wadze.

Psychospołeczne metody leczenia wczesnych psychoz były przedmiotem wielu badań. Są już pozytywne wyniki świadczące o wartości terapii poznawczych, które przyspieszają i maksymalizują poprawę objawową i funkcjonalną [81, 82]. Coraz większą uwagę zwraca się na fakt, że leki wprawdzie pomagają uzyskać poprawę objawową, lecz same przez się nie przyczyniają się do poprawy funkcjonowania pacjenta. Wobec tego zaczęto przywiązywać większą wagę do wspomagania poprawy funkcjonowania społecznego [68], zwłaszcza w aspekcie edukacyjnym i zawodowym [83–85], poprzez kombinację skutecznych interwencji psychospołecznych i dobrze prowadzonej farmakoterapii. Coraz większy nacisk kładzie się też na naprawcze oddziaływanie poznawcze [86], aby ograniczyć stopień pogorszenia funkcji poznawczych, często występującego wraz z postępem choroby.

Dalsze kroki

Początkowy sceptycyzm dotyczący DUP powoli ustąpił w obliczu dowodów naukowych, ale także logiki wczesnej diagnozy. Jeśli uważamy, że dysponujemy skutecznymi interwencjami w przypadkach psychozy, to niegodziwe jest twierdzenie, że opóźnianie leczenia jest dopuszczalne. Sceptykom zadaje się pytanie, jak długie opóźnienie jest do przyjęcia: 2 miesiące? 6 miesięcy? 2 lata? Dwa elementy interwencji mają największe znaczenie dla skrócenia DUP, a mianowicie świadomość społeczna i mobilne zespoły wykrywania (*mobile detection services*). Obydwa są istotne, jak wskazują dane z programu TIPS [87] i z innych badań. Kiedy oba są na swoim miejscu, można osiągnąć bardzo krótki DUP (mediana rzędu tylko kilku tygodni). Ponadto, dzięki tym strategiom tryb objęcia pacjenta opieką zdrowotną jest mniej ryzykowny i traumatyczny, możliwe jest przyjęcie pacjenta bez gwałtownego nasilenia objawów pozytywnych lub zaburzeń zachowania, niezbędnych, aby wymusić przyjęcie do mało dostępnych czy silnie bronionych systemów opieki zdrowotnej. Powinny być one dostępne we wszystkich społeczeństwach rozwiniętych i stanowić standardowy element wszystkich systemów ochrony zdrowia psychicznego.

Jeśli chodzi o specyficzne elementy interwencji w przypadkach pierwszego epizodu psychozy, liczne próby kliniczne wykazały wyższość atypowych leków przeciwpsychotycznych w małych dawkach u pacjentów z pierwszym epizodem choroby, gdzie liczy się dobra tolerancja leku i bezpieczeństwo, chociaż u wielu pacjentów niektóre leki mogą być wykluczone z tej właśnie przyczyny. Niedawne

badanie EUFEST jest szczególnie interesujące [78]. Wyjaśnienia wymaga miejsce nowych leków podawanych w iniekcji oraz klozapiny, a także takich wspomagających leków neuroprotektoryjnych, jak kwasy tłuszczowe omega-3, lit i N-acetylocysteina. Terapia behawioralno-poznawcza i rehabilitacja zawodowa [89] są najważniejszymi interwencjami psychospołecznymi we wczesnych psychozach i powinny być stosowane znacznie bardziej intensywnie i powszechnie. Asertywne leczenie środowiskowe dla podgrupy pacjentów słabo umotywowanych do leczenia ma zasadnicze znaczenie [11]. Interwencje rodzinne także stanowią podstawowy element opieki, mimo że formalne dowody naukowe nie są jeszcze w pełni dostępne [90].

