

Zastosowanie psychoterapii u osób z ryzykiem psychozy i we wczesnej psychozie

Psychotherapy in people at a high risk of psychosis and those with early psychosis

Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katowice, Polska

Adres do korespondencji: Dr Igor Pietkiewicz, Centrum Badań nad Traumą i Dysocjacją, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, ul. Techników 9, 40-326 Katowice, e-mail: ipietkiewicz@swps.edu.pl

Streszczenie

W ostatnich latach wzrasta świadomość, jak ważne są wczesne rozpoczęcie leczenia psychozy i podejmowanie interwencji prewencyjnych, w których coraz większą rolę odgrywa psychoterapia. Skuteczność psychoterapii w zapobieganiu progresji choroby od prodromu do pierwszego epizodu jest podobna do skuteczności farmakoterapii. Najwięcej danych otrzymano w odniesieniu do terapii poznawczo-behawioralnej, chociaż w psychoterapii zaburzeń z kręgu schizofrenii znajdują zastosowanie również inne, coraz liczniejsze podejścia terapeutyczne. Istotnym elementem prewencji jest też zajmowanie się objawami i trudnościami związanymi z doświadczeniami urazowymi, przykładowo użycie metod terapii skoncentrowanych na traumie. Pierwszy epizod psychozy to czas, kiedy intensywne programy wczesnej interwencji przynoszą najwięcej korzyści. Programy te obejmują różne formy oddziaływań terapeutycznych, a farmakoterapia nie zawsze jest niezbędna. Pojawiają się coraz to nowe doniesienia na temat stosowania w pierwszym epizodzie psychozy terapii indywidualnej różnych modalności: terapii poznawczo-behawioralnej, terapii „trzeciej fali” – terapii opartej na uważności (*mindfulness-based therapy for psychosis*, MBT) oraz terapii akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT), a także terapii bazujących na koncepcji metapoznania. Według licznych doniesień interwencje rodzinne wyraźnie zmniejszają ryzyko nawrotów i ponownej hospitalizacji we wczesnej psychozie. Istotnym i rozwijającym się obecnie obszarem badań jest znaczenie traumy – również traumy związanej z samą chorobą i leczeniem – w pierwszym epizodzie psychozy. Rozpoznawanie i leczenie objawów traumy następcza profesjonalistom trudności, co wynika z niewystarczającego szkolenia i braku zaleceń klinicznych.

Słowa kluczowe: wczesna psychoza, ryzyko zachorowania, schizofrenia, trauma, psychoterapia

Abstract

Recent years have witnessed a growing awareness of the importance of early treatment of psychosis and preventive interventions, in which psychotherapy plays an increasing role. The effectiveness of psychotherapy in preventing disease progression from prodromes to the first episode is similar to that of pharmacotherapy. The majority of collected data refer to cognitive behavioural therapy, although other, increasingly numerous therapeutic approaches are also used in the treatment of schizophrenic disorders. Dealing with the symptoms and difficulties associated with traumatic experiences, e.g. by using trauma-focused therapeutic methods, is also an important element of prevention. The first episode of psychosis is the time when intensive programs of early intervention bring the most benefit. These programs encompass various forms of therapeutic interventions, and pharmacotherapy is not always necessary. There is a growing number of reports on the use of different modalities of individualised therapy, such as cognitive behavioural therapy, “third wave therapy” – mindfulness-based therapy for psychosis (MBT), acceptance and commitment therapy (ACT), as well as metacognitive therapies, in the first episode of psychosis. Many reports indicate that family interventions clearly reduce the risk of recurrence and re-hospitalisation in early psychosis. The role of trauma, including the one associated with the disease itself and the treatment used, in the first episode of psychosis, is an important and currently developing area of research. The diagnosis and treatment of the symptoms of trauma pose difficulty for professionals, which is due to inadequate training and the lack of clinical recommendations.

Keywords: early psychosis, risk of psychosis, schizophrenia, trauma, psychotherapy

Znaczenie psychoterapii w leczeniu zaburzeń z kręgu schizofrenii wydaje się systematycznie wzrastać. Z jednej strony wdrażanie paradygmatu zdrowienia (*recovery*) zachęca wiele osób z doświadczeniem psychozy do aktywnego poszukiwania dróg prowadzących do poprawy lub całkowitego wyzdrowienia. Z drugiej strony w ostatnich latach mamy do czynienia z dynamicznym rozwojem podejść terapeutycznych i badań nad zastosowaniem psychoterapii w leczeniu psychoz, co sprawia, że możliwości leczenia wydają się coraz większe. Staje się jasne, że pacjenci ze spektrum schizofrenii stanowią bardzo niejednorodną grupę, więc skuteczne leczenie wymaga dokładnego rozpoznania indywidualnej sytuacji i zaproponowania terapii skrojonej na miarę możliwości, sytuacji życiowej i objawów konkretnej osoby. Podejście to, nazywane leczeniem dostosowanym do potrzeb (*need-adapted treatment*), zostało zaproponowane w ramach modelu opieki psychiatrycznej wypracowanego w Finlandii (Alanen, 2018).

