

Interwencje dostosowane do stadium i zaspokajanie potrzeb we wczesnej psychozie

Staging intervention and meeting needs in early psychosis

RAIMO K.R. SALOKANGAS

Department of Psychiatry, University of Turku, Psychiatric Clinic,
Turku University Central Hospital, Turku, Finlandia

Koncepcję Kraepelina, aby wynik leczenia przyjąć za kryterium diagnostyczne *dementia praecox*, co spowodowało, że rokowanie w tym schorzeniu z definicji rysowało się w ciemnych barwach, krytykowano od samego początku. Bleuler [1] bronił poglądu, że rozpoznanie schizofrenii powinno być ustalane na początku choroby tak, by pacjent ze schizofrenią miał możliwość powrotu do zdrowia bez retrospektywnej powtórnej diagnozy. Podejście bleulerowskie wzbogacone o freudowskie elementy psychodynamiczne doprowadziło do poszerzenia pojęcia schizofrenii, co jednak w rezultacie dało nierzetelne rozpoznania schizofrenii. W odpowiedzi na tę niemożliwą do utrzymania sytuację, opracowano neo-kraepelinowską klasyfikację diagnostyczną DSM-III, a wynik leczenia znowu stał się kryterium diagnostycznym. Dla wczesnej interwencji ta reforma diagnostyczna oznaczała pogorszenie sytuacji, ponieważ klinicyści musieli długo czekać, zanim możliwe było potwierdzenie trafności rozpoznania i podjęcie interwencji opartej na dowodach.

Aby przezwyciężyć ową niekorzystną sytuację spowodowaną przez obecną kliniczną praktykę diagnostyczną, McGorry i wsp. proponują koncentrować się nie na schizofrenii, lecz na wszystkich (funkcjonalnych) zaburzeniach psychotycznych, traktując ich rozwój jako kolejne stadia – od stanu ryzyka, poprzez pierwszy epizod, do powrotu do zdrowia lub okresu krytycznego. Z punktu widzenia wczesnej interwencji owo diagnozowanie stadiów psychozy jest uzasadnione. Tylko u niewielkiego ułamka pacjentów z grupy ultra-wysokiego ryzyka, u których wystąpi psychoza, w miarę postępu choroby zostanie rozpoznana schizofrenia. Z wczesną i kompleksową interwencją można by dotrzeć do pacjentów w stadium przed-psychotycznym i być może zapobiec ich obsunięciu się w psychozę lub je opóźnić. Pacjenci tacy mogą mieć dość poważne objawy (subkliniczne lub subsyndromalne) i wykazywać pogorszenie funkcjonalne: wprawdzie nie spełniają kryteriów diagnozy klinicznej, lecz ponieważ mogą zachorować na różnego typu psychozy, wymagają szerszego zakresu umiejętności klinicznych niż te, które są potrzebne w leczeniu pacjentów ze stwierdzoną schizofrenią. W rzeczywistości, opieka nad pacjentami ultra-wysokiego ryzyka przebiega według zasad podejścia wymiarowego, koncentrując się na leczeniu różnych objawów i deficytów funkcjonalnych, bez czekania na diagnozę strukturalną. Myślenie profilaktyczne jest charakterystyczne dla całego procesu wykrywania zaburzeń i dokonywania interwencji.

Stan ultra-wysokiego ryzyka, czyli późny początkowy stan prodromalny, jest obecnie dobrze zdefiniowany, istnieją też rzetelne narzędzia do wykrywania osób z grupy ultra-

wysokiego ryzyka, chociaż rozróżnienie między stanem ultra-wysokiego ryzyka (krótkotrwałe sporadyczne objawy psychotyczne) a krótkotrwałymi psychozami nie jest klarowne. Wczesny początkowy stan prodromalny, definiowany w kategoriach podstawowych objawów i poprzedzający późny początkowy okres prodromalny, może stanowić wcześniejsze stadium do interwencji psychospołecznej [2, 3]. Chociaż nie ma dotychczas powszechnej zgody co do tego, jak leczyć pacjentów z wczesnymi stanami prodromalnymi, kilka badań dotyczących interwencji wskazuje, że interwencje zarówno psychospołeczne, jak i farmakologiczne są obiecujące.