Stadium 3: decydujący okres pierwszych 5 lat po rozpoznaniu

Trzecie stadium obejmuje decydujące pierwsze lata po pierwszym epizodzie, które można uważać za okres krytyczny [91]. Cele leczenia w tej fazie – to prowadzenie skutecznej farmakoterapii oraz stosowanie skutecznych interwencji psychospołecznych, aby zminimalizować rozwój niepełnosprawności i zmaksymalizować funkcjonowanie pacjenta [14, 15]. W większości społeczeństw zostaje jednak duża luka między tym, co działa, a tym, co jest dostępne, nawet w krajach o wysokich dochodach, a z pewnością w krajach o dochodach średnich i niskich [92].

Wiemy, że oprócz pierwszego epizodu pierwsze 2 do 5 lat po rozpoznaniu mają zasadnicze znaczenie dla ustanowienia parametrów powrotu do zdrowia na dłużej i wyniku leczenia. Jest to okres maksymalnego ryzyka wycofania się, nawrotu choroby i samobójstwa, który ponadto zbiega się w czasie z takimi wielkimi wyzwaniami rozwojowymi, jak ukształtowanie własnej tożsamości, powstanie sieci rówieśniczej, kształcenie zawodowe i relacje intymne. Wydaje się sensowne, że strumień opieki ukierunkowanej specjalnie na młodych ludzi i na to stadium choroby powinien maksymalizować szanse ich uczestnictwa, ciągłości opieki, odpowiednich zmian stylu życia, przestrzegania zaleceń lekarskich, wsparcia rodziny, a także podjęcia pracy i rozwoju zawodowego. Dostępne dane z badań naturalistycznych i randomizowanych mocno potwierdzają wartość specjalistycznych programów dla wczesnych psychoz – programy te poprawiają krótkotrwałe wyniki leczenia [89, 93]. Istnieją również dane naukowe świadczące o tym, że jeśli takie programy prowadzone są tylko przez rok lub dwa, to niektóre z uzyskanych korzyści zanikają. Wskazuje to, że specjalistyczna opieka ukierunkowana na wczesne psychozy powinna być świadczona przez dłuższy czas, w wielu przypadkach prawdopodobnie do 5 lat – przynajmniej w odniesieniu do dużej podgrupy pacjentów [77, 94, 95].

Dalsze kroki

Najlepsze dostępne dane naukowe wskazują, że na krótką lub średnią metę opieka profilowana daje lepsze wyniki niż opieka ogólna [16, 17]. Chociaż takie dane być może nie spełniają najbardziej rygorystycznych kryteriów, jakie proponuje Cochrane, jednak w połączeniu z trafnością fasadową oraz oczywistym i słabo zaspokojanym zapotrzebowaniem wystarczyły, by decydentów i świadczeniodawców w zakresie opieki psychiatrycznej w setkach miejscowości na całym świecie przekonać do przyjęcia, adaptacji

i wdrożenia tego modelu. W randomizowanych kontrolowanych próbach przetestowano dotychczas tylko częściowe wersje owej profilowanej opieki, przy czym przedmiotem oceny był przede wszystkim specjalistyczny model asertywnego leczenia środowiskowego. Mimo to, wyniki są pozytywne dla pierwszych 2 lat opieki. Wydaje się prawdopodobne, że aby zachować te korzystne wyniki przynajmniej dla znacznej podgrupy, model profilowany dla wczesnych psychoz musi być kontynuowany przez dłuższy czas, być może nawet do 5 lat [89]. Po tym okresie choroba i niepełnosprawność mogą się nadal utrzymywać u znacznie mniejszego odsetka osób, których potrzeby mogą być później dobrze zaspokojone przez bardziej tradycyjny model opieki psychiatrycznej dla starszych dorosłych. Może to stanowić znacznie lepszy moment do przekazania opieki.