STAN RYZYKA ROZWOJU PSYCHOZY

W ostatnich kilkudziesięciu latach akcent w leczeniu zaburzeń z kręgu schizofrenii przesuwają się na wczesny okres zachorowania, co wiąże się z koncepcją fazowości chorowania, zaproponowaną przez McGorry'ego i wsp. (2007). Zakłada ona, że chorowanie nie jest statycznym stanem, ale dynamicznym procesem, który rozwija się od prodromu psychozy, rozumianej tutaj jako zaburzenie ze spektrum schizofrenii – *ultra-high risk*, UHR albo *at risk mental state*, ARMS, albo *clinical high risk*, CHR (Sentissi *et al.*, 2017), gdzie obecne są niespecyficzne i łagodne objawy (faza 1a lub 1b), przez pierwszy epizod psychozy (faza 2), aż do dalszego przebiegu z niepełną remisją (faza 3a), nawracającymi epizodami (faza 3b i 3c) bądź ciężkimi objawami, nieustępującymi mimo leczenia (faza 4). Fazowość leczenia zakłada, że interwencje powinny być dostosowane do etapu i zaczynać się od takich, które niosą najmniejsze ryzyko działań niepożądanych i są dla pacjenta najłatwiejsze do zaakceptowania.

Fusar-Poli i wsp. (2012) w swojej metaanalizie wskazują, że zastosowanie leków przeciwpsychotycznych w grupie wysokiego ryzyka zmniejsza odsetek osób, u których wystąpi pierwszy epizod psychozy (do 22,9% w stosunku do 36,5% wśród osób bez farmakoterapii). McGorry i wsp. (2002) podkreślają jednak, że duży odsetek pacjentów (nawet około 60%) rezygnuje z leczenia lub nie przestrzega zaleceń, przez co farmakoterapia nie przynosi długotrwałych efektów i niewystarczająco zapobiega rozwojowi choroby. Istnieją też poważne wątpliwości natury etycznej co do prowadzenia farmakoterapii przeciwpsychotycznej, niosącej różne ryzyka zdrowotne, bez jednoznacznych wskazań medycznych. Z metaanalizy Huttona i Taylora (2014) wynika, że ryzyko rozwoju psychozy u osób z grupy UHR, które korzystają z odpowiedniej psychoterapii (np. terapii poznawczo-behawioralnej – *cognitive behavioural therapy*, CBT), wynosi 24,9%, a więc niemal tyle samo, co w przypadku pacjentów poddanych farmakoterapii. Najwięcej badań dotyczy

CBT, a ich metaanaliza jednoznacznie wskazuje na skuteczność tej strategii w zmniejszaniu ryzyka rozwoju psychozy w grupie wysokiego ryzyka (Hutton i Taylor, 2014). Badano również skuteczność CBT w porównaniu z placebo w grupie UHR i stwierdzono, że w ciągu 6 miesięcy tylko 6% pacjentów korzystających z terapii rozwinęło psychozę – w porównaniu z 26% pacjentów, którzy byli jedynie monitorowani (Morrison *et al.*, 2004). CBT wydaje się zatem mieć wyraźny wpływ na dalszy przebieg choroby u osób z grupy ryzyka psychozy (Pawelczyk *et al.*, 2010). Oceniano także skuteczność zintegrowanego programu leczenia, obejmującego CBT, trening umiejętności społecznych (*social skills training*, SST) i psychoedukację wielorodzinną, który istotnie zmniejszał częstość progresji stanu prodromalnego do pierwszego epizodu psychozy. Po roku progresja nastąpiła zaledwie u 3,2% pacjentów poddanych leczeniu – w porównaniu z 16,9% w grupie korzystającej jedynie z porad wspierających (Bechdolf *et al.*, 2012). Prowadzi to do wniosku, że podjęcie działań w okresie poprzedzającym pierwszy epizod psychozy jest głęboko uzasadnione, a głównym elementem są tu oddziaływania psychospołeczne.

W literaturze podkreśla się, że już w okresie prodromalnym zachodzą procesy charakterystyczne dla psychozy, m.in. nieprawidłowe uwydatnianie znaczeń (*aberrant salience*) – jeden z elementów powstawania przekonań urojeniowych (Howes i Murray, 2014). Na poziomie neurobiologicznym nieprawidłowości te związane są z nadmiernym uwalnianiem dopaminy w prążkowiu, co może wynikać z wcześniejszej sensytyzacji układu dopaminergicznego. Sensytyzacja powodowana jest przez czynniki biologiczne (infekcje w trakcie ciąży, niedotlenienie okołoporodowe i inne) lub środowiskowe (przewlekły stres, doświadczenia urazowe, bycie członkiem grupy mniejszościowej); wyjaśnia to, przynajmniej częściowo, związek między wydarzeniami żywotnymi a zachorowaniem na psychozę (Howes i Murray, 2014). Okres prodromalny jest więc czasem, gdy można zapobiec dalszej sensytyzacji układu dopaminergicznego przez zmianę schematów poznawczych pogłębiających doświadczany stres i redukcję wpływu stanów współchorobowych (zespołu stresu pourazowego, depresji) na funkcjonowanie jednostki. Według niektórych autorów jest to czas sprzyjający interwencji terapeutycznej, gdyż interpretacje pacjentów dotyczące wydarzeń i własnych doświadczeń są elastyczne i bardziej podatne na zmianę (van der Gaag *et al.*, 2019). Ponadto już wtedy można zauważyć deficyty metapoznawcze, co stwarza pole do zastosowania ukierunkowanej na nie terapii (Shakeel *et al.*, 2020). U osób z grupy UHR przeprowadzono jedno badanie terapii metapoznawczej, w którym stwierdzono poprawę w zakresie doświadczeń psychotycznych, objawów lękowych i depresyjnych oraz poprawę funkcjonowania (Parker *et al.*, 2020). Program terapeutyczny obejmował 12 sesji, a po 6 miesiącach od zakończenia oddziaływań efekty wciąż się utrzymywały.

