

Wczesna interwencja w psychozie: kliniczne aspekty leczenia

Brendan P. Murphy, Warrick J. Brewer

Advances in psychiatric treatment (2011), vol. 17, 408–416

Objęcie pacjentów opieką ośrodków leczenia pierwszego epizodu psychozy ma decydujące znaczenie dla maksymalizacji rezultatów wczesnej interwencji i tworzenia podstaw długotrwałego leczenia. Na podstawie oceny biologiczno-psychologicznej stawiane jest wstępne rozpoznanie robocze i dokonywany wybór leczenia opartego na dowodach. Należy stosować atypowe leki przeciwpsychotyczne w dawkach, przy których korzyści terapeutyczne i stosowanie się do zaleceń są maksymalne, a działania niepożądane ograniczone do minimum. Pacjentom pomaga się w określeniu obrazu choroby, w tym zrozumieniu jednoczesnego działania biologicznych i środowiskowych czynników ryzyka oraz poznania wczesnych objawów ostrzegawczych. Trzeba uwzględnić częste zaburzenia współistniejące, w tym depresję, myśli samobójcze, nadużywanie substancji i lek. Leczenie towarzyszących zaburzeń osobowości typu aspołecznego i borderline jest trudne, a ich związek z psychozą jest kwestionowany. Podstawę leczenia stanowi terapia poznawczo-behawioralna z wykorzystaniem swoistych interwencji ukierunkowanych na typowe problemy związane z pierwszym epizodem choroby. Do najważniejszych interwencji psychospołecznych należy edukacja, wsparcie zawodowe i edukacyjne, interwencje rodzinne i multimodalne programy grupowe.

Pierwszy epizod psychozy najczęściej dotyczy osób młodych (15-25 r.ż.)¹ i dla pacjentów oraz ich rodzin często jest skrajnie urazowym doświadczeniem. Drogi do leczenia mogą być złożone. W artykule założono, że pacjent ma dostęp do specjalistycznego ośrodka zajmującego się leczeniem pierwszego epizodu psychozy, takiego jak omówiony we wcześniejszym artykule na ten temat.²

Rozpoznanie

Pierwszy kontakt z ośrodkiem ma decydujące znaczenie dla późniejszego zaangażowania chorego w leczenie i stosowania się do zaleceń. Najlepiej, aby wstępne badanie miało miejsce w ośrodku leczenia pierwszego epizodu psychozy, jednak w praktyce chorzy często zgłaszają się poza godzinami pracy ośrodka i spotykają się z członkami zespołu interwencji kry-

zysowej. Wszystkie osoby, u których podejrzewa się pierwszy epizod psychotyczny, powinny być kierowane na konsultację do specjalistycznego ośrodka zajmującego się tym problemem. W przypadku niedostępności specjalistycznej poradni dla osób z prodromalnymi objawami psychotycznymi pacjentów, u których podejrzewamy ten stan, należy skierować do lekarza opieki podstawowej, dając jasne wytyczne dotyczące ponownej konsultacji i określając zasady kolejnego skierowania.

ZACHĘCANIE DO KORZYSTANIA Z OŚRODKA

Skuteczna interwencja podjęta możliwie jak najwcześniej może zapobiec przerwaniu realizacji najważniejszych zadań rozwojowych, a także skrócić czas trwania nieleczzonej psychozy (duration of untreated psychosis), co może zdecydowanie poprawić rokowanie.³ Często najważniejszą ścieżką terapeutyczną jest znalezienie równowagi między skróceniem tego

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 aspołecznej.

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

Techniki sprzyjające zaangażowaniu pacjenta w pierwszym epizodzie psychozy

- Traktuj młodego człowieka jak osobę odpowiedzialną i mogącą uczestniczyć w procesie podejmowania decyzji
- Okazuj autentyczne zainteresowanie nim i przyjętym przez niego modelem wyjaśniającym
- Okazuj troskę o bezpieczeństwo i dobrostan pacjentów; zmniejszaj lęk przez normalizowanie ich doświadczenia
- Zachowuj się spokojnie, uspokajająco, profesjonalnie i przyjacielsko
- Ustal, jakie są oczekiwania młodego człowieka i czego chce
- Jasno i zwięźle wyjaśniaj kwestie dotyczące choroby; unikaj postugiwania się żargonem
- Znajdź wspólny mianownik między tym, czego pacjenci chcą i czego potrzebują; dostosowuj cele do sytuacji
- Bądź elastyczny: bądź przygotowany na spotkanie z młodą osobą w innym miejscu niż tradycyjne ośrodki przyszpitalne, np. w miejscu pracy, kawiarni, szkole
- Bądź uprzejmy, empatyczny, otwarty, stabilny, uczciwy, konsekwentny, nieoceniający i nieautorytarny – niech twoje zachowanie sprzyja zaangażowaniu!
- Upewnij się, że zostałeś zrozumiany
- Dąż do rutyny i porządku, co ma odzwierciedlać powściągliwość
- Nie poddawaj się: kontynuuj swoje wysiłki, nawet gdy są odrzucane

czasu a zaangażowaniem młodej osoby w terapię, szczególnie w przypadku niechęci do przyjmowania leków. W przeszłości ten problem rozwiązywano przez stosowanie różnych form przymusu, w tym unieruchomienia, izolacji, parenteralnego podawania leków przeciwpsychotycznych, wykorzystywania Mental Health Act i korzystania z pomocy policji w celu ułatwienia dostarczenia pacjenta do szpitala. U młodego chorego użycie takich środków powodowało uprzedzenie oraz utrudniało jego zaangażowanie się w leczenie i stosowanie do zaleceń. Chociaż ich stosowanie w nagłych sytuacjach niekiedy może być potrzebne, to zaangażowanie pacjentów i ich rodzin w okresie wstępnej diagnozy może stworzyć ułatwić optymalizację nawiązującego się przymierza terapeutycznego i ograniczyć konieczność urazowego rozpoczęcia leczenia.

W pracy z młodymi osobami ważne jest zrozumienie, że normalne zachowanie nastolatka charakteryzuje niestabilność, poszukiwanie nowości, podejmowanie ryzyka i interakcje społeczne ukierunkowane na rówieśników, co sprzyja osiągnięciu niezależności dorosłego.⁴ Ten proces zachodzi szybciej niż rozwój funkcji wykonawczych, co prowadzi do niedostosowania między napędem a samoregulacją.⁵ Psychoza nasila tę fizjologiczną niestabilność, zwiększając ryzyko trudnych i ryzykownych zachowań w procesie diagnozy.⁶ Przez maksymalizowanie u pacjenta subiektywnego poczucia kontroli można wykorzystać jego zapał do rozsądnego podejmowania decyzji. Osiąga się to przy użyciu wielu technik (ramka 1), które należy wykorzystywać podczas całego procesu leczenia. Wytrwałość odzwierciedla zaangażowanie i powściągliwość,

co może przynieść owoce u pacjentów słabo zaangażowanych (lub w ogóle niezaangażowanych). Wielokrotne niezgłaszanie się na wizyty lub wypadnięcie z obserwacji powinny prowadzić raczej do większej aktywności ze strony ośrodka, a nie do rezygnacji z opieki nad pacjentem.

USTALANIE ROZPOZNANIA I INFORMOWANIE CHOREGO

Chorzy często zgłaszają się do ośrodków okresie, gdy nie spełniają jeszcze swoistych kryteriów diagnostycznych umożliwiających rozpoznanie. Dlatego termin „pierwszy epizod psychotyczny” powinien być stosowany podczas procesu diagnostycznego i angażowania pacjenta w terapię. Jego zaletą jest łagodny charakter w porównaniu z rozpoznaniem schizofrenii. To określenie obejmuje wiele różnych zaburzeń i jest przydatne we wczesnym okresie choroby, kiedy nie ma pewności co do rozpoznania.

