

Anna Telichowska-Leśna

II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie  
Wojewódzki Szpital Bródnowski

# Zastosowanie i skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii

*Application and effectiveness of cognitive behavioural therapy in the treatment of schizophrenia*

## Abstract

*This thesis aims at presenting methods and therapeutic effects in the treatment of psychotic disorders, basing on the cognitive behavioural approach.*

*Following applications of cognitive behavioural therapy are presented in this article:*

1. *Therapy focused on:*

- *improving the functioning of patients with persistent psychotic symptoms,*
- *reducing psychotic sensations,*
- *improving insight and/or compliance,*
- *coping with imperative voices (hallucinations).*

2. *Applying therapy in specific groups of psychotic patients:*

- *suffering from chronic illness,*
- *during the first episode of psychosis,*
- *in an acute phase of psychosis.*

*Many of presented researches are pioneering, usually conducted in small groups of patients so it is necessary to broaden the groups in order to increase the credibility of results.*

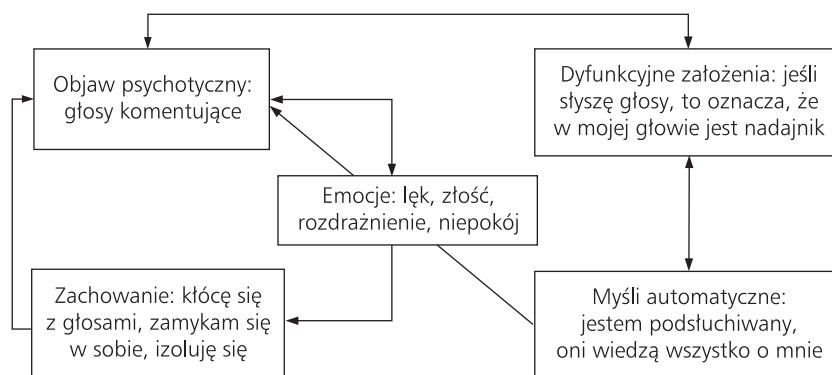
**key words:** *schizophrenia, cognitive behavioural therapy*

## Schizofrenia

„Jak dotąd nie udało się ustalić jednej konkretnej przyczyny choroby. Znane przesłanki wskazują raczej na patogenezę wieloczynnikową, z różnym udziałem czynników dziedzicznych i nabytych, (...) oraz warunkowań środowiskowych. Niektóre koncepcje zakładają, że ujawnienie się choroby zależy od wzajemnych oddziaływań między dziedzicznym lub nabytym we wcześniejszych okresach życia uwrażliwieniem (podatnością, *vulnerability*) a okolicznościami powodującymi stres” [1].

Adres do korespondencji: lek. Anna Telichowska-Leśna  
II Klinika Psychiatryczna Akademii Medycznej w Warszawie  
Wojewódzki Szpital Bródnowski  
ul. Turmoncka 22/609, 03–254 Warszawa  
tel.: 0600 384 839  
e-mail: visenna77@o2.pl

„Jest znanych wiele tak zwanych czynników pośredniczących między endogennym uwrażliwieniem a stresem, (...). Niektóre z nich mają charakter somatogeny (np. przebyte choroby układu nerwowego, (...) substancje stymulujące lub halucynogenne), inne — psychogeny (np. cechy osobowości, postawy życiowe, umiejętność radzenia sobie) lub nawet socjogeny (np. klimat rodzinny, typ kultury) (...)” [1]. Celem pracy jest przegląd metod i efektów terapeutycznych dotyczących specyficznych problemów, jakie występują u pacjentów ze schizofrenią paranoidalną. Najczęściej stosowano terapię w celu zmniejszenia objawów psychotycznych, a także za jej pomocą starano się poprawić funkcjonowanie pacjentów i ich wgląd w chorobę oraz stosowanie się do zaleceń lekarskich. Ciekawym zagadnieniem okazuje się zastosowanie terapii w specyficznych grupach pacjentów psychotycznych:



Rycina 1. Poznawczy model psychozy według Becka  
 Figure 1. Beck's cognitive model of psychosis

przewlekłe chorych (tzw. chronicznych), będących w pierwszym epizodzie psychozy, w ostrej fazie psychozy. Wiele z tych badań jest pracami pionierskimi, zazwyczaj przeprowadzonymi na niewielkiej grupie pacjentów, co wymaga poszerzenia grupy badanych i uwiarogodnienia wyników.

