

ПЕРВЫЙ ЭПИЗОД ПСИХОЗА. Рекомендованная роль психиатра:

Комитет ВПА по образованию

Цель данного документа

Этот документ посвящён оказанию помощи пациентам, у которых развился первый эпизод психоза (обычно определяемый как устойчивая психотическая симптоматика на протяжении, по крайней мере, недели), и обеспечивает психиатров:

- а) информацией о недавних достижениях в области концептуализации и знаний о начале психоза;
- б) информацией о научной литературе, касающейся первого эпизода;
- в) данными по ранней диагностике и эффективным стратегиям вмешательства при первом эпизоде психоза и обеспечением соответствующей помощи [1];
- г) рекомендациями относительно роли психиатров.

Этот документ не касается выявления и лечения молодых пациентов с повышенным риском психоза (часто называемым продромальным состоянием) [2].

Комитет Всемирной психиатрической ассоциации по образованию полностью одобряет «Раннее вмешательство и восстановление молодых пациентов с ранним психозом: согласованное заключение», Декларацию от имени Всемирной организации здравоохранения и Международной ассоциации по ранним психозам [3].

Это Заключение подробно трактует элементы всесторонней программы и предлагает стратегии, которые могли бы оцениваться с точки зрения исходов через 5 лет (в соответствии с уровнем ресурсов в различных регионах мира). Они имеют целью:

- Минимизировать длительность нелеченного психоза путём использования первичной помощи и социально-ориентированной помощи для безотлагательного раннего выявления и лечения первого эпизода психоза
- Снизить уровень принудительной институционализации и принудительного лечения при психозе
- Снизить показатели суицидов в первые годы психоза
- Гарантировать доступность психологических, психосоциальных и фармакологических вмешательств
- Достичь осмысленного, раннего и адекватного вовлечения членов семей и других ключевых членов сети поддержки пациентов
- Провести обучение всех молодых людей, семьи, учителей, специалистов, имеющих к этому отношение, персонал коммунальных служб, служб здравоохранения, социальной помощи и трудоустройства по проблеме психозов; и сформировать соответствующую политику и программы по раннему выявлению и вмешательству при психозе
- Сформулировать цели для восстановления, включающие удовлетворительные взаимоотношения, образование и трудоустройство
- Разработать другие соответствующие индикаторы и средства мониторинга прогресса при раннем вмешательстве
- Оказывать поддержку дальнейшим психологическим, социальным и нейробиологическим исследованиям дебюта психоза и стратегий профилактики и лечения.

Изменяющиеся перспективы

- а) В настоящее время психозы определяются как спектр расстройств, причиной которых являются сложные взаимодействия между стрессогенными факторами окружающей среды, конституциональными факторами и факторами развития в ближайшем и отдалённом будущем [4—6].
- б) На данный момент существуют чёткие доказательства того, что исходы психозов, включая «шизофрению», могут быть более благоприятными по ряду параметров, чем это зачастую представлялось ранее [7]. Это привело к более активным попыткам раннего вовлечения пациентов при начале психоза и выявления людей группы риска (8—11). Помимо психоза, в обеих группах ранее вовлечение, мягкое психотерапевтическое отношение, направленное на снижение тревожности, депрессии и социальной тревоги и изоляции должно минимизировать психосоциальное снижение [12; 13]. Социально ориентированные службы должны быть легко доступны для пациентов и их семей, без задержек и предварительной записи.
- в) Перекрытие систем оказания помощи является жизненно важным при определении позитивных исходов, как для отдельных лиц, так и для контингентов людей, перенесших психоз.
- г) Растущая доказательная база демонстрирует, что после дебюта психоза широкий спектр психологических, психосоциальных и биологических вмешательств, направленных на пациента и его/её окружение, может благоприятно повлиять на исход в сторону восстановления целенаправленной жизни в обществе и снижения доли рецидивов и суицидов [14]. Культуральные факторы также могут приниматься во внимание с точки зрения значительных вариаций исходов в различных частях мира [15].
- д) Понимание фармакологических вмешательств лишилось прежней простоты, и сегодня существует более широкий спектр препаратов [16].

