

Doświadczenia psychotyczne: osoby w niekorzystnym położeniu i różniące się od normy

Jim van Os

The British Journal of Psychiatry (2012) 201, 258-259.

Indukowane stresem zmiany dotyczące przypisywania osobistych znaczeń wewnętrznym i zewnętrznym bodźcom mogą stanowić pierwszy krok w wyjaśnieniu, w jaki sposób interakcje między mniejszościami i większościami etnicznymi wpływają na zdrowie psychiczne. W celu zrozumienia, jak szersze otoczenie społeczne wpływa na cechy indywidualne, zwiększając ekspresję psychozy, potrzebne są badania o przekrojowym kontekście, wolne od założeń diagnostycznych.

Częstość występowania schizofrenii nie zmienia się wyraźnie w zależności od przynależności do określonej klasy społecznej i nie jest związana z ubóstwem. Natomiast mocne dowody przemawiają za jej związkiem z doświadczaniem przemocy w dzieciństwie¹ i przynależnością do mniejszości etnicznej.² Oznacza to, że ofiary przemocy i grupy mniejszości etnicznych narażonych na dyskryminację i wykluczenie częściej korzystają z pomocy z powodu zespołów zaburzeń zaliczanych w DSM do psychotycznych. Ponadto w tych grupach obserwuje się również większą częstość (subklinicznych) doświadczeń psychotycznych, niezależnie od korzystania z pomocy i tradycyjnych granic diagnostycznych.³

Chociaż początkowo uważano, że u przedstawicieli mniejszości etnicznych doświadczenie migracji przyczynia się do zauważalnego zwiększenia ryzyka, na podstawie dowodów sugeruje się, że mechanizm może być inny, wskazując na znaczenie tego, na ile osoba zagrożona dyskryminacją i wykluczeniem stanowi wyjątek w stosunku do szerszego otoczenia społecznego.

Podsumowanie dowodów na to, że raczej „bycie wyjątkiem” niż samo w sobie doświadczenie migracji może odpowiadać za dużą częstość objawów i zaburzeń psychotycznych w grupach mniejszości etnicznych narażonych na dyskryminację i wykluczenie:

- a. zwiększenie ryzyka utrzymuje się do drugiego pokolenia migrantów u osób, które same nie doświadczyły migracji,²
- b. zwiększenie ryzyka obserwuje się także w stabilnych populacjach mniejszości etnicznych, które migrowały przed wiekami,⁴
- c. jeżeli migracja pociąga za sobą zmianę w kierunku od wykluczenia społecznego do integracji społecznej, zwiększenia ryzyka się nie obserwuje,⁵

d. postępujący wzrost ryzyka następuje w przypadku, gdy status „mniejszości” jest bardziej widoczny,²

e. ryzyko klinicznych zespołów psychotycznych w populacjach mniejszości etnicznych jest mniejsze na obszarach o dużym zagęszczeniu przedstawicieli rodzimej mniejszości.^{6,7}

Co pośredniczy w zależnościach dotyczących zagęszczenia grupy etnicznej?

Przedstawione powyżej podsumowanie wyników stanowi dobry przykład względności względnego ryzyka,⁸ ponieważ zwiększenie ryzyka związane z przynależnością do mniejszości etnicznej zależy od kontekstu społecznego. Zjawisko to nosi nazwę ekologicznej modyfikacji efektu. To, że wielkość względnego ryzyka zaburzeń psychotycznych wykazuje odwrotną zależność z rozpowszechnieniem badanego czynnika ryzyka – statusu przynależności do mniejszości etnicznej – może być wskaźnikiem selekcji (np. przedstawiciele mniejszości etnicznej o największym ryzyku tworzą specyficzne skupiska geograficzne) lub przyczyny (np. większe zagęszczenie przedstawicieli własnej grupy mniejszościowej zapewnia zmniejszający ryzyko efekt ochronny). Trudno jest rozróżnić te dwa mechanizmy, ponieważ wymagałoby to dogłębnych i skomplikowanych porównań o przekrojowym kontekście, które trudno przeprowadzić – szczególnie między grupami kulturowymi – biorąc pod uwagę, że schizofrenia jest rzadkim i różnie definiowanym zaburzeniem psychicznym, które przeważnie jest rozpoznawane na podstawie danych dotyczących kontaktu z systemem ochrony zdrowia. Das-Munshi

Jim van Os pracuje w Maastricht University Medical Centre oraz w King's College of London; jest członkiem Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences.