### Główne modele poznawcze schizofrenii

Znane modele poznawcze schizofrenii zakładają istnienie deficytów w zakresie przetwarzania informacji związanych z neurofizjologicznymi nieprawidłowościami. Deficyty poznawcze występują w młodym wieku pacjentów na długo przed wystąpieniem pierwszych objawów i utrudniają zdobywanie podstawowych umiejętności społecznych oraz zdolność do radzenia sobie w różnych sytuacjach [2, 3].

Poniżej przedstawiono cztery główne modele poznawcze, za pomocą których wyjaśnia się zaburzenia psychiatryczne.

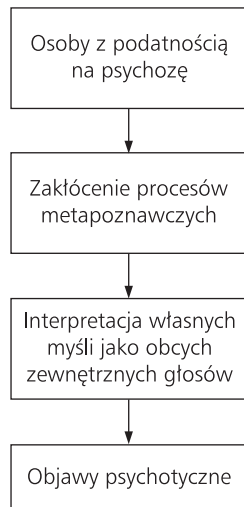
1. Model podatności na stres/ograniczonych możliwości Nuechterleina i Dawsona [2, 3] zakłada, że niektóre zadania mogą przekraczać poznawcze możliwości osoby chorej na schizofrenię (takie jak: uwaga, pamięć krótko- i długotrwałą, podejmowanie decyzji). Osoby z biologiczną, psychologiczną i środowiskową podatnością na psychozę są wrażliwe na czynniki wyzwalające. Epizod psychiatryczny zostaje wywołany przez wydarzenia życiowe, stresujące środowisko, używanie narkotyków. Jest to model zakładający linearny sposób przetwarzania informacji, czyli:  
 Spostrzeżenie — Zakodowanie — Konsolidacja — Odtworzenie informacji [2, 3].
2. Ogólny model poznawczy Becka podkreśla wagę znajomości emocjonalnego stanu pacjenta

w momencie uruchamiania się specyficznych chorobowych przekonań i wzajemnej korelacji między myślami a emocjami pacjenta. Podobnie jak poprzedni model poznawczy próbuje rozpoznać specyficzne dla pacjenta predyspozycje rozwoju epizodu psychozy (genetyczne, psychologiczne) oraz czynniki podtrzymujące. Terapia ta skupia się przede wszystkim na wykryciu błędnych kół podtrzymywania objawów.

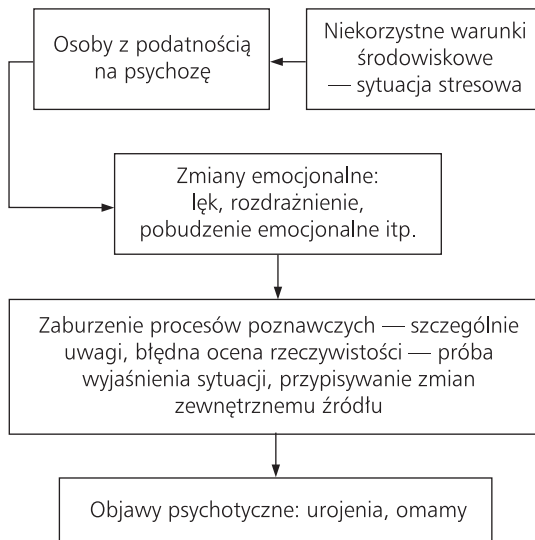
Błędne koła są główną przyczyną pojawiania się i podtrzymywania negatywnych myśli automatycznych i dysfunkcyjnych urojeniowych założeń [2] (ryc. 1).

Model ten zakłada, że poszukiwanie alternatywnych wyjaśnień, niepokojących dla pacjenta wydarzeń, dotychczas interpretowanych w sposób urojeniowy, może spowodować osłabienie niekorzystnych emocji z nimi związanych. Wówczas pacjent będzie bardziej skłonny do rozważenia odmiennej od urojeniowej przyczyny wypadków [4].

3. Flower i wsp. [2] interpretują objawy psychiatryczne jako wynik zakłócenia procesów metapoznawczych (czyli zdolności człowieka do monitorowania i kontroli własnych procesów intelektualnych), a zwłaszcza zakłócenia oceny własnych myśli. Problem w rozpoznawaniu własnych myśli wywołuje cierpienie psychiczne i powoduje zakłócenie funkcjonowania osobistego, ale przede wszystkim staje się początkiem interpretowania własnych myśli w sposób psychiatryczny i głównie przypisywania ich pochodzenia zewnętrznemu źródłu (ryc. 2).
4. Powyższe modele zostały połączone w jeden przez Garety [2, 3]. Model ten zakłada, że u osoby z podatnością na psychozę niekorzystne warunki



**Rycina 2.** Poznawczy model psychozy według Flower  
**Figure 2.** Flower's cognitive model of psychosis



**Rycina 3.** Poznawczy model psychozy według Garety  
**Figure 3.** Garety's cognitive model of psychosis

środowiskowe mogą wywołać zmiany emocjonalne i zaburzać procesy uwagi postrzegania i oceny, jeżeli osoba chora przypisuje te zmiany zewnętrznemu źródłu. Emocjonalne cierpienie, pobudzenie oraz dążenie do wyjaśnienia sytuacji może prowadzić do pojawienia się halucynacji i urojeń [2] (ryc. 3).