Роль психиатров

Психиатры и представители психиатрических организаций должны играть активную роль в гарантировании того, что местные, региональные и государственные программы по охране психического здоровья включают направление по раннему вмешательству и восстановлению при первом эпизоде психоза и обладают программами, которые, по крайней мере, соответствуют согласованному заключению ВОЗ/МАРП [17—19]. Психиатры должны гарантировать наличие эффективных средств оценки результатов таких программ [20].

Подготовка психиатров

Все психиатры

Все программы подготовки психиатров и экзамены по сертификации психиатров должны включать понимание теории и практическое применение ранних вмешательств при первом эпизоде психоза, касающиеся психиатров и функционирования мультидисциплинарных команд, а также организации служб в и с местной общиной.

Для психиатров, которые сталкиваются с пациентами с первым эпизодом психоза, требуется следующее:

- а) компетентность для гибкой работы в разнообразном окружении, включая домашние условия, чтобы максимально увеличить шансы вовлечения молодых людей и быть в состоянии обеспечить для пациентов атмосферу доверия и уверенности;
 - б) компетентность для вовлечения семей и оказания помощи им и другим ключевым в жизни пациентов фигурам [21—25];
 - в) понимание того, каким образом можно организовать оказание помощи для минимизации продолжительности нелеченного психоза [26];
 - г) понимание вклада психиатров и психиатрических служб в минимизацию стигматизаций [27];
 - д) понимание положения о диагностической неясности на ранних стадиях психоза и поддержание широкого подхода к лечению во время этой фазы [28—29];
 - е) понимание и способность регистрировать и творчески реагировать на личностные проблемы, часто содержащиеся в структуре психотических феноменов, управлять межличностными последствиями психоза и их проявлением во взаимоотношениях с психиатром и другими лицами [30—31];
 - ж) способность принимать текущие решения по конкретному случаю в рамках сложной парадигмы стресс-уязвимости для информированного лечения и восстановления [32—33];
 - з) понимание роли в некоторых культурах физиологических стрессогенных факторов, провоцирующих психоз, таких как лихорадка, рождение ребёнка и очень жаркая погода;
 - и) опыт минимизации релапсов и повторных госпитализаций за счёт ведущей роли команд по вмешательству при первом эпизоде психоза [34];
 - к) знакомство со спектром психологических и психосоциальных вмешательств для поддержания навыков другого персонала и учреждений и для функционирования в качестве члена мультидисциплинарной службы [35; 36];
 - л) понимание того, как психиатр может помочь организоваться службам для поддержания «восстановления» пациентов с точки зрения целенаправленных взаимоотношений, обучения и занятости. Это включает понимание привлечения ресурсов и таких вещей как продолжительность командной работы и уровень навыков, для поддержания целенаправленного вовлечения [37; 38];
 - м) компетентность для работы с лицами, злоупотребляющими психоактивными веществами, и теми, кто испытывает личностные трудности, осложнённые психозом [39; 40];
 - н) гарантия наличия систем для регулярного мониторинга состояния физического здоровья пациентов с психозом [41];
 - о) признание проблемных аспектов многих современных стационарных служб и возможностей по их улучшению и ценности альтернативных небольших домов для отдыха и восстановления в общине [42; 43];
 - п) признание подхода раннего вмешательства при психозе в качестве парадигмы для более превентивной психиатрии и реструктуризации/переориентирования психиатрических служб [44];
- р) гарантирование того, что организации по охране психического здоровья устанавливают широкие стандарты оказания помощи, такие как длительность нелеченного психоза, осмысленное вовлечение семей и продолжительность оказания помощи, и организуют проверки служб для получения гарантий того, что эти службы продолжают развиваться [45; 46].