Adres do korespondencji: Jim van Os, MRCPsych, PhD, Department of Psychiatry and Psychology, School of Mental Health and Neuroscience, Maastricht University Medical Centre, PO Box 616 (DRT 10), 6200 MD Maastricht, Holandia, e-mail: j.vanos@maastrichtuniversity.nl

Konflikt interesów: brak.

i wsp. przedstawili fascynujące dowody na to, że związek z zagęszczeniem może w rzeczywistości odzwierciedlać połączenie mechanizmów zwiększających ryzyko i działających ochronnie, wykorzystując wskaźnik subklinicznej psychozy (zdefiniowanej jako jedno lub więcej doświadczeń psychotycznych mierzonych „Przesiewowym kwestionariuszem psychozy” [Psychosis Screening Questionnaire, PSQ]), który był niezależny od korzystania z pomocy i niepodatny na kulturowe zniekształcenia w procesie diagnozy.⁹ Wyniki te, podsumowane na rycinie, sugerują, że mniejsze zagęszczenie rodzimej mniejszości może powodować większe narażenie na niekorzystne czynniki społeczne indukujące psychozę oraz że, chociaż w przypadku większego zagęszczenia rodzimej mniejszości zachodzi działanie ochronne przed ryzykiem, wpływać na nie może liczba obciążeń, na którą jest narażona dana osoba, oraz liczba wspierających relacji, którymi dysponuje.

Jaki parametr reprezentują doświadczenia psychotyczne?

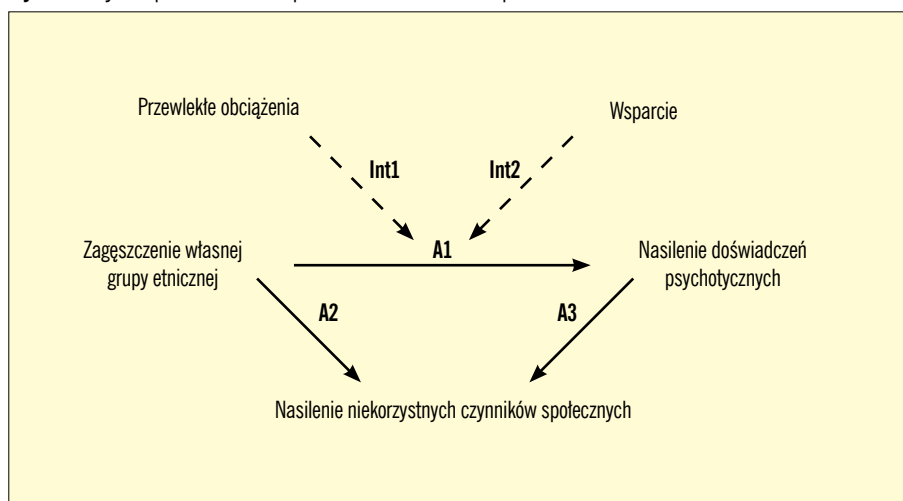
Wyniki przedstawione przez Das-Munshi i wsp. różnią się od wcześniejszych badań pod jednym istotnym względem, tzn. ocenianego parametru. Doświadczenia psychotyczne oceniane w kwestionariuszu PSQ nie oznaczają „lekkiej schizofrenii”. Odzwierciedlają raczej wymiarowy fenotyp oznaczający błędne przypisywanie znaczeń, który występuje często w populacji ogólnej (rozpowszechnienie 8%),³ znacznie częściej u osób

z zaburzeniami psychicznymi (zaburzenia lękowe i depresyjne; rozpowszechnienie 30%)¹⁰ i powszechnie u osób z zaburzeniami psychotycznymi. Doświadczenia psychotyczne w populacji ogólnej prognozują zwiększenie ryzyka rozwoju zaburzeń psychotycznych i (w mniejszym stopniu) niepsychotycznych z roczną częstością 0,6%.¹¹ Wpływają niekorzystnie na wynik i przebieg leczenia częstych zaburzeń psychicznych (patrz: dodatek).^{10,12} Zwiększenie ryzyka doświadczeń psychotycznych w grupach o mniejszym zagęszczeniu rodzimej mniejszości może częściowo odpowiadać za związek ze schizofrenią, który wykazano we wcześniejszych badaniach.^{6,7} Wyniki uzyskane przez Das-Munshi i wsp. sugerują również, że wpływ mniejszego zagęszczenia własnej grupy mniejszościowej wykracza poza rozszerzony fenotyp psychozy z nieprawidłowym przypisywaniem znaczeń pod względem a) behawioralnej ekspresji ryzyka w populacji ogólnej, b) przebiegu i wyniku leczenia częstych zaburzeń psychicznych. Wyniki te pokrywają się zatem z rezultatami ostatnich metaanaliz, np. pod względem bycia ofiarą w dzieciństwie,¹ co świadczy o tym, że środowisko może wpływać na wymiary ekspresji określonych objawów psychopatologicznych, wykraczając poza tradycyjne granice zaburzenia.