Zaskakujące, jak żarliwie autorzy bronią atypowych leków przeciwpsychotycznych wskazując na ich wyższość nad konwencjonalnymi. To prawda, że w programie badawczym EUFEST [4] liczba przypadków przerywania terapii była wyższa wśród pacjentów przyjmujących małe dawki haloperidolu niż wśród pacjentów leczonych atypowymi farmaceutykami. Było to jednak badanie otwarte, i jak stwierdzają jego autorzy, „oczekiwania psychiatrów mogły doprowadzić do tego, że leczenie haloperidolem było przerywane częściej”. Zarówno konwencjonalne, jak i atypowe leki przeciwpsychotyczne to grupy heterogeniczne i nie mamy dobrych badań porównujących różne leki przeciwpsychotyczne w leczeniu pacjentów zagrożonych psychozą lub z pierwszym epizodem schizofrenii. Kilka badań, w których jako leki porównawcze stosowano perfenazynę (CATIE) [5] lub kilka leków konwencjonalnych (CUTLASS) [6] wskazuje, że pod względem efektywności różnice między lekami konwencjonalnymi a atypowymi mogą być małe. Kiepska opinia konwencjonalnych neuroleptyków wynika głównie z wysokich dawek dziennych, jakie przepisywano pacjentom. Kiedy w podejściu polegającym na diagnozowaniu stadiów klinicznych mówi się o psychozach zamiast o schizofrenii, ma to na celu zmniejszenie stygmatyzacji związanej z pojęciem schizofrenii. Tę samą strategię można zastosować do nazw leków atypowych. Jak powiadają autorzy, paradoksem jest to, że leki przeciwpsychotyczne są szeroko stosowane w leczeniu pacjentów w fazie prodromalnej, natomiast nie są dozwolone w próbach klinicznych. Zmieniając nazwy leków z przeciwpsychotycznych z powrotem na neuroleptyczne będzie można w dużej mierze przezwyciężyć lęki związane z pojęciem psychozy i stosowaniem farmakoterapii.

Badania nad interwencją pokazały, że nawet w optymalnych warunkach można tylko częściowo zapobiec psychozom, w tym schizofrenii. Na poziomie społeczności jednak można skrócić czas trwania nieleczonych psychoz [7]. Jest to jedno z najważniejszych osiągnięć podejścia zorien-

towanego na wczesne wykrywanie i interwencję. Tym niemniej, potrzeba kompleksowej opieki jest nadal znaczna. Na podstawie swoich badań i długoletniego doświadczenia Alanen [8] zaproponował koncepcję leczenia dostosowanego do potrzeb, które obejmuje pięć głównych elementów: (a) elastyczne oraz indywidualnie zaplanowane i przeprowadzane działania terapeutyczne; (b) postawę psychoterapeutyczną podczas badania diagnostycznego i leczenia; (c) różne podejścia terapeutyczne powinny się wzajemnie uzupełniać, a nie zastępować; (d) w leczeniu powinno się osiągnąć i utrzymywać proces ciągłej interakcji; oraz (e) trzeba przeprowadzać badanie katamnesticzne poszczególnych pacjentów i skuteczności ich leczenia. Ponadto, w leczeniu dostosowanym do potrzeb podkreśla się, że potrzeby poszczególnych pacjentów mogą się zmieniać. System leczenia powinien być wrażliwy na te zmiany i dążyć do kompleksowego zaspokajania obecnych potrzeb. Oznacza to również, że potrzeba opieki może utrzymywać się dłużej, wykraczając poza tak zwany okres krytyczny.