PROCES REFORMY

W opiece zdrowotnej tempo reform jest z reguły powolne. Chociaż w ostatnich latach miał miejsce wielki postęp w zakresie wczesnej interwencji w przypadkach wczesnej psychozy, jednak rozpowszechnienie tych osiągnięć pod wieloma względami pozostaje zniechęcająco powolne. W wielu krajach rozwiniętych i w większości rozwijających się nie zrobiono żadnego postępu, a tylko częściowy sukces osiągnięto nawet w tych krajach, w których dokonano znaczących inwestycji. Wypowiadaliśmy się już wcześniej na temat takiej inercji oraz niektórych jej przyczyn [92, 96].

Politykę zdrowotną opartą na dowodach naukowych [97] można uważać za połączenie opartej na dowodach naukowych opieki zdrowotnej z analizą polityki publicznej, w którym dowody naukowe stanowią tylko jedną z wielu istotnych zmiennych. W czystej postaci polityka zdrowotna oparta na dowodach naukowych wywodzi się z perspektywy technicznej i za swoje zadanie uznaje identyfikowanie i eliminowanie przeszkód zakłócających gładki przepływ najlepszych dostępnych dowodów naukowych do praktyki. Scharakteryzowano to jako „nawny racjonalizm” [98], ponieważ innymi kluczowymi czynnikami wpływającymi na formułowanie zasad polityki są wartości kulturowe i polityczne oraz dynamika zmian i reform. Dowody naukowe są zarówno produktem reform, jak i siłą sterującą nimi, zaś paradygmat oparty na dowodach naukowych może służyć jako broń – kiedy jako warunek wstępny przyjmuje się standardy niemożliwe do spełnienia oraz zmienia się cele w miarę napływu nowych wyników badań naukowych po to, by w sposób niedopuszczalny w innych gałęziach medycyny udaremnić i odroczyć zaległe reformy [99].

Aby lepiej zrozumieć to zjawisko warto zastanowić się nad tym, jak działa innowacja i reforma w opiece zdrowotnej. Rozpowszechnianie innowacji stanowi duże wyzwanie we wszystkich gałęziach przemysłu, od rolnictwa po produkcję przemysłową. Badania nad rozpowszechnianiem innowacji mają długą tradycję w naukach społecznych. W wielu państwach powstały ośrodki i strategie promowania i rozpowszechniania innowacji w opiece zdrowotnej [100, 101].

Wchodzi tu w grę wiele czynników kontekstowych, lecz na proces reform mają wpływ również przewidywalne cechy jednostek i systemów opieki zdrowotnej [102]. Po pierwsze, musimy uwzględnić percepcję innowacji. Musi istnieć

jakaś spostrzegana korzyść. Innowacja powinna być zgodna z wartościami i potrzebami ludzi, którzy biorą ją pod uwagę. Powinna być prosta lub możliwa do uproszczenia, zaś w procesie rozpowszechniania innowacje muszą być dostosowywane do lokalnych potrzeb. Po drugie, w procesie innowacji uczestniczy kilka różnych grup. Najmniejszą grupą są innowatorzy, wymyślający nowe idee i umiejętności. Są oni poszukiwaczami nowości, tworzącymi szersze krajowe i międzynarodowe sieci czy koterie i inwestującymi energię w te powiązania. Można ich uważać za niezależnych indywidualistów pochłoniętych specjalistycznym zagadnieniem. Inicjatorzy zmian to większa opiniotwórcza grupa osób (*opinion leaders*), które korzystają z dorobku innowatorów i wzajemnie dzielą się pomysłami. Inicjatorzy są otwarci na nowe idee, dysponują też zasobami i mają tolerancję na ryzyko, co umożliwia im wypróbowywanie nowości. Najważniejsze, że są oni bacznie obserwowani przez następną grupę, czyli początkową większość, bardziej nastawioną na sprawy lokalne i niechętną do podejmowania ryzyka. Początkowa większość kieruje się opiniami inicjatorów na temat tego, czego można bezpiecznie spróbować. Czwarta grupa, późna większość, jest jeszcze bardziej konserwatywna, kieruje się tym, co robi początkowa większość i przyjmuje innowację tylko wtedy, gdy wydaje się, że jest to nowe status quo. I wreszcie, mamy maruderów, najwidoczniej należących w obecnych czasach do towarzystwa, które wierzy, że ziemia jest płaska – dla nich punktem odniesienia jest przeszłość. Trzeba przyznać, że takie określenie jest dla nich trochę niesprawiedliwe, ponieważ mają pewną zaletę – wskazują na wartościowe elementy obecnej i dawniejszej praktyki, które trzeba zachować. Widać jednak również, że bronią tego, co jest nie do obrony i zanim zaakceptują zmiany, domagają się danych naukowych na niemożliwym i nierealistycznym poziomie. Co więcej, standardy, których żądają dla innowacji, rzadko (o ile w ogóle) odnoszą się do status quo, bo stan obecny, przynajmniej w dziedzinie zdrowia psychicznego, zazwyczaj bywa oparty na dowodach naukowych w mniejszym stopniu niż nowe podejście. Owo aktywne hamowanie zmian potęguje właściwa systemom tendencja do szybkiego wzrostu inercji i reinstytucjonalizacji po okresach postępu.

