

Wczesna interwencja w psychozie: mocne i słabe strony ośrodków

Brendan P. Murphy, Warrick J. Brewer

Advances in psychiatric treatment (2011); 17: 401-407

Tworzeniu ośrodków wczesnej interwencji przyświecało kilka podstawowych zasad, w tym obserwacja, że interwencja na wczesnym etapie psychozy zmienia przebieg choroby i rokowanie, a wieloczynnikowe interwencje sprzyjają psychospołecznemu zdrowieniu i zmniejszają powikłania jatrogenne, a także, że wczesne zajęcie się osobami niereagującymi na leczenie ogranicza problem lekooporności. Przybywa dowodów na to, że wyspecjalizowane ośrodki wczesnej interwencji przynoszą korzyści. Te dowody obejmują poprawę wyników klinicznych, społecznych i zawodowych, skrócenie hospitalizacji i zwiększenie zaangażowania. Ośrodki wczesnej interwencji mogą również istotnie zmniejszyć ryzyko kolejnego epizodu. Są wysoko oceniane przez pacjentów i ich opiekunów. Wydaje się, że długoterminowy wynik determinuje czas trwania leczenia. Nie wiadomo, jak długo powinien trwać ten intensywny etap leczenia i czy wszyscy pacjenci potrzebują tyle samo czasu. Duże ograniczenia budżetowe mogą szczególnie odbić się na poradniach zajmujących się leczeniem zespołów prodromalnych i programach świadomości społecznej.

Pierwszy epizod psychozy, w tym schizofrenii, obecnie najlepiej traktować jak zaburzenie neurorozwojowe wynikające z interakcji różnych czynników biologicznych i psychologicznych. Chociaż nadmierne obciążenie współwystępowaniem podatności genetycznej i środowiskowych czynników ryzyka może przejawiać się w dzieciństwie szeregiem nieswoistych, subtelnych zmian w zachowaniu, to podatność przeważnie nie daje żadnych oznak aż do wystąpienia objawów prodromalnych lub psychotycznych w środkowym okresie dojrzewania lub po 20 r.ż.¹ Ośrodki wczesnej interwencji wykorzystują m.in. następujące założenia:^{2,3}

- interwencja na wczesnym etapie psychozy może zmniejszyć przebieg choroby i poprawiać długotrwałe rokowanie;
- wieloczynnikowa interwencja sprzyja psychospołecznemu zdrowieniu, zmniejsza powikłania jatrogenne i obciążenie opiekuna;
- wczesne zwrócenie uwagi na osoby niereagujące na leczenie może prowadzić do ograniczenia lekooporności.

Pojęcie okresu krytycznego⁴ – pierwszych 3-5 lat od początku psychozy – kiedy większość pacjentów charakteryzuje się maksymalną plastycznością neuronalną i psychospołeczną oraz kiedy – teoretycznie – można wywrzeć największy wpływ na przebieg choroby, ułatwiło rozszerzenie leczenia tak, aby obejmowało ukierunkowaną prewencję w fazie prodromalnej.⁵ Interwencja ta obejmuje specjalistyczny program terapeutyczny przeznaczony dla osób z wczesnymi objawami psychozy i towarzyszącymi problemami behawioralnymi. Opierano się na założeniu wykorzystującym model klinicznych faz choroby. Sugerowano, że leczenie we wczesnych fazach jest łagodniejsze niż w późniejszych oraz wiąże się z lepszą reakcją i rokowaniem, co minimalizuje konieczność urazowych i restrykcyjnych form leczenia, w tym – przyjęcie do szpitala bez zgody.^{6,7}

Są powody, by uważać Melbourne za kolebkę wczesnej interwencji, z pionierskim, założonym w 1992 roku Early Psychosis Prevention and Intervention Centre (EPPIC).³ Ośrodek, znany obecnie jako Orygen Youth Health Research Centre,

Brendan Murphy, konsultant psychiatra i kierownik kliniczny Recovery and Prevention of Psychosis Service, Melbourne; profesor nadzwyczajny, Monash University, Australia. Opracował program badawczy, w ramach którego oceniał współchorobowość, objawy negatywne, nowe metody leczenia i genetyczną epidemiologię psychozy; interesuje się neurotrofinami i autoimmunologiczną etiologią tych zaburzeń. Obecnie pracuje nad stworzeniem w pełni zintegrowanego ośrodka dla młodzieży.

Warrick Brewer, profesor nadzwyczajny i główny badacz w dziedzinie neuropsychologii, Orygen Youth Health Research/Centre, Neuropsychology Research Unit, University of Melbourne. Jest także specjalistycznym konsultantem klinicznym podprogramu EPPIC Intensive Case Management. Interesuje się przede wszystkim parametrami wchodzącymi do zidentyfikowania neurorozwojowego ryzyka zaburzeń, szczególnie psychoz i osobowości społecznej.

Adres do korespondencji: Associate Professor Brendan P. Murphy, Early in Life Mental Health Service, Community Services Building, 145 Cleeland Street, Dandenong, Victoria, Australia, 3175; e-mail: Brendan.murphy@monash.edu

Konflikt interesów: B.P.M. otrzymywał wsparcie badawcze od Diabetes Australia, Australian Heart Foundation, Eli Lilly i Sanofi, uczestniczył w badaniach klinicznych sponsorowanych przez Sanofi, Eli Lilly, AstraZeneca, Janssen-Cilag i Lundbeck, a także wykładał dla Bristol-Myers-Squibb, Lundbeck i Pfizer. W.J.B. otrzymuje wsparcie od National Health and Medical Research Council Career Development Award oraz Colonial Foundation, a także otrzymywał dofinansowanie badań od firm Janssen-Cilag i Eli Lilly.

