

# Fazy zwiastunowe psychoz Nowa jednostka diagnostyczna w klasyfikacjach ICD-11 i DSM-5? Za

Joachim Klosterkötter

*Nervenarzt* 2012 83:658–659

Czerpiąc z definicji objawów prodromalnych i schizotypii obecnych w klasyfikacji DSM i wychodząc od fenomenologicznej charakterystyki objawów prodromalnych, w ciągu ostatnich 20 lat ustalono kryteria opisujące „ryzykowny stan psychiczny” (at risk mental state, ARMS). W Niemczech i na całym świecie jest to coraz częściej przedmiot zaawansowanych badań, w których oceniana jest jego wartość rokownicza wobec ryzyka wystąpienia pierwszego epizodu psychotycznego. W niedawno opublikowanej metaanalizie podsumowującej aktualny stan wiedzy stwierdzono, że średnie ryzyko wystąpienia psychozy przy spełnieniu tych kryteriów wynosi 18% w ciągu 6 miesięcy, 22% w ciągu roku, 29% w ciągu 2 lat i 36% w ciągu 3 lat, a przy przeciętnie 5-letnim okresie trwania fazy prodromalnej w kolejnych latach należy liczyć się z dalszym wzrostem ryzyka.<sup>1</sup> Uzyskano ponadto dane mogące wskazywać na potencjalne zmniejszenie odsetka przypadków wystąpienia pierwszego epizodu w stanach wysokiego ryzyka po zastosowaniu nowych interwencji terapeutycznych lub profilaktycznym włączeniu leków psychotropowych.<sup>2</sup> Dlatego amerykańscy przedstawiciele tego kierunku badań zaproponowali, aby poronne objawy psychotyczne (attenuated psychotic symptoms, APS) występujące w starej klasyfikacji DSM w ramach fazy prodromalnej, w 5 wydaniu klasyfikacji DSM wydzielić jako samodzielną jednostkę „zespołu ryzyka wystąpienia psychozy” (psychosis risk syndrome).

Powszechnie wiadomo, że na całym świecie do ośrodków zajmujących się diagnostyką pierwszego epizodu trafiają osoby z grupy ryzyka i cierpiące z powodu zaburzeń funkcji poznawczych, afektu oraz upośledzenia funkcjonowania psychospołecznego. Takie osoby zostają zakwalifikowane jako już chore i wymagające leczenia.<sup>2,3</sup> W związku z tym we wszystkich znaczących badaniach na temat profilaktyki chodzi zawsze jednocześnie zarówno o zredukowanie nasile-

nia objawów, jak i przywrócenie sprawności funkcjonowania społecznego. Jeżeli w przypadku nowej jednostki diagnostycznej wchodzi w grę tylko ocena ryzyka występowania i działania profilaktyczne, to oczywiście należy brać pod uwagę, że w ciągu kolejnych 3 lat ujawni się istotny odsetek wyników fałszywie dodatnich oraz związany z tym problem stygmatyzacji i działań niepożądanych w wyniku zastosowania niepotrzebnych interwencji. Umieszczenie jednostki w systemie diagnostycznym ma jednak tę zaletę, że pozwala przede wszystkim na uznanie rozpoznania przez płatnika systemu ochrony zdrowia i umożliwia prowadzenie rzetelnego leczenia. Z tego powodu w trakcie debaty nad klasyfikacją nie mówi się już o „zespolu ryzyka wystąpienia psychozy” (psychosis risk syndrome), ale o „zespolu poronnej psychozy” (attenuated psychosis syndrome) oraz dyskutowane są określenia podobne do kategorii opisującej schizotypię w ICD-10, takie jak „zaburzenie psychotypowe” (psychotypal disorder).<sup>3</sup>

Badacze z Niemiec i Europy doprowadzili do tego, że dla proponowanej kategorii klasyfikacji DSM wymagana jest obecność takich objawów, jak dyskomfort i skargi oraz upośledzenie funkcjonowania i poszukiwanie pomocy z powodu APS, co uzasadnia dążenia do wprowadzenia niezależnej jednostki diagnostycznej. Umieszczenie zespołu poronnej psychozy (attenuated psychosis syndrome) w klasyfikacjach DSM-5 i ICD-11 i wprowadzenie takiego rozpoznania do systemu opieki zdrowotnej powinno służyć przede wszystkim pacjentom i dawać prawo do uzyskania skutecznego leczenia. Ponadto byłby to z pewnością silny bodziec do planowania i prowadzenia nowych lokalnych i międzynarodowych badań w dziedzinie profilaktyki.