Психофармакология и первый эпизод психоза

- а) Уменьшение стрессогенных факторов, хороший сон и восстановление основных физических потребностей в нестимулирующем окружении приносят пользу пациентам с первым эпизодом психоза. Мягкие транквилизаторы с кратковременным действием и психологические подходы помогают в восстановлении паттернов сна, снижают повышенную тревожность, агитацию и панику [47].
- б) Согласно недавним клиническим и ПЭТ-исследованиям, типические или атипические препараты должны применяться в минимальных эффективных дозах [48]. Общие принципы включают очень низкий уровень принятия клиницистами побочных эффектов и осведомлённость клиницистов о возможности того, что между повышением дозы и уменьшением психоза пройдёт несколько дней.
- в) Некоторые исследования, особенно скандинавские, указывают, что когда для пациентов и их семей существует свободный доступ к высококачественным психологическим и социальным вмешательствам, небольшая часть пациентов с первым эпизодом, имевших хороший уровень преморбидного функционирования и острое начало, может восстановиться без лечения антипсихотиками [12; 49]. Другие сообщения [50; 51] также указывают на благоприятный прогноз для пациентов из группы неаффективных ремитирующих психозов с острым началом в развивающихся странах, как у подростков, так и у молодых взрослых, для которых показан короткий курс антипсихотиков и качественная психотерапевтическая поддержка с тщательным последующим наблюдением.
- г) Большинству других пациентов должно быть предложено лечение антипсихотиками с титрацией от очень низких доз и с применением минимальной эффективной дозировки. За исключением группы в), описанной выше, и тех, кто, вероятно, страдает от психоза, вызванного употреблением психоактивных веществ, приём препарата должен продолжаться минимум год, особенно в группах с худшим прогнозом; для тех, кто демонстрирует признаки релапса, рекомендуются более длительные периоды [52]. Для пациентов с первым эпизодом и ранним психозом обычно требуются значительно более низкие дозы антипсихотиков, чем в более устойчивых случаях.
- д) психиатры должны обладать компетенцией для помощи тем, кто не будет принимать нейролептики, путём вовлечения и помощи пациентам при ведении их психоза и связанных с ним проблем иными способами и поддержки в обеспечении психологических вмешательств, особенно если психиатры сами этих навыков не имеют.

Members of the Advisory Group, on behalf of the WPA Education Committee

Chair

Brian Martindale FRCP FRCPsych

*Consultant Psychiatrist, Early Intervention in Psychosis Service
Northumberland, Tyne and Wear NHS Trust, Sunderland UK*
brian.martindale@ntw.nhs.uk

Ana Cristina Chaves, MD

Affiliate Professor, Department of Psychiatry, Federal University, Sao Paulo (UNIFESP) Brazil.
anachaves@terra.com.br

Cheryl Corcoran, MD

Irving Assistant Professor of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute at Columbia University, USA
corcora@pi.cpmc.columbia.edu

Johan Cullberg, MD, PhD,

Visiting Professor, Ersta Sköndal City College, Sweden
j.cullberg@swipnet.se

Jan Olav Johannessen MD, PhD,

Chief Psychiatrist, Rogalund Psychiatric Hospital, Stavanger, Norway
JOJO@SIR.NO

Patrick McGorry MD PhD FRCP FRANZCP

Professor of Youth Mental Health, University of Melbourne, Australia
pmcgorry@unimelb.edu.au

Dr Jayan Mendis

Director, Institute of Psychiatry, Angoda Teaching Hospital, Colombo, Sri Lanka
drjmendis@yahoo.com