Ramka 1

Najważniejsze zasady funkcjonowania ośrodka wczesnej interwencji w psychozie

- Model intensywnego (assertive) leczenia środowiskowego w celu ułatwienia wczesnego identyfikowania i leczenia osób z pierwszym epizodem psychozy
- Przyjazne dla młodych osób ośrodki leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego
- Multidyscyplinarne, zależne od fazy choroby leczenie koordynowane przez jedną osobę
- Skupianie się na wczesnym wykrywaniu, zdrowieniu i zapobieganiu nawrotom
- Stosowanie leków przeciwpsychotycznych w małych dawkach
- Ukierunkowane interwencje psychologiczne
- Leczenie wtórnych zaburzeń współistniejących, w tym afektywnych i związanych ze stosowaniem substancji
- Zaangażowanie rodzin, w tym zapewnienie psychoedukacji
- Skoncentrowanie się na zdrowieniu psychospołecznym, włącznie ze wsparciem edukacyjnym, zawodowym i dotyczącym miejsca zamieszkania, mającym na celu utrzymanie pacjenta w jego środowisku

Ramka 2

Różnice w sposobie funkcjonowania ośrodków

- Zakres wiekowy
- Obciążenie
- Czas trwania opieki
- Odrębnie lub w ramach innych placówek
- Zcentralizowane lub satelitarne
- Godziny pracy
- Prowadzenie programów badawczych
- Wykorzystanie specjalistycznych elementów
- Prowadzenie promocji zdrowia i kampanii świadomości społecznej
- Zapewnienie monitorowania stanu psychicznego

został następnie powiększony tak, żeby obejmował opieką młode osoby z wszystkimi zaburzeniami psychicznymi. Ostatnio doprowadzono do utworzenia specjalnego konsorcjum zajmującego się promowaniem i wspieraniem wczesnej interwencji u młodych osób z zaburzeniami psychicznymi oraz związanymi z używaniem substancji.⁸ W wielu miejscach na świecie nastąpił gwałtowny rozwój ośrodków wczesnej interwencji, szczególnie w Australii, Kanadzie, Skandynawii i Wielkiej Brytanii. W samej Anglii działa obecnie 118 ośrodków.⁹

Trzeba zauważyć, że wczesna interwencja może dotyczyć jednego z trzech celów funkcjonowania tych ośrodków, z których każdy wymaga odrębnej strategii postępowania.¹⁰ Cele mogą skupiać się na poprawie wyników leczenia chorych z rozpoznaną psychozą lub wczesnym wykrywaniu przypadków zachorowań (np. przez kampanie świadomości społecznej lub edukowanie lekarzy pierwszego kontaktu) z zamiarem wykrycia ukrytej chorobowości i skrócenia średniego czasu trwania nieleczonej psychozy (duration of untreated psychosis, DUP) w tej grupie pacjentów albo zapobieganiu rozwojowi psychozy

u osób z objawami prodromalnymi przez tworzenie poradni oferujących pomoc pacjentom w okresie prodromalnym.¹¹ Dostępność poradni zajmujących się okresem prodromalnym i kampanii świadomości środowiskowej jest bardzo różna w zależności od zasobów i podejmowanych badań. Chociaż coraz więcej dowodów wskazuje na wartość tego typu interwencji, często ograniczają je trudności finansowe. Zasadnicze znaczenie ma zabezpieczenie przez osoby planujące opiekę środków niezbędnych do realizacji szerszych celów.

Mocne i słabe strony różnych modeli ośrodków

Chociaż ośrodki wczesnej interwencji przeważnie opierają się na standaryzowanych zasadach (ramka 1), mogą funkcjonować z wykorzystaniem różnych modeli (ramka 2). Każdy z nich ma swoje mocne i słabe strony. Na to, jaki model będzie stosowany w konkretnym ośrodku, często wpływają przede wszystkim względy praktyczne i ekonomiczne, a nie założenia ideologiczne.

ZAKRES WIEKU

Chociaż zakresy wieku są bardzo różne, ośrodki przeważnie dzielą się na te o niższym punkcie odcięcia pod względem wieku (przeważnie 24 lub 25 lat), przeznaczone dla osób młodych, oraz ośrodki o wyższym punkcie odcięcia (30 lub nawet 40 lat), mające na celu objęcie opieką jak największej grupy chorych we wczesnej fazie psychozy. Najważniejszą zaletą ośrodków przeznaczonych dla młodych osób jest zapewnienie interwencji dostosowanych do fazy rozwoju u większości osób z pierwszym epizodem psychozy. Wady są dwójakie.