Mimo mile widzianego postępu w zakresie wczesnej interwencji, maruderzy odgrywają w tym obszarze znaczącą rolę. Chociaż medycyna oparta na dowodach naukowych jest zdecydowanie najlepszym antidotum na niewłaściwy oraz potencjalnie niebezpieczny i marnotrawny obrót spraw w opiece zdrowotnej, wiadomo, że przeciwnicy zmian nadużywali tego paradygmatu, aby nie dopuścić do zmian, które już dawno należało wprowadzić w najlepiej pojmowanym interesie społeczeństwa. Niestety, za mało dyskutuje się o tym, na kim spoczywa obowiązek przedstawiania dowodów w takich sprawach, oraz jakie inne względy poza danymi naukowymi powinny wpływać na decyzje, zwłaszcza wówczas, gdy zmiany – takie, jak pomoc w nagłych wypadkach, a nawet wczesna interwencja – mają wysoką trafność fasadową. Wreszcie, nieprawdopodobne, aby onkolodzy debatowali nad względną wartością wczesnej diagnozy i opieki paliatywnej, a na tej właśnie kwestii wielokrotnie utknęła psychiatria.

Berwick zwraca uwagę, że w rozpowszechnianiu innowacji istnieje punkt, w którym następuje przechylenie szali [103] – zwykle jest to przyjęcie zmian przez około 15–20%

populacji. Niewątpliwie, kiedy początkowa większość opowie się za jakąś innowacją, późna większość prawdopodobnie bez oporu również się do tego przyłączy. Proces ten można ułatwić przy użyciu kilku strategii. Należy do nich: identyfikowanie sensownych innowacji, przywództwo poprzez dawanie przykładu, wspieranie innowatorów i inicjatorów za pomocą zasobów i czasu, nagłaśnianie działalności inicjatorów tak, by dotarła do opinii publicznej, oraz ocenianie i traktowanie zmian raczej jako formy uczenia się niż dokładnej replikacji innowacji.