REFERENCES

- Edwards, J. and McGorry, P. (2002). **Implementing Early Intervention in Psychosis: a Guide to Establishing Early Psychosis Services.** Martin Dunitz.
- Yung, A. R. and McGorry, P. D. (2007). **Prediction of Psychosis: setting the stage.** *British Journal of Psychiatry* 191, suppl. 51, s1—s8.
- Bertolote, J. and McGorry, P. (2005). **Early Intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement.** *British Journal of Psychiatry* 187, suppl. 48, s116—s119.
- Corcoran, C. Walker, E. et al. (2003). **The Stress Cascade and Schizophrenia: Aetiology and Onset.** *Schizophrenia Bulletin*, 29(4): 671—692.
- Wynne, L. C., Tienari, P. et al. (2006) I. **Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Genetic Liability and Global Family Ratings in the Finnish Adoption Study.** *Family Process* 45 (4), 419—434.
- Wynne, L. C., Tienari, P. et al. (2006) II. **Genotype-Environment Interaction in the Schizophrenia Spectrum: Qualitative Observations.** *Family Process* 45 (4), 435—447.
- Hopper, K., Harrison, G. et al. (eds) **Recovery From Schizophrenia: An International Perspective. A Report From the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia.** Oxford University Press, 2007.
- www.csip-plus.org.uk/RowanDocs/ElupdateOct2006.pdf
- Melle, I., Larsen, T. K. et al. **Reducing the Duration of Untreated First-Episode Psychosis Effects on Clinical Presentation.** *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61: 143—150.
- Melle, I., Johannessen, J. O. et al. **Early Detection of the First Episode of Schizophrenia and Suicidal Behavior.** *American Journal of Psychiatry*, 2006; 163: 800—804.
- Yung, A. R. and McGorry, P. D. 2007. **Prediction of Psychosis: setting the stage.** *British Journal of Psychiatry* 191, suppl. 51, s1—s8.
- Seikkula, J., Aaltonen, J. et al. **Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in opendialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies.** *Psychotherapy Research*, March 2006; 16(2): 214—228.
- Cullberg, J., Mattsson, M. et al. **Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish Parachute Project and Two Comparison Groups.** *Acta Psychiatr Scand.*, 2006: 114: 274—281.
- Martindale, B. Bateman, A. et al. eds. (2001). **Psychosis: Psychological Approaches and their Effectiveness.** Gaskell Press.
- Jablensky, A., Sartorius, N., et al. (1992). **Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study.** *Psychological Medicine*, 20(Suppl): 1—97.
- Aitchison, K. J., Meehan, K., Murray, R. M. **First Episode Psychosis.** Martin Dunitz.
- National Early Psychosis Project Clinical Guidelines Working Party. (1998). **Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis.** Melbourne: National Early Psychosis Project, University of Melbourne.
- Department of Health UK (2001). **Mental Health Policy Implementation Guide:** London: Department of Health. P43—61.
- Implementing Early Intervention in Psychosis (2002). **A Guide to Establishing Early Psychosis Services.** Edwards, J. and McGorry, P. D. Martin Dunitz.
- Addington, D. E., McKenzie, E., et al. (2007). **Performance measures for evaluating services for people with a first episode of psychosis.** *Early Intervention in Psychiatry*, 1, 157—167.
- Penn, D. L., Waldheter, E. J., et al. (2005). **Psychosocial treatment for first-episode psychosis: A research update.** *American Journal of Psychiatry*, 162, 2220—2232.
- Haddock, G. & Lewis, S. (2005). **Psychological interventions in early psychosis.** *Schizophrenia Bulletin*, 31, 697—704.
- Fadden, G., Birchwood, M., et al. (2004). **Psychological therapies: implementation in early intervention services.** In P. McGorry & Jo Gleeson (Eds.) *Psychological Interventions in Early Psychosis: A Practical Treatment Handbook.* Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Falloon, I. R. H., Fadden, G., et al. (2004). **Family Work Manual.** Birmingham: Meriden Family Programme.
- Bloch Thorsen, G., Grønnestad, T. et al. (2006). **Family and Multi-Family Work with Psychosis. A guide for professionals.** Routledge.
- Johannessen, J. O. (2007). **An early detection and intervention system for untreated first episode psychosis.** Dissertation. Faculty of