Podsumowanie

Wyniki przedstawione przez Das-Munshi i wsp. po raz pierwszy dostarczają wskazówek dotyczących sposobu, w jaki szersze otoczenie społeczne, z uwzględnieniem zmienności zagęszczenia własnej grupy mniejszościowej, może współgrać z indywidualnymi cechami w prognozowaniu zmian zdrowia psychicznego w grupach osób znajdujących się w niekorzystnym położeniu. Dzięki odrzuceniu tradycyjnych kategorii diagnostycznych, którym brakuje trafności, powstaje więcej przestrzeni dla aktywnej interpretacji danych. To, w jaki sposób społeczeństwo wchodzi w interakcje z przedstawicielami mniejszości etnicznych, ma implikacje zdrowotne. Natomiast względnie ochronne działanie członkiem udziału w większości nadal zależy od jakości wspierających relacji, jakimi dysponuje jednostka. Indukowane stresem zmiany w przypisywaniu znaczeń wewnętrznym i zewnętrznym bodźcom mogą stanowić pierwszy krok w wyjaśnianiu, w jaki sposób interakcje społeczne między przedstawicielami mniejszości i większości etnicznych wpływają na zdrowie psychiczne.

Rycina. Wyniki przedstawione przez Das-Munshi i wsp.⁹



W rejonach o różnym stopniu zagęszczenia przedstawicieli własnej grupy mniejszościowej wykazano trzy zależności (A1-A3) i jedną interakcję (Int 1). Po pierwsze, dla osoby będącej przedstawicielem mniejszości etnicznej nasilenie subklinicznych doświadczeń psychotycznych było większe, jeżeli mieszkała ona w rejonie o mniejszym zagęszczeniu przedstawicieli własnej grupy mniejszościowej, niezależnie od przynależności do grupy społecznej, wykształcenia lub obszaru deprywacji (A1). Po drugie, wraz ze zmniejszeniem zagęszczenia przedstawicieli własnej grupy mniejszościowej grupy mniejszości etnicznych wykazywały tendencję do częstszego zgłaszania większej dyskryminacji, słabszego wsparcia społecznego i bardziej przewlekłych obciążeń (A2). Po trzecie, większe nasilenie rasizmu, dyskryminacji, przewlekłych obciążeń i trudności oraz słabsze wsparcie społeczne były związane z doświadczeniami psychotycznymi w minionym roku (A3). W końcu, ochronny wpływ większego zagęszczenia przedstawicieli własnej grupy mniejszościowej może ulegać osłabieniu u osób doświadczających przewlekłych obciążeń lub wzmocnieniu u osób opisujących duże wsparcie praktyczne lub bliskie/emocjonalne (Int 1).

Dodatek

ROZSZERZONY FENOTYP PSYCHOZY:

DOTYCHCZASOWE WYNIKI METAANALIZ^{3,11,13}

• Chorobowość ok. 7,5%, rozpowszechnienie ok. 2,5%; aczkolwiek znaczna zmienność częstości doświadczeń psychotycznych w różnych badaniach jest w dużym stopniu związana ze stosowanymi metodami, badanymi grupami i schematem badania

• Związany z wywiadem rodzinnym dotyczącym zaburzeń psychotycznych, urazami w dzieciństwie, używaniem kanabinoidów, przynależnością do mniejszości etnicznej, brakiem zatrudnienia, niskimi dochodami, młodszy wiekiem?

• Częstość u osób z zaburzeniami lękowymi i depresyjnymi, co prognozuje gorszy wynik i profil ryzyka składający się bardziej w kierunku zaburzeń psychotycznych, podobnie jak profil demograficzny?

• W 20-30% utrzymuje się przewlekle przez 2-5 lat?

• Na przewlekły charakter wpływają czynniki genetyczne i środowiskowe?

• Doświadczenia psychotyczne pozwalają przewidzieć późniejszy rozwój zaburzeń psychotycznych i (w mniejszym stopniu) niepsychotycznych oraz przyjęcie do szpitala (z częstością 0,6% rocznie), szczególnie jeżeli mają charakter przewlekły?

• Do innych czynników związanych z rozwojem zaburzeń psychotycznych i niepsychotycznych należą: wyjściowe nasilenie doświadczeń psychotycznych, nasilenie współwystępującej dysregulacji afektywnej i zaburzeń motywacyjnych, funkcjonowanie społeczne i poziom radzenia sobie?