Osoby, u których występuje psychoza, mają tendencję do pospiesznego wyciągania wniosków, trudności w odczytywaniu w sposób prawidłowy intencji innych osób oraz do przypisywania skutków wydarzeń otoczeniu zewnętrznemu [2, 5].

### Schemat terapii proponowany przez Rector i Beck [6]

Autorzy [6] zalecają terapię ograniczoną w czasie — trwającą około 6–9 miesięcy. Proponują, aby pierwsze sesje poświęcić budowaniu relacji, więzi terapeutycznej i zaufania. Ważną częścią terapii staje się psychoedukacja na temat wpływu stresujących sytuacji życiowych na nasilenie objawów psychotycznych. Czas trwania sesji należy dostosować indywidualnie do potrzeb i możliwości pacjenta. Sesje powinny trwać 25–50 minut; dopuszczalne jest wprowadzanie przerw i ograniczenie prac domowych. Należy pamiętać, że pacjentowi łatwiej jest odbyć kilka krótkich sesji w pewnych odstępach czasu niż jedną długą o pełnej strukturze. Głównymi technikami terapeutycznymi proponowanymi przez autorów [6] są dialog sokratejski, eksperymenty z testowaniem słuszności przekonań. Zaleca się również większą elastyczność w osiągnięciu poszczególnych celów. W terapii schizofrenii za najważniejsze uznaje się budowanie relacji interpersonalnej — terapeuta–pacjent, w której terapeuta rozumie swoją rolę jako edukującą i wspierającą, natomiast unika dyrektywnego podejścia do urojeń pacjenta [4–7].

### Terapia urojeń

Pacjenci z urojeniami zazwyczaj nie stosują alternatywnych wytłumaczeń negatywnych wydarzeń i mają tendencję przeskakiwania od razu do urojeniowych wniosków.

Terapia urojeń polega na testowaniu przekonań urojeniowych pacjenta jako jednej z wielu alternatywnych możliwości, a także szukaniu innych przyczyn i interpretacji mogących podważyć system urojeniowy pacjenta. Celem staje się zmiana w postrzeganiu własnych błędnych przekonań jako hipotezy, a nie prawdy absolutnej [6, 7].

Podczas terapii należy się koncentrować na dowodach, na których opiera się urojenie pacjenta. Próba zdystansowania się do objawów i przyjęcia na chwilę punktu widzenia innych ludzi może obniżyć poziom wiary w urojenia [4].

Należy wspomnieć, że najważniejszą zmienną u pacjentów z urojeniami jest stopień, w jakim pacjent jest przekonany o słuszności swoich przekonań. Można to zbadać, posługując się skalą subiektywnych ocen 0–100% (...). Okazuje się, że nawet jedynie systematyczne ocenianie siły przekonań przez pacjenta uaktywnia procesy metapoznawcze, które prowadzą do osłabienia siły przekonań [4, 5]. Praca poznawcza z pacjentem powinna się rozpocząć od testowania najslabszych przekonań pacjenta, gdyż są one najbardziej podatne na leczenie i pozwalają stworzyć korzystną rela-

cję terapeutyczną. Dużo lepsze wyniki w podważaniu przekonania urojonych uzyskuje się, prowadząc dialog sokratejski niż poddając w wątpliwość przekonania pacjenta i próbując je w ten sposób korygować (np. Czy inni ludzie myślą tak jak pan? Jak to wyjaśnić?) [4].

### Terapia halucynacji

Pracując nad zmniejszeniem halucynacji, należy pamiętać, że pacjenci z halucynacjami prezentują nastawienia ksojne oraz mają tendencję do doszukiwania się przyczyn pewnych wydarzeń w intencjach innych osób, poza swoją osobą [6].

Terapia halucynacji początkowo koncentruje się na dotarciu i identyfikacji okoliczności życiowych zapoczątkowujących głosy. Ważne są także wydarzenia poprzedzające wystąpienie głosów oraz refleksje pacjenta na temat głosów.

Zazwyczaj terapię zaczyna się od skupienia na temacie przekonań dotyczących głosów — „nie mogę się im przeciwstawić” „to głos mojego sąsiada” itp.