- Medicine. University of Oslo. <http://wo.uio.no/as/WebObjects/theses.woa/wa/these?WORKID=62654>
27. <http://wpanet.org/sectorial/programs31.html>
28. Allardyce, J., Gaebel, W. et al. **The Validity of Schizophrenia and Alternative Approaches to the Classification of Psychosis.** *Schizophrenia Bulletin* Advanced Access, June 4, 2007.
29. Spencer, E. Birchwood, M. et al. **Management of first-episode psychosis.** (2001). *Advances in Psychiatric Treatment*, 7: 133—140.
30. Martindale, B. **Psychodynamic contributions to early intervention in psychosis.** (2007). *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 13, 34—42.
31. McCabe, R., Heath, C. et al. **Engagement of patients with psychosis in the consultation: conversation analytic study.** *British Medical Journal*, 2002; 325: 1148—1151.
32. Morrison, A., Renton, J., et al. (2003). **Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation based approach.** Routledge.
33. Cullberg, J. (2006). **Psychoses: An Integrative Perspective.** Routledge.
34. Morriss, R. (2004). **The early warning symptom intervention for patients with bipolar affective disorder.** *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 18—26.
35. Martindale, B. Bateman, A. et al. (2000). **Psychological Approaches and Their Effectiveness.** Gaskell.
36. Gumley, A. I., O'Grady, M., et al. (2003). **Early intervention for relapse in Schizophrenia: Results of a 12-month randomised controlled trial of Cognitive Behavioural Therapy.** *Psychological Medicine*, 33, 419—431.
37. **A Common Purpose: Recovery in Future Mental Health Services.** (2007). Care Services Improvement Partnership, Royal College of Psychiatrists and Social Care Institute for Excellence.
38. French, P. Shiers, D. et al. (2008). **Early Intervention in Psychosis: Promoting recovery.** Blackwell.
39. Drake, R. E., Mueser, K. T. et al. (2004). **A review of treatments for people with severe mental illnesses and co-occurring substance use disorders.** *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27: 4, 360—374.
40. Simonsen, E. **Personality and Psychosis.** (2006). In *Evolving Psychosis*, eds Johannessen, J. O., Martindale, B. V. and Cullberg, J. Routledge.
41. Connolly, M. and Kelly, C. (2005). **Lifestyle and physical health in schizophrenia.** *Advances in Psychiatric Treatment*. 11: 125—132.
42. Ciompi, L. and Hoffmann, H. (2004). **Soteria Berne: an innovative milieu therapeutic approach to acute schizophrenia based on the concept of affect-logic.** *World Psychiatry*, 3 (3): 140—146.
43. Johnson, S., Gilbert, H. (2007). **Acute in-patient psychiatry: residential alternatives to hospital admission.** *Psychiatric Bulletin*, 31: 262—264.
44. **Early Intervention in Psychiatry. The development, onset and treatment of emerging mental disorders.** Editor McGorry, P. Blackwell.
45. National Early Psychosis Project Clinical Guidelines Working Party. (1998). **Australian Clinical Guidelines for Early Psychosis.** Melbourne: National Early Psychosis Project, University of Melbourne.
46. Bertolote, J. and McGorry, P. (2005). **Early Intervention and recovery for young people with early psychosis: consensus statement.** *British Journal of Psychiatry*, 187, suppl. 48, s116—s119.
47. Cullberg, J., Mattsson, M. et al. **Treatment costs and clinical outcome for first episode schizophrenia patients: a 3-year follow-up of the Swedish Parachute Project and Two Comparison Groups.** *Acta Psychiatr Scand.*, 2006: 114: 274—281.
48. Kapur, S., Zipursky, R. B., et al. (2000). **The relationship between dopamine D2 occupancy, clinical response and side effects: A double blind PET study in first episode schizophrenia.** *American Journal of Psychiatry*, 157(4): 514—520.
49. Bola, J. R. and Mosher, L. R. (2002). **Predicting Drug-Free Treatment Response in Acute Psychosis From the Soteria Project.** *Schizophrenia Bulletin*, 28(4): 559—575.
50. Susser, E., Fennig, S., et al. (1995). **Epidemiology, diagnosis and course of treatment of brief psychoses.** *American Journal of Psychiatry*, 152: 1743—1748.
51. Valevski, A., Ratzoni, G., et al. (2001). **Stability of diagnosis: a 20-year retrospective cohort study of Israeli psychiatric adolescent inpatients.** *Journal of Adolescence*, 24 (5) 625—633.
52. Wunderink, L., Nienhuius, F. J. et al. 2007. **Guided Discontinuation Versus Maintenance Treatment in Remitted First-Episode Psychosis: Relapse Rates and Functional Outcome.** *J. Clinical Psychiatry*, 68: 654—661.