Fusar-Poli i wsp. (2015) podkreślają, że stan prodromalny nie jest – wbrew nazwie – stanem ryzyka, tylko stanem chorobowym, który zasługuje na odrębne rozpoznanie.

Odpowiadający temu zespół łagodnej psychozy (*attenuated psychosis syndrome, APS*) został włączony do kryteriów badawczych DSM-5 (Galecki i Świącicki, 2015). Nawet u osób, u których nie dochodzi do progresji do jawnej psychozy, jest on związany z wyraźnym i długotrwałym pogorszeniem funkcjonowania (Brandizzi *et al.*, 2015). Osoby z APS również wymagają leczenia, które redukuje trudności w funkcjonowaniu interpersonalnym, akademickim i zawodowym – a więc zasadniczo oddziaływałyby psychoterapeutycznych lub treningowych. Obecnie coraz więcej badań pokazuje skuteczność różnego rodzaju interwencji, bez wyraźnego wskazania przewagi którejś z metod (Devoe *et al.*, 2019).

Innym ważnym obszarem interwencji terapeutycznej u osób z wysokim ryzykiem psychozy są objawy związane z traumą. Częstość doświadczeń urazowych w grupie ryzyka psychozy szacuje się na 87%; jest ona wyraźnie większa niż u osób zdrowych i podobna jak u osób z rozpoznaniem psychozy (Kraan *et al.*, 2015). Różne badania wskazują na związek doświadczeń urazowych z nasileniem objawów pozytywnych, afektywnych i poznawczych, a także z zaburzeniami percepcji (Loewy *et al.*, 2019; O'Connor *et al.*, 2019), choć nie we wszystkich badaniach zależności te są spójnie wykazywane (de Vos *et al.*, 2019). Zwraca się uwagę, że wpływ traumy na nasilenie objawów i poziom funkcjonowania pacjenta zależy od kilku czynników: dawki (czyli ilości), jakości i przewlekłości doświadczeń urazowych (Brew *et al.*, 2018). Doświadczenia te mogą się przyczynić do rozwoju psychozy przez negatywne schematy postrzegania siebie i innych oraz podejrzliwość (Kilcommons i Morrison, 2005). Appiah-Kusi i wsp. (2017) zwracają uwagę na emocjonalne zaniedbanie jako rodzaj doświadczenia urazowego najsilniej związany ze stanem prodromalnym; czynnikiem pośredniczącym jest tu negatywny obraz siebie. Niemniej dowody na związek doświadczeń urazowych z progresją stanu prodromalnego w kierunku psychozy nie są jednoznaczne (Peh *et al.*, 2019; de Vos *et al.*, 2019).

Kolejną istotną kwestią jest częstość występowania zespołu stresu pourazowego w grupie wysokiego ryzyka psychozy, wynosząca co najmniej 15%, podobnie jak w psychozie (Loewy *et al.*, 2019). Możliwymi interwencjami są terapie skoncentrowane na traumie (*trauma-focused therapy*): terapia poznawczobehawioralna skoncentrowana na traumie (*trauma-focused cognitive behavioural therapy, TF-CBT*), terapia przedłużonej ekspozycji lub EMDR (*eye movement desensitisation and reprocessing*). Obecnie brakuje jednak badań dotyczących zastosowania wymienionych interwencji u osób z traumą w wywiadzie i należących do grupy wysokiego ryzyka psychozy (Mayo *et al.*, 2017).

PROGRAMY WCZESNEJ INTERWENCJI

Pierwszy epizod psychozy wydaje się krytycznym momentem w przebiegu chorowania i leczenia i w dużej mierze wpływa na dalszą historię pacjenta. Chociaż cel programów

wczesnej interwencji stanowi maksymalne skrócenie czasu nieleczonej psychozy (*duration of untreated psychosis, DUP*), gdyż jest to uważane za czynnik prognostyczny związany z neurotoksycznością samej ostrej psychozy, obecne badania nie potwierdzają hipotezy neurotoksyczności – ani w odniesieniu do zmian strukturalnych (Gray *et al.*, 2011), ani do funkcji poznawczych (Bora *et al.*, 2018). Mimo to wielu profesjonalistów jest przekonanych o konieczności szybkiego wprowadzenia farmakoterapii i nie rozważa innych możliwości terapeutycznych.

Singh (2007) podaje, że określenie czasu nieleczonej psychozy może być bardzo problematyczne. Początek psychozy bywa trudny do uchwycenia, trudno też precyzyjnie ustalić, kiedy rozpoczyna się leczenie – czy od pierwszej dawki neuroleptyku, czy od dawki skutecznej, czy od hospitalizacji, czy może od wprowadzenia jakiegokolwiek interwencji, również niefarmakologicznej. Niektórzy uważają więc, że DUP jest raczej markerem typu przebiegu choroby niż czynnikiem prognostycznym (McGlashan, 1999). Ponieważ jednak badania wskazują na lepsze wyniki leczenia (szczególnie w odniesieniu do objawów negatywnych) u osób z krótszym okresem nieleczonej psychozy (Albert *et al.*, 2017), skrócenie tego czasu stało się celem większości programów wczesnej interwencji.