Po pierwsze, ośrodki przeznaczone dla młodych osób przeważnie za punkt odcięcia przyjmują 25 lat, a wszystkie starsze osoby są leczone przez ośrodki zdrowia psychicznego dla dorosłych. Jest to poważny problem, ponieważ u znacznej grupy osób do rozwoju psychozy dochodzi między 25 a 35 r.ż., szczególnie u kobiet i osób z zaburzeniem dwubiegunowym. Ci pacjenci są leczeni w ośrodkach ogólnych, co przeważnie wiąże się z dużym opóźnieniem terapii osób z pierwszym epizodem psychotycznym,^{12,13} a także z dużym obciążeniem jatrogennym (patrz akapit dotyczący leczenia szpitalnego w dalszej części tego artykułu), co z kolei prowadzi do dużego ryzyka niezaangażowania się w leczenie.^{7,14} Zamiast narażać funkcjonowanie modelu przeznaczonego dla młodzieży i młodych dorosłych przez objęcie opieką maksymalnej liczby osób z pierwszym epizodem psychozy, lepsze może być przyjęcie zasady promowania reformy ośrodków zdrowia psychicznego dla dorosłych przez opracowywanie i realizowanie podobnych modeli wczesnej interwencji w różnych grupach wiekowych.

Po drugie, ośrodki przeznaczone dla młodych osób z definicji leczą zarówno młodzież poniżej 18 r.ż., jak i osoby do 25 r.ż., zaburzając w ten sposób tradycyjne rozgraniczenie między psychiatrią dzieci i młodzieży a psychiatrią dorosłych. Doprowadziło to do dyskusji o tym, czy ośrodki wczesnej in-

terwencji (i generalnie ośrodki dla młodych osób) powinny funkcjonować jako ośrodki zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, ośrodki zdrowia psychicznego dla dorosłych czy też powinny być odrębnymi jednostkami.^{15,16} Chociaż rozwój ośrodków przeznaczonych dla młodzieży wydaje się intuicyjny i coraz więcej dowodów przemawia za reformą systemu ochrony zdrowia,⁸ nie ma najprawdopodobniej jednoznacznej odpowiedzi dotyczącej tego, gdzie powinny się mieścić. W ramach lokalnego rozwiązania w Wiktorii w Australii zaczęto przeprowadzać reformę zdrowotną polegającą na ułatwianiu objęcia opieką przez wybrane ośrodki pacjentów z szerokiej grupy wiekowej 0-25 lat.¹⁷

OBCIĄŻENIE

Większość ośrodków wczesnej interwencji jest przeznaczona dla stałej liczby 15 pacjentów. Często powstanie ośrodka było zależne od ograniczeń budżetowych; dystrybucji zasobów, które były zbyt małe w stosunku do zapotrzebowania, oraz opóźnień w rekrutowaniu pracowników i tworzeniu infrastruktury ośrodka.^{18,19} Skutkiem tego jest większe obciążenie (case-load), co zaburza całościowe leczenie w ramach wczesnej interwencji lub bardziej swoiste, oparte na dowodach leczenie konkretnych zaburzeń współistniejących, np. zaburzenia stresowego pourazowego (post-traumatic stress disorder, PTSD). W Wielkiej Brytanii, gdzie utrzymanie wynoszącej 15 docelowej liczby pacjentów jest zależne od stałego finansowania, dążono do zapewnienia tej liczby chorych kosztem wdrażania innych strategii przetrwania, jak wczesny wypis, zawężenie grupy wiekowej, tworzenie kolejki oczekujących i ograniczenie pracy środowiskowej.¹⁸

W Australii niektóre ośrodki (np. EPPIC) były początkowo przeznaczone dla większej liczby pacjentów³ lub przyjęły strategię opieki o stopniowo zmniejszającej się intensywności, tak by objąć opieką osoby korzystające jednocześnie z innych ośrodków lub potrzebujące minimalnego kontaktu, co umożliwiło zwiększenie obciążenia, bez wpływu na jakość.¹⁹

Coraz częściej dostrzega się również potrzebę utworzenia zespołów opieki nad pacjentami wymagającymi bardzo intensywnego leczenia, które zajmowałyby się maksymalnie dziesięcioma pacjentami o największych lub niezaspokojonych potrzebach.²⁰

CZAS TRWANIA OPIEKI

Ośrodki mogą zapewniać opiekę przez różny czas – najczęściej trwa ona 2-3 lata. W Wielkiej Brytanii ośrodki wczesnej interwencji miały z definicji zajmować się pacjentami przez stały okres 3 lat, natomiast w Australii – do 3 lat, z możliwością modyfikowania czasu opieki, jeżeli znajdzie taka potrzeba. Coraz częściej okazuje się, że 2-3 lat jest okresem niewystarczającym dla mniej licznej, ale istotnej grupy osób z pierwszym epizodem psychotycznym. Niektóre ośrodki przedłużają do 5 lat opiekę nad wybranymi pacjentami, żeby zajmować się nimi przez cały okres krytyczny.¹⁹

ODRĘBNIEMO CZY W RAMACH INNYCH OŚRODKÓW

Ośrodki wczesnej interwencji mogą działać odrębnie, zajmując się wyłącznie osobami z pierwszym epizodem psychozy, lub w ramach innych ośrodków, stanowiąc element zespołów leczenia środowiskowego. Najważniejszą zaletą tego drugiego systemu jest możliwość bardziej ciągłego systemu opieki i dzielenia się odpowiedzialnością za grupę pacjentów wymagających wczesnej interwencji, a największą wadą – możliwość rozplynięcia się filozofii wczesnej interwencji.¹⁹ Na rodzaj przyjętego modelu często wpływają względy praktyczne i finansowe, a nie określone postawy ideologiczne. Na przykład ośrodki opieki zdrowotnej na dużych obszarach mogą mieć wystarczającą liczbę pacjentów, żeby uzasadnić tworzenie samodzielnych ośrodków wczesnej interwencji, podczas gdy w przypadku zajmowania się mniejszą populacją może to być bezzasadne. Podobnie, powstawanie filii klinik dostosowanych do potrzeb lokalnej społeczności, może zależeć od jej wielkości.

