

## Deklarowane przez polskich psychiatrów sposoby postępowania wobec osób z grupy wysokiego ryzyka rozwoju psychozy: wyniki ogólnopolskiego badania sondażowego

### Declared management methods used by the Polish psychiatrists among a group of people with a high risk syndrome of psychosis development: results of the national Polish questionnaire

Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Rabe-Jabłońska

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to assess the declared management methods used by Polish psychiatrists among a group of people at high risk of psychosis development.

**Method.** Management methods used among two kinds of UHR persons, i.e. (A) attenuated or brief, limited psychotic symptoms group and (B) state and trait risk factors group, were assessed during nationwide psychiatric conferences held in 2009, which gathered Polish psychiatrists practicing throughout the whole country.

**Results.** (A) For those experiencing attenuated or brief, limited psychotic symptoms (APS or BLIPS), the vast majority of respondents (88%) declared using pharmacological intervention. Moreover, all doctors choosing pharmacotherapy declared using antipsychotic drugs (AP). Second generation antipsychotics (SGA) (84%), i.e. risperidone (48%) and olanzapine (32%) were medications to be selected as the first choice. Most doctors declared that they use medium doses of AP (46%) for minimum 6–12 months (31%). (B) Among the group of people with state and trait risk factors, the vast majority of respondents (81%) also declared using AP: mostly SGA (75%) and typical AP (20%). Medications used as the first choice in this group were also mostly risperidone and olanzapine (44% and 28% respectively). 65% of the doctors declared using low doses of antipsychotics for the minimum of 6-12 months (39%).

**Conclusions.** A high percentage of Polish psychiatrists state that they use pharmacological intervention in persons at high risk of developing psychosis. Preferred medications are mainly SGA (risperidone and olanzapine), prescribed in medium and low doses for a minimum of 6-12 months.

**Słowa kluczowe:** osobowość schizotypowa, terapia, stosowanie się do zaleceń

**Key words:** schizotypal personality disorder, therapeutics, guidelines adherence

---

Praca wykonana w związku z realizacją projektu badawczego nr N N402 243435 wspieranego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego.

## Wstęp

W ostatnich latach zwrócił uwagę badaczy i klinicystów okres poprzedzający wystąpienie ostrej psychozy o obrazie schizofrenii, co spowodowało wyróżnienie grupy osób z podwyższonym, w stosunku do populacji ogólnej, ryzykiem rozwoju psychozy i powstanie ośrodków tzw. wczesnej interwencji, które pojawiły się początkowo w Australii i USA, a następnie w innych krajach świata. Poszczególne ośrodki wprowadziły różne kryteria rozpoznawania stanów wysokiego ryzyka rozwoju psychozy, jednak najpowszechniej wykorzystywanym okazał się zestaw kryteriów badaczy australijskich (ang. ultra-high risk syndrome, UHR) [1]. Kryteria operacyjne UHR wymagają stwierdzenia co najmniej jednej z trzech grup objawów: a) atenuowanych (słabo nasilonych) objawów psychotycznych (ang. attenuated psychotic symptoms, APS), b) przelotnych, krótkotrwałych (utrzymujących się poniżej tygodnia) objawów psychotycznych (ang. brief limited psychotic symptoms, BLIPS) lub c) tzw. czynników ryzyka cech i stanów (ang. trait and state risk factors), do których zalicza się występowanie u pacjenta schizotypowego zaburzenia osobowości, lub posiadanie krewnego pierwszego stopnia z zaburzeniami psychotycznymi, przy współistnieniu znaczącej zmiany stanu psychicznego lub funkcjonowania, utrzymującej się ponad miesiąc.

Dotychczas przeprowadzono nieliczne badania interwencyjne mające na celu ocenę różnych strategii postępowania w grupie pacjentów z zespołem wysokiego ryzyka rozwoju psychozy. Stosowanie w grupie pacjentów UHR interwencji farmakologicznych, np. podawanie leków przeciwpsychotycznych, stwarza wątpliwości natury etycznej i jest przedmiotem licznych kontrowersji i polemik w środowisku. Dzieje się tak z uwagi na wysoki, sięgający około 60–70% odsetek pacjentów tzw. fałszywie dodatnich, tzn. zaliczonych do grupy UHR, u których jednak nigdy nie rozwinię się psychoza. Stosowanie LPP u tych osób mogłoby niepotrzebnie narażać je na ryzyko wystąpienia poważnych działań niepożądanych. Polskie wytyczne leczenia chorych na schizofrenię nie zawierają zaleceń postępowania w stanach wysokiego ryzyka psychozy (UHR).

Dostępne wytyczne zagraniczne oraz zalecenia ekspertów wskazują na priorytet oddziaływań psychospołecznych skierowanych do osób z grupy UHR i ich rodzin [2]. Szczególne miejsce zajmują tu interwencje psychologiczne z wykorzystaniem technik poznawczo-behawioralnych. Istotną rolę odgrywają również leki przeciwdepresyjne, które zaleca się włączać u osób z dominującymi objawami afektywnymi, często towarzyszącymi osobom z grupy UHR. Odnośnie do stosowania leków przeciwpsychotycznych (LPP) toczy się ożywiona dyskusja o proporcji korzyści i strat.

## Material

W badaniu wzięło udział 100 lekarzy psychiatrów z całego kraju o średnim stażu pracy 11,6 roku (SD = 9,0 lat) praktykujących głównie na oddziałach szpitalnych (61%). Dane demograficzne i opisujące respondentów pod względem doświadczenia zawodowego zebrano w tabeli 1.

Tabela 1. Opis populacji respondentów udzielających odpowiedzi na badania kwestionariusza

Zmienna	Poziom	N = %
Status wykształcenia	specjalista psychiatra	63
	w trakcie specjalizacji z psychiatrii	32
	po zakończeniu stażu podyplomowego	3
	inna specjalność	2
Miejsce pracy	głównie oddział szpitalny	61
	głównie ambulatorium	25
	szpital i ambulatorium	11
	inna instytucja	3
Płeć	kobieta	63
	mężczyzna	37

### Metoda

Celem badania było dokonanie przekrojowej oceny deklarowanego postępowania stosowanego przez polskich psychiatrów wobec osób z wysokim ryzykiem rozwoju psychozy (UHR).

W trakcie odbywających się w 2009 roku ogólnopolskich konferencji gromadzących psychiatrów praktykujących na terenie całego kraju przeprowadzono ankietę dotyczącą stosowanego przez nich postępowania w dwóch grupach pacjentów UHR, spełniających kryteria: (A) atenuowanych lub przelotnych, krótkotrwałych objawów psychotycznych (pacjent 1) oraz (B) czynników ryzyka cech i stanów (pacjent 2). Respondentom przedstawiono dwie winiety kliniczne opisujące pacjentów spełniających kryteria ryzykownego stanu psychicznego. Ankieta zawierała pytania dotyczące charakterystyki zawodowej odpowiadającego psychiatry, opis objawów charakterystycznych dla obu wymienionych grup osób UHR oraz pytania dotyczące wybieranego przez lekarzy postępowania. Pytania dotyczyły postępowania wybieranego przez lekarza psychiatrę w pierwszej kolejności, włączania leczenia farmakologicznego, grupy leków i leku wybieranych w pierwszej kolejności, długości terapii, czasu monitorowania, innych stosowanych metod terapeutycznych. Przedstawione respondentom winiety kliniczne przytaczamy poniżej.

Pacjent 1:

- A. Przejawia co najmniej jeden z następujących objawów: nastawienie odnoszące, dziwaczne przekonania lub myślenie magiczne, myślenie paranoiczne, niezwykle doznania zmysłowe, dziwaczność myślenia lub mowy, dziwaczne zachowanie lub wygląd.
- B. Objaw lub objawy te występują co najmniej kilka razy w tygodniu, trwają co najmniej 1 tydzień, lecz nie dłużej niż 5 lat, i są obecne w ciągu ostatniego roku

lub występują co najmniej kilka razy w tygodniu, trwają krócej niż 1 tydzień, są obecne w ciągu ostatniego roku i ustępują spontanicznie.

Pacjent 2:

- A. Z rozpoznaniem zaburzenia schizotypowego osobowości lub ma krewnego pierwszego stopnia z diagnozą zaburzenia psychiatrycznego  
oraz
- B. Przejawia znaczącą zmianę stanu psychicznego lub funkcjonowania utrzymującą się przez co najmniej 1 miesiąc (w minionym roku), lecz nie dłużej niż 5 lat.

### Wyniki

Pacjent 1. W przypadku osób doświadczających atenuowanych lub przelotnych, krótkotrwałych objawów psychiatrycznych (APS lub BLIPS) zdecydowana większość respondentów (88%) deklarowała stosowanie leczenia farmakologicznego, przy czym wszyscy decydujący się na farmakoterapię ordynowali LPP. Grupą leków zalecaną w pierwszej kolejności były LPIIG (84,1%). Najczęściej wybieranymi lekami w pierwszej kolejności były rysperydon (48,3%) i olanzapina (32,2%). Najwięcej lekarzy deklarowało stosowanie średnich dawek LPP (46,6%), przez min. 6–12 miesięcy (31%). 70% respondentów deklarowało utrzymanie leczenia farmakologicznego przez ponad 6 miesięcy od wystąpienia objawów, a nieco ponad 18% przez ponad 2 lata. W przypadku niedecydowania się na leczenie farmakologiczne najczęściej wybieraną interwencją terapeutyczną była psychoterapia (niespełna 50% respondentów). Szczegółowe dane zestawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Deklarowane sposoby postępowania w przypadku pacjenta spełniającego kryteria atenuowanych lub przelotnych, krótkotrwałych objawów psychiatrycznych (APS lub BLIPS) (pacjent 1)

Zmienna	Poziom	N	%
Leczenie farmakologiczne	Nie	12	12
	Tak	88	88
Rodzaj leku wybieranego w pierwszej kolejności	LPIIG	74	84,1
	NK	14	15,9
Nazwa leku stosowanego w pierwszej kolejności	flupentysol	3	3,4
	olanzapina	28	32,2
	perazyna	4	4,6
	sulpiryd	1	1,1
	kwetiapina	2	2,3
	haloperidol	4	4,6
	rysperydon	42	48,3
	aripiprazol	1	1,1
	perfenazyna	2	2,3

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Dawki stosowanych leków	niskie	37	42,0
	średnie	41	46,6
	wysokie	10	11,4
Czas stosowania farmakoterapii	1–3 miesiące	5	5,7
	3–6 miesięcy	21	24,1
	6–12 miesięcy	27	31,0
	12–24 miesięcy	19	21,8
	dłużej	15	17,2
Sposób monitorowania farmakoterapii	1 x w tygodniu	10	11,4
	2 x w miesiącu	7	8,0
	1 x w miesiącu	53	60,2
	co 6 tygodni	8	9,1
	co 2 miesiące	8	9,1
	co 6 miesięcy	1	1,1
	rzadziej	1	1,1
Postępowanie w przypadku wyboru innej interwencji niż farmakologiczna	kontrola	8	13,1
	badanie psychologiczne	5	8,2
	obserwacja	6	9,8
	psychoterapia	29	47,5
	oddział interwencji kryzysowej	2	3,3
	oddział dzienny	1	1,6
	terapia środowiskowa	1	1,6
	psychoedukacja	4	6,6
	warsztaty terapii zajęciowej	2	3,3
	trening radzenia sobie ze stresem	1	1,6
	ośrodek wczesnej interwencji	2	3,3

LPIIG – lek przeciwpsychotyczny II generacji, NK – neuroleptyk klasyczny; różnice w sumowaniu liczebności wynikają z braku danych oraz dopuszczalnych odpowiedzi wielokrotnych

Pacjent 2. W przypadku osób spełniających kryteria czynników ryzyka cech i stanów również zdecydowana większość respondentów (81%) deklarowała stosowanie leczenia farmakologicznego, przy czym decydujący się na farmakoterapię ordynowali jako pierwsze najczęściej LPIIG (75,6%) i neuroleptyki klasyczne (19,5%). Lekami wybieranymi w pierwszej kolejności były w tej grupie najczęściej również ryspery-

don i olanzapina (odpowiednio 43% i 29,1%). Niespełna 64% lekarzy deklaroowało stosowanie niskich dawek leków, przez min. 6–12 miesięcy (38,5%). W przypadku niedecydowania się na leczenie farmakologiczne najczęściej wybieraną interwencją terapeutyczną była psychoterapia (63,2% respondentów). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Deklarowane sposoby postępowania w przypadku pacjenta spełniającego kryteria czynników ryzyka cech i stanów (pacjent 2)

Zmienna	Poziom	N	%
Leczenie farmakologiczne	Nie	19	19
	Tak	81	81
Rodzaj leku wybieranego w pierwszej kolejności	LPIIG	62	75,6
	NK	16	19,5
	LPD	2	2,4
	LN	2	2,4
Nazwa leku stosowanego w pierwszej kolejności	flupentyksol	3	3,8
	olanzapina	23	29,1
	perazyna	7	8,9
	sulpiryd	1	1,3
	kwetiapina	2	2,5
	haloperidol	2	2,5
	klomipramina	2	2,5
	rysperydon	34	43,0
	perfenazyna	2	2,5
	walproinian	2	2,5
	amisulpryd	1	1,3
Dawki stosowanych leków	niskie	51	63,8
	średnie	29	36,3
Czas stosowania farmakoterapii	1–3 miesiące	5	6,4
	3–6 miesięcy	20	25,6
	6–12 miesięcy	30	38,5
	12–24 miesięcy	13	16,7
	dłużej	10	12,8

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Sposób monitorowania farmakoterapii	1 x w tygodniu	6	7,5
	2 x w miesiącu	8	10,0
	1 x w miesiącu	49	61,3
	co 6 tygodni	6	7,5
	co 2 miesiące	6	7,5
	co 6 miesięcy	3	3,8
	rzadziej	1	1,3
Postępowanie w przypadku wyboru innej interwencji niż farmakologiczna	kontrola	10	17,5
	obserwacja	1	1,8
	psychoterapia	36	63,2
	oddział dzienny	3	5,3
	psychoedukacja	4	7
	warsztaty terapii zajęciowej	2	3,5

LPIIG – lek przeciwpsychotyczny II generacji, NK – neuroleptyk klasyczny, LPD – lek przeciwdepresyjny, LN – leki normotymiczne; różnice w sumowaniu liczebności wynikają z braku danych oraz dopuszczalnych odpowiedzi wielokrotnych

### Omówienie wyników

Trafność predykcyjną kryteriów UHRS szacuje się według najnowszych badań na mniej więcej 20% w skali rocznej. Oznacza to, że w ciągu roku u około 20% osób z grupy ryzyka psychozy dojdzie do rozwoju schizofrenii lub innego zaburzenia psychotycznego [3]. Badacze szacują, że na jedną osobę popadającą w schizofrenię przypadają dwie rozwijające psychozę afektywną i kolejne dwie osoby, u których obserwuje się rozwój zaburzeń psychotycznych związanych z używaniem substancji psychoaktywnych. Badania prospektywne wskazują, iż u 35% osób z grupy UHR w ciągu 2,5 roku dochodzi do rozwoju pełnego obrazu psychozy [4]. Zatem w perspektywie 2,5-letniej 65% osób spełniających kryteria UHR to tzw. osoby fałszywie dodatnie, niezagrożone psychozą.

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują, iż wysoki odsetek polskich lekarzy psychiatrów deklaruje stosowanie interwencji farmakologicznej w grupie osób z wysokim ryzykiem rozwoju psychozy. Czyni tak 88% psychiatrów w odniesieniu do osób doświadczających odpowiednio atenuowanych lub krótkotrwałych przemijających objawów psychotycznych i 81% w odniesieniu do osób spełniających kryteria czynników ryzyka cech i stanu. Za leki pierwszego wyboru respondenci uważają leki przeciwpsychotyczne, głównie LPIIG, najczęściej: rysperydon i olanzapinę. Stosowanie LPIIG jako interwencji pierwszego rzutu deklaruje 84,1% lekarzy psychiatrów ze wspomnianych 88% preferujących wybór farmakoterapii jako postępowania pierwszego rzutu w grupie osób doświadczających atenuowanych lub słabo nasilonych, przemijających objawów psychotycznych. Podobnie wśród lekarzy decydujących

się na interwencję farmakologiczną w grupie osób spełniających kryteria czynników ryzyka cech i stanu jako leczenie pierwszego rzutu wybiera LPIIG niespełna 76% z nich. Do najpopularniejszych leków należą dostępne najdłużej na polskim rynku rysperydon i olanzapina. Ponad 2/3 polskich psychiatrów decyduje się na utrzymanie leczenia farmakologicznego w grupie pacjentów z wysokim ryzykiem rozwoju psychozy przez ponad 6 miesięcy, a kilkanaście procent lekarzy deklaruje kontynuowanie farmakoterapii przez ponad 2 lata. Jedynie zdecydowana mniejszość lekarzy deklaruje rozpoczynanie terapii od metod niefarmakologicznych: odpowiednio 12% i 19%. Wśród najczęściej stosowanych metod respondenci wymieniali psychoterapię i wizyty kontrolne. Jedynie pojedynczy psychiatrzy wskazywali na rodzaj psychoterapii, jaki zdecydowaliby się zalecić. Jedynym wymienianym rodzajem psychoterapii była terapia poznawczo-behawioralna.

Zakładając zgodność deklaracji respondentów z praktyką kliniczną, opisane sposoby interwencji odbiegają w dużej mierze od wytycznych ekspertów międzynarodowych, którzy zdecydowanie zalecają w przypadku osób z zespołem objawów wysokiego ryzyka rozwoju psychozy rozpoczynanie od interwencji niefarmakologicznych, a wdrażanie farmakoterapii jedynie w szczególnych sytuacjach klinicznych wiążących się ze znacznym wzrostem ryzyka dla osoby doświadczającej objawów lub jej bliskich [2, 5, 6]. I tak, podstawą interwencji według zaleceń jest psychoedukacja osoby doświadczającej objawów oraz jej rodziny odnośnie natury doświadczanych objawów, opieka wyspecjalizowanych zespołów świadomych szczególnych potrzeb opisywanej grupy osób, monitorowanie stanu psychicznego w niestygmatyzującym środowisku, doradztwo w zakresie funkcjonowania zawodowego, rodzinnego, interpersonalnego, terapia poznawczo-behawioralna ukierunkowana na rozwój umiejętności radzenia sobie z doświadczanymi psychotycznymi objawami podprogowymi, edukacja i wsparcie rodziny [2, 6]. Interwencję farmakologiczną z użyciem leków przeciwpsychotycznych należy zdaniem ekspertów rozważyć w szczególnych przypadkach klinicznych: znacznego pogorszenia się stanu psychicznego, pojawienia się nasilonych myśli lub tendencji samobójczych, gdyby LPD okazały się nieskuteczne oraz przy obecności zachowań agresywnych stanowiących zagrożenie dla pacjenta lub innych [2, 6]. Zdaniem cytowanych ekspertów, po podjęciu decyzji o interwencji farmakologicznej z wykorzystaniem LPP, leczenie należy prowadzić przez 6 tygodni, a w razie braku poprawy rozważyć zmianę na inny lek. Przy ustąpieniu objawów po 6 tygodniach można – przy aprobacie pacjenta – rozważyć dalszą terapię przez kolejne 6–24 miesiące, jednak po tym czasie należy zdaniem ekspertów rozważyć stopniowe odstawienie leku [2, 6]. Wspomniane zalecenia nie zostały jednak oparte na danych pochodzących z dobrze zaplanowanych i przeprowadzonych badań randomizowanych i kontrolowanych. Opisywana problematyka okazuje się na tyle doniosła, że twórcy piątej wersji podręcznika statystycznego rozpoznawania zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fifth edition, DSM-5*) rozważają wprowadzenie nowej kategorii: zespołu słabo nasilonych objawów psychotycznych (ang. *attenuated psychotic symptoms syndrome, APSS*) [7]. Na ostatnim zjeździe Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego rozgorzała gorąca dyskusja o zasadności umieszczenia powyższej kategorii w DSM-5. Temat jest zdecydowanie kontrowersyjny,



na co wskazują liczne w ostatnim czasie publikacje protagonistów i antagonistów tej koncepcji, publikowane w prasie fachowej [8–11]. Za wprowadzeniem do klasyfikacji psychiatrycznych kryteriów APSS przemawia zdaniem protagonistów koncepcji szereg następujących argumentów. Pomimo niskiej trafności predykcyjnej kryteriów UHR, ryzyko psychozy, w tym schizofrenicznej, jest w grupie osób ze stanowiącym ryzyko stanem psychicznym wielokrotnie wyższe niż w populacji ogólnej, co daje możliwość wdrożenia skutecznego podejścia prewencyjnego wobec zdefiniowanej w kryteriach grupy osób [8]. Wykazano, że wczesna interwencja w opisywanej grupie osób zmniejsza ryzyko rozwoju psychozy o prawie 70% [12, 13]. Jednolite kryteria mogą ułatwić zaplanowanie i prowadzenie badań celem oceny skuteczności różnych rodzajów interwencji w grupie UHR i dalsze doskonalenie trafności predykcyjnej kryteriów [14]. Osoby ze stanowiącym ryzyko stanem psychicznym poszukują pomocy z powodu doświadczanych objawów, które, niezależnie od trafności predykcyjnej kryteriów UHR i współczynnika konwersji, upośledzają ich funkcjonowanie i zwykle spełniają kryteria zaburzenia psychicznego rozumianego zgodnie z aktualną definicją zawartą w DSM-IV-TR [10]. Z drugiej strony przeciwko włączeniu do DSM-5 kategorii APSS zdaniem wielu badaczy przemawiają wyszczególnione poniżej argumenty. Uznanie osób doświadczających podprogowych objawów za spełniające kryteria określonego zaburzenia psychicznego może prowadzić do instytucjonalizacji opieki, stygmatyzacji społecznej i dyskryminacji osób poszukujących pomocy [9]. Brak jest dostatecznej liczby dobrze zaplanowanych badań klinicznych w celu wyróżnienia nowej kategorii diagnostycznej [11]. Pojawienie się nowej kategorii diagnostycznej może skutkować nadmiernym rozpoznawaniem tych zaburzeń, biorąc pod uwagę znaczną – sięgającą nawet 17% – częstość występowania zwiewnych objawów psychotycznych w populacji ogólnej [9, 15]. Niska trafność predykcyjna kryteriów diagnostycznych UHR może prowadzić do stosowania leków przeciwpyschotycznych wśród osób fałszywie dodatnich, co grozi narażeniem ich na poważne niekorzystne działania niepożądane [11].

### Ograniczenia badania

Badanie przeprowadzono w 2009 roku podczas ogólnopolskich konferencji psychiatrycznych. Badana populacja nie spełnia kryteriów reprezentatywności, ponieważ nie została wylosowana z populacji ogólnej psychiatrów polskich z zachowaniem zasad losowego doboru próby. Możliwy jest zatem wpływ błędu systematycznego selekcji respondentów, który mógł oddziaływać na uzyskane wyniki. Jednak brak danych dotyczących związku uczestnictwa w ogólnopolskich konferencjach psychiatrycznych z preferowaniem określonych rodzajów interwencji terapeutycznej uniemożliwia predykcję kierunku działania ewentualnego błędu systematycznego. W badaniu oceniano deklarowane przez respondentów strategie postępowania, nie zaś rzeczywiste działania podejmowane w grupie osób UHR.

### Wnioski

1. Polscy lekarze psychiatrzy deklarują wysoki odsetek stosowania interwencji farmakologicznej w grupie osób w stanie wysokiego ryzyka rozwoju psychozy (UHR),

- u których nie rozpoznano schizofrenii. Lekami preferowanymi są głównie LPIIG (rysperydon i olanzapina) stosowane w średnich i niskich dawkach przez minimum 6–12 miesięcy, czyli podobnie jak w I epizodzie choroby.
2. Deklarowana przez polskich psychiatrów praktyka terapeutyczna w grupie osób w stanie wysokiego ryzyka rozwoju psychozy (UHR) jest odmienna od zaleceń międzynarodowych ekspertów i naraża te osoby na poważne działania niepożądane związane z leczeniem lekami przeciwpsychotycznymi.
  3. Niezbędne wydaje się opracowanie programów i przeprowadzenie działań edukacyjnych mających na celu dostosowanie sposobów postępowania w grupie UHR do standardów międzynarodowych.

**Декларация польских психиатров способов воздействия среди лиц с симптомами большого риска развития психоза: результаты общепольского, зондированного исследования**

**Содержание**

**Задание.** Проведение докладной скрининговой оценки декларированного воздействия применяемого польскими психиатрами, по отношению к группе риска развития психоза.

**Метод.** Во время проходящих в 2009 году общепольских конференций, с участием практикующих психиатров, на территории всей страны, проведена анкета, относящаяся к применению ними поведения в двух группах лиц риска (А) с небольшими или переходящими, кратковременными психотическими симптомами и (Б) факторов риска черт и состояний.

**Результаты.** У лиц, с появляющимися у них симптомами слабыми или кратковременными, нестабильными психотическими проявлениями, большинство респондентов (88%) декларировали применение лечения фармакологическими препаратами, причем все соглашающиеся на фармакотерапию применяли антипсихотические лекарства. Группа лекарств, выбираемых в первую очередь были LPIIG (84%), рисперидон (46%) и оланзепин (32%). Большинство врачей декларировало применение средниз доз LPP (46%) как минимум 6–12 месяцев (31%). Среди лиц из группы факторов риска черт и состояний, также большинство респондентов (81%) декларировала применение LPP: чаще всего LPIIG (75%) и классические нейролептики (20%). Препараты, применяемыми в первую очередь, были в этой группе, чаще всего, также рисперидон и оланзепин (44 и 28%%). Применение небольших доз лекарств декларировало 65% врачей, минимум в течение 6–12 месяцев (38%).

**Выводы.** Польские врачи-психиатры декларируют высокий процент применения фармакологической интервенции в группе лиц с высоким риска развития психоза. Преферированными лекарствами, г.о. рисперидон, оланзепин, применяемыми в средних и низких дозах в течение, минимум, 6–12 месяцев.

**Handlungsweise der polnischen Psychiater in der Gruppe der Personen mit dem Syndrom der Symptome von hohem Risiko einer Psychose: Ergebnisse einer nationalen polnischen Umfrage**

**Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Beurteilung der Handlungsweise, die von polnischen Psychiatern zu den Personen aus der Gruppe von hohem Risiko einer Psychose angewandt wurde.

**Methode.** Auf den polnischen Konferenzen 2009, bei denen sich praktizierende Psychiater vom ganzen Lande treffen, wurde eine Umfrage zur Anwendung einer Handlungsweise in zwei UHR Gruppen durchgeführt: (A) attenuierte oder flüchtige, kurzfristige psychotische Symptome und (B) Risikofaktoren für Eigenschaften und Zustände..

**Ergebnisse.** Im Falle der Personen, die attenuierte oder flüchtige, kurzfristige psychotische Symptome (APS oder BLIPS) erfahren, deklarierten die meisten Gefragten die pharmakologische Behandlungsweise, wobei alle, die sich für Pharmakotherapie entschieden hatten, hatten LPP eingesetzt. Die Gruppe der Medikamente, die in erster Linie gewählt wurden, waren LPIIG (84%), Risperidon (48%) und Olanzapin (32%). Die meisten Ärzte deklarierten die Anwendung der mittleren Dosis von LPP (46%), minimum 6-12 Monate lang (31%). Unter den Personen aus der Gruppe der Risikofaktoren deklarierten auch die meisten Gefragten (81%) die Anwendung von LPP (75%) und klassische Neuroleptika (20%). Die angewandten Mittel waren in erster Linie in dieser Gruppe am häufigsten auch Risperidon und Olanzapin (44% und 28%). 65% der Ärzte wandten niedrige Medikamentendosis 6-12 Monate lang an.

**Schlussfolgerungen.** Polnische Psychiater deklarieren einen hohen Prozentsatz bei der Anwendung der pharmakologischen Mittel in der Gruppe der Personen mit hohem Risiko für die Entwicklung einer Psychose. Die meist angewandten Medikamente sind hauptsächlich LPIIG (Risperidon und Olanzapin), die in mittleren und niedrigeren Dosis durch 6-12 Monate angewandt werden.

### Les conduites déclarées par les psychiatres polonais envers le groupe de personnes avec le syndrome des symptômes du grand risque du développement de la psychose : résultats du questionnaire national polonais

#### Résumé

**Objectif.** Evaluer les conduites déclarées par les psychiatres polonais envers le groupe de personnes avec le syndrome des symptômes du grand risque du développement de la psychose.

**Méthode.** Durant les conférences des psychiatres polonais en 2009 année on les a enquêtés quant aux leurs conduites déclarées envers deux groupes d'UHR : A) atténués ou brefs symptômes psychotiques, B) facteurs du risque des traits et d'état.

**Résultats.** Dans les cas des symptômes brefs et atténués (APS ou BLIPS) la plupart des psychiatres (88%) déclare l'application de la pharmacothérapie antipsychotique (AP), avant tout risperidone (48%) et olanzapine (32%), donc les médicaments antipsychotiques de la seconde génération (84%). Beaucoup de psychiatres déclarent l'application des doses moyennes (46%) durant 6–12 mois.

Dans les cas B( facteurs du risque des traits et d'état) – la plupart (81%) déclare l'application de AP, le plus souvent de la seconde génération (75%) et les neuroleptiques classiques (20%) donc risperidone (44%) et olanzapine (28%), 65% déclarent les doses minimum durant 6–12 mois (39%).

**Conclusions.** Le grand pourcentage de psychiatres polonais déclare l'intervention pharmacologique dans le groupe avec le grand risque de la psychose. Ils préfèrent l'application de risperidone et d'olanzapine dans la dose moyenne ou minimum durant 6–12 mois.

#### Piśmiennictwo

1. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, Phillips LJ, Kelly D, Dell'Olivo M, Francey SM, Cosgrave EM, Killackey E, Stanford C, Godfrey K, Buckley J. *Mapping the onset of psychosis: the comprehensive assessment of at-risk mental states*. Austr. NZJ Psychiatry 2005; 39 (11–12): 964–971.
2. Yung AR, Phillips LJ, McGorry P. *Treating schizophrenia in the prodromal phase*. London: Taylor & Francis; 2004.
3. Lemos-Giraldez S, Vallina-Fernandez O, Fernandez-Iglesias P, Vallejo-Seco G, Fonseca-Pedrero E, Paino-Pineiro M, Sierra-Baigrie S, Garcia-Pelayo P, Pedrejon-Molino C, Alonso-Bada S, Gutierrez-Perez A, Ortega-Ferrandez JA. *Symptomatic and functional outcome in youth at ultra-high risk for psychosis: a longitudinal study*. Schizophr. Res. 2009; 115 (2–3): 121–129.
4. Cannon TD, Cadenhead K, Cornblatt B, Woods SW, Addington J, Walker E, Seidman LJ, Perkins D, Tsuang M, McGlashan T, Heinssen R. *Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America*. Arch. Gen. Psychiatry 2008; 65 (1): 28–37.

5. Klosterkötter J. *Indicated prevention of schizophrenia*. Dtsch Arztebl Int. 2008; 105 (30): 532–539.
6. McGorry PD, Nelson B, Amminger GP, Bechdolf A, Francey SM, Berger G, Riecher-Rössler A, Klosterkötter J, Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Nordentoft M, Hickie I, McGuire P, Berk M, Chen EY, Keshavan MS, Yung AR. *Intervention in individuals at ultra high risk for psychosis: a review and future directions*. J. Clin. Psychiatry 2009; 70 (9): 1206–1212.
7. Kupfer DJ. *Proposed draft revisions to DSM disorders and criteria 2010*; <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=412>.
8. Yung AR, Nelson B, Thompson AD, Wood SJ. *Should a „risk syndrome for psychosis” be included in the DSM-V?* Schizophr. Res. 2010.
9. Yang LH, Wonpat-Borja AJ, Opler MG, Corcoran CM. *Potential stigma associated with inclusion of the psychosis risk syndrome in the DSM-V: An empirical question*. Schizophr. Res. 2010.
10. Ruhrmann S, Schultze-Lutter F, Klosterkötter J. *Probably at-risk, but certainly ill – advocating the introduction of a psychosis spectrum disorder in DSM-V*. Schizophr. Res. 2010.
11. Corcoran CM, First MB, Cornblatt B. *The psychosis risk syndrome and its proposed inclusion in the DSM-V: A risk-benefit analysis*. Schizophr. Res. 2010.
12. Morrison AP, French P, Walford L, Lewis SW, Kilcommons A, Green J, Parker S, Bentall RP. *Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial*. Brit. J. Psychiatry 2004; 185: 291–297.
13. Hafner H, Maurer K, Ruhrmann S, Bechdolf A, Klosterkötter J, Wagner M, Maier W, Bottlender R, Moller HJ, Gaebel W, Wolwer W. *Early detection and secondary prevention of psychosis: facts and visions*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2004; 254 (2): 117–128.
14. Correll CU, Hauser M, Auther AM, Cornblatt BA. *Research in people with psychosis risk syndrome: a review of the current evidence and future directions*. J. Child Psychol. Psychiatry 2010; 51 (4): 390–431.
15. van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. *Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58 (7): 663–668.

Adres: Tomasz Pawełczyk  
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych  
Uniwersytetu Medycznego  
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10

Otrzymano: 6.12.2010  
Zrecenzowano: 30.12.2010  
Otrzymano po poprawie: 26.01.2011  
Przyjęto do druku: 3.02.2011