W celu zbliżenia się do wstępnego rozpoznania należy przeprowadzić pełną diagnostykę biologiczno-psychologiczną ze zwróceniem szczególnej uwagi na objawy i obecność czynników ryzyka określonych chorób lub ich brak. Jeżeli jest to wskazane w procesie diagnostycznym, trzeba uwzględnić badania wykluczające rzadsze organiczne przyczyny psychozy. Jak najwcześniej powinna odbyć się konsultacja psychiatryczna, co ma na celu sformułowanie rozpoznania odwołującego się do czynników biologiczno-psychologicznych, które uwzględni problemy rozwojowe i umożliwi opracowanie planu leczenia wykorzystującego uznane dowody. Chociaż może dochodzić do zmiany rozpoznania, to badania wykazały, że stabilność diagnozy po dokładnym wstępnym badaniu w okresie 128 i 189 miesięcy wynosiła 70%, a w przypadku schizofrenii przekraczała 90%.

Ważne jest wybranie właściwego momentu do rozmowy z pacjentami i ich rodzinami na temat diagnozy. Przedwczesne etykietowanie pacjentów rozpoznaniem schizofrenii, zanim będą mieli szansę przetworzyć swoje doświadczenie i jego konsekwencje, jest antyterapeutyczne. Informacjami na temat rozpoznania należy podzielić się taktownie, w niestygmatyzujący sposób, posługując się pełnymi nadziei i optymistycznymi określeniami. Jednocześnie należy szczerze i obszernie omówić charakter choroby, a także poinformować chorego, co może zrobić, żeby rokowanie było jak najlepsze, na przykład zaprzestać używania substancji psychoaktywnych,¹⁰ stosować się do zaleceń dotyczących stosowania leków i uczestniczyć w interwencjach psychospołecznych.¹²

CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE DIAGNOZĘ

Określenie „psychoza indukowana stosowaniem substancji” jest błędne. U wielu pacjentów z takim wstępnym rozpoznaniem ostatecznie rozpoznaje się schizofrenię.¹³ Na przykład w jednym z badań u 44,5% osób, u których początkowo obserwowano psychozę wywołaną stosowaniem kanabinoli, w późniejszym czasie rozpoznano zaburzenia zaliczane do kręgu schizofrenii.¹⁴ W przypadku osób nadużywających substancji

psychoaktywnych właściwsze może być określenie „zaburzenia psychotyczne wywołane przez substancje”.

Pobudzenie w nieafektywnym, pierwszym epizodzie psychozy łatwo jest pomylić z objawami zaburzeń afektywnych. Prowadzi to do wstępnego błędnego rozpoznania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych lub zaburzeń schizofrenicznych i niewłaściwego leczenia stabilizatorami nastroju. Często leczenie jest kontynuowane w warunkach ambulatoryjnych i przyczynia się do zwiększenia nasilenia działań niepożądanych i niestosowania się do zaleceń. Oczywiście, rzeczywiste zaburzenia afektywne mogą wymagać terapii lekami normotymicznymi. Pobudzenie niezwiązane z zaburzeniami nastroju można leczyć rozsądnie stosując benzodiazepiny, które w późniejszym etapie można odstawić. W celu odróżnienia pobudzenia od zaburzeń afektywnych potrzebna może być ponowna konsultacja u psychiatry specjalizującego się w pierwszym epizodzie psychozy.

Leczenie

Leczenie koordynuje jedna osoba (case manager) w ramach multidyscyplinarnego zespołu. Zespół, w zależności od fazy choroby, skupia się na wczesnym wykrywaniu, zdrowieniu i zapobieganiu nawrotom, przy jednoczesnym ograniczeniu niesprawności i wtórnych zaburzeń współistniejących. Cele leczenia są zależne od fazy choroby, a sam proces obejmuje wymienione poniżej elementy.

LEKI PRZECIWPASYCHOTYCZNE

Leki powinny być stosowane w dawkach, przy których można osiągnąć maksymalne korzyści terapeutyczne i stosowanie się do zaleceń, przy jednoczesnej minimalizacji działań niepożądanych. Podstawą leczenia pozostają atypowe leki przeciwpsychotyczne, mimo ostatnich wytycznych,¹⁵ w których zrezygnowano z preferencji atypowych leków przeciwpsychotycznych, na co powoływano się wcześniej.¹⁶ Niezależnie od tego, zasada „zaczynać od niewielkich dawek i powoli je zwiększać” (start low and go slow) nadal obowiązuje. W ostrej fazie nadrzędne znaczenie ma bezpieczeństwo chorego, personelu i rodziny, a leki kontrolujące zachowanie powinny być stosowane rozsądnie.

Ostre zaburzenia

Algorytmy farmakoterapii ostrych zaburzeń są różne. Ogólną zasadą jest podejmowanie próby leczenia doustnego przed parenteralnym podaniem leków i stosowanie benzodiazepin przed lekami przeciwpsychotycznymi. Dawka leków przeciwpsychotycznych konieczna do kontroli zachowania jest zawsze większa niż wymagana do ustąpienia psychozy. Przy wypisie ze szpitala często dochodzi do łączenia obydwu dawek, co prowadzi do nasilenia działań niepożądanych i niestosowania się do zaleceń. Do uzyskania reakcji terapeutycznej leki przeciwpsychotyczne powinny być przyjmowane 10-14 dni, gwałtowne

zwiększanie dawki lub zmiana leku nie skracają tego czasu i także prawdopodobnie prowadzą do nasilenia działań niepożądanych i niestosowania się do zaleceń.

Najbardziej zagrożone szkodliwym działaniem jatrogennym leków przeciwpsychotycznych są osoby wcześniej nimi nieleczone, pacjenci z wolnym metabolizmem wątrobowym, osoby z upośledzeniem umysłowym i młodzież poniżej 18 r.ż. Obecnie możliwe jest wykonanie testów wykrywających osoby cechujących się wolnym metabolizmem. Badanie powinno być rutynowo wykonywane u wszystkich chorych po raz pierwszy zgłaszających się na leczenie. W przypadku stwierdzenia lub podejrzenia rzeczywistych zaburzeń afektywnych można stosować leki normotymiczne.

Czas trwania leczenia

Chociaż nie ma jednoznacznych zaleceń dotyczących czasu przyjmowania leków przeciwpsychotycznych w pierwszym epizodzie psychozy, wytyczne wykorzystujące zasady najlepszej praktyki zalecają kontynuowanie leczenia przez co najmniej rok.¹⁷ Biorąc pod uwagę dużą częstość nawrotów, prawdopodobnie większość pacjentów wymaga dłuższego leczenia. Na przykład chorzy na schizofrenię prawdopodobnie odniosą korzyści z ciągłego przyjmowania leków przeciwpsychotycznych przez pierwsze – utożsamiane z okresem krytycznym – 3-5 lat choroby.¹⁹ Określenie, którzy pacjenci mogą skorzystać z celowego odstawienia leków przeciwpsychotycznych, jest przedmiotem kontrowersji i wymaga dalszych badań.²⁰ W leczeniu psychoz afektywnych i nieafektywnych lekarze powinni opierać się na algorytmach terapeutycznych wykorzystujących zasadę najlepszej praktyki, np. Maudsley Prescribing Guidelines,²¹ i w przypadku braku reakcji jak najwcześniej zmieniać leczenie.