W wielu krajach, dzięki coraz lepszemu rozumieniu znaczenia wczesnej interwencji, rozwijały się w ostatnich kilkadziesiąt lat programy terapeutyczne, których celem jest zapewnienie kompleksowego leczenia we wczesnym okresie psychozy (zwykle określanym jako czas do trzech, a niekiedy do pięciu lat od zachorowania). Wykazano przewagę tych programów nad standardowym leczeniem (ograniczonym do interwencji farmakologicznej) w terapii pierwszego epizodu psychozy (Wright *et al.*, 2020). Są one prowadzone przez zespoły interdyscyplinarne i oprócz farmakoterapii obejmują terapię indywidualną, psychoedukację rodziny i wsparcie w kontynuacji nauki lub aktywności zawodowej. Pacjent zwykle korzysta z programu przez dwa do trzech lat, choć istnieją dane przemawiające za słuszością przedłużenia do pięciu lat, ze względu na lepsze wyniki długoterminowe (Albert *et al.*, 2017).

Jeśli chodzi o składowe wczesnej interwencji, to najwięcej badań skupia się na indywidualnej CBT w psychozie (pCBT) lub grupowym treningu umiejętności społecznych (*social skills training, SST*). Oddziaływania włączające rodzinę opierają się na psychoedukacji albo terapii, czasami w formie wielorodzinnej (*multi-family group, MFG*) (Bird *et al.*, 2010; Wright *et al.*, 2020). W tak skonstruowanej wczesnej interwencji leczenie jest tym skuteczniejsze, im bardziej jest zindywidualizowane. Dane z badań oceniających efekty programów dostarczają dowodów, że metody psychoterapeutyczne wyraźnie zwiększają skuteczność leczenia pierwszego epizodu psychozy. W związku z doniesieniami wskazującymi na to, że odroczenie farmakoterapii w pierwszym epizodzie psychozy nie jest szkodliwe (Bola *et al.*, 2012), w niektórych programach podejmowano decyzje o czasowym albo całkowitym wstrzymaniu się

od stosowania leków. Bola i wsp. (2009) dokonali przeglądu kilku modeli leczenia, wdrażanych w różnych krajach: Stanach Zjednoczonych (Rappaport's Agnews State Hospital i Soteria Project), Szwajcarii (Soteria Berne), Finlandii (Finnish Need-Adapted Treatment) oraz Szwecji (Parachute Project). Co najmniej jedna trzecia pacjentów uczestniczących w programach pozostawała bez leczenia farmakologicznego i korzystała jedynie z oddziaływań psychospołecznych, a pozostali przyjmowali tylko małe dawki leków. Wskazuje to na wykonalność i bezpieczeństwo programu leczenia, który u części pacjentów nie obejmuje farmakoterapii, lecz oferuje psychoterapię.

TERAPIA INDYWIDUALNA WE WCZESNEJ PSYCHOZIE

Oprócz podejść kompleksowych w pierwszym epizodzie psychozy badano również skuteczność pojedynczej strategii terapeutycznej. Najwięcej danych odnosi się do CBT. Według najnowszej metaanalizy skuteczność CBT we wczesnej psychozie dotyczy przede wszystkim objawów pozytywnych (White i Luther, 2017). Morrison (2009) twierdzi, że skuteczność CBT w pierwszym epizodzie psychozy wykazywana w niektórych badaniach jest niewielka lub żadna z powodu błędów metodologicznych i zastosowania we wczesnej schizofrenii podobnego protokołu leczenia jak w przypadku schizofrenii przewlekłej, bez uwzględnienia specyfiki etapu choroby. Jako szczególne cechy pierwszego epizodu autor wymienia niskie poczucie wartości, objawy stresu pourazowego (związane z samym epizodem psychozy i leczeniem) oraz objawy depresyjne. Chociaż przegląd badań na temat CBT w odniesieniu do objawów depresyjnych w schizofrenii (nie tylko wczesnej) wskazuje na pewną skuteczność oddziaływań (Taalman *et al.*, 2015), w najnowszym badaniu z udziałem pacjentów z pierwszym epizodem psychozy, u których włączono protokół CBT uwzględniający objawy depresyjne i poczucie wartości, nie wykazano żadnej zmiany (Sönmez *et al.*, 2020). Zaobserwowano jednak poprawę w zakresie objawów negatywnych i funkcjonowania społecznego. W przypadku grupowej CBT stosowanej we wczesnej psychozie istnieją przesłanki, które sugerują związek między nasileniem objawów psychotycznych a poczuciem wartości. Poprawa w jednym obszarze przekładała się na poprawę w drugim (Lecomte *et al.*, 2018).

Obecnie można zauważyć rozwój terapii, które w różnym stopniu nawiązują do CBT i są określane jako „trzecia fala” CBT. Do wspomnianego nurtu przypisuje się różne kierunki terapii, ale generalnie obejmuje on terapię opartą na uważności (*mindfulness-based therapy for psychosis*, MBT) oraz terapię akceptacji i zaangażowania (*acceptance and commitment therapy*, ACT). Metaanaliza wyników terapii „trzeciej fali” u pacjentów ze schizofrenią wskazuje na mały lub umiarkowany efekt w odniesieniu do redukcji objawów, z pewną przewagą metod opartych na uważności (Louise *et al.*, 2018). Leczenie miało też wpływ na objawy

depresyjne we wczesnej psychozie. Obecnie prowadzone jest wielośrodkowe badanie nad zastosowaniem ACT u osób z grupy UHR i w pierwszym epizodzie psychozy (Reininghaus *et al.*, 2019). Cele interwencji to redukcja dystresu związanego z objawami i zmniejszenie podatności na stres codziennego życia przez ustrukturyzowane interwencje. Jeśli wziąć pod uwagę nasilenie objawów, efekt ACT nie jest spektakularny, jednak autorzy wiążą to z celami terapii, która zmierza raczej do normalizacji objawów niż do redukcji ich nasilenia. Literatura wskazuje ponadto inne pozytywne efekty ACT, takie jak 38–50-procentowy spadek częstości ponownej hospitalizacji (Wakefield *et al.*, 2018).