PROGRAMY BADAWCZE

Utworzenie ośrodków wczesnej interwencji pozwoliło zgromadzić kluczowe dowody.⁷ Hybrydowe programy kliniczno-badawcze mają ważne zalety.²¹ Dodatkowe zasoby badawcze mogą zwiększyć intensywność i zakres opieki nad chorymi, przy czym pacjenci, opiekunowie i personel mają łatwy dostęp do rozstrzygających dowodów. Postępowanie oparte na dowodach łatwiej oceniać w ośrodkach klinicznych, a jednocześnie realizowanie celów badawczych i klinicznych w jednym ośrodku umożliwia ciągłą, skuteczną ocenę w obu aspektach. Taki ośrodek może ponadto przyciągnąć międzynarodowych badaczy i lekarzy.

Ważne, aby pamiętać, że badania nie są finansowane z publicznych środków przeznaczonych na ośrodki wczesnej interwencji. Błędnie przyjmowano, że skąpe zasoby kliniczne zostaną przesunięte na cele badawcze. Takie skrajne perspektywy mogą przyćmiewać wymienione wcześniej korzyści.²¹

ELEMENTY SPECJALISTYCZNE

Najlepiej, aby wszechstronne ośrodki wczesnej interwencji zawierały szereg dodatkowych elementów, takich jak wymienione w ramce 3.

Poradnie dla osób z objawami prodromalnymi

Poradnie dla osób z objawami prodromalnymi są przeznaczone dla szukających pomocy pacjentów określanych jako bezpośrednio zagrożeni rozwojem psychozy. Najważniejszą zaletą takich placówek jest to, że osoby spełniające kryteria przyjęcia dostają szansę wykorzystania korzyści wynikających z wczesnej interwencji, takich jak zmniejszenie nasilenia i rozciągnięcie krystalizacji choroby w czasie. Dodatkowa korzyść polega na tym, że te poradnie identyfikują również grupy osób zagrożonych rozwojem innych zaburzeń niż psychozy. Różnicowanie stanowi wyzwanie, ponieważ obrazy wczesnych stadiów zaburzeń psychotycznych i niepsychotycznych mogą być

Ramka 3

Dodatkowe elementy działania ośrodka

- Poradnia dla pacjentów z zespołem prodromalnym
- Kampanie społeczne, edukacyjne, uświadamiające
- Wybrane ośrodki szpitalne
- Zespół interwencji kryzysowej
- Wspecjalizowane subprogramy dla szczególnych grup
- Monitorowanie zdrowia somatycznego

podobne.²² Poradnie dla pacjentów z objawami prodromalnymi są idealnym miejscem umożliwiającym uzupełnienie wiedzy na temat genezy różnych zaburzeń psychicznych.

Największą wadą jest to, że poradnie nie obejmują opieką większości pacjentów z pierwszym epizodem psychiatrycznym, ponieważ chorzy ci przeważnie nie szukają pomocy. Świadczy to o potrzebie zweryfikowania kryteriów objęcia opieką i zwiększenia świadomości społecznej. Innym problemem jest nadmiar wyników fałszywie dodatnich, co stwarza ryzyko przeciążenia ośrodków wczesnej interwencji. Kontrowersje budzi również kwestia leczenia osób ze skrajnie wysokim ryzykiem rozwoju psychozy. Nawet w przypadku obecności objawów zbliżonych do psychiatrycznych do rozwoju pełnoobjawowej psychozy dochodzi tylko w 40-60% przypadków.²³ Wzbudza to obawy i prowadzi do burzliwej dyskusji dotyczącej tego, czy w przypadku objawów prodromalnych należy stosować leki przeciwpsychotyczne. Naturalnie trzeba ciągle doskonalić metody poprawiające identyfikowanie osób rzeczywiście chorych, w tym również określanie i ocenę nasilenia przedchorobowych czynników ryzyka.²⁴

Obowiązujące obecnie międzynarodowe wytyczne kliniczne są zachowawcze i sugerują ogólne podejście do leczenia zespołów prodromalnych – monitorowanie i interwencje psychospołeczne.²⁵ W wielu badaniach opisywano dobre wyniki stosowanych interwencji. Przeprowadzono randomizowane badania kontrolowane dotyczące terapii poznawczo-behawioralnej (CBT), stosowania rysperydonu w niewielkich dawkach i niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych, a także otwarte badania dotyczące stosowania leków przeciwdepresyjnych, aripiprazolu i aminokwasu glicyny.²² Nie wykazano korzystnego działania olanzapiny.²⁶