Brak reakcji na leczenie, stosowanie klozapiny i leków w postaci depot

W przypadku nieskuteczności terapii trzeba reagować wcześnie. Utrzymują się objawy pozytywne związane z dyskomfortem i zaburzeniami funkcjonowania mimo prób leczenia dwoma różnymi lekami przeciwpsychotycznymi są wskazaniem do rozpoczęcia podawania klozapiny. Przytaczany jest argument, że wcześniejsze zastosowanie klozapiny może zmniejszyć lekooporność i ograniczyć tendencje samobójcze, trzeba jednak również uwzględnić ryzyko istotnych działań niepożądanych. Ważne, żeby nie dążyć do ustąpienia wszystkich objawów pozytywnych kosztem działań jatrogennych, włącznie z wywołaniem objawów negatywnych. W delikatnym procesie szukania równowagi między zaangażowaniem przy jednoczesnym jak największym skróceniu czasu nieleczonej psychozy u pacjentów niechętnych wobec leczenia pomoc może wykorzystywanie edukacji przyjaznej dla użytkownika, co ogranicza konieczność stosowania leków w postaci depot. Niewielki odsetek pacjentów będzie mimo wszystko wymagać zastosowania leków w postaci depot, chociaż przy kontynuowaniu

wykorzystywania technik sprzyjających zaangażowaniu i psychoedukacji, można spodziewać się, że większość z nich będzie mogła zacząć przyjmować leki w formie doustnej. Prawie 20% osób z pierwszym epizodem psychozy uporczywie odmawia przyjmowania leków. Szczególnie często dotyczy to pacjentów z współwystępującym używaniem substancji, przebywających w ośrodkach sądowych, z niewielkim wglądem i złym funkcjonowaniem przedchorobowym.²² Ci pacjenci często będą wymagać bardziej intensywnego leczenia środowiskowego.²³

Działania niepożądane i polipragmazja

Działania niepożądane leków można ograniczyć, wykorzystując strategię stosowania najmniejszych skutecznych dawek, badania w kierunku powolnego metabolizmu i reagowania na dolegliwości zgłaszane przez pacjentów. Należy zminimalizować polipragmazję i stosować ją zgodnie z algorytmami terapeutycznymi. Istnieje niewiele dowodów potwierdzających skuteczność kilku jednocześnie stosowanych leków przeciwpsychotycznych, a zasadność takiego postępowania powinna być jasno udokumentowana. W epoce atypowych leków przeciwpsychotycznych podważa się celowość stosowania dodatkowych leków w celu opanowania działań niepożądanych. U pacjentów, u których występują poważne działania niepożądane, trzeba zmienić lek przeciwpsychotyczny, chyba że istnieją ważne, jasno udokumentowane przeszkody.

LECZENIE SWOISTYCH ZABURZEŃ WSPÓLISTNIEJĄCYCH

Pierwszemu epizodowi psychozy często towarzyszą inne zaburzenia. Jest to związane z gorszymi wynikami leczenia²⁴ i wymaga ukierunkowanych interwencji opartych na dowodach.

Depresja

Depresja może wystąpić w fazie prodromalnej, w ostrej fazie psychozy i podczas nawrotu lub po zakończeniu ostrego epizodu.²⁵ Może ją nasilić stosowanie leków przeciwpsychotycznych, nadużywanie substancji, obecność objawów negatywnych i przywrócenie wglądu. Rozpowszechnienie ocenia się różnie, w zależności od przyjętych kryteriów,²⁶ ale może wynosić nawet 80%.²⁷ Można wykorzystywać standardowe algorytmy leczenia depresji, obejmujące stosowanie leków i terapii poznawczo-behawioralnej (cognitive-behavioral therapy, CBT).

Depresja na wczesnym etapie psychozy jest najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za wystąpienie myśli samobójczych,²⁷ z czego wynika znaczenie wczesnego rozpoczęcia leczenia w zmniejszeniu liczby samobójstw. Do innych czynników ryzyka samobójstwa zalicza się płeć męską, brak pracy i obecność objawów maniakałnych w ciągu poprzednich 12 miesięcy.²⁸ Chociaż samobójstwo w schizofrenii pozostaje poważnym problemem, to w ostatnich latach kwestionowano powszechnie akceptowaną szacunkową wartość ryzyka samobójstwa w ciągu całego życia, która miała wynosić 10%.²⁹ W jednym z badań opisano, że częstość samobójstw w gru-

pach pacjentów, u których choroba rozpoczęła się niedawno, i takich, którzy dopiero rozpoczęli leczenie, wynosiła 4,9%.³⁰ W innym z badań podawano wartości rzędu 1,9% w grupie 2723 osób z pierwszym epizodem psychotycznym poddanych obserwacji średnio przez 11 lat.³¹ Jak oczekiwano, częstość samobójstw była większa w pierwszych latach choroby, chociaż ryzyko utrzymywało się również później, a mediana czasu do popełnienia samobójstwa wynosiła 5,6 roku. Mimo tych niższych wartości u pacjentów w okresie prodromalnym i podczas pierwszego epizodu psychozy próby samobójcze są częste. Opisywana częstość sięga 26%.³² Opracowano swoiste, wystandaryzowane interwencje CBT w celu radzenia sobie z myślami samobójczymi u osób z pierwszym epizodem psychozy,³³ niezależnie od zintensyfikowanej opieki indywidualnej.²³

Nadużywanie substancji psychoaktywnych

Zaburzenia związane z nadużywaniem substancji, niezależnie od zwiększania ryzyka psychozy,³⁴ pogarszają rokowanie u osób z jej pierwszym epizodem,^{10,12,35} wśród których używanie substancji jest i tak rozpowszechnione.³⁶ Wiąże się to z częstszym występowaniem depresji i objawów pozytywnych. W leczeniu zaburzeń współistniejących należy zastosować zdecydowane metody.^{37,38} Pracownicy ochrony zdrowia, niezależnie od ośrodka, powinni rutynowo pytać młode osoby o rozpoznaniem lub podejrzeniem psychozy o nadużywanie wszelkich substancji. Dalsza diagnoza i leczenie powinny odbywać się w niestygmatyzującym środowisku.³⁹ Coraz częściej uważa się, że w ośrodkach zdrowia psychicznego dla młodych osób powinni pracować lekarze specjalizujący się w problematyce uzależnień,^{40,41} chociaż w tej grupie pacjentów wystarczające są standardowe, oparte na dowodach, metody leczenia nadużywania substancji.³⁹

Zaburzenia lękowe

Zaburzeniem lękowym, które najczęściej stwierdza się u pacjentów z pierwszym epizodem psychotycznym, jest zespół lęku społecznego i zaburzenie stresowe pourazowe (post-traumatic stress disorder, PTSD). Poważny problem stanowi zespół lęku społecznego, a jego rozpowszechnienie szacowano nawet na 24%.⁴³ Stwierdzono, że częstość PTSD wtórnego do urazowych doświadczeń związanych z przebiegiem psychozy (w tym objawy psychotyczne, przyjęcie bez zgody, interwencja policji) mieści się w zakresie 20-39%.^{44,45} Obydwa zaburzenia wymagają skutecznego leczenia na wczesnym etapie przy wykorzystaniu standardowych interwencji opartych na dowodach.

Zaburzenia neurorozwojowe

Zaburzenia autystyczne i psychoza są uważane za odrębne jednostki chorobowe, chociaż obserwuje się znaczną współchorobowość i nakładanie się rozpoznań.^{46,47} Pojawiające się dowody na wspólne podłoże neurorozwojowe, pochodzące z badań genetycznych⁴⁸⁻⁵⁰ i neuropsychologicznych, sugerują, że zaburzenia autystyczne mogą być czynnikiem ryzyka schizofrenii.

Odróżnienie psychozy od objawów autyzmu może być trudne, podobnie jak równoważnie wpływu leków przeciwpsychotycznych i interwencji behawioralnych. Dlatego zaleca się poszukiwanie specjalisty zajmującego się zaburzeniami autystycznymi.⁵²

Osoby z nadpobudliwością psychoruchową z zaburzeniami uwagi (attention-deficit hyperactivity disorder, ADHD) przyjmujące leki pobudzające o działaniu podobnym do amfetaminy mogą być bardziej narażone na rozwój psychozy.⁵³⁻⁵⁵ Możliwe również, że grupa dzieci z ADHD w większym stopniu spotyka się z niekorzystnymi czynnikami społecznymi, co samo w sobie może stanowić czynnik ryzyka schizofrenii. W przypadku współwystępowania pierwszego epizodu psychozy i ADHD stosowanie leków pobudzających pochodnych amfetaminy jest przeciwwskazane.