From the British Journal of Psychiatry (2012) 201, 258-259. Translated and reprinted with permission of the Royal College of Psychiatrists. Copyrights ©2012 The Royal College of Psychiatrists. All rights reserved.

Piśmiennictwo

- Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012; 38: 661-71.
- Bourque F, van der Ven E, Malla A. A meta-analysis of the risk for psychotic disorders among first- and second-generation immigrants. *Psychol Med* 2011; 41: 897-910.
- Linscott RJ, Van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychol Med* 2012; 13 July. Epub ahead of print (doi: 10.1017/S0033291712001626).
- Bresnahan M, Begg MD, Brown A, Schaefer C, Sohler N, Insel B, et al. Race and risk of schizophrenia in a US birth cohort: another example of health disparity? *Int J Epidemiol* 2007; 36: 751-8.
- Corcoran C, Perrin M, Harlap S, Deutsch L, Fennig S, Manor O, et al. Incidence of schizophrenia among second-generation immigrants in the Jerusalem perinatal cohort. *Schizophr Bull* 2009; 35: 596-602.
- Boydell J, Van Os J, McKenzie K, Allardyce J, Goel R, McCreadie RG, et al. Incidence of schizophrenia in ethnic minorities in London: ecological study into interactions with environment. *BMJ* 2001; 323: 1336.
- Velling W, Susser E, van Os J, Mackenbach JP, Selten JP, Hoek HW. Ethnic density of neighborhoods and incidence of psychotic disorders among immigrants. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 66-73.
- Neeleman J. The relativity of relative risks: disadvantage or opportunity? *Br J Psychiatry* 2003; 182: 101-2.
- Das-Munshi J, Bećares L, Boydell JE, Dewey ME, Morgan C, Stansfeld SA, et al. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC). *Br J Psychiatry* 2012; 201: 282-90.
- Wigman JT, van Nierop M, Vollebergh WA, Lieb R, Beesdo-Baum K, Wittchen HU, et al. Evidence that psychotic symptoms are prevalent in disorders of anxiety and depression, impacting on illness onset, risk, and severity - implications for diagnosis and ultra-high risk research. *Schizophr Bull* 2012; 38: 247-57.
- Kaymaz N, Drukker M, Lieb R, Wittchen HU, Werbeloff N, Weiser M, et al. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results. *Psychol Med* 2012. Epub ahead of print 20 Jan/doi: 10.1017/S0033291711002911).
- Perlis RH, Uher R, Ostacher M, Goldberg JE, Trivedi MH, Rush AJ, et al. Association between bipolar spectrum features and treatment outcomes in outpatients with major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 351-60.
- Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med* 2009; 39: 179-95.

KOMENTARZ



**Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Kiejna**

Katedra i Klinika Psychiatrii
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

W ostatnim trzydziestolecu obserwuje się zwiększone zainteresowanie epidemiologią zaburzeń psychotycznych, w szczególności schizofrenii, dotyczące większej swoistości diagnostycznej z uwzględnieniem znaczącej roli genetycz-

nych czynników ryzyka oraz interakcji zachodzących między podatnością genetyczną a środowiskiem. Analizy takie są możliwe dzięki wielokulturowym badaniom prowadzonym przy wykorzystaniu ustrukturyzowanych i wystandaryzowanych narzędzi diagnostycznych, uwzględniających szerokie dane społeczno-demograficzne i naturalny przebieg choroby. Pozwalają one na szczegółowe prześledzenie roli wszystkich ważnych korelatów demograficznych, takich jak wiek i płeć, stan cywilny i pozycja społeczno-ekonomiczna. Wśród społecznych czynników ryzyka jako najważniejsze wymienia się status etniczny, zamieszkiwanie w wielkich aglomeracjach, modernizację instytucji psychiatrycznych i używanie

substancji psychoaktywnych. Większość obecnie prowadzonych badań nad etiologią schizofrenii jest zorientowana na identyfikację markerów biologicznych, przede wszystkim natury genetycznej, ale również powiązanych z czynnikami immunologicznymi, przebytymi zakażeniami, narodzinami w miesiącach zimowych, wiekiem rodziców, komplikacjami podczas ciąży i porodu, dysfunkcjami rozwojowymi manifestującymi się łagodnymi anomaliami fizycznymi oraz nieprawidłowościami rozwojowymi w dzieciństwie.¹