Wczesne objawy prodromalne – objawy negatywne, lęk i depresja – mogą pojawiać się niepostrzeżenie wraz z mało nasilonymi objawami psychiatrycznymi, aż do wyzwolenia jawnej psychozy. Rozpoczęcie podawania leków przeciwpsychotycznych we wczesnej fazie prodromalnej może nie być pomocne, ponieważ te wczesne objawy są w dużej mierze odporne na leki.²⁷ Prawdopodobnie korzystniejsze będą metody leczenia dostosowane do objawów, takie jak leki przeciwdepresyjne i CBT. Takie postępowanie może również ograniczyć działania jatrogenne wynikające z leczenia pacjentów z fałszywie dodatnimi rozpoznaniem. U rzeczywi-

ście chorych osób początek psychozy oznacza prawdopodobnie wystąpienie mniej nasilonych objawów psychiatrycznych, a nie utrzymywanie się objawów przez dłuższy czas, zgodnie z wymogami kryteriów klasyfikacji diagnostycznych.^{28,29} Stosowanie leków przeciwpsychotycznych, zanim pojawią się te objawy, nie jest korzystne, chociaż rozpoczęcie leczenia, kiedy już wystąpią, może znacznie poprawić rokowanie. Różnicowanie rzeczywiście chorych z osobami z fałszywie dodatnimi rozpoznaniem (z objawami podobnymi do psychiatrycznych lub samoistnie ustępującymi) pozostaje jednak problemem.

Oddziały szpitalne

Skupienie się na wczesnej interwencji minimalizuje późniejszą potrzebę stosowania traumatycznych i restrykcyjnych form leczenia, w tym przyjęć do szpitala wbrew woli.⁷ Niemniej większość osób z pierwszym epizodem psychiatrycznym wymaga przynajmniej jednej hospitalizacji.³⁰ Ważne jest zmniejszenie u tych chorych jatrogennych niekorzystnych następstw leczenia, np. przez unikanie hospitalizacji na oddziałach dla dorosłych, gdzie często stosuje się izolację, dominują przewlekłe chore osoby w podeszłym wieku i zbyt często stosuje się zasadę szybkiego zwiększania dawek leków przeciwpsychotycznych.¹⁹ Leczenie szpitalne powinno odbywać się na specjalistycznych oddziałach leczenia wczesnej psychozy, dostosowanych wiekowo i rozwojowo do typu pacjentów, lub na oddziałach dla młodzieży. Oddziały powinny mieć małą liczbę łóżek i wystarczającą liczbę personelu, aby możliwe było pozostawienie ich w formie otwartej.³¹

Tworzenie subprogramów

Dzięki skoncentrowaniu się specjalistycznych ośrodków na pierwszym epizodzie psychozy uzyskano znaczący efekt w postaci lepszego poznania różnych typów rozwoju i przebiegu choroby. Stosowany początkowo model wczesnej interwencji „jeden dla wszystkich” ujawnił pewne podgrupy chorych, których potrzeby pozostają niespełnione. Należą do nich osoby z przedchorobowymi poznawczymi czynnikami ryzyka, cechami osobowości dysocjacyjnymi, borderline, aspołecznymi lub z psychozami indukowanymi przyjmowaniem substancji, czy lekoopornymi. Wszystkie te grupy chorych mogą skorzystać z dostosowanych do ich potrzeb interwencji terapeutycznych. Sformułowanie kryteriów korzystania z terapii zawsze służy identyfikowaniu i charakteryzowaniu podgrup i prowadzi do bardziej praktycznego podejścia w badaniach i przy planowaniu finansowania.

Specjalistyczne formalne subprogramy mogą uwzględniać neuropsychologię i intensywną koordynację wobec pacjentów stwarzających duże ryzyko zabójstwa, samobójstwa lub rezygnacji z leczenia; z lekoopornością lub utrzymującymi się objawami negatywnymi, ze współwystępowaniem zaburzeń autystycznych oraz z psychozami, w których dominują objawy zaburzeń osi II lub z psychozami indukowanymi przez substancje psychoaktywne.

Skuteczność wczesnej interwencji

Trudno ocenić i podsumować piśmiennictwo dotyczące skuteczności wczesnej interwencji w psychozie. Złożoność wieloczynnikowej interwencji oznacza, że jest mało prawdopodobne, aby specjalistyczne zespoły były identyczne, co utrudnia porównania.³² Znajduje to odzwierciedlenie w wynikach bazy danych Cochrane, w której dokonano ilościowego przeglądu skuteczności randomizowanych badań kontrolowanych dotyczących wczesnej interwencji. Spośród 65 znalezionych badań 58 wykluczono z przyczyn metodologicznych, skutkujących niejednoznacznością wyników.³² Niemniej, w badaniach o różnym schemacie zbierano dowody dotyczące korzyści z funkcjonowania specjalistycznych ośrodków wczesnej interwencji.³³ Coraz więcej dowodów przemawia za stosowaniem wczesnej interwencji w psychozie niż wszystkich innych wprowadzonych ostatnio inicjatyw w dziedzinie zdrowia psychicznego, włącznie z intensywnym (assertive) leczeniem środowiskowym i świadczeniem leczenia domowego (home treatment).¹⁸