Kolejnym krokiem jest dyskusja z zarzutami głosów — na przykład „jesteś bezwartościowy, głupi” — stosując między innymi technikę „za i przeciw”.

Pomocne w terapii pytania to:

- Czy istnieje jakieś inne wytłumaczenie?
- Czy mogło być tak, czy zdarzyło się kiedykolwiek, że... było inaczej [6].

### Compliance, czyli wypełnianie zaleceń lekarskich i wgląd w chorobę

W schizofrenii główną przyczyną zaostrzeń jest niesystematyczność w przyjmowaniu leków lub ich całkowite odstawianie [8–10].

Niski poziom współpracy z lekarzem, a w konsekwencji niesystematyczność w leczeniu lub jego zaniechanie dotyczy 40–80% pacjentów ambulatoryjnych leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej [8, 9, 11]. W kolejnym badaniu autorzy [12], powołując się na badania Corrigan [12], uważają, że brak współpracy dotyczy ponad 80% pacjentów z psychozą.

Próbując znaleźć przyczyny niezadowolającego poziomu współpracy z lekarzem, można brać pod uwagę wiele czynników. Nasilenie objawów negatywnych i pozytywnych, brak wglądu w chorobę, niski status socjoekonomiczny, samotność, niski poziom IQ, brak opieki osób bliskich, płęć męska, poplekowe objawy niepożądane to czynniki, które pogarszają poziom stosowania się do zaleceń lekarskich [9, 11, 13–16].

Jedną z przyjętych definicji przestrzegania zaleceń lekarskich jest ich podział w zależności od poziomu konsekwencji pacjenta w przyjmowaniu leków [17]. Za przestrzeganie zaleceń uważa się stan, kiedy chory nie

stosuje mniej niż 20% swoich leków, częściowe przestrzeganie zaleceń definiuje się jako niestosowanie 20–80% swoich leków, natomiast nieprzestrzeganie zaleceń — jako niestosowanie powyżej 80% swoich leków. W przypadku schizofrenii paranoidalnej poziom stosowania się do zaleceń lekarskich jest zróżnicowany — 28% pacjentów przestrzega zaleceń lekarskich, 46% — częściowo, natomiast 26% — w ogóle [17]. Stwierdzono, że 65,8% [18] pacjentów psychiatrycznych przyjmuje inne dawki leków i o innych porach dnia niż zalecił lekarz. Wiadomo, że brak współpracy, szczególnie w schizofrenii, jest przyczyną rehospitalizacji. Nawrót objawów w ciągu roku występuje u 16% chorych stosujących się do zaleceń lekarza oraz u 74% chorych nieprzestrzegających zaleceń lekarza.

Autorka niniejszego artykułu, przeglądając prace dotyczące wpływu terapii poznawczo-behawioralnej na poprawę stosowania się do zaleceń lekarskich, natrafiła na kilka badań. W jednym z nich [12] 74 pacjentów z rozpoznaniem psychozy według Diagnostyczno-Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych — edycja III (DSM-III, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases — III Edition*) podzielono na dwie grupy. Jedna z grup uczestniczyła w 4–6 sesjach terapeutycznych w ramach oddziału szpitalnego, w tak zwanym *compliance therapy*. Każda z sesji trwała 20–60 minut; sesje odbywały się zazwyczaj 2 razy w tygodniu; średni ogólny czas terapii dla każdego pacjenta wynosił 3–3,5 godziny. Druga grupa otrzymywała niespecyficzne wsparcie psychologiczne. Po wyjściu ze szpitala pacjenci uczestniczyli w sesjach przypominających lub niespecyficznych konsultacjach w 3., 6. i 12. miesiącu po wyjściu z oddziału.

W pierwszej fazie terapii zajmowano się historią leczenia pacjenta, jego stosunkiem do leczenia oraz próbowano połączyć przerwy w przyjmowaniu leków z nawrotem. Ponadto pytano o negatywne doświadczenia związane z przyjmowaniem leków. Zaprzeczanie choroby lub potrzebie leczenia przez pacjenta podlegało delikatnej konfrontacji z konsekwencjami socjalnymi lub życiowymi pacjenta.