Upośledzenie umysłowe

Osoby z upośledzeniem umysłowym (iloraz inteligencji [II] poniżej 70) są bardziej narażone na rozwój schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych niż przedstawiciele populacji ogólnej.^{56,57} Istotnymi czynnikami etiologicznymi psychozy są prawdopodobnie powikłania ciąży i okołoporodowe.⁵⁸ W dążeniu do uzyskania dobrych wyników leczenia podstawowe znaczenie mają korzyści diagnostyczne wynikające z udziału specjalisty z ośrodka zajmującego się upośledzeniem umysłowym oraz objęcie wspólną opieką. Osoby z upośledzeniem umysłowym są bardziej wrażliwe na działania niepożądane leków przeciwpsychotycznych, w tym poznawcze, pozapiramidowe i związane z indukowaniem wydzielania prolaktyny. Obowiązuje zasada stosowania u nich mniejszych dawek tych leków.⁵⁹

Nie tylko chorzy na schizofrenię częściej przed zachorowaniem są upośledzeni umysłowo,^{60,61} ale nawet osoby, których II przed zachorowaniem mieścił się w granicach normy, charakteryzują się niższym średnim II w porównaniu z przedstawicielami populacji ogólnej⁶² i częściej stwierdza się u nich przedchorobowe zaburzenia poznawcze.^{63,64} Co więcej, przedchorobowy II korelował z wynikiem czynnościowym w badaniach prospektywnych³⁻⁶⁵ i 10-letnich,⁶⁶ które dotyczyły grup chorych z pierwszym epizodem psychotycznym. Natomiast w 10-letnim badaniu nie wykazano postępującego pogarszania się funkcji poznawczych: osoby z umiarkowanymi wyjściowymi deficytami przeważnie w czasie trwania choroby nadrobiły zaległości i stan ich funkcji poznawczy ulegał poprawie. U osób z najcięższymi wyjściowymi deficytami poznawczymi nie obserwowano zmian.⁶⁷

Do współczesnych metod leczenia deficytów poznawczych należą terapie ukierunkowane na wyrównanie⁶⁸ i kompensację⁶⁹ funkcji poznawczych. Jest to rozszerzający się obszar zainteresowań badawczych, którego poznanie doprowadzi prawdopodobnie w ciągu najbliższej dekady do rozkwitu interwencji farmakologicznych⁷⁰ i poznawczych. Ośrodki leczenia pierwszego epizodu psychotycznego powinny umożliwiać interwencję neuropsychologów klinicznych.⁷¹

Zaburzenia osobowości

Zaburzenie osobowości typu schizoidalnego, paranoicznego lub schizotypowego jest prawdopodobnie wczesnym objawem procesu chorobowego, a nie czynnikiem ryzyka choroby. Stwierdzenie tych zaburzeń osobowości przed chorobą nie tylko czyni rozpoznanie schizofrenii bardziej prawdopodobnym, ale wiąże się również z gorszym rokowaniem.⁷²

Zaburzenie osobowości borderline u pacjenta z pierwszym epizodem psychotycznym jest problemem. Zgodnie z doświadczeniem autorów przeważająca większość pacjentów, u których występują obydwie zaburzenia, doświadczyła urazu w dzieciństwie. Wiadomo, że poważne niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie, w tym wykorzystywanie seksualne, maltretowanie fizyczne, psychologiczne i emocjonalne znęcanie się oraz zaniedbywanie emocjonalne, mają szkodliwe długotrwałe konsekwencje, powodując depresję, PTSD, zaburzenia osobowości oraz uzależnienie od alkoholu i narkotyków.⁷³ Natomiast ich związek z psychozami pozostaje niejasny. Po przeglądzie, w którym wyciągnięto wniosek, że wykorzystywanie w dzieciństwie jest czynnikiem przyczynowym psychozy w ogóle, a schizofrenii w szczególności,⁷⁴ kolejny przegląd zalecał ostrożność w interpretowaniu danych z piśmiennictwa, zwracając uwagę na niezgodności i ograniczenia metodologiczne.⁷⁵

Związek ten jest z pewnością wiarygodny i był już wcześniej opisywany w przypadku zaburzenia afektywnego dwubiegunowego.⁷⁵ Niektóre czynniki ryzyka psychozy, jak migracja krewnego pierwszego lub drugiego stopnia i przewodniczka do miasta, mogą być czynnikami sprzyjającymi niekorzystnym doświadczeniom we wczesnym dzieciństwie. Możliwe, że znaczenie mają również inne wydarzenia urazowe, jak prześladowanie^{76,77} i separacja rodziców.⁷⁸ Wykazano, że uraz w dzieciństwie relacjonowany przez samych pacjentów z pierwszym epizodem psychozy jest zjawiskiem częstym⁷⁹ i wiarygodnym.⁸⁰

Zatem zależności między zaburzeniem osobowości borderline a psychozą są różnorodne. Autorzy zidentyfikowali czynniki, na podstawie których pacjentów można przyporządkować do jednej z czterech grup wymienionych w ramce 2. Poszczególne pacjenci mogą przynależać do więcej niż jednej z tych grup, co nie przeszkadza w opracowaniu ogólnych zaleceń dotyczących leczenia.

Pacjenci zaliczani do pierwszej z tych grup niewątpliwie wymagają długotrwałego podawania leków przeciwpsychotycznych, niezależnie od terapii ukierunkowanej na poradzenie sobie z urazem doznany w dzieciństwie. Druga grupa także wymaga zastosowania obydwu metod leczenia, chociaż prawdopodobnie leczenie przeciwpsychotyczne może być krótsze. Zgodnie z doświadczeniem autorów trzecia grupa odniesie korzyści z połączenia terapii ukierunkowanej na radzenie sobie z urazem i celowego leczenia przeciwpsychotycznego w okresach stresu oraz zmniejszania dawek leków po jego ustąpieniu. Ostatnia grupa, pacjenci z objawami dysocjacyjnymi, może skorzystać ze stosowania leków przeciwpsychotycznych jako silnie uspokajających (choć kosztownych działań nie-

Ramka 2

Czynniki łączące zaburzenie osobowości borderline i psychozy

- Chorzy na schizofrenię mogą mieć urazowe doświadczenia z dzieciństwa i w okresie przedchorobowym wykazywać cechy osobowości borderline lub zaburzenie osobowości borderline
- Osoby z zaburzeniem osobowości borderline częściej nadużywają substancji psychoaktywnych i dlatego są grupą zwiększonego ryzyka psychozy indukowanej przyjmowaniem tych substancji
- Ze względu na wykorzystywanie w dzieciństwie osoby z zaburzeniem osobowości borderline mogą częściej być nieufne wobec innych i charakteryzować się niższym progiem wyzwalania urojeń prześladowczych, skutkiem czego są krótkie psychozy paranoiczne w sytuacji stresu
- Granica między zaburzeniami dysocjacyjnymi a rzeczywistymi objawami psychotycznymi jest trudna do określenia, co prowadzi do błędnych rozpoznań

pożądanym), jednak podstawą leczenia powinna być oparta na dowodach terapia ukierunkowana na poradzenie sobie z urazem.

Niestety w ośrodkach zajmujących się pierwszym epizodem psychozy zwykle przecenia się znaczenie psychozy przy jednoczesnym niedocenianiu urazu, z tendencją do zaliczania wszystkich pacjentów do pierwszej grupy. Błędne rozpoznanie schizofrenii prowadzi do niewłaściwej ekspozycji na leki przeciwpsychotyczne, a jednocześnie pomijania terapii ukierunkowanej na poradzenie sobie z urazem, która powinna stanowić podstawę leczenia.