W kilku randomizowanych badaniach kontrolowanych przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii, Norwegii i Danii wykazano różne korzystne rezultaty, włącznie z poprawą wyniku klinicznego, społecznego i zawodowego, skróceniem czasu pobytu w szpitalu i poprawą zaangażowania.¹⁰ Stwierdzono również, że ośrodki wczesnej interwencji istotnie zmniejszają ryzyko kolejnego epizodu³⁴ i są wysoko oceniane przez użytkowników i ich opiekunów.¹⁸ Identyfikowanie i leczenie pacjentów z krótszym DUP prowadzi do zmniejszenia nasilenia objawów, tendencji samobójczych^{35,36} oraz lepszych wyników czynnościowych i społecznych po 2 latach.^{37,38} Również pacjenci z dłuższym DUP, u których można spodziewać się gorszego rokowania, wcześniej i skuteczniej angażują się w leczenie i otrzymują je w ośrodkach wczesnej interwencji w porównaniu ze standardowymi formami opieki.³⁹ Przemawiałoby to za tym, że nawet grupa chorych z najpoważniejszymi objawami korzysta ze specjalistycznej opieki na wczesnym etapie choroby. Zapewnianie edukacji lekarzom ogólnym i łatwy dostęp do ośrodków wczesnej interwencji zwiększa liczbę skierowań, ale niekoniecznie skraca DUP.⁴⁰

CZAS TRWANIA LECZENIA

Wydaje się, że w dłuższej perspektywie czas objęcia opieką determinuje wynik leczenia, a uzyskane korzyści są traczone, kiedy pacjenci są wypisywani do ośrodków ogólnopsychiatrycznych.⁴¹⁻⁴³ Odzwierciedla to raczej niewystarczającą ekspozycję na korzyści terapeutyczne niż porażkę ośrodków wczesnej interwencji. Pomoże to wyjaśnić badanie, w którym pokazywano grupę dobrze funkcjonujących pacjentów wypisanych z ośrodków wczesnej interwencji, których stan następnie się pogarszał. Nie wiadomo dokładnie, ile czasu powinno trwać intensywne leczenie na wczesnym etapie choroby i czy wszyscy pacjenci potrzebują takiego samego okresu leczenia.¹⁰ Większość ośrodków zapewnia opiekę przez 2-3 lata.⁹ Intuicyjnie właściwe wydaje się jednak zapewnienie intensywnej inter-

wencji przez cały okres krytyczny przynajmniej poważnie chorem. Niektóre ośrodki obecnie zatrzymują wybranych pacjentów na cały ten czas.¹⁹

Chociaż oczywiste jest, że najbardziej humanitarnie byłoby oferowanie od początku zindywidualizowanego leczenia, samo pojęcie „okresu krytycznego” stanowi dylemat. Chociaż dostępne są dowody na to, że przed chorobą i we wczesnym okresie występują zmiany neurobiologiczne i neuropoznawcze, to nie mają one stałego wzorca.⁴⁴ Uzyskane ostatnio dowody wskazują, że interwencje neurobiologiczne działają korzystnie, łagodząc rozwój psychozy, jednak potrzebne są dalsze badania obserwacyjne.⁴⁵

KIERUNKI PRZYSZŁYCH BADAŃ

Dalsze badania powinny próbować wyjaśnić nie tylko, którzy pacjenci skorzystają prawdopodobnie z przedłużonej opieki, ale również, jakie podstawowe elementy terapeutyczne ośrodków wczesnej interwencji są skuteczne. Dostarczyłyby w ten sposób również informacji dotyczących elementów leczenia podtrzymującego, stosowanego, kiedy pacjenci są wypisywani do ośrodków ogólnopsychiatrycznych.¹⁰ Nie ma powodów, dla których pomysły stosowane podczas wczesnej interwencji nie mogłyby być wykorzystywane w ramach programów ogólnych, zakładając dostępność i ciągłość najważniejszych elementów terapeutycznych. Wymagałoby to jednak poważnej zmiany w sposobie myślenia osób organizujących podstawowe leczenie psychiatryczne, które przeważnie nie sprawdza się, co stanowi uzasadnienie dla tworzenia w pierwszej kolejności ośrodków wczesnej interwencji. Pozostaje kwestią dyskusyjną, czy powstaną jakiegokolwiek specjalistyczne podprogramy w ramach ośrodków ogólnopsychiatrycznych i czy będą w nich prowadzone badania.

Niewątpliwie należy zachęcać do dyskusji na temat zdrowia, w której postawy nielicznych zwolenników przeprowadzania specjalistycznych interwencji w ramach ośrodków ogólnopsychiatrycznych zyskują poparcie,⁴⁶ jednak bardziej produktywnym sposobem rozumowania będzie skoncentrowanie się na przeprowadzaniu badań klinicznych, które pozwolą dokładniej scharakteryzować i poznać podgrupy pacjentów wymagających takich interwencji.

W końcu, biorąc pod uwagę stosunek skuteczności do kosztów, pojawia się coraz więcej dowodów potwierdzających korzyści ekonomiczne wynikające z wczesnej interwencji, przede wszystkim związane ze zmniejszeniem liczby osobodni w szpitalu.^{10,33}

Przedłużone leczenie

Określenie, którzy pacjenci będą wymagali przedłużonego leczenia (a którzy nie) ma kluczowe znaczenie dla utrzymywania rentowności i skuteczności ośrodków wczesnej interwencji. Co więcej, wczesne diagnozowanie schizofrenii u osób z pierwszym epizodem psychozy może pomóc uniknąć niewłaściwego leczenia i wpłynąć na poprawę odległego rokowania.⁴⁷