Inne podejście do psychoz reprezentuje terapia oparta na koncepcji metapoznania lub mentalizacji. Metapoznanie obejmuje procesy rozpoznawania u siebie i innych osób różnych stanów psychicznych, wnioskowania na ich temat (np. znajdowania związków przyczynowo-skutkowych między myślami, emocjami a wydarzeniami) oraz przyjmowania krytycznej postawy wobec własnych przekonań, wynikającej ze świadomości, że są one subiektywne i mogą być odmienne u różnych ludzi (Dimaggio i Lysaker, 2015). Złożone rozumienie siebie i innych pozwala pacjentom sprawniej poruszać się w sytuacjach społecznych. Mentalizacja to pojęcie o zakresie znaczeniowym zbliżonym do metapoznania, które jednak rozwinięto w kontekście terapii zaburzeń osobowości. Odnosi się ono do załamania zdolności refleksyjnego myślenia w związku z aktywacją problemów dotyczących przywiązania, przykładowo w sytuacji odrzucenia (Allen *et al.*, 2014). Trudności w metapoznaniu i mentalizacji są jedną z przyczyn małej efektywności interwencji poznawczych, co udokumentowano w grupie pacjentów z zaburzeniami osobowości (Burke i Segrin, 2014). Mogą być przeszkodą w efektywnym prowadzeniu zarówno terapii poznawczo-behawioralnej, jak i terapii psychodynamicznych (interpretacja dostrzeganej przez terapeutę złości pacjenta jako przeniesionej z postaci ojca będzie mało użyteczna, jeśli pacjent nie jest świadomy swojej złości). U osób z rozpoznaniem schizofrenii wykazano związek między metapoznaniem a poprawą funkcjonalną, co uzasadnia zastosowanie terapii opartych na tym koncepcie (Davies i Greenwood, 2018).

Dotychczas stworzono kilka programów terapeutycznych ukierunkowanych na poprawę metapoznania (Lysaker *et al.*, 2018) lub mentalizacji (Weijers *et al.*, 2020), lecz przeprowadzono niewiele badań wykorzystujących te terapie u pacjentów we wczesnym okresie schizofrenii. Opublikowano opisy przypadków (Leonhardt *et al.*, 2016, 2018) i pojedyncze badania obejmujące więcej pacjentów. De Jong i wsp. (2019) wykorzystali terapię MERIT (*meta-cognitive reflection and insight therapy*) i stwierdzili zmianę w miarach metapoznania, ale bez poprawy objawowej. Vohs i wsp. (2018) użyli terapii MERIT u pacjentów z wczesną schizofrenią, którzy uzyskali lepszy wgląd w chorobę – ponownie jednak bez poprawy objawowej. Aby można było ocenić skuteczność terapii metapoznawczych we wczesnej

psychozie, potrzebne są badania na większych grupach oceniające odległe efekty leczenia.

Terapii o rodowodzie psychodynamicznym zastosowanej w pierwszym epizodzie schizofrenii dotyczyło dotąd jedno badanie (Rosenbaum *et al.*, 2012). Była to wspierająca psychoterapia psychodynamiczna (*supportive psychodynamic psychotherapy*), która okazała się dobrze tolerowaną interwencją – 79% spośród 269 pacjentów ukończyło dwuletni program. W porównaniu z grupą otrzymującą standardowe leczenie terapia przyniosła poprawę pod względem objawów pozytywnych i negatywnych, ogólnej psychopatologii i funkcjonowania społecznego (Rosenbaum *et al.*, 2012). Wspierająca psychoterapia psychodynamiczna ma zmanualizowany protokół leczenia i obejmuje wyszczególnione wyżej obszary – uwzględnia współczesne psychodynamiczne rozumienie psychozy, również metapoziowanie (Rosenbaum, 2009). Niestety po pięcioletniej obserwacji stwierdzono, że korzyści z terapii nie zostały utrzymane (Harder *et al.*, 2014).

INTERWENCJE RODZINNE WE WCZESNEJ PSYCHOZIE

Ponieważ początek choroby przypada zwykle na późną adolescencję albo wczesną dorosłość, rodzina pacjenta z psychozą zwykle aktywnie uczestniczy w procesie leczenia. Interwencje rodzinne w psychozie mogą mieć zróżnicowaną formułę: spotkań jedno- lub wielorodzinnych, w domu lub w ośrodku zdrowia, z udziałem lub bez udziału pacjenta. Treść spotkań może obejmować psychoedukację, rozwiązywanie problemów, radzenie sobie ze stresem i poprawę komunikacji (Kuipers *et al.*, 2002). Interwencje rodzinne są elementem zaleceń klinicznych we wczesnej psychozie (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005).