Leczenie eksternalizacyjnych cech osobowości społecznej u pacjentów z pierwszym epizodem psychozy wymaga indywidualnej pracy w celu zmaksymalizowania u pacjenta poczucia kontroli. Konieczne jest stworzenie przewidywalnej, rutynowej struktury oraz zachęcanie pacjenta do rozpoznawania czynników wywołujących złość, znaczenia urazu doznanego w okresie rozwojowym i radzenia sobie z dyskomfortem przez stosowanie substancji psychoaktywnych.⁸¹

Ogromne znaczenie przy ocenie ryzyka napaści ma uważne zbieranie wywiadu dotyczącego możliwości wejścia w konflikt z prawem. Można poprosić o dodatkową konsultację psychiatry sądowego.

PSYCHOLOGICZNE METODY LECZENIA

W wielu specjalistycznych programach terapeutycznych opracowano swoiste interwencje wywodzące się z terapii poznawczo-behavioralnej. Na przykład zespół w Orygen Youth Health w Melbourne w Australii opracował następujące interwencje ukierunkowane na: przystosowanie się podczas pierwszego epizodu,⁸² zapobieganie nawrotom,⁸³ radzenie sobie z opornością na leczenie,⁸⁴ stosowanie kanabinoli,⁸⁵ ryzyko samobójstwa,⁸⁶ zaburzenie dwubiegunowe⁸⁶ i współistniejące cechy osobowości społecznej.⁸⁷

Podstawowym aspektem interwencji na wczesnym etapie psychozy jest przestrzeganie zaleceń dotyczących leczenia. Nawet krótkie okresy przerwy w stosowaniu się do zaleceń

dotyczących przyjmowania leków przeciwpsychotycznych powodują zwiększenie ryzyka nawrotu na wczesnym etapie psychozy. Należy uprzedzić pacjentów o możliwych konsekwencjach częściowego stosowania się do zaleceń lub robienia krótkich przerw w leczeniu.⁸⁸

Praca z młodymi osobami ukierunkowana na przewyciężenie obaw i uprzedzeń dotyczących leków powinna odbywać się w kontekście relacji terapeutycznej. Leki powinny być postrzegane jako jeden z elementów multimodalnego, zintegrowanego programu terapeutycznego. Do częstych przeszkód natury psychologicznej w stosowaniu się do zaleceń należą: obawy dotyczące działań niepożądanych, lęk przed utratą kontroli, indywidualne znaczenie przypisywane przyjmowaniu leków przeciwpsychotycznych w kontekście wywiadu rodzinnego dotyczącego psychozy oraz możliwość zaistnienia konieczności kontynuowania leczenia do końca życia.⁸⁹ Trzeba traktować pacjentów tak, aby czuli się jak najbardziej kompetentni w procesie podejmowania decyzji z uwzględnieniem ich stanu psychicznego. Ponieważ atypowe leki przeciwpsychotyczne, z wyjątkiem kłozapiny, charakteryzują się jednakową skutecznością w zwalczaniu objawów pozytywnych, często stosuje się zasadę omawiania z pacjentem profilów działań niepożądanych różnych leków i umożliwienia mu podjęcia świadomej decyzji. Innymi strategiami, które poprawiają stosowanie się do zaleceń, mogą być: zaangażowanie rodziny,⁹⁰ zwalczanie działań niepożądanych, unikanie politerapii, stosowanie leku w jednej dawce dobowej, przyjmowanie tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej oraz terapia ukierunkowana na poprawę współpracy.⁹¹

INTERWENCJE PSYCHOSPOŁECZNE

Ze względu na to, że okres dojrzewania charakteryzuje proces gwałtownego rozwoju, u młodych osób z pierwszym epizodem psychotycznym największe znaczenie ma przyspieszenie powrotu do normalnego funkcjonowania. Wykorzystuje się następujące interwencje psychospołeczne: wsparcie zawodowe i edukacyjne, interwencje rodzinne, multimodalne programy grupowe, edukację, zapewnienie dostępu do grup wsparcia. Wydaje się, że tego rodzaju interwencje charakteryzują się większą skutecznością w pierwszym epizodzie psychozy niż u osób z psychozą przewlekłą.⁹² Inne aspekty obejmują pomoc w znalezieniu miejsca zamieszkania, w problemach prawnych i sądowych, postępowanie uwzględniające problemy kulturowe i językowe oraz współpracę z ośrodkami środowiskowymi.

Stwarzanie warunków dla zdrowienia

Duża część pracy ośrodków zajmujących się pierwszym epizodem psychozy polega na pomaganiu pacjentom w tworzeniu narracji na temat choroby. W ramach tego należy dążyć do wspólnego zrozumienia znaczenia biologicznych i środo-

wiskowych czynników ryzyka, a także poznania wczesnych objawów ostrzegawczych dekompensacji, przy odwołaniu się do modelu podatności na stres. Niezależnie od tego, że wielu chorych relacjonuje urazy z okresu dzieciństwa, sam epizod psychotyczny często jest opisywany jako urazowy⁹³ w takim stopniu, że opracowano swoistą interwencję CBT pomagającą w zdrowieniu.⁹⁴ Wielu pacjentów jest zażenowanych, zszokowanych czy całkowicie przytłoczonych wczesnymi epizodami choroby, co wywołuje naturalną skłonność raczej do zamknięcia się w sobie niż do próby integrowania swojego doświadczenia.⁹⁵ Tym problemem terapeuta musi zająć się z wyczuciem, ale zdecydowanie, np. przez modelowanie przewidywalnego stylu spotkań, które początkowo skupiają się wokół kwestii rozwiązywania konkretnych problemów.

ZAANGAŻOWANIE RODZINY

Wiele młodych osób z pierwszym epizodem psychozy mieszka z rodzicami lub pozostaje od nich w znacznym stopniu zależnych. Decyzja dotycząca zakresu zaangażowania rodziny, jeżeli pacjent się na to nie zgadza, stanowi dylemat etyczny. Personel ośrodków zajmujących się osobami z pierwszym epizodem psychozy przeważnie skłania się w tych przypadkach do angażowania rodzin (często zszokowanych), chociaż zakres ujawnianych informacji jest negocjowana z pacjentem, w zależności od jego wieku, zdolności do czynności prawnych, dojrzałości, stanu psychicznego i wglądu oraz stopnia i adekwatności zaangażowania rodziny. Trzeba zwrócić uwagę, że często członkowie rodzin, obwiniają się o chorobę lub o to, że nie rozpoznali jej we wczesnym stadium, oraz obawiają się negatywnego wpływu leków, natomiast młody człowiek o przyjęty do szpitala może mieć żal członków rodziny o przyczynienie się do tego. Radzenie sobie z tymi często niewypowiedzianymi problemami może wymagać od różnych lekarzy w różnych sytuacjach wielokrotnego udzielania informacji.

LECZENIE DOSTOSOWANE DO FAZY CHOROBY

Leczenie dostosowane do fazy choroby, stosowane zgodnie z algorytmami klinicznymi, optymalizuje proces zdrowienia. Oparte na dowodach metod psychoterapii i leki trzeba dobierać w zależności od fazy choroby i towarzyszących czynników ryzyka, przy czym u 80% pacjentów ostatecznie dochodzi do nawrotu choroby.⁹⁶ Szczere i obszerne omówienie rozpoznania i ryzyka nawrotu ma takie samo znaczenie jak rozmowy ukierunkowane na wzbudzanie nadziei. Równie ważne jest rozpoznawanie wczesnych objawów oporności na leczenie i skuteczne radzenie sobie z tym problemem. Teoretycznie możliwe jest, że stosowanie klozapiny na wczesnym etapie mogłoby być pomocne w radzeniu sobie z lekoopornością i umożliwić dalsze leczenie „zwykłymi” atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi. Szczególnie wyzwaniem stanowi zwalczanie objawów negatywnych, ponieważ brakuje skutecznych interwencji.⁹⁷ Ogromne znaczenie ma ich wczesne rozpoznawanie i wyko-

rzystywanie w ramach algorytmów klinicznych metod leczenia opartych na dowodach.