Ważna jest też kwestia specjalnych klinik wczesnego wykrywania i interwencji. Większość pacjentów ze stanami prodromalnymi leczy się u lekarzy pierwszego kontaktu i/lub w rejonowych poradniach zdrowia psychicznego, w zależności od lokalnego systemu opieki zdrowotnej. Oznacza to, że wszystkie zespoły kontaktujące się z pacjentami, którzy mają problemy psychiczne, powinny być świadome możliwości psychozy i starać się o przeprowadzanie badań przesiewowych i diagnostycznych pacjentów również pod tym kątem. Specjalistyczne kliniki mają do czynienia tylko z (niewielkim) odsetkiem pacjen-

tów zagrożonych psychozą, lecz mają do odegrania ważną rolę w zakresie edukowania społeczeństwa oraz kształcenia innych zespołów.

PIŚMIENNICTWO

1. Bleuler E. *Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien*. New York: International University Press, 1911/1950.
2. Schultze-Lutter F, Ruhrmann S, Berning J et al. Basic symptoms and ultra-high risk criteria: symptom development in the initial prodromal state. *Schizophr Bull* (in press).
3. Bechdolf A, Wagner M, Veith V et al. A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy in the early initial prodromal state of psychosis. *Schizophr Res* 2006; 81 (Suppl.): 22–3.
4. Kahn RS, Fleischhacker WW, Boter H et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in first episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet* 2008; 371: 1085–97.
5. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005; 353: 1209–23.
6. Jones PB, Barnes TR, Davies L et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second- vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 1079–87.
7. Friis S, Vaglum P, Haahr U et al. Effect of an early detection programme on duration of untreated psychosis: part of the Scandinavian TIPS study. *Br J Psychiatry* 2005; 187 (Suppl. 48): s 29–s 32.
8. Alanen YO. *Schizophrenia. Its origins and need-adapted treatment*. Exeter: Karnac Books, 1997.

Zrozumienie patofizjologii kluczem do powiązania stadiów klinicznych z ukierunkowaną farmakoterapią

Understanding pathophysiology is crucial in linking clinical staging to targeted therapeutics

OLIVER D. HOWES^{1,2}, PHILIP K. MCGUIRE¹, SHITIJ KAPUR¹

¹Institute of Psychiatry, King's College London, Camberwell, UK

²PET Psychiatry Unit, MRC Clinical Sciences Centre, Hammersmith Hospital, London, UK

McGorry i wsp. w Melbourne, wraz z doborową grupą innych zespołów z całego świata walnie przyczynili się do zmiany paradygmatu w podejściu do schizofrenii w ciągu ostatnich mniej więcej piętnastu lat. W chorobę spostrzeżoną jako nieubłagane pogarszającą się tchnęli nową nadzieję, uzyskując nowe dane i dając nowy optymizm terapeutyczny. Środowisko naukowe i klinicyści zareagowali na ich koncepcję. Szybki przegląd bazy danych PubMed pokazuje, że od roku 1993, kiedy to ukazały się pierwsze artykuły z hasłem „wczesna interwencja w schizofrenii” w tytule, opublikowano co najmniej 480 prac na ten temat, podczas gdy do roku 1992 były 22 takie publikacje. Na całym świecie w opiece psychiatrycznej dokonano rekonfiguracji, zainwestowano w powstanie zespołów wczesnej interwencji dla psychoz, nastąpiła też eksplozja badań nau-

kowych w tym obszarze. Oczywiście, w tym samym okresie miały miejsce inne zdarzenia, które przyczyniły się do optymizmu klinicznego i badawczego – na przykład, osiągnięcia badań neurobiologicznych, czy wprowadzenie nowych środków terapeutycznych – lecz niewiele innych czynników miało tak bezpośredni wpływ na sferę kliniczną i badawczą. McGorry i wsp. w swoim artykule opublikowanym w tym numerze pokazują, że nadal pełnią nadają ton ewolucji myślenia w badaniach naukowych i praktyce klinicznej w tej dziedzinie.

Na refleksję zasługuje kwestia, jak coś, co jeszcze niedawno było nie do pomyślenia – profilaktyka schizofrenii – stało się wyobrażalne, chociaż jeszcze nieosiągalne. Obecnie możemy dążyć najwyżej do profilaktyki wtórnej, czyli interwencji skierowanej do osób już mających objawy