Do tych niezwykle ważnych poznawczo zagadnień zogniskowanych na społecznych czynnikach ryzyka odnosi się artykuł Jima van Osa. Autor, opierając się na metaanalizie wyników z wielu badań, w tym kluczowej pracy przedstawionej przez Das-Munshi i wsp.,² wyjaśnia, w jaki sposób otoczenie społeczne, wchodząc w interakcje z przedstawicielami mniejszości etnicznych, może wyzwać korzystne (ochronne), chociaż częściej szkodliwe implikacje zdrowotne (zwiększona podatność na występowanie zaburzeń psychicznych). We wcześniejszych badaniach prowadzonych w Wielkiej Brytanii i Holandii wykazano bowiem, że u imigrantów z Afryki i Karaibów i ich potomstwa w drugim pokoleniu częstość występowania schizofrenii jest do 10 razy większa niż w populacji ogólnej.^{3,4} Za ważne czynniki odpowiedzialne za wysoką

nadwyżkę w zapadalności na zaburzenia psychotyczne wśród mniejszości etnicznych uważa się też niski status społeczno-ekonomiczny, doświadczenie dyskryminacji i wykluczenia społecznego. Innym czynnikiem ryzyka są typowe dla drugiego pokolenia imigrantów relatywnie często występujące u kobiet komplikacje porodowe mogące mieć znaczenie dla zdrowia noworodka. Autor pracy dopatruje się w interakcjach markerów biologicznych i społecznych oraz wyzwalających je stresorów mechanizmów sprawczych dla rozwoju zaburzeń psychotycznych. Przedstawiona w pracy koncepcja jest ważnym krokiem w kierunku wyjaśnienia na gruncie epidemiologii analitycznej roli tych czynników w doświadczaniu psychozy na konkretnym modelu społecznym, jakim są mniejszości etniczne.

Piśmiennictwo

1. Textbook in Psychiatric Epidemiology. Ed. by Ming T. Tsuang, Mauricio Tohen, Peter B. Jones. 2011 John Wiley & Sons. Ltd.
2. Das-Munshi J, Becares L, Boydell JE et al. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: finding from a national survey (EMPIRIC). *Br J Psychiatry* 2012; 201: 282-290.
3. Eaton WW, Harrison G. Ethnic Disadvantage and Schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand. Suppl.* 2000; 102: 38-43.
4. Selten JP, Veen N, Feller W, et al. Incidens of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands. *Br J Psychiatry.* 2001; 178: 367-372.

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 14

3. Lepping P, Sambhi RS, Whittington R, Lane S, Poole R. Clinical relevance of findings in trials of antipsychotics: systematic review. *Br J Psychiatry* 2011; 198: 341-5.
4. Leucht S, Corves C, Arbter D, Engel RR, Li C, Davis JM. Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a metaanalysis. *Lancet* 2009; 373: 31-41.
5. Artaloytia JF, Arango C, Lahti A, Sanz J, Pascual A, Cubero P, et al. Negative signs and symptoms secondary to antipsychotics: a double-blind, randomized trial of a single dose of placebo, haloperidol, and risperidone in healthy volunteers. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 488-93.
6. Moncrieff J, Leo J. A systematic review of the effects of antipsychotic drugs on brain volume. *Psychol Med* 2010; 40: 1409-22.
7. Ray WA, Chung CP, Murray KT, Hall K, Stein CM. Atypical antipsychotic drugs and the risk of sudden cardiac death. *N Engl J Med* 2009; 360: 225-35.
8. Weinmann S, Read J, Aderhold V. Influence of antipsychotics on mortality in schizophrenia: systematic review. *Schizophr Res* 2009; 113: 1-11.
9. Foley DL, Morley KI. Systematic review of early cardiometabolic outcomes of the first treated episode of psychosis. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 609-16.
10. Álvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleeson JF, McGorry PD. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 101-7.
11. Marques TR, Arenovich T, Agid O, Sajcev G, Muthen B, Chen L, et al. The different trajectories of antipsychotic response: antipsychotics versus placebo. *Psychol Med* 2011; 41: 1481-8.
12. Perkins D, Lieberman J, Gu H, Tohen M, McEvoy J, Green A, et al. Predictors of antipsychotic treatment response in patients with first-episode schizophrenia, schizoaffective and schizophreniform disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 18-24.
13. Harrow M, Jobe TH, Faull RN. Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20-year longitudinal study. *Psychol Med* 2012; Feb 17 (Epub ahead of print).
14. Morrison AP, Hutton P, Wardle M, Spencer H, Barratt S, Brabban A, et al. Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: an exploratory trial. *Psychol Med* 2012; 42: 1049-56.
15. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 717-24.