W drugiej fazie terapii terapeuci pracowali nad obawami dotyczącymi leczenia, takimi jak: lęk przed uzależnieniem, utrata kontroli, utrata osobowości, lęk przed działaniami niepożądanymi. Jedną z przyczyn odstawiania leków (w wypadku polepszenia samopoczucia), zgłaszaną przez pacjentów, było postrzeganie ich przez otoczenie jako osoby chore (stygmatyzacja). W takim przypadku terapeuta zapoznawał pacjenta z korzyściami i wadami leczenia. Terapeuci podkreślali korzyści leczenia, szczególnie jeśli występowały one spontanicznie podczas sesji. Pośrednie cele leczenia,

na przykład czuć się lepiej z ludźmi, były podkreślane przez terapeutę jako możliwe do osiągnięcia przez stosowanie się do zaleceń. Używano także metafor dotyczących leczenia, na przykład porównując je do „warstwy/tarczy ochronnej”. Zastosowanie metafory leczenia jako polisy ubezpieczeniowej w tym eksperymencie dawało pozytywne wyniki.

W trzeciej fazie terapii zajmowano się pracą nad poczuciem stygmatyzacji. Porównywano potrzebę przyjmowania leków do przyjmowania ich w chorobach somatycznych oraz podkreślano powszechne występowanie chorób psychicznych także u znanych osób. Należy podkreślić, że grupa stosująca terapię poznawczo-behawioralną oraz grupa kontrolna nie różniły się pod względem dawki przyjmowanych leków. Dwunastu pacjentów z grupy terapeutycznej i 14 z grupy kontrolnej przyjmowało leki w formie *depot*.

Po zakończeniu terapii oraz po 18 miesiącach od ukończenia terapii oceniano poziom stosowania się do zaleceń lekarskich, stosunek do leczenia, wgląd oraz funkcjonowanie społeczne. W wynikach podkreślono, że ogólne społeczne funkcjonowanie poprawiło się w grupie otrzymującej specyficzną terapię poznawczą. Wgląd był wyraźnie większy u pacjentów po interwencjach specyficznych tuż po zakończeniu eksperymentu, natomiast po 18 miesiącach różnica w poziomie wglądu między grupami wynosiła jedynie 18,8% mierzonego za pomocą skali badającej wgląd (SAI, *Schedule for the Assessment of Insight*). Grupy nie różniły się między sobą pod względem poziomu wglądu, stosunku do leczenia i poziomu przestrzegania zaleceń, który był raczej niski, chociaż w grupie stosującej terapię poznawczo-behawioralną był on nieco lepszy i utrzymywał się na stałym poziomie w ciągu 18 miesięcy. Objawy psychotyczne nie różniły się pod względem intensywności, którą badano za pomocą Krótkiej Psychiatrycznej Skali Oceny (BPRS, *Brief Psychiatric Rating Scale*).

Stwierdzono natomiast poprawę pod względem długości czasu, w którym pacjent pozostawał poza szpitalem. W obserwacji 18-miesięcznej czas do kolejnej hospitalizacji wypadł na korzyść grupy stosującej terapię poznawczo-behawioralną. Prawdopodobnie wiąże się to z tak zwanym ogólnym lepszym funkcjonowaniem, które osiągnięto za pomocą terapii. Nie zaobserwowano różnicy pod względem liczby dni spędzonych w szpitalu. Trzydzieści pięć procent pacjentów z grupy stosującej terapię poznawczo-behawioralną i 43% z grupy kontrolnej odpadło z badania, co stanowi główne ograniczenie tego eksperymentu. Chociaż terapia przyniosła niewielką, utrzymującą się w czasie, poprawę współpracy z lekarzem, to

ogólnie terapia okazała się niewystarczająca pod względem skuteczności w tym zakresie. Z drugiej strony proponowana terapia była znacznie ograniczona w czasie — trwała średnio 3 godziny w okresie szpitalnym i obejmowała 3 dodatkowe sesje po wyjściu ze szpitala w długich odstępach czasu. Uwzględniając problemy poznawcze, szczególnie dotyczące zaburzeń pamięci krótko- i długotrwałej, wydaje się, że proponowana terapia nie wystarczała dla pacjentów z tym zaburzeniem. Ograniczeniem terapii wydaje się także duży procent pacjentów, którzy zrezygnowali z terapii, co pogarsza wiarygodność wyników. Z tego względu należy się zastanowić nad przyczyną dużej absencji pacjentów.

### Wgląd

Wiadomo, że około 27% pacjentów ze schizofrenią zaprzecza, że występuje u nich jakakolwiek choroba psychiczna [14, 19, 20]. Prawdopodobnie słaby wgląd jest obroną pacjenta przed objawami depresyjnymi. Schizofrenia jest przewlekłą chorobą psychiczną, wiążącą się z dużym poczuciem stresu emocjonalnego. Zauważono korelację między wzrostem wglądu a nasileniem tendencji samobójczych i myśli rezygnacyjnych [21].