CZAS TRWANIA NIELECZONEJ PSYCHOZY

Chociaż znaczenie określenia czas trwania nieleczonej psychozy może wydawać się oczywiste – pod tym pojęciem rozumie się okres od wystąpienia psychozy do rozpoczęcia leczenia – precyzyjne definicje w praktyce bardzo się różnią i nie ma zgodności co do tego, kiedy ten okres się zaczyna i, w mniejszym stopniu, kiedy się kończy.¹¹ W ośrodkach wczesnej interwencji DUP jest często wykorzystywany jako niezależny predyktor wyniku leczenia mimo skromnej krótko- i średniookresowej wartości predykcyjnej zdrowienia.^{48,49} Wykorzystywanie tego pojęcia spotykało się z uzasadnioną krytyką,⁵⁰ jednak przywiązywanie nadmiernej wagi do tego pojęcia w środowisku zajmującym się wczesną interwencją może mieć przyczyny w przeszłości, ponieważ dawniej stanowił główne uzasadnienie finansowania.

Wykorzystywanie DUP jako niezależnego parametru determinującego rokowanie ma wiele ograniczeń. Po pierwsze, pojęcie to nie uwzględnia rzeczywistego wizerunku patogenezycznego wielu osób z psychozą, które w okresie przedchorobowym cierpią na nasilone problemy z przystosowaniem. Po drugie, nie odnosi się bezpośrednio do okresu prodromalnego, który może rozciągać się na wiele lat przed wystąpieniem psychozy. Wreszcie, ponieważ koniec DUP zbiega się z początkiem leczenia, nie bierze się pod uwagę toksycznych następstw trwającej psychozy, które dotyczą wielu pacjentów.

ROKOWANIE W SCHIZOFRENII

Jest wiele poznanych i przypuszczalnych przedchorobowych czynników ryzyka schizofrenii, które mogą mieć dodatkową wartość prognostyczną,²⁴ jednak nie są rutynowo wykorzystywane. Zalicza się do nich przystosowanie w okresie przedchorobowym, które jako odrębny czynnik wpływa na rokowanie.⁵¹ Chociaż obecnie nie ma modelu predykcyjnego, który uwzględniałby przedchorobowe czynniki ryzyka, to określanie ich na poziomie klinicznym może mieć znaczenie w lepszym przewidywaniu, u których pacjentów rozwinię się schizofrenia i którzy z nich będą charakteryzować się gorszym rokowaniem. Podczas prognozowania można kojarzyć występowanie znanych czynników ryzyka z DUP, parametrami klinicznymi i innymi czynnikami wpływającymi na rokowanie – w tym „pochorobowe” czynniki ryzyka, jak utrzymujące się objawy pozytywne, negatywne i poznawcze; niestosowanie się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków i utrzymujące się nadużywanie substancji.²⁴ Dzięki temu ośrodki wczesnej interwencji powinny móc lepiej określić, którzy pacjenci skorzystają z ciągłego leczenia, kiedy będzie ono dostosowane do ich potrzeb.

From the *Advances in psychiatric treatment* (2011), vol. 17, 401-407. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2011, 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Welham J, Isohanni M, Jones P, et al (2009) The antecedents of schizophrenia: a review of birth cohort studies. *Schizophrenia Bulletin* 35: 603–23.
2. McGlashan T, Johannessen JO (1996) Early detection and intervention in schizophrenia: rationale. *Schizophrenia Bulletin* 22: 201–22.
3. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, et al (1996) EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 22: 305–26.
4. Birchwood M, Todd P, Jackson C (1998) Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 172 (suppl 33): s53–9.
5. Yung A, Phillips IJ, Yuen HP, et al (2003) Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk ('prodromal') group. *Schizophrenia Research* 60: 21–32.
6. McGorry PD, Hickie IB, Yung AR, et al (2006) Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 616–22.
7. McGorry PD, Johannessen JO, Lewis S, et al (2010a) Early intervention in psychosis: keeping faith with evidence-based health care. *Psychological Medicine* 40: 399–404.
8. McGorry PD, Tanti C, Stokes R, et al (2007) headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. *Medical Journal of Australia* 187 (suppl 7): s68–70.
9. Tiffin P, Glover G (2007) From commitment to reality: early intervention in psychosis services in England. *Early Intervention in Psychiatry* 1: 104–7.
10. Singh SP (2010) Early intervention in psychosis. *British Journal of Psychiatry* 196: 343–5.
11. Singh SP (2007) Outcome measures in early psychosis: relevance of duration of untreated psychosis. *British Journal of Psychiatry* 191 (suppl 50): s58–63.
12. Norman RMG, Malla AK (2001) Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance. *Psychological Medicine* 31: 381–400.
13. Farooq S, Large M, Nielsen O, et al (2009) The relationship between the duration of untreated psychosis and outcome in low-and-middle income countries: a systematic review and meta analysis. *Schizophrenia Research* 109: 15–23.
14. Garety PA, Rigg A (2001) Early psychosis in the inner city: a survey to inform service planning. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 537–44.
15. Birlleson P, Vance A (2008) Developing the 'youth model' in mental health services. *Australasian Psychiatry* 16: 22–6.
16. McGorry PD, Hazell P, Hickie I, et al (2008) The 'youth' model in mental health services. *Australasian Psychiatry* 16: 136–7.
17. Department of Health (2009) *Because Mental Health Matters: Victorian Mental Health Reform Strategy 2009–2019*. Department of Health, Victoria, Australia (www.health.vic.gov.au/mentalhealth/reformstrategy).
18. Lester H, Birchwood M, Bryan S, et al (2009) Development and implementation of early intervention services for young people with psychosis: case study. *British Journal of Psychiatry* 194: 446–50.
19. Murphy BP, Simms C, Dowling R-M, et al (2009) On giant's shoulders: the development of the Recovery and Prevention of Psychosis Service (RAPPS) in Melbourne, Australia. *Early Intervention in Psychiatry* 3: 94–9.
20. Crlenjak C, Gee D, Duff C, et al (2008) Engaging high suicide risk early psychosis clients via intensive case management. 6th International Conference on Early Psychosis, Melbourne. *Early Intervention in Psychiatry* 2 (suppl 1): A82.
21. Good KP, Brewer WJ, Kopola LC (2004) The benefits of incorporating research into clinical programs. In *Best Care in Early Psychosis Intervention* (eds T Ehmann, GW MacEwan, WG Honer): 175–82. Taylor & Francis.
22. McGorry PD, Nelson B, Goldstone S, et al (2010b) Clinical staging: a heuristic and practical strategy for new research and better health and social outcomes for psychotic and related mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 55: 486–97.
23. van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, et al (2009) A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine* 39: 179–95.
24. Murphy BP (2010) Beyond the first episode: candidate factors for a risk prediction model of schizophrenia. *International Review of Psychiatry* 22: 202–23.
25. International Early Psychosis Association Writing Group (2005) International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry* 187 (suppl 48): s120–4.
26. McGlashan T, Zipursky RB, Perkins D, et al (2006) Randomized, doubleblind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *American Journal of Psychiatry* 163: 790–9.
27. Murphy BP, Chung Y-C, Park T-W, et al (2006) Pharmacological treatment of primary negative symptoms in schizophrenia: a systematic review. *Schizophrenia Research* 88: 5–25.