Metaanaliza badań potwierdza wpływ interwencji rodzinnych na poprawę funkcjonowania pacjenta z psychozą oraz mniejszą częstość nawrotów choroby i ponownych hospitalizacji (Claxton *et al.*, 2017). Jest to zrozumiałe, jeśli wziąć pod uwagę, że to rodzina zwykle decyduje lub współdecyduje o hospitalizacji. W przywołanej metaanalizie poprawa objawowa wystąpiła nie w trakcie czy pod koniec terapii, ale dopiero jakiś czas później. W innych metaanalizach autorzy wykazali pozytywny wpływ interwencji rodzinnych na częstość nawrotów, czas trwania hospitalizacji, objawy psychotyczne i funkcjonowanie w okresie 24 miesięcy (Camacho-Gomez i Castellvi, 2020). Zmiany przypisuje się temu, że w rodzinach z wysokim poziomem wyrażanych emocji przebieg psychozy jest gorszy (Cechnicki *et al.*, 2010). Interwencje rodzinne zmniejszały natężenie wyrażanych emocji, dzięki czemu przyczyniały się do pozytywnych efektów. Wykazano też korzyści dla opiekunów – zmniejszone poczucie obciążenia, efektywniejsze korzystanie z pomocy i lepsze funkcjonowanie rodziny (Ma *et al.*, 2018) – które utrzymywały się przez cały czas obserwacji.

TRAUMA I JEJ LECZENIE WE WCZESNEJ PSYCHOZIE

Doświadczeniom urazowym i związanym z nimi objawom nadal poświęca się niewystarczająco dużo uwagi w leczeniu psychiatrycznym, również w kontekście psychozy. Częstość objawów stresu pourazowego w pierwszym epizodzie psychozy ocenia się na 42%, a 30% pacjentów spełnia kryteria zespołu stresu pourazowego (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) (Rodrigues i Anderson, 2017). Zachorowanie na psychozę niesie ze sobą doświadczenia niewątpliwie stanowiące czynnik urazowy: halucynacje, urojenia związane z poczuciem zagrożenia, wynikające z nich myśli i zamiary samobójcze, a także wydarzenia towarzyszące leczeniu – zamknięcie w szpitalu, przymus, działanie niepożądane leków, narażenie na agresywne zachowania innych pacjentów (Lu *et al.*, 2017). Mimo to do rzadkości należy badanie w kierunku objawów stresu pourazowego, a jeszcze rzadziej podejmuje się próby leczenia takich objawów. Według Cragin i wsp. (2017) przyczynami są ograniczone doświadczenie profesjonalistów w rozpoznawaniu stresu pourazowego i brak znajomości metod leczenia. To z kolei prowadzi do bezradności – rozpoznawanie problemów, których nie da się rozwiązać, nie ma sensu. Co więcej, nie istnieją zalecenia kliniczne odnoszące się do objawów stresu pourazowego w pierwszym epizodzie psychozy. Oprócz ogólnych zaleceń co do oceny objawów PTSD (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) brakuje konkretnych wskazówek dotyczących dalszego postępowania. Nawet jeśli profesjonaliści przypuszczają, że objawy pourazowe są obecne, towarzyszy im strach, że rozmowa o doświadczeniach traumatycznych spowoduje zaostrzenie psychozy. Poruszenie tych kwestii może nasilać niepokój i objawy pacjentów w trakcie lub po sesji, ale Tong i wsp. (2017) w swoim badaniu wykazali, że większość uczestników wyrażała ulgę związaną z możliwością rozmowy. Większość profesjonalistów dysponuje też niewystarczającą wiedzą, by prowadzić właściwą psychoedukację i w adekwatny sposób zaplanować leczenie objawów powiązanych z traumą. Istnieją doniesienia na temat skuteczności leczenia objawów PTSD w psychozie za pomocą CBT skoncentrowanej na traumie, EMDR czy terapii przedłużonej ekspozycji (Swan *et al.*, 2017), nie dotyczą one jednak konkretnie pierwszego epizodu. Jeśli chodzi o tę specyficzną grupę, opublikowano zaledwie kilka opisów przypadków (Jansen i Morris, 2017; Ward-Brown *et al.*, 2018).

PODSUMOWANIE

Psychoterapia wychodzi z cienia farmakoterapii i coraz częściej jest samodzielną metodą leczenia stanów ryzyka psychozy. Istnieje też coraz więcej doniesień na temat znaczenia psychoterapii w pierwszym epizodzie choroby. Metody niefarmakologiczne dynamicznie się rozwijają, a skuteczność wielu nowych kierunków znajduje poparcie w wynikach badań. Obiecującym obszarem leczenia wczesnej

psychozy są interwencje uwzględniające doświadczenia urazowe i ich wpływ na obraz kliniczny. Należy się spodziewać, że rozwój wiedzy pozwoli na lepsze zrozumienie wpływu niekorzystnych wydarzeń życiowych na rozwój psychozy i dzięki temu możliwe będzie wypracowanie bardziej adekwatnych metod leczenia. Rozwój psychoterapii psychoz pozwala ujrzyć zupełnie inne oblicze choroby, wywołujące u praktyków mniej bezradności i lęku, a więcej zaciekawienia i nadziei na skuteczną pomoc.

Konflikt interesów

Autorzy nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji

Piśmiennictwo

Alanen YO: Schizophrenia: Its Origins and Need-Adapted Treatment. Routledge, New York 2018.

Albert N, Melau M, Jensen H et al.: The effect of duration of untreated psychosis and treatment delay on the outcomes of prolonged early intervention in psychotic disorders. *NPJ Schizophr* 2017; 3: 34.

Allen JG, Fonagy P, Bateman AW: Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.