Wgląd jest pojęciem wielowymiarowym, które można podzielić na brak poczucia choroby — pacjent zaprzecza, że jest chory oraz nieprawidłową atrybucję choroby — kiedy pacjent twierdzi, że jego doznania i dolegliwości nie wiążą się z chorobą psychiczną [22]. W najnowszych pracach wyróżnia się 5 głównych składników tworzących wgląd chorych psychicznie: stosunek pacjenta do objawów, poczucie choroby, wyjaśnienie przyczyn choroby, świadomość ryzyka nawrotów i stosunek do zasadności leczenia [23].

Całkowity wgląd definiuje się jako spełnienie wszystkich powyższych założeń pojęcia wglądu. Częściowy wgląd występuje w sytuacjach, kiedy na przykład pacjent nie do końca rozpoznaje swoje dolegliwości jako chorobowe, natomiast akceptuje leczenie, chociaż działanie leków i ich wpływ na siebie może interpretować urojeniowo [14, 16].

„Brak wglądu jest dość oczywistym składnikiem chorobyliwie zniekształconej (urojenia, omamy) oceny rzeczywistości, którą to ocenę wzmacnia niezdolność do właściwej oceny, zgodnej z obiektywnym stanem rzeczy (brak krytycyzmu) do przypisania jej atrybutu chorobliwości (poczucie choroby) oraz do podjęcia leczenia (brak gotowości leczenia się). Te trzy składniki braku wglądu są łącznie jednym z ważniejszych motywów braku współdziałania chorych w leczeniu. Analiza złożonej struktury braku wglądu wskazuje czę-



sto na zachowaną gotowość poddania się leczeniu mimo bezkrytycyzmu i braku poczucia choroby” [1].

„Zaprzeczając chorobie, pacjent w sposób mniej lub bardziej świadomy stara się uniknąć stygmatyzacji” [24].

„Po badaniu dużych grup chorych na schizofrenię (...) czynnikami pogarszającymi wgląd były: wiek zachorowania poniżej 30 lat, mało objawów depresyjnych, niska ocena efektywności leczenia, mała wrażliwość na stygmatyzację, większa satysfakcja ze swojego stanu zdrowia (...).

Najsilniej negatywnie na wgląd wpływały dziwaczne treści myślenia. Niektórzy autorzy zwracają uwagę na możliwość istnienia u pacjentów pseudowglądu czy wglądu pozornego [24]. Polega on na nazywaniu przez pacjenta jego problemów w języku jakiejś teorii w sposób przypadkowy, nieprawdziwy, ale uspokajający (...). Jeżeli przeżywa coś niezrozumiałego, a w przypadku chorych psychicznie są to najczęściej objawy, takie jak omamy lub iluzje, zaburzenia formalne myślenia itp. (...). Taki proces może prowadzić do tworzenia wyjaśnień urojeniowych, ale w niektórych przypadkach taka naturalna tendencja do nazywania okoliczności składających się na chorobę o charakterze pseudowglądu może zainicjować powstawanie prawdziwego wglądu. Warunkiem wglądu jest bowiem przyjęcie do wiadomości i zrozumienie choroby oraz jej konsekwencji” [24]. Próba poprawy wglądu za pomocą interwencji poznawczo-behawioralnych, przeprowadzona przez Corrigan i Calabrese [3], koncentruje się na stresujących objawach psychotycznych (...). Terapeuta bada z pacjentem stresujące treści poznawcze, próbując zmienić ich postrzeganie i traktowanie przez pacjenta. Stara się zmienić traktowanie błędnych przekonań pacjenta jako poglądów, a nie faktów. Dość wcześnie zauważono, że terapia konfrontacyjna nie osłabia przekonań pacjentów o prawdziwości błędnych przekonań, a nawet je wzmacnia [3].

W badaniach terapii zastosowanej w ostrej fazie psychozy [25] nie wykazano poprawy poziomu wglądu pod wpływem terapii. Prawdopodobnie procesy poznawcze znacznie zaburzone przez proces psychotyczny blokują możliwość zmiany i poprawę wglądu pacjentów.

### **Głosy imperatywne**

W badaniu obejmującym 38 chorych [26] ze schizofrenią osoby szczególnie cierpiące z powodu głosów imperatywnych o nieprzyjemnej i zagrażającej treści (zabić siebie, zabić innych, skrzywdzić siebie, skrzywdzić innych) poddano eksperymentowi. Spośród 38 pacjentów 18 osób skierowano na terapię poznawczo-behawioralną. Pozostali pacjenci (10 osób) otrzy-

mali zwykłą standardową pomoc. Wyniki terapii oceniano po 6. i 12. miesiącach. Ocena dotyczyła nasilenia głosów imperatywnych, poziomu stresu związanego z głosami, wiary w treści głosów, częstości głosów.