© Springer Medizin Verlag 2012: This article Prodrömalstadien von Psychosen; Geeignet als neue diagnostische Einheit in ICD-11 und DSM-5? – Pro by J. Klosterkötter is translated and reproduced with permission from Springer.

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Köln.

Adres do korespondencji: Univ.-Prof. Dr. J. Klosterkötter Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Köln, Kerpener Str. 62, 50924 Köln, Niemcy; e-mail: joachim.klosterkoetter@uk-koeln.de

Konflikt interesów: brak.

## Piśmiennictwo

1. Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al (2012) Predicting psychosis: a meta-analysis of evidence. *Arch Gen Psychiatry* 69:220-229
2. Klosterkötter J, Schultze-Lutter F, Bechdolf A, Ruhrmann S (2011) Prediction and

prevention of schizophrenia: what has been achieved and where to go next? *World Psychiatry* 10:165-174

3. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J (2010) Probably at risk, but certainly ill – advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V. *Schizophr Res* 120:23-37

# Fazy zwiastunowe psychoz Nowa jednostka diagnostyczna w klasyfikacjach ICD-11 i DSM-5? Przeciwn

Jörg M. Fegert

*Nervenarzt* 2012 83:659-660

Obecnie dyskutowana jest zasadność wprowadzenia tymczasowego rozpoznania „zespołu objawów poronnej psychozy” (attenuated psychotic symptoms syndrome, APS). Te objawy odpowiadają wcześniej omawianym objawom zespołu ryzyka wystąpienia pierwszego epizodu psychozy. W przypadku ICD-11 nie podjęto jeszcze decyzji o wprowadzeniu rozpoznania stanu prodromalnego, natomiast grupa pracująca nad klasyfikacją DSM żąda nawet na ten temat dyskusji.

Rzetelność predykcyjna klinicznych czynników ryzyka została dobrze zbadana (średnia czułość wynosi 0,81, swoistość 0,67, czułość dla objawów podstawowych 0,97, a swoistość 0,59<sup>1</sup>). Skąd więc kontrowersje? Przedmiotem dyskusji nie może być wątpliwość dotycząca potrzeby rozpoznawania stanu zwiastunowego. Z reguły chodzi o to, czy trzeba opisywać fazę przejściową jako stan (chorobę), który wiąże się z pewną niepełnosprawnością (zagrożenie zaburzeniem lub upośledzeniem psychicznym według § 35a niemieckiej ustawy o pomocy dzieciom i młodzieży) oraz jakie miałyby to przynieść konsekwencje. W praktyce przywołuje się zdanie, że w systemie opieki zdrowotnej interwencja terapeutyczna może być finansowana tylko na podstawie rozpoznania. Obecnie ani w Stanach Zjednoczonych, ani w Europie zwykle nie dopuszcza się stosowania leków na podstawie wymiarowego ujęcia objawów, lecz na podstawie określonych jednostek (gorączka jest tu chętnie cytowanym wyjątkiem). W obliczu rosnącej wiedzy podstawowej kliniczna wiara w kategoriálně odrębne zespoły psychotyczne zanika.<sup>2</sup> Czy ryzyko stanu psychotycznego może być chorobą? Nawet w artykule „za” zaleca się określenia

właściwie ukierunkowanej prewencji. Zarówno interwencje psychospołeczne, jak i mono- oraz farmakoterapie skojarzone, których wartość według aktualnego piśmiennictwa jest mocno kontrowersyjna, wymagają sprawdzenia na modelach i w badaniach naukowych. Głównym celem jest więc tu, nie tak jak w badaniach klinicznych, redukcja nasilenia objawów, lecz spadek prawdopodobieństwa zachorowania. W badaniach dotyczących wczesnych interwencji grupą badaną są często osoby niepełnoletnie. Właśnie w przypadku takich osób, gdy wymagana jest dodatkowo zgoda opiekunów, ale także ogólnie przy interwencjach profilaktycznych u osób badanych (niebędących jednak pacjentami, gdy nie ma jeszcze ustalonego rozpoznania) inne są analizy kosztów i wyników niż podczas procedur leczniczych. W przypadku osób zdrowych z grupy ryzyka akceptowalny jest mniejszy stopień ryzyka i nasilenia objawów niepożądanych niż w przypadku leczenia, gdy działania niepożądane oceniane są w odniesieniu do skuteczności łagodzenia objawów choroby. Lokalne i europejskie przepisy prawa farmaceutycznego nie zezwalają, pomijając badania szczepionek, na ocenę skuteczności działań profilaktycznych w grupie jeszcze zdrowych dzieci i nastolatków.