Współpraca ze środowiskiem

Zaangażowanie ośrodków środowiskowych ma kluczowe znaczenie dla wspólnej opieki i bezbolesnego wypisu. Ważne, aby ośrodki leczenia pierwszego epizodu psychozy wspierały ośrodki środowiskowe, dostarczając właściwe informacje, a także zapewniając kilkukrotną konsultację, jeżeli zajdzie taka potrzeba. Współpraca ze środowiskiem powinna obejmować również kampanie zwiększające świadomość społeczną, ukierunkowane na ogół społeczeństwa, lekarzy ogólnych, policję, szkoły i uczelnie. Ośrodki leczenia pierwszego epizodu psychozy muszą negocjować podział odpowiedzialności za zdrowie fizyczne i seksualne z lekarzami pierwszego kontaktu. Na wczesnym etapie widoczne są kardiometaboliczne czynniki ryzyka, a interwencje podejmowane w tym momencie mogą mieć kluczowe znaczenie.⁹⁸ Chociaż dostępnych jest wiele różnych metod postępowania, to jedną z najskuteczniejszych będzie prawdopodobnie unikanie stosowania leków przeciwpsychotycznych powodujących zwiększenie masy ciała.

Podsumowanie

Zaangażowanie, diagnoza i wczesna interwencja mają podstawowe znaczenie w dążeniu do optymalizacji wyniku leczenia u osób z pierwszym epizodem psychozy. Należy zaproponować całościowy program terapeutyczny w niestygmatyzującym ośrodku. Leczenie obejmuje stosowanie niewielkich dawek leków przeciwpsychotycznych i psychoterapię, zwalczanie współistniejących zaburzeń psychicznych i somatycznych, współpracę z ośrodkami zajmującymi się doradztwem zawodowym i edukacyjnym, wsparcie dla rodzin i multimodalne programy grupowe.

From the Advances in psychiatric treatment (2011), vol. 17, 408-416. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2011, 2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

1. Amminger GP, Harris MG, Conus P et al (2006) Treated incidence of first episode psychosis in the catchment area of EPPIC between 1997 and 2000. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114: 337-45.
2. Murphy B, Brewer W (2011) Early intervention in psychosis: strengths and limitations of services. *Advances in Psychiatric Treatment* 17: 401-7.
3. 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.
4. Spear LP (2000) The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 24: 417-63.
5. Steinberg L (2005) Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in Cognitive Science* 9: 69-74.
6. McCutcheon LK, Chanan AM, Fraser RJ, et al (2007) Tips and techniques for engaging and managing the reluctant, resistant or hostile young person. *Medical Journal of Australia* 187 (suppl 7): 64-7.
7. Brewer WJ, Wood SJ, DeLuca C, et al (2006a) Olfactory processing and brain maturation. In *Olfaction and the Brain* (eds WJ Brewer, D Castle, C Pantelis): 103-18. Cambridge University Press.

8. Addington J, Chaves A, Addington D (2006) Diagnostic stability over one year in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 86: 71-5.
9. Schimmelmann BG, Conus P, Edwards J, et al (2005) Diagnostic stability 18 months after treatment initiation for first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry* 66: 1239-46.
10. Wade D, Harrigan S, Edwards J, et al (2006a) Substance misuse in first episode psychosis: 15-month prospective follow-up study. *British Journal of Psychiatry* 189: 229-34.
11. Malla A, Norman R, Schmitz N, et al (2006) Predictors of rate and time to remission in first-episode psychosis: a two-year outcome study. *Psychological Medicine* 36: 649-58.
12. Petersen L, Thorup A, Røhrlenschlaeger J, et al (2008) Predictors of remission and recovery in a first-episode schizophrenia spectrum disorder sample: 2-year follow-up of the OPUS trial. *Canadian Journal of Psychiatry* 53: 660-70.
13. Mathias S, Lubman D, Hides L (2008) Substance-induced psychosis: a diagnostic conundrum. *Journal of Clinical Psychiatry* 69: 358-67.
14. Arendt M, Rosenberg R, Foldager L, et al (2005) Cannabis-induced psychosis and subsequent schizophrenia-spectrum disorders: follow-up study of 535 incident cases. *British Journal of Psychiatry* 187: 510-5.
15. National Collaborating Centre for Mental Health (2009) *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care (Update) (NICE Clinical Guideline 82)*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
16. National Institute for Health and Clinical Excellence (2002) *Guidance on the Use of Newer (Atypical) Antipsychotic Drugs for the Treatment of Schizophrenia (NICE Technology Appraisal Guidance 43)*. NICE.
17. Orygen Youth Health (2004) *The Acute Phase of Early Psychosis: A Handbook on Management*. Orygen Research Centre.
18. Huber CG, Naber D, Lambert M (2008) Incomplete remission and treatment resistance in first-episode psychosis: definition, prevalence and predictors. *Expert Opinion in Pharmacotherapy* 9: 2027-38.
19. Birchwood M, Todd P, Jackson C (1998) Early intervention in psychosis: the critical period hypothesis. *British Journal of Psychiatry* 172 (suppl 33): s53? 9.
20. Wunderink L, Nienhuis FJ, Sytema S, et al (2007) Guided discontinuation versus maintenance treatment in remitted first-episode psychosis: relapse rates and functional outcome. *Journal of Clinical Psychiatry* 68: 654-61.
21. Taylor D, Paton C, Kapur S (2011) *The Maudsley Prescribing Guidelines in Psychiatry* (11th edn). Wiley-Blackwell.
22. Lambert M, Conus P, Cotton S, et al (2010) Prevalence, predictors, and consequences of long-term refusers of antipsychotic treatment in first-episode psychosis. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 30: 565-72.
23. 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.
24. Power P, McGorry PD (1999) Suicide and early psychosis. In *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventative Approach* (eds PD McGorry, HJ Jackson): 184-205. Cambridge University Press.
25. Birchwood M, Gleeson J, Chanan A, et al (2009) Emotional and personality dysfunctions in early psychosis. In *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventative Approach* (2nd edn) (eds HJ Jackson, PD McGorry): 283-302. Cambridge University Press.
26. Koreen A, Siris S, Chakos M, et al (1993) Depression in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 150: 1643-8.
27. Uptegrove R, Birchwood M, Ross K, et al (2010) The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 122: 211-8.
28. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, et al (2011) Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. *Schizophrenia Research* 126: 11-9.
29. Miles CP (1977) Conditions predisposing to suicide. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 164: 231-46.
30. Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM (2005) The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. *Archives of General Psychiatry* 62: 247-53.
31. Dutta R, Murray RM, Hotopf M, et al (2010) Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. *Archives of General Psychiatry* 67: 1230-7.
32. Barrett EA, Sundet K, Faerden A, et al (2010) Suicidality before and in the early phases of first episode psychosis. *Schizophrenia Research* 119: 11-7.
33. Power PJ, Bell RJ, Mills R, et al (2003) Suicide prevention in first episode psychosis: the development of a randomised controlled trial of cognitive therapy for acutely suicidal patients with early psychosis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: 414-20.
34. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A, et al (2007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 370: 319-28.
35. Green AI, Tohen MF, Hamer RM, et al (2004) First episode schizophreniarelated psychosis and substance use disorders: acute response to olanzapine and haloperidol. *Schizophrenia Research* 66:125-35.
36. Wade D, Harrigan S, Edwards J, et al (2006b) Course of substance misuse and daily tobacco use in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 81: 145-50.
37. Edwards J, Elkins K, Hinton M, et al (2006) Randomized controlled trial of a cannabis-focused intervention for young people with first-episode psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 114: 109-17.
38. Turkington A, Mulholland CC, Rushe TM, et al (2009) Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry* 195: 242-8.
39. Kendall T, Tyrer P, Whittington C, et al (2011) Assessment and management of psychosis with coexisting substance misuse: a summary of NICE guidance. *BMJ* 342 (Mar 23): d1351. doi: 10.1136/bmj.d1351.
40. Lubman DI, Sundram S (2003) Substance misuse in patients with schizophrenia: a primary care guide. *Medical Journal of Australia* 178 (suppl 7): 1-5.
41. Barrowclough C, Haddock G, Beardmore R, et al (2009) Evaluating integrated MI and CBT for people with psychosis and substance misuse: recruitment, retention and sample characteristics of the MIDAS trial. *Addictive Behaviors* 34: 859-66.
42. Pokos V, Castle DJ (2006) Prevalence of comorbid anxiety disorders in schizophrenia spectrum disorders: a literature review. *Current Psychiatry Reviews* 2: 285-307.
43. Michail M, Birchwood M (2009) Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *British Journal of Psychiatry* 195: 234-41.
44. Mueser KT, Lu W, Rosenberg SD, et al (2010) The trauma of psychosis: posttraumatic stress disorder and recent onset psychosis. *Schizophrenia Research* 116: 212-27.
45. Sin GL, Abidin E, Lee J, et al (2010) Prevalence of post-traumatic stress disorder in first-episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry* 4: 299-304.
46. Nylander L (2008) Autism spectrum disorders and schizophrenia spectrum disorders - is there a connection? A literature review and some suggestions for future clinical research. *Clinical Neuropsychiatry* 5: 43-54.
47. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, et al (2009) Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry* 9: 35.
48. O'Donovan MC, Kirov G, Owen MJ (2008) Phenotypic variations on the theme of CNVs. *Nature Genetics* 40: 1392-3.
49. Carroll LS, Owen MJ (2009) Genetic overlap between autism, schizophrenia and bipolar disorder. *Genome Medicine* 1: 102.
50. McCarthy SE, Makarov V, Kirov G, et al (2009) Microduplications of 16p11.2 are associated with schizophrenia. *Nature Genetics* 41: 1223-7.
51. May T, Brewer WJ, Rinehart N, et al (2011) Differential olfactory identification in children with autism and Asperger's disorder: a comparative and longitudinal study. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 41: 837-47.
52. Fraser R, Angus B, Cotton S, et al (2011) Prevalence of autism spectrum conditions in a youth mental health service. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45: 426.
53. Berman SM, Kuczenski R, McCracken JT, et al (2009) Potential adverse effects of amphetamine treatment on brain and behavior: a review. *Molecular Psychiatry* 14: 123-42.
54. Karatekin C, White T, Bingham C (2009) Shared and nonshared symptoms in youth-onset psychosis and ADHD. *Journal of Attention Disorders* 14: 121-31.
55. Mosholov AD, Gelperin K, Hammad TA, et al (2009) Hallucinations and other psychotic symptoms associated with the use of attention-deficit/hyperactivity disorder drugs in children. *Pediatrics* 123: 611-6.
56. Bouras N, Martin G, Leese M, et al (2004) Schizophrenia-spectrum psychoses in people with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 48: 548-55.
57. Nettelbladt P, Göth M, Bogren M, et al (2009) Risk of mental disorders in subjects with intellectual disability in the Lundby cohort 1947-97. *Nordic Journal of Psychiatry* 63: 316-21.
58. O'Dwyer JM (1997) Schizophrenia in people with intellectual disability: the role of pregnancy and birth complications. *Journal of Intellectual Disability Research* 41: 238-51.
59. Frighi V, Stephenson MT, Morovat A, et al (2011) Safety of antipsychotics in people with intellectual disability. *British Journal of Psychiatry* 199: 289-95.
60. Zammit S, Allebeck P, David AS, et al (2004) A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. *Archives of General Psychiatry* 61: 354-60.
61. Reichenberg A (2005) Cognitive impairment as a risk factor for psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 7: 31-8.
62. Woodberry KA, Giuliano AJ, Seidman LJ (2008) Premorbid IQ in schizophrenia: a meta-analytic review. *American Journal of Psychiatry* 165: 579-87.
63. Brewer WJ, Wood SJ, Phillips IJ, et al (2006b) Generalised and specific cognitive performance in clinical high-risk cohorts: a review highlighting potential vulnerability markers for psychosis. *Schizophrenia Bulletin* 32: 538-55.