Terapia poznawczo-behawioralna okazała się skuteczniejsza od zwykłej standardowej terapii w zmniejszeniu ulegania głosom, redukcji stresu i zapobieganiu spadkom nastroju spowodowanym głosami. Terapia skupiła się na zmianie podejścia pacjentów do ich własnych omamów słuchowych poprzez techniki terapeutyczne modyfikujące poziom wiary w siłę i omnipotencję głosów imperatywnych. Takie podejście zaowocowało obniżeniem częstości ulegania głosom. Ponadto zmniejszyła się częstość pojawiania się głosów.

### **Ostra faza psychozy**

W przypadku zastosowania terapii poznawczo-behawioralnej w terapii pacjentów w ostrej fazie psychozy [25], wyniki 5-letniej obserwacji dotyczącej 40 pacjentów, z których połowa otrzymała terapię poznawczo-behawioralną, a połowa rutynową opiekę (rekreację, wsparcie psychiczne i leki), wskazują na brak ewidentnych korzyści z zastosowania terapii pod względem szybkości „zdrowienia”, objawów pozytywnych, negatywnych czy wglądu, natomiast zauważono znaczącą poprawę w zakresie „kontrola nad chorobą”.

W tym wypadku terapia składała się z:

- sesji indywidualnych skoncentrowanych na budowaniu wsparcia i więzi oraz łagodnemu zmierzaniu się z kluczowymi urojeniami pacjenta,
- grupowej terapii poznawczej w małych 6-osobowych grupach — korzyści w konfrontowaniu się z urojeniami innych pacjentów i przyjrzeniu się im zapobiegły lub obniżyły poczucie stygmatyzacji; terapia grupowa pomogła poznać nowe strategie radzenia sobie z objawami pozytywnymi; przygotowywała także pacjentów do ewentualnego nawrotu objawów,
- spotkań rodzinnych — uczyły rodziny, jak wspierać pacjenta.

Osoby z grupy kontrolnej uczestniczyły w spotkaniach grupy socjalnej, brały udział w zajęciach sportowych, miały kontakt z tymi samymi terapeutami prowadzącymi terapię poznawczo-behawioralną, którzy tym razem ograniczyli się do uważnego słuchania, natomiast nie podejmowali dyskusji o objawach.

Każda z grup miała intensywny kontakt z terapeutami średnio 8 godzin w tygodniu przez maksimum 6 miesięcy.

W analizie dokonanej po 5 latach zauważono brak istotnych różnic pod względem częstości nawrotów lub długości ostrego okresu psychozy.

Należy zaznaczyć, że 4 osoby z grupy leczonej terapią poznawczą i 5 z grupy kontrolnej nie przyjmowało leków, co było ich osobistą decyzją. W tym badaniu interesujące wydaje się prowadzenie obu grup pacjentów przez tych samych terapeutów. Pokazuje to, że osiągnięte korzyści wynikają ze stosowania terapii, a nie z cech charakteru terapeutów. Ograniczeniem jest niewielka liczba badanych.

### Pierwszy epizod psychozy

W badaniu [27] dotyczącym pierwszego epizodu przeprowadzono ponowną ocenę skuteczności terapii po 18 miesiącach. Badanie dotyczyło 309 pacjentów w stanie czynnej psychozy trwającej przez co najmniej 4 tygodnie. Do tego badania kwalifikowano pacjentów, dla których stan obecnej psychozy był pierwszym lub drugim epizodem schizofrenii. Pacjentów podzielono na trzy grupy — terapię poznawczo-behawioralną + standardowe leczenie, grupę otrzymującą wsparcie + standardową terapię i grupę otrzymującą wyłącznie standardowe leczenie.

Terapia miała trwać 15–20 godzin podczas 5-tygodniowej hospitalizacji (w praktyce pacjenci otrzymywali średnio 8,6 godziny terapii w ciągu 5 tygodni, co dawało średnio 16 sesji). Ponadto prowadzono sesje przypominające w drugim tygodniu po wypisie ze szpitala, a następnie po miesiącu, po 2 i po 3 miesiącach od hospitalizacji.

Zarówno grupa otrzymująca terapię poznawczo-behawioralną, jak i grupa otrzymująca wsparcie uzyskiwały lepsze wyniki w całościowym teście Skali Zaburzeń Pozytywnych i Negatywnych (PANNS, *Positive and Negative Syndrome Scale*), jak i w trzech podskalach: pozytywnej, negatywnej i ogólnej, w porównaniu z grupą otrzymującą standardowe leczenie. Nie stwierdzono różnic w poziomie urojeń i halucynacji w teście oceniającym natężenie objawów psychotycznych (PSY-RATS, *Psychotic Symptom Rating Scales*).

Podczas 18-miesięcznej obserwacji nie zaobserwowano różnic między grupami pod względem liczby nawrotów lub rehospitalizacji.

Zauważono natomiast szybsze „zdrowienie” u pacjentów z grupy otrzymującej terapię poznawczo-behawioralną w porównaniu z grupą „wsparcia”. Autorzy zbyt optymistycznie uznali, że 8 godzin terapii w pierwszych 5 tygodniach leczenia ostrego epizodu może istotnie wpływać na stan zdrowia pacjentów po 18 miesiącach.

Niekorzystnym wydaje się brak kontynuacji terapii po wyjściu pacjenta z oddziału — w chwili, kiedy jego procesy poznawcze mniej ograniczają możliwość uczenia się i pamięć. Prawdopodobnie terapia prowadzo-

na podczas ostrego epizodu choroby ma niewielki wpływ na poprawę stanu zdrowia psychicznego.

### Przewlekła postać choroby

Badanie dotyczące pacjentów z chroniczną postacią choroby [28] przeprowadzono u 87 chorych z przetrwałymi objawami pozytywnymi, współpracującymi w leczeniu farmakologicznym. Badanie ukończyły 72 osoby.

Pacjentów podzielono na 3 grupy — grupę leczoną według schematu — terapię poznawczo-behawioralną + rutynowe leczenie, grupę otrzymującą wsparcie + rutynowe leczenie i grupę poddaną wyłącznie rutynowemu leczeniu.

Grupa leczona za pomocą terapii poznawczo-behawioralnej (28 pacjentów) otrzymywała terapię skupiającą się na metodach treningowych, jak radzić sobie z objawami, trening w rozwiązywaniu problemów. Sesje odbywały się 2 razy w tygodniu przez ponad 10 tygodni.

Grupa otrzymująca wsparcie otrzymywała wspierającą relację z terapeutą, wsparcie emocjonalne. Sesje odbywały się także 2 razy w tygodniu przez okres 10 tygodni. Rutynowa terapia oferowała leki, kontrolę poszpitalną oraz program opieki.

Znacząca poprawa nastąpiła w grupie otrzymującej wsparcie w zakresie liczby objawów pozytywnych oraz ich ciężkości mierzonych za pomocą skali *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS). Wśród pacjentów otrzymujących terapię poznawczo-behawioralną i wsparcie nie stwierdzono nawrotów, podczas gdy w grupie z rutynową opieką 4 pacjentów wymagało hospitalizacji. Valmaggia i wsp., [29] zajmujący się terapią „chronicznej psychozy”, przeprowadzili badanie obejmujące 62 pacjentów, których podzielono na dwie grupy — otrzymującą terapię poznawczo-behawioralną i otrzymującą wsparcie. Pacjenci przyjmowali co najmniej jeden atypowy neuroleptyk, a 24 osoby otrzymywały klozapinę.

Terapia poznawczo-behawioralna okazała się bardziej skuteczna pod względem halucynacji słuchowych, ponieważ trwały one krócej i pojawiały się rzadziej. W 6-miesięcznej obserwacji podczas terapii poznawczo-behawioralnej nie stwierdzono efektów leczenia urojeń.

Kolejnym przykładem potwierdzającym skuteczność stosowania terapii poznawczo-behawioralnej w przewlekłej schizofrenii jest publikacja Cather [30]. Z artykułu wynika, że CBT poprawia społeczne funkcjonowanie chorych na schizofrenię paranoidalną dzięki specyficznym oddziaływaniom na konkretne obszary życia. Terapia wyznaczała pacjentowi bardziej konkretne i osiągalne cele, rozbijając większe założenia na

drobne elementy. Sesje terapii poznawczo-behawioralnej były ukierunkowane na zmniejszanie stresu związanego z objawami pozytywnymi oraz zmniejszanie stygmatyzacji, co pomagało pacjentowi bardziej skupić się na „życiu z chorobą” niż redukcji objawów za wszelką cenę.

W badaniu autorki 30 pacjentów ze schizofrenią lub z zespołem schizoafektywnym poddano terapii poznawczej w wymiarze 16 jednogodzinnych sesji. Badanie to porównywano z grupą kontrolną uczestniczącą w psychoedukacji. Terapia poznawcza odbywa się według następującego schematu:

— 1 sesja — film na temat objawów psychiatrycznych i o ich terapii,  
— 2–6 sesji — konceptualizacja — odnalezienie aktywności sprawiających przyjemność.

Jeśli pacjent miał trudności w określeniu czynności sprawiających mu przