

Od redaktora naczelnego

O użyteczności koncepcji stanów pre-psychotycznych, nawiązując do koncepcji choroby piętrowo-dyssolucyjnej

The usefulness of the concept of pre-psychotic states, with reference to concept of dissolutional disease

Andrzej Czernikiewicz

Najnowszy numer *Current Problems of Psychiatry (CPP)* przynosi wiele zróżnicowanych artykułów, poruszając się pomiędzy tematyką fantastyki naukowej, a narcyzmem u osób uzależnionych od telefonu komórkowego, natomiast zadaniem redaktora naczelnego jest wybranie artykułu, który jest najbliższy jego ostatnim projektom badawczym.

Jest nim praca autorstwa Anety Perzyńskiej-Starkiewicz i Janusza Perzyńskiego zatytułowana „O istocie choroby piętrowo-dyssolucyjnej”, a szczególnie część tej pracy zogniskowana na stanach pre-psychotycznych i potrzebie wczesnej, a jednocześnie trafnej diagnozy tej psychozy. *„Tym co jest niezbędne to nie diagnoza wczesnej schizofrenii, ale diagnoza prepsychotycznej schizofrenii. Musimy się nauczyć rozpoznawać te stany umysłu, które rozwiną się w schizofrenię, jeśli nie zostaną podjęte próby zapobiegania deterioracji”* [Maeres 1959]. Ta sentencja zamieszczona w pracy australijskiego psychiatry Maeresa, zbliżona na koncepcji „wczesnej schizofrenii” Prof. Mieczysława Kaczyńskiego, jest nadal aktualnym wyzwaniem wielu psychiatrów [1, 2].

Koncepcja stanów pre-psychotycznych jest niesłychanie istotna, chociażby ze względu na to, że okres nieleczzonej psychozy determinuje znacząco dalsze rokowanie [3]. Specyficzna interwencja w stanie pre-psychotycznym, zaliczana do metod prewencji farmakologicznej to *„...celowana prewencja dotycząca osób wysokiego ryzyka u których można stwierdzić minimalne objawy zwiastujące objawy specyficznego zaburzenia psychicznego lub biologiczne markery tego zaburzenia ... a jednocześnie osoby tej nie można potwierdzić przy użyciu kryteriów diagnostycznych tego zaburzenia...”* [1]. Potencjalne korzystne efekty diagnozy przed wybuchem psychozy i związanej z tym interwencji to przede wszystkim skrócenie okresu nieleczzonej psychozy (duration of untreated psychosis – DUP) i stworzenie bazy do dalszych interwencji biopsychosocjalnych.

Koncepcja stanu pre-psychotycznego łączy się również z potencjalnymi zagrożeniami, związanymi z błędną diagnozą, a więc i interwencją terapeutyczną u osób, u których nie dojdzie do konwersji ze stanu pre-psychotycznego w psychozę. Te potencjalne, negatywne efekty takiej specyficznej interwencji to: stygmatyzacja osób pre-psychotycznych, ale i ich rodzin, narażanie tych osób na objawy uboczne stosowanych leków, czy wreszcie „postawa unikowa” samych potencjalnych chorych i ich bliskich

obawiających się, że dalsza nauka, podjęcie pracy, czy plany założenia rodziny, mogą być stresogenne i doprowadzić do konwersji w psychozę [4].

Koncepcja „ultra high risk syndrome” (UHR) jest koncepcją stworzenia jednolitej bazy diagnostycznej dla osób o bardzo dużym ryzyku przejścia w psychozę, zbliżonej do tego co M. Kaczyński opisywał jako stany prepsychotyczne. Koncepcja ta została stworzona prawie dwie dekady temu przez McGorry’ego i współpracowników dla potrzeb ośrodka EPPIC w Melbourne [1]. Diagnoza ryzyka konwersji ze stanu pre-psychozy daje szansę właściwej predykcji rzędu 20-40% w badaniach krótkoterminowych, ale aż 80% w badaniach długoterminowych [5]. Jest to więc szansa kilkadziesiąt razy większa niż w populacji ogólnej! Przyjęcie zbliżonych do kryteriów UHR koncepcji objawów podstawowych zawartych w skali bońskiej objawów podstawowych (BSABS) znacząco uwiarygodnia koncepcję pre-psychozy: wystąpienia przynajmniej jednego objawu podstawowego predykowało w wieloletnim badaniu przejście w psychozę u ok. 2/3 probandów, podczas, gdy w grupie wysokiego ryzyka, ale bez wystąpienia przynajmniej jednego objawu podstawowego, ryzyko konwersji w psychozę dotyczyło zaledwie 2 z 48 probandów [6].

Wydaje się, nie tylko w oparciu o koncepcję UHR, ale również na podstawie naturalistycznych badań czynników ryzyka, że opierając się na kryteriach UHR najsilniejszymi predyktorami przejścia w psychozę są te czynniki, które są zawarte w grupie subkryteriów „typu stanu i cechy”, a więc pogorszenie funkcjonowania psychosocjalnego i genetyczne czynniki ryzyka [7]. Z kolei autorzy omawianej pracy w CPP skupiają się w niej na deficytach emocjonalnych i zmianach charakterologicznych. Obecne dyskusje ekspertów do utworzenia DSM-V rozważają trzy możliwości co do dalszych losów diagnostycznych stanu pre-psychotycznego opisywanego obecnie jako „Attenuated Psychosis Risk Syndrome” (APRS). Tak więc możliwe jest: (a) włączenie definicji „Attenuated Psychosis Risk Syndrome” do DSM-V; (b) wykluczenie „Attenuated Psychosis Risk Syndrome” z DSM-V i wreszcie (c) utworzenie w oparciu o „Attenuated Psychosis Risk Syndrome” nowej jednostki diagnostycznej obejmującej definicję zaburzenia *per se*, a nie „diagnozy syndromu ryzyka” [5]. Wydaje się, że na chwilę obecną APRS spełnia nadzieję na „relatywną” trafność diagnostyczną osób u których istnieje duże ryzyko przejścia w psychozę w cza-

sie kilku tygodni – kilku lat. Możemy obecnie stwierdzić, że osoby z UHR / APRS, ale także ze stanami prepsychotycznymi wg M. Kaczyńskiego opisywanymi w pracy z najnowszego numeru CPO wykazują pewne „typowe” objawy i wymagają opieki, mają wielokrotnie (20X-40X) większe ryzyko zachorowania na psychozę w „krótkim” czasie i wymagają terapii w zakresie obecnych problemów psychicznych i terapii celem zapobiegania rozwojowi psychozy.

Literatura

1. Edwards J., McGorry P.: Implementing early intervention in psychosis. Martin Dunitz, London, 2002
2. Kaczyński M.: Badania zespołowe nad wczesną schizofrenią. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska* 1959; sec. D, XIV: 233-247.
3. Van Os, J., Kapur S.: Schizophrenia. *Lancet* 2009; 374:635-645
4. Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., McGorry P.D.: Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophr Res* 2004; 67:131-142.
5. Nelson B., Yung A.R.: Should a Risk Syndrome for First Episode Psychosis be Included in the DSM-5? *Curr Opin Psychiatry*. 2011; 24(2): 128-133.
6. Klosterkötter J., Hellmich M., Steinmeyer E.M., Schultze-Lutter F.: Diagnosing schizophrenia in the initial prodromal phase. *Arch Gen Psychiatry* 2001; 58:158-164.
7. Cannon T.D., Cadenhead K., Cornblatt B., i wsp.: Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:28-37.