64. Reichenberg A, Weiser M, Rapp MA (2006) Premorbid intra-individual variability in intellectual performance and risk for schizophrenia: a population-based study. *Schizophrenia Research* 85: 49-57.
65. Leeson VC, Barnes TR, Hutton SB, et al (2009) IQ as a predictor of functional outcome in schizophrenia: a longitudinal, four-year study of first-episode psychosis. *Schizophrenia Research* 107: 53-60.
66. van Winkel R, Myin-Germeys I, De Hert M, et al (2007) The association between cognition and functional outcome in first-episode patients with schizophrenia: mystery resolved? *Acta Psychiatrica Scandinavica* 116: 119-24.
67. van Winkel R, Myin-Germeys I, Delespaul P, et al (2006) Premorbid IQ as a predictor for the course of IQ in first onset patients with schizophrenia: a 10-year follow-up study. *Schizophrenia Research* 88: 47-54.
68. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, et al (2007) A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 164: 1791-802.
69. Twamley EW, Jeste DV, Bellack AS (2003) A review of cognitive training in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 29: 359-82.
70. Green MF (2007) Stimulating the development of drug treatments to improve cognition in schizophrenia. *Annual Review of Clinical Psychology* 3: 159-80.
71. Allott K, Brewer W, McGorry PD, et al (2011) Referrers' perceived utility and outcomes of clinical neuropsychological assessment in an adolescent and young adult public mental health service. *Australian Psychologist* 46: 15-24.
72. Murphy BP (2010) Beyond the first episode: candidate factors for a risk prediction model of schizophrenia. *International Review of Psychiatry*; 22: 202-23.
73. Morgan C, Fisher H (2007a) Environmental factors in schizophrenia: childhood trauma - a critical review. *Schizophrenia Bulletin* 33: 3-10.
74. Read J, van Os J, Morrison AP, et al (2005) Childhood trauma, psychosis, and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 112: 330-50.
75. tain B, Henry C, Bellivier F, et al (2008) Beyond genetics: childhood affective trauma in bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 10: 867-76.
76. Kelleher I, Harley M, Lynch F, et al (2008) Associations between childhood trauma, bullying and psychotic symptoms among a school-based adolescent sample. *British Journal of Psychiatry* 193: 378-82.
77. Schreier A, Wolke D, Thomas K, et al (2009) Prospective study of peer victimization in childhood and psychotic symptoms in a nonclinical population at age 12 years. *Archives of General Psychiatry* 66: 527-36.
78. Morgan C, Kirkbride J, Jeff J, et al (2007b) Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological Medicine* 37: 495-503.
79. Conus P, Cotton S, Schimmelmann BG, et al (2010) Pretreatment and outcome correlates of sexual and physical trauma in an epidemiological cohort of first-episode psychosis patients. *Schizophrenia Bulletin* 36: 1105-14.
80. Fisher HL, Craig TK, Fearon P, et al (2011) Reliability and comparability of psychosis patients' retrospective reports of childhood abuse. *Schizophrenia Bulletin* 37: 546-53.
82. Henry L, Edwards J, Jackson H, et al (2002) Cognitively Oriented Psychotherapy for First-Episode Psychosis (COPE): A Practitioner's Manual. EPPIC.
81. Brewer WJ, Gleeson J, Gee D, et al (2008) Prevalence of antisocial personality traits and disorder in first episode psychosis cohorts. *Early Intervention in Psychiatry* 2: A42.
83. Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M (2009) A randomized controlled trial of relapse prevention therapy for first-episode psychosis patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 70: 477-86.
84. Herrmann-Doig T, Maude D, Edwards J (2003) Systematic Treatment of Persistent Psychosis. Martin Dunitz.
85. Hinton M, Elkins K, Edwards J, et al (2002) Cannabis and Psychosis: An Early Psychosis Treatment Manual. Melbourne: EPPIC.
86. MacNeil C, Hasty MK, Conus P, et al (2009) Bipolar Disorder in Young People: A Psychological Intervention Manual. Cambridge University Press.
86. Brewer WJ (2011) First Episode Psychosis: Antisocial Personality Intervention Manual. EPPIC.
88. Subotnik KL, Nuechterlein KH, Ventura J (2011) Risperidone nonadherence and return of positive symptoms in the early course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 168: 286-92.
89. Kulkarni J, Power P (1999) Initial treatment of first-episode psychosis. In *The Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventative Approach* (eds PD McGorry, HJ Jackson): 184-205. Cambridge University Press.
90. Rabinovitch M, Bechard-Evans L, Schmitz N, et al (2009) Early predictors of non-adherence to antipsychotic therapy in first-episode psychosis. *Canadian Journal of Psychiatry* 54: 28-35.
91. Miller BJ (2008) A review of second-generation antipsychotic discontinuation in first-episode psychosis. *Journal of Psychiatric Practice* 14: 289-300.
92. Killackey E (2009) Psychosocial and psychological interventions in early psychosis: essential elements of recovery. *Early Intervention in Psychiatry* 3 (suppl 1): s17-21.
93. McGorry PD, Chanan A, McCarthy E, et al (1991) Posttraumatic stress disorder following recent-onset psychosis: an unrecognized postpsychotic syndrome. *Journal of Nervous and Mental Disorders* 179: 253-8.
94. Jackson C, Trower P, Reid I, et al (2009) Improving psychological adjustment following a first episode psychosis: a randomized controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms. *Behavior Research Therapy* 47: 454-62.
95. Tait L, Birchwood B, Trower P (2004) Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *British Journal of Psychiatry* 185: 410-5.
96. 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.
97. Murphy B, Chung Y-C, McGorry PD (2006) Pharmacological treatment of primary negative symptoms in schizophrenia: a systematic review. *Schizophrenia Research* 88: 5-25.
98. Foley DL, Morley KI (2011) Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Archives of General Psychiatry* 68: 609-16.