WNIOSKI

Wiele przeszkód na drodze do wczesnej interwencji to te same bariery, które hamują postęp w dziedzinie zdrowia psychicznego na szerszą skalę, jak pokazuje *Lancet Series on Global Mental Health* [104]. Należą do nich: stygmatyzacja, pesymizm, cisza otaczająca chorych psychicznie oraz wynikający stąd brak inwestycji. Kraje rozwinięte i rozwijające się muszą dostrzec, jak ważne dla zdrowia publicznego są nieleczone i źle leczone zaburzenia psychiczne. Kluczowym aspektem, który zaczyna być dostrzegany, jest to, że zaburzenia psychiczne są przewlekłymi chorobami ludzi młodych [105]. Większość zaburzeń psychicznych występujących u dorosłych – a mianowicie, zaburzenia psychotyczne, aafektywne, lękowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia osobowości – ujawnia się i ma największy wpływ pod koniec okresu dojrzewania i we wczesnej dorosłości. Poszerzenie grupy osób, do których kierowana jest wczesna interwencja nie tylko rozwiązałoby wiele drugorzędnych problemów wynikłych w procesie reformy dotyczącej wczesnych psychoz (takich problemów, jak niepewność diagnostyczna mimo wyraźnej potrzeby opieki, stygmatyzacja i uczestnictwo), ale także powinno skuteczniej mobilizować wsparcie społeczne dla inwestycji i reform w dziedzinie zdrowia psychicznego. Tak dzieje się już w Australii [106, 107] i w Irlandii [108], budząc coraz większe zainteresowanie w wielu innych krajach, zgodnie z opisanym wyżej procesem innowacji. Stanowi to obecnie niezmiernie ważny projekt i wyzwanie, nad którym powinni zastanowić się inicjatorzy zmian w psychiatrii w skali globu.

PIŚMIENNICTWO

1. Vos T, Begg S. Victorian Burden of Disease Study: morbidity. Melbourne: Public Health Division, Department of Human Services, 2003.
2. Zubin J, Oppenheimer G, Neugebauer R. Degeneration theory and the stigma of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1985; 20: 1145–8.
3. McGorry P. Welcome to early intervention in psychiatry. *Early Int Psychiatry* 2007; 1: 1–2.
4. Saraceno B. New knowledge and new hope to people with emerging mental disorders. *Early Int Psychiatry* 2007; 1: 3–4.
5. Insel TR. The arrival of preemptive psychiatry. *Early Int Psychiatry* 2007; 1: 5–6.
6. Crow TJ, MacMillan JF, Johnson AL et al. A randomised controlled trial of prophylactic neuroleptic treatment. *Br J Psychiatry* 1986; 148: 120–7.
7. Lieberman JA, Alvir JM, Woerner M et al. Prospective study of psychobiology in first-episode schizophrenia at Hillside Hospital. *Schizophr Bull* 1992; 18: 351–71.

8. Kane JM, Rifkin A, Quitkin F et al. Fluphenazine vs placebo in patients with remitted, acute first-episode schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 70–3.
9. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C et al. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophr Bull* 1996; 22: 305–26.
10. Edwards J, McGorry PD. Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services. London: Dunitz, 2002.
11. International Early Psychosis Association Writing Group. International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187(Suppl. 48): s 120–4.
12. National Institute of Clinical Excellence. Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. London: Gaskell and the British Psychological Society, 2003.
13. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2005; 39: 1–30.
14. Craig TK, Garety P, Power P et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004; 329: 1067.
15. Jeppesen P, Petersen L, Thorup A et al. Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *Br J Psychiatry* 2005; 187(Suppl. 48): s 85–90.
16. 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 98–103.
17. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P et al. Integrated treatment ameliorates negative symptoms in first episode psychosis – results from the Danish OPUS trial. *Schizophr Res* 2005; 79: 95–105.
18. Johannessen JO, Larsen TK, Joa I et al. Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study. *Br J Psychiatry* 2005; 187(Suppl. 48): s 24–8.
19. Larsen TK, Melle I, Auestad B et al. Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophr Bull* 2006; 32: 758–64.
20. Melle I, Johannessen JO, Svein Friis S et al. Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 800–4.
21. 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.
22. Mihalopoulos C, Harris M, Henry L et al. Are the short-term cost savings and benefits of an early psychosis program maintained at 8-year follow-up? *Schizophr Bull* 2007; 33: 487.
23. Mihalopoulos C, McGorry PD, Carter RC. Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 47–55.
24. Henry LP, Amminger GP, Harris MG et al. The EPPIC long term follow up study of first episode psychosis: clinical and functional long term outcome. Submitted for publication.
25. Rosenbaum B, Valbak K, Harder S et al. Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry* 2006; 5: 100–3.
26. Jackson HJ, McGorry PD. The recognition and management of early psychosis: a preventive approach, 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press (in press).
27. 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.
28. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J et al. Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1239–46.
29. Bromet EJ, Naz B, Fochtmann LJ et al. Long-term diagnostic stability and outcome in recent first-episode cohort studies of schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005; 31: 639–49.
30. Fennig S, Craig TJ, Bromet EJ. The consistency of DSM-III-R delusional disorder in a first-admission sample. *Psychopathology* 1996; 29: 315–24.
31. Fennig S, Bromet E, Galambos N et al. Diagnosis and six-month stability of negative symptoms in psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1996; 246: 63–70.
32. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophr Res* 2003; 60: 21–32.
33. Singh SP, Burns T, Amin S et al. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 452–9.
34. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ. The “close-in” or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in prepsychotic mental disorder. *Schizophr Bull* 2003; 29: 771–90.
35. Kim Y. Renaming the term schizophrenia in Japan. *Lancet* 2002; 360: 879.
36. McGorry PD. Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 859–60.
37. Fava G, Kellner R. Staging: a neglected dimension in psychiatric classification. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 87: 225–30.
38. McGorry PD, Mihalopoulos C, Henry L et al. Spurious precision: procedural validity of diagnostic assessment in psychotic disorders. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 220–3.
39. van Os J, Hanssen M, Bijl RV et al. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58: 663–8.
40. Shoval G, Sever J, Sher L et al. Substance use, suicidality, and adolescent-onset schizophrenia: an Israeli 10-year retrospective study. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2006; 16: 767–75.
41. Weiser M, Knobler HY, Noy S et al. Clinical characteristics of adolescents later hospitalized for schizophrenia. *Am J Med Genet* 2002; 114: 949–55.
42. Craddock N, Owen MJ. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry* 2007; 6: 84–91.
43. McGorry PD, Copolov DL, Singh BS. Current concepts in functional psychosis. The case for a loosening of associations. *Schizophr Res* 1990; 3: 221–34.
44. Yung AR, McGorry PD. The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophr Bull* 1996; 22: 353–70.
45. Cornblatt B, Lencz T, Obuchowski M. The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophr Res* 2002; 54: 177–86.
46. Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research. Washington: National Academy Press, 1994.
47. Cornblatt BA, Auther AM. Treating early psychosis: who, what, and when? *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2005; 7: 39–49.
48. Haroun N, Dunn L, Haroun A et al. Risk and protection in prodromal schizophrenia: ethical implications for clinical practice and future research. *Schizophr Bull* 2006; 32: 166–78.
49. Olsen KA, Rosenbaum B. Prospective investigations of the prodromal state of schizophrenia: review of studies. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113: 247–72.
50. Warner R. The prevention of schizophrenia: what interventions are safe and effective? *Schizophr Bull* 2001; 27: 551–62.
51. Warner R. Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 187(Suppl. 48): s 104–7.

52. Yung AR, Yuen HP, Berger G et al. Declining transition rate in Ultra High Risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophr Bull* 2007; 33: 673–81.
53. McGorry PD, Killackey EJ. Early intervention in psychosis: a new evidence based paradigm. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2002; 11: 237–47.
54. Yung AR, Killackey E, Hetrick SE et al. The prevention of schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2007; 19: 633–46.
55. Hafner H, Maurer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives. *World Psychiatry* 2006; 5: 130–8.
56. Sullivan H. The onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1927; 6: 105–34.
57. Yung AR, McGorry PD, McFarlane CA et al. Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull* 1996; 22: 283–303.
58. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B et al. Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 28–37.
59. 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.
60. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 790–9.
61. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 921–8.
62. Morrison AP, French P, Walford L et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 291–7.
63. Berger G, Dell’Olio M, Amminger P et al. Neuroprotection in emerging psychotic disorders. *Early Int Psychiatry* 2007; 1: 114–27.
64. Amminger G, Schaefer M, Papageorgiou K et al. Omega-3 fatty acids reduce the risk of early transition to psychosis in ultra-high risk individuals: a double-blind randomized, placebo-controlled treatment study. *Schizophr Bull* 2007; 33: 418–9.
65. Portland Identification and Early Referral Project. PIER project overview. www.mmc.org.
66. McGorry PD, Yung AR, Bechdolf A et al. Back to the future: predicting and reshaping the course of psychotic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65: 25–7.
67. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 546–57.
68. Killackey E, Yung AR. Effectiveness of early intervention in psychosis. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 121–5.
69. McGorry PD. The specialist youth mental health model: strengthening the weakest link in the public mental health system. *Med J Australia* 2007; 187 (Suppl. 7): s 53–6.
70. McGorry PD, Killackey E, Yung AR. Early intervention in psychotic disorders: detection and treatment of the first episode and the critical early stages. *Med J Australia* 2007; 187 (Suppl. 7): s 8–10.
71. Patel V, Araya R, Chatterjee S et al. Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 991–1005.
72. Patton GC, Hetrick SE, McGorry P. Service responses for youth onset mental disorders. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 319–24.
73. McGlashan TH. Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999; 46: 899–907.
74. Marshall M, Lewis S, Lockwood A et al. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 975–83.
75. Perkins DO, Gu H, Boteva K et al. Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and metaanalysis. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1785–804.
76. Bottlender R. Against: “Every person with schizophrenia should be treated as early as possible”. *Psychiatr Prax* 2006; 33: 106–7.
77. Harris MG, Henry LP, Harrigan SM et al. The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophr Res* 2005; 79: 85–93.
78. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371: 1085–97.
79. Lieberman J, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209–23.
80. Perez-Iglesias R, Crespo-Facorro B, Martinez-Garcia O et al. Weight gain induced by haloperidol, risperidone and olanzapine after 1 year: findings of a randomized clinical trial in a drug-naïve population. *Schizophr Res* 2008; 99: 13–22.
81. Jackson HJ, McGorry PD, Killackey E et al. The ACE project: a randomised controlled trial of CBT versus befriending for first episode psychosis: acute phase and one-year follow-up results. *Psychol Med* 2008; 38: 725–35.
82. Lewis SW, Tarrier N, Haddock G et al. A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes. *Br J Psychiatry* 2002; 181(Suppl. 43): s 91–7.
83. Killackey E, Jackson HJ, McGorry PD. Vocational intervention in first-episode psychosis: a randomised controlled trial of individual placement and support versus treatment as usual. *Br J Psychiatry* (in press).
84. Killackey EJ, Jackson HJ, Gleeson J et al. Exciting career opportunity beckons! Early intervention and vocational rehabilitation in first episode psychosis: employing cautious optimism. *Aust N Zeal J Psychiatry* 2006; 40: 951–62.
85. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry* 2007; 6: 68–74.
86. Velligan DI, Kern RS, Gold JM. Cognitive rehabilitation for schizophrenia and the putative role of motivation and expectancies. *Schizophr Bull* 2006; 32: 474–85.
87. Joa I, Johannessen JO, Auestad B et al. The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophr Bull* 2008; 34: 466–72.
88. Malla A, Norman R, Scholten D et al. A community intervention for early identification of first episode psychosis: impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 337–44.
89. Killackey E, McGorry PD. Interventions in the early stages of psychosis. *Psychiatr Ann* (in press).
90. Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006(4): CD000088.
91. Birchwood M, Fiorillo A. The critical period for early intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills* 2000; 4: 182–98.
92. McGorry PD. Early psychosis reform: too fast or too slow? *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106: 249–51.
93. Killackey EJ, Yung AR, McGorry PD. Early psychosis: where we’ve been, where we have to go. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2007; 16: 102–8.
94. Nordentoft M, Jeppesen P, Abel M et al. OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One-year follow-up of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2002; 187(Suppl. 43): s 98–106.

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