Znajdujemy się w punkcie zwrotnym badań biologicznych w psychiatrii.<sup>3</sup> Wyniki badań translacyjnych wskazują na możliwość stosowania takich interwencji w celu zapobieżenia późniejszemu wybuchowi psychozy u małych dzieci. Powinniśmy zatem prowadzić dyskusję na temat założeń działań profilaktycznych, zindywidualizowanych i opartych na podstawach molekularnych, w grupie osób zdrowych obciążonych ryzykiem choroby. Wprowadzenie nowego rozpoznania tymczasowego

Adres do korespondencji: Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm, Niemcy;

e-mail: joerg.fegert@uniklinik-ulm.de

Konflikt interesów: brak

mogłoby być sposobem na zmniejszenie problemów związanych z wprowadzaniem nowych substancji leczniczych, jednak wywołałoby inne problemy, nie tylko związane ze stygmatyzacją. Dotąd każde obniżenie prognozy odciążenia w DSM wiązało się z medykacją, zwiększeniem statystyk zapadalności na choroby psychiczne i częstszym przepisywaniem leków psychotropowych w grupie dzieci i nastolatków.

Potrzebna jest dyskusja na temat ryzyka i swoistych wskazań<sup>4</sup> do podejmowania działań profilaktycznych. Zabiegi profilaktyczne, które próbuje się sprzedać pod hasłem „leczenie chorých”, nie prowadzą do uzyskania nowych danych naukowych, lecz raczej do poszerzenia rynku przemysłu farmaceutycznego.

© Springer Medizin Verlag 2012: This article Prodrömalstadien von Psychosen; Geeignet als neue diagnostische Einheit in ICD-11 und DSM-5? – Kontra by J.M. Fegert is translated and reproduced with permission from Springer.

## Piśmiennictwo

1. Chuma J, Mahadun P (2011) Predicting the development of schizophrenia in high-risk populations: systematic review of the predictive validity of prodromal criteria. *Br J Psych* 199:361-366
2. Maier W (2006) Do schizoaffective disorders exist at all?. *Acta Psychiatr Scand* 113:369-371
3. March JS, Fegert JM (2012) Drug development in pediatric psychiatry: current status, future trends. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 6:7 (online)
4. Mössner R, Schuhmacher A, Wagner M et al (2010) DAOA/G72 predicts the progression of prodromal syndromes to first episode psychosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 260:209-215

## KOMENTARZ

**Prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska**

I Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Najogólniej można powiedzieć, że zespół ryzyka psychozy opisuje osoby z subsyndromalnymi lub atenuowanymi objawami pozytywnymi z wysokim ryzykiem rozwoju w przyszłości pełnoobjawowej psychozy. Nazwy są nowe, ale koncepcja jest oparta na wynikach badań prowadzonych w ciągu minionych 15 lat w wielu ośrodkach na całym świecie. Nowa kategoria diagnostyczna obejmuje osoby, które określa się za pomocą terminów: „w ryzykownym stanie psychicznym”, „z wysokim ryzykiem rozwoju psychozy” oraz z „prawdopodobnym prodromem”.

Ostatnio, w wyniku podsumowania prowadzonych na świecie badań osób w ryzykownym stanie psychicznym, podkreśla się znaczenie ewolucji w czasie występujących u nich objawów. Często zmiana ta prowadzi do rozwoju psychozy (schizofrenii, choroby afektywnej dwubiegunowej, dużej depresji z objawami psychotycznymi), ale także innych zaburzeń, np. lękowych i osobowości typu borderline. Zatem ryzykowny stan psychiczny nie oznacza tylko ryzyka rozwoju psychozy, ale także innych zaburzeń psychicznych. Jak wynika z przeprowadzonych badań, ryzyko konwersji w psychozę w ciągu kilku lat dotyczy mniejszości pacjentów. Dostępne są także informacje wskazujące na możliwość, że ten stan i funkcjonowanie tych osób nie zmienia się przez następne lata ich życia, a nawet może ulec większej lub mniejszej poprawie.

Wskazanie grup ryzyka rozwoju określonych zaburzeń psychicznych daje możliwość zastosowania wczesnej, od-

powiedniej interwencji niosącej nadzieję na zatrzymanie progresji procesu chorobowego a czasami nawet na jego odwrócenie. Byłaby to ogromna szansa dla osób obciążonych ryzykiem rozwoju schizofrenii. Wyniki randomizowanych badań kontrolowanych oceniających skuteczność stosowanych w tej grupie interwencji terapeutycznych (farmakologicznych, psychoterapeutycznych) nie są jednak spójne. Również na podstawie przeglądów systematycznych i metaanaliz nie udało się sformułować konstruktywnych wniosków, głównie z powodu zbyt małej liczby poprawnych metodologicznie randomizowanych badań kontrolowanych. Dopiero ostatnia z dostępnych metaanaliz, opublikowana w 2010 roku, autorstwa A. Preti i M. Cella, wskazuje na istotną redukcję ryzyka konwersji w psychozę wśród osób z grupy ryzykownego stanu psychicznego, w której stosowano swoiste interwencje terapeutyczne w porównaniu z grupą kontrolną, poddaną tylko obserwacji i monitorowaniu stanu psychicznego.

Przeciwnicy koncepcji stanu wysokiego ryzyka rozwoju psychozy krytykują fenomenologiczny punkt widzenia leżący u podstaw tego konstruktów. Niski wskaźnik konwersji w psychozę w ciągu kilku lat może wskazywać, że opis stanu ryzyka rozwoju psychozy jest błędny lub niedoskonały, więc rozwiązanie problemu opartego na nim będzie błędne lub bezwartościowe.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne rozważając wprowadzenie do piątej edycji *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* nowej kategorii diagnostycznej nazwanej zespołem ryzyka psychozy (psychosis risk syndrome) podaje wiele argumentów przemawiających za jego włączeniem do nowej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Pacjent może otrzymać diagnozę, bo spełnia kryteria obecnie występujących zaburzeń, jest obciążony poważnym ryzykiem znacznie poważniejszej choroby w przyszłości, a do tej pory nie ma w DSM-IV diagnozy

obejmującej pacjentów z określonymi objawami (podprogowymi) lub ryzykiem rozwoju psychozy w przyszłości, diagnoza ta jest realna i częściowo zwalidowana, przede wszystkim w badaniach naukowych, a ponadto kodyfikacja w DSM-V będzie promować leczenie i badania, a także dawać możliwości prewencji o zadowalającej wartości i jakości, które będą pomocne w stworzeniu przewodnika leczenia tej grupy pacjentów.

Powołana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne grupa ekspertów – DSM-5 Task Force – zamieściła na stronach internetowych propozycję kryteriów rozpoznawania tego zespołu jako nowej proponowanej diagnozy. Eksperti z DSM-5 Task Force zaprosili również do szerokiej dyskusji nad tą propozycją. Wynika z niej, że wielu badaczy i praktyków uważa ją za kontrowersyjne rozwiązanie. Kontrowersję budzi już sama nazwa zespołu, ponieważ u pacjentów spełniających kryteria tego rozpoznania występują już pewne objawy psychopatologiczne, a nie tylko ich ryzyko. Poza tym z przeprowadzonych dotychczas badań wynika, że u części chorych z objawami ujętymi w kryteriach diagnostycznych omawianego zespołu występuje ryzyko rozwoju innych niż psychotyczne zaburzeń psychicznych. Sugerowano też zmianę nazwy na „zespół łagodnych objawów psychotycznych” (attenuated psychotic symptoms syndrome, APS syndrome). Porównywano koncepcję zespołu ryzyka psychozy do konstruktu

łagodnych zaburzeń poznawczych, przy rozpoznawaniu których nie wspomina się o ryzyku rozwoju otępienia. Inni dyskutanci uważają, że niezależnie od tego, czy w nazwie znajdzie się słowo „ryzyko”, czy też nie, wiadomo, że jest ono realne, a wielu pacjentów i członków ich rodzin podejrzewa ryzyko wystąpienia psychozy i obawia się go. Z drugiej strony trudno nie przyznać, że istnieją realne powody protestu niektórych klinicystów oraz petycji psychologów w sprawie wprowadzenia omawianego zespołu do nowej edycji DSM. Wielu z nich, w tym także ja, uważają, że jest to działanie przedwczesne, niemające dostatecznych podstaw empirycznych. Może ono jednak spowodować znaczący wzrost liczby osób z diagnozą psychiatryczną, wczesną ich stygmatyzację, niepotrzebne leczenie farmakologiczne oraz stres związany z przyklejeniem etykiety osoby chorej psychicznie, a także odrzucenia społeczne. Na razie nie mamy też dostatecznych danych, aby tylko na podstawie obrazu zaburzeń prepsychotycznych wnioskować o stopniu ryzyka konwersji w psychozę. Najpewniejsze dane dotyczą stosunkowo łatwego do oceny – istotnego pogorszenia funkcjonowania, trudniejszego – narastających deficytów poznawczych i najtrudniejszego do rutynowej realizacji – wykrycia swoistych zmian w neuroobrazowaniu. Z drugiej strony jestem wielką zwolenniczką dalszych badań nad tym zagadnieniem, bo ciągle upatruję w nich szansy na profilaktykę psychoz.