KOMENTARZ

Dr hab. n. med. Agata Szulc

Klinika Psychiatrii UM w Białymstoku

Problem wczesnej interwencji w psychozie zajmuje lekarzy i badaczy od dłuższego czasu. Wiadomo, że pierwszy kontakt z „psychiatryczną służbą zdrowia” często na wiele lat determinuje współpracę z pacjentem.

Pierwszy problem, na który napotykać pacjenci, to poszukiwanie odpowiedniego miejsca, gdzie mogliby uzyskać pomoc. Osoby młode, doświadczające pierwszego epizodu psychotycznego są często zdezorientowane, nie tylko z powodów związanych z chorobą, ale też czysto praktycznych

– nie wiedzą gdzie szukać pomocy. Podobne pytanie zadają sobie rodziny pacjentów, również zszokowane i często bezradne.

W artykule Murphy'ego i Brewera uzyskujemy odpowiedź na to pytanie, tylko że dotyczy ona dalekiej Australii. Autorzy opisują działanie specjalnych ośrodków zajmujących się pacjentami z pierwszym epizodem psychozy. Najważniejszą cechą takiego ośrodka jest kompleksowa ocena stanu pacjenta, a także szeroki wachlarz możliwości udzielenia pomocy.

Z kolei początkowy problem, na który napotykać lekarze opiekujący się pacjentami z pierwszym epizodem psychotycznym, to – moim zdaniem – ustalenie poprawnego rozpoznania. Autorzy artykułu podkreślają, jak ważna jest ta pierwsza diagnoza i, co ciekawe, jak bardzo bywa trafna,

szczególnie w przypadku schizofrenii (do 90%). Z drugiej strony należy pamiętać, że wczesne etykietowanie pacjenta rozpoznaniem schizofrenii może prowadzić do wielu komplikacji. Najbardziej trafnym rozpoznaniem, jakie wg autorów należałoby postawić we wczesnej psychozie, jest rozpoznanie właśnie pierwszego epizodu psychotycznego.

Jak wiadomo, w warunkach polskich niemożliwe jest postawienie takiego rozpoznania i uzyskanie np. refundacji leczenia atypowymi lekami przeciwpsychotycznymi. Często jednak rzeczywistość rozpoznania pierwszego epizodu psychotycznego wydaje się najwłaściwsza z punktu widzenia lekarza, a także pacjenta i jego rodziny. Po pierwsze, niekiedy nie jesteśmy w stanie ustalić do końca, jaką kategorię diagnostyczną można danej osobie przyporządkować – u pacjentów młodych, z pierwszymi oznakami psychozy napotykamy wiele czynników zaciemniających obraz kliniczny. Jak podkreślają autorzy artykułu, sam okres rozwojowy sprzyja labilności emocjonalnej i problemom z właściwym używaniem funkcji wykonawczych. Pierwszy epizod psychozy może rozciągać się w czasie, choroba może ewoluować i bywa, że dopiero po kilku latach możliwe jest postawienie odpowiedniego rozpoznania. U pacjentów z pierwszym epizodem psychozy mogą się pojawiać także zaburzenia afektywne, lękowe, deficyty intelektualne, a objawom pierwszoplanowym mogą towarzyszyć zaburzenia osobowości. Autorzy artykułu podkreślają, że powyższe objawy mogą być mylnie interpretowane i powodować np. niewłaściwe rozpoznanie zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, a nie psychotycznych, w tym oczywiście schizofrenii, a w konsekwencji terapia lekami normotymicznymi, co może powodować pogorszenie stanu chorego. Należy jednak pamiętać, że objawy psychotyczne mogą pojawiać się także w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej i w naszych warunkach częściej dochodzi raczej do zbyt rzadkiego rozpoznawania tego zaburzenia w stosunku do diagnozy schizofrenii.

Innym problemem jest nadużywanie substancji psychoaktywnych – autorzy skłaniają się raczej do odrzucenia

rozpoznania psychozy indukowanej środkami psychoaktywnymi na rzecz „zaburzeń psychotycznych wywołanych przez substancje”. Wydaje się to słuszne, w praktyce w dużej grupie pacjentów początkowo rozpoznawano psychozy indukowane narkotykami, a w miarę upływu czasu stwierdzano po prostu psychozy schizofreniczne.

Aktualnie nie dysponujemy markerami biologicznymi pozwalającymi na rozpoznanie np. schizofrenii we wczesnym okresie (lub nawet w okresie prodromalnym). Wydaje się jednak, że nowoczesne metody neuroobrazowania mózgu mogą być w niedługiej przyszłości przydatne jako pomocnicze w diagnozowaniu pacjentów, a także w prognozowaniu odpowiedzi na leczenie lekami przeciwpsychotycznymi. To ostatnie jest bardzo istotne w przypadku osób z pierwszym epizodem psychotycznym.

Jeśli już uda się ustalić właściwe rozpoznanie, kolejnym krokiem jest zaplanowanie odpowiedniego leczenia. Autorzy zalecają stosowanie leków przeciwpsychotycznych w niewielkich dawkach, a także, co jest warte podkreślenia, dopuszczają możliwość odpowiednio wczesnego zastosowania klozapiny (oczywiście po uwzględnieniu wszystkich zalet i wad), o czym niekiedy zapominamy.

Leczenie, co bardzo ważne, powinno obejmować też opiekę psychologiczną, psychoterapię, edukację, terapię rodzinną itd. Oprócz samej psychozy należy także oferować pomoc w towarzyszącej depresji, lęku czy też problemach interpersonalnych.

Kompleksowa opieka, prowadzenie terapii przez wielodyscyplinarny zespół, zapewnienie dostępu do różnych form leczenia, w tym psychoterapii – to podstawy ustrukturyzowanych form pomocy osobom z pierwszym epizodem psychozy. W Polsce rozwija się (choć powoli) sieć centrów zdrowia psychicznego, które w niektórych przypadkach mogłyby specjalizować się w opiece nad takimi właśnie pacjentami. Miejmy nadzieję, że w ciągu najbliższych lat uda się stworzyć placówki podobne do tych, jakie opisują autorzy z antypodów.