28. World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Diseases, Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO.
29. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV). APA.
30. Wade D, Harrigan S, Harris MG, et al (2006) Pattern and correlates of inpatient admission during the initial acute phase of first-episode psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 40: 429–36.
31. Bertolote J, McGorry P (2005) Early intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement. *British Journal of Psychiatry* 187 (suppl 48): s116–9.
32. Marshall M, Rathbone J (2006) Early intervention for psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* issue 4: CD004718.
33. Catts SV, O'Toole BI, Carr VJ, et al (2010) Appraising evidence for intervention effectiveness in early psychosis: conceptual framework and review of evaluation approaches. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 44: 195–219.
34. Alvarez-Jiménez M, Parker AG, Hetrick SE, et al (2011) Preventing the second episode: a systematic review and meta-analysis of psychosocial and pharmacological trials in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 37: 619–30.
35. Melle I, Larsen TK, Haahr U, et al (2004) Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Archives of General Psychiatry* 61: 143–50.
36. Larsen TK, Melle I, Auestad B, et al (2006) Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1-year outcome. *Schizophrenia Bulletin* 32: 758–64.
37. Melle I, Larsen TK, Haahr U, et al (2008) Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia: two-year effects of reducing the duration of untreated psychosis. *Archives of General Psychiatry* 65: 634–40.
38. Larsen TK, Melle I, Auestad B, et al (2011) Early detection of psychosis: positive effects on 5-year outcome. *Psychological Medicine* 41: 1461–9.
39. Friis S, Vaglum P, Haahr U, et al (2005) Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study. *British Journal of Psychiatry* 187 (suppl 48): s29–32.
40. Power P, Iacoponi E, Reynolds N, et al (2007) The Lambeth Early Onset Crisis Assessment Team Study: general practitioner education and access to an early detection team in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 191 (suppl 51): s133–9.
41. Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L, et al (2009) Course of illness in a sample of 265 patients with first-episode psychosis: five-year follow-up of the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research* 107: 173–8.
42. Gafoor R, Nitsch D, McCrone P, et al (2010) Effect of early intervention on 5-year outcome in non-affective psychosis. *British Journal of Psychiatry* 196: 372–6.
43. Henry LP, Amminger GP, Harris MG (2010) The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. *Journal of Clinical Psychiatry* 71: 716–28.
44. Pantelis C, Yucel M, Bora E, et al (2009) Neurobiological markers of illness onset in psychosis and schizophrenia: the search for a moving target. *Neuropsychological Review* 19: 385–98.
45. McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, et al (2009) Intervention in individuals at ultra-high risk for psychosis: a review and future directions. *Journal of Clinical Psychiatry* 70: 1206–12.
46. Castle D, Bosanac P, Patton G (2010) Early intervention in psychosis: a response to McGorry et al (2010). *Psychological Medicine* 40: 2108–9.
47. Ramirez N, Arranz B, Salavert J, et al (2010) Predictors of schizophrenia in patients with a first episode of psychosis. *Psychiatry Research* 175: 11–4.
48. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, et al (2005) Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry* 62: 975–83.
49. Perkins DO, Gu H, Boteva K, et al (2005) Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry* 162: 1785–804.
50. Bosanac P, Patton GC, Castle DJ (2010) Early intervention in psychotic disorders: faith before facts? *Psychological Medicine* 40: 353–8.
51. McGlashan TH (2008) Premorbid adjustment, onset types, and prognostic scaling: still informative? *Schizophrenia Bulletin* 34: 801–5.