Appiah-Kusi E, Fisher HL, Petros N et al.: Do cognitive schema mediate the association between childhood trauma and being at ultra-high risk for psychosis? *J Psychiatr Res* 2017; 88: 89–96.

Bechdolf A, Wagner M, Ruhrmann S et al.: Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states. *Br J Psychiatry* 2012; 200: 22–29.

Bird V, Premkumar P, Kendall T et al.: Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry* 2010; 197: 350–356.

Bola JR, Kao DT, Soydan H: Antipsychotic medication for early-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 2012; 38: 23–25.

Bola JR, Lehtinen K, Cullberg J et al.: Psychosocial treatment, antipsychotic postponement, and low-dose medication strategies in first-episode psychosis: a review of the literature. *Psychosis* 2009; 1: 4–18.

Bora E, Yalincetin B, Akdede BB et al.: Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2018; 193: 3–10.

Brandizzi M, Valmaggia L, Byrne M et al.: Predictors of functional outcome in individuals at high clinical risk for psychosis at six years follow-up. *J Psychiatr Res* 2015; 65: 115–123.

Brew B, Doris M, Shannon C et al.: What impact does trauma have on the at-risk mental state? A systematic literature review. *Early Interv Psychiatry* 2018; 12: 115–124.

Burke TJ, Segrin C: Examining diet- and exercise-related communication in romantic relationships: associations with health behaviors. *Health Commun* 2014; 29: 877–887.

Camacho-Gomez M, Castellvi P: Effectiveness of family intervention for preventing relapse in first-episode psychosis until 24 months of follow-up: a systematic review with meta-analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull* 2020; 46: 98–109.

Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R et al.: Wskaźnik ekspresji emocji (EE) jako rodzinny predyktor przebiegu schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 173–184.

Claxton M, Onwumere J, Fornells-Ambrojo M: Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Front Psychol* 2017; 8: 371.

Cragin CA, Straus MB, Blacker D et al.: Early psychosis and trauma-related disorders: clinical practice guidelines and future directions. *Front Psychiatry* 2017; 8: 33.

Davies G, Greenwood K: A meta-analytic review of the relationship between neurocognition, metacognition and functional outcome in schizophrenia. *J Ment Health* 2018; 1–11.

Devoe DJ, Farris MS, Townes P et al.: Attenuated psychotic symptom interventions in youth at risk of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13: 3–17.

Dimaggio G, Lysaker PH: Metacognition and mentalizing in the psychotherapy of patients with psychosis and personality disorders. *J Clin Psychol* 2015; 71: 117–124.

Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR et al.: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry* 2012; 69: 220–229.

Fusar-Poli P, Rocchetti M, Sardella A et al.: Disorder, not just state of risk: meta-analysis of functioning and quality of life in people at high risk of psychosis. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 198–206.

van der Gaag M, van den Berg D, Ising H: CBT in the prevention of psychosis and other severe mental disorders in patients with an at risk mental state: a review and proposed next steps. *Schizophr Res* 2019; 203: 88–93.

Galecki P, Świącicki Ł (eds.): Kryteria diagnostyczne z DSM-5[®]. Desk reference. Edra Urban & Partner, Wrocław 2015.

Gray NS, Taylor J, Snowden RJ: Predicting violence using structured professional judgment in patients with different mental and behavioral disorders. *Psychiatry Res* 2011; 187: 248–253.

Harder S, Koester A, Valbak K et al.: Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: long-term outcome in social functioning. *Psychiatry* 2014; 77: 155–168.

Howes OD, Murray RM: Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet* 2014; 383: 1677–1687.

Hutton P, Taylor PJ: Cognitive behavioural therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2014; 44: 449–468.

International Early Psychosis Association Writing Group: International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2005; 48: s120–s124.

Jansen JE, Morris EMJ: Acceptance and commitment therapy for post-traumatic stress disorder in early psychosis: a case series. *Cogn Behav Pract* 2017; 24: 187–199.

de Jong S, van Donkersgoed RJM, Timmerman ME et al.: Metacognitive reflection and insight therapy (MERIT) for patients with schizophrenia. *Psychol Med* 2019; 49: 303–313.

Kilcommons AM, Morrison AP: Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 351–359.

Kraan T, Velthorst E, Smit F et al.: Trauma and recent life events in individuals at ultra high risk for psychosis: review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2015; 161: 143–149.

Kuipers E, Leff J, Lam D: Family Work for Schizophrenia: A Practical Guide. Gaskell, London 2002.

Lecomte T, Leclerc C, Wykes T: Symptom fluctuations, self-esteem, and cohesion during group cognitive behaviour therapy for early psychosis. *Psychol Psychother* 2018; 91: 15–26.

Leonhardt BL, Benson K, George S et al.: Targeting insight in first episode psychosis: a case study of metacognitive reflection insight therapy (MERIT). *J Contemp Psychother* 2016; 46: 207–216.

Leonhardt BL, Ratliff K, Vohs JL: Recovery in first-episode psychosis: a case study of metacognitive reflection and insight therapy (MERIT). *Am J Psychother* 2018; 71: 128–134.

Loewy RL, Corey S, Amirfathi F et al.: Childhood trauma and clinical high risk for psychosis. *Schizophr Res* 2019; 205: 10–14.

Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C et al.: Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: our current understanding and a meta-analysis. *Schizophr Res* 2018; 192: 57–63.

Lu W, Mueser KT, Rosenberg SD et al.: Posttraumatic reactions to psychosis: a qualitative analysis. *Front Psychiatry* 2017; 8: 129.

Lysaker PH, Gagen E, Moritz S et al.: Metacognitive approaches to the treatment of psychosis: a comparison of four approaches. *Psychol Res Behav Manag* 2018; 11: 341–351.

Ma CF, Chien WT, Bressington DT: Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Interv Psychiatry* 2018; 12: 535–560.

- Mayo D, Corey S, Kelly LH et al.: The role of trauma and stressful life events among individuals at clinical high risk for psychosis: a review. *Front Psychiatry* 2017; 8: 55.
- McGlashan TH: Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biol Psychiatry* 1999; 46: 899–907.
- McGorry PD, Purcell R, Hickie IB et al.: Clinical staging: a heuristic model for psychiatry and youth mental health. *Med J Aust* 2007; 187 (S7): S40–S42.
- McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ et al.: Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 921–928.
- Morrison AP: Cognitive behaviour therapy for first episode psychosis: good for nothing or fit for purpose? *Psychosis* 2009; 1: 103–112.
- Morrison AP, French P, Walford L et al.: Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 291–297.
- National Institute for Health and Care Excellence: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. 2014. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/chapter/Key-priorities-for-implementation#first-episode-psychosis>.
- O'Connor K, Nelson B, Cannon M et al.: Perceptual abnormalities in an ultra-high risk for psychosis population relationship to trauma and co-morbid disorder. *Early Interv Psychiatry* 2019; 13: 231–240.
- Parker SK, Mulligan LD, Milner P et al.: Metacognitive therapy for individuals at high risk of developing psychosis: a pilot study. *Front Psychol* 2020; 10: 2741.
- Pawelczyk A, Pawelczyk T, Pabich-Zrobek D et al.: Zastosowanie terapii behawioralno-poznawczej w leczeniu osób znajdujących się w grupie ryzyka zachorowania na psychozę – przegląd badań. *Psychiatr Psychol Klin* 2010; 10: 275–281.
- Peh OH, Rapisarda A, Lee J: Childhood adversities in people at ultra-high risk (UHR) for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2019; 49: 1089–1101.
- Reininghaus U, Klippel A, Steinhart H et al.: Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy in Daily Life (ACT-DL) in early psychosis: study protocol for a multi-centre randomized controlled trial. *Trials* 2019; 20: 769.
- Rodrigues R, Anderson KK: The traumatic experience of first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2017; 189: 27–36.
- Rosenbaum B: Early and sustained dynamic intervention in schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2009; 21 Suppl 1: 132–134.
- Rosenbaum B, Harder S, Knudsen P et al.: Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: two-year outcome. *Psychiatry* 2012; 75: 331–341.
- Sentissi O, Andreou MA, Moeglin C et al.: Psychosis Risk Syndrome: What Now? *J Psychiatr Pract* 2017; 23: 415–424.
- Shakeel MK, Lu L, Woods SW et al.: Neurocognitive predictors of metacognition in individuals at clinical high risk for psychosis. *Behav Cogn Psychother* 2020; 48: 248–252.
- Singh SP: Outcome measures in early psychosis; relevance of duration of untreated psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 2007; 50: s58–s63.
- Sönmez N, Romm KL, Østefjells T et al.: Cognitive behavior therapy in early psychosis with a focus on depression and low self-esteem: a randomized controlled trial. *Compr Psychiatry* 2020; 97: 152157.
- Swan S, Keen N, Reynolds N et al.: Psychological interventions for post-traumatic stress symptoms in psychosis: a systematic review of outcomes. *Front Psychol* 2017; 8: 341.
- Taalman HC, Goldberg DM, Ayub M et al.: Effect of cognitive behaviour therapy for psychosis (CBTp) on depressive symptoms: a review of literature. *J Schizophr Res* 2015; 2: 1019.
- Tong J, Simpson K, Alvarez-Jimenez M et al.: Distress, psychotic symptom exacerbation, and relief in reaction to talking about trauma in the context of beneficial trauma therapy: perspectives from young people with post-traumatic stress disorder and first episode psychosis. *Behav Cogn Psychother* 2017; 45: 561–576.
- Vohs JL, Leonhardt BL, James AV et al.: Metacognitive reflection and insight therapy for early psychosis: a preliminary study of a novel integrative psychotherapy. *Schizophr Res* 2018; 195: 428–433.
- de Vos C, Thompson A, Amminger P et al.: The relationship between childhood trauma and clinical characteristics in ultra-high risk for psychosis youth. *Psychosis* 2019; 11: 28–41.
- Wakefield S, Roebuck S, Boyden P: The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: a systematic review. *J Contextual Behav Sci* 2018; 10: 1–13.
- Ward-Brown J, Keane D, Bhutani G et al.: TF-CBT and EMDR for young people with trauma and first episode psychosis (using a phasic treatment approach): two early intervention service case studies. *Cogn Behav Therap* 2018; 11: e17.
- Weijers JG, ten Kate C, Debbané M et al.: Mentalization and psychosis: a rationale for the use of mentalization theory to understand and treat non-affective psychotic disorder. *J Contemp Psychother* 2020. DOI: 10.1007/s10879-019-09449-0.
- White D, Luther L: SU131. Efficacy of cognitive behavior therapy in early psychosis. *Schizophr Bull* 2017; 43 (suppl_1): S209.
- Wright A, Browne J, Mueser KT et al.: Evidence-based psychosocial treatment for individuals with early psychosis. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2020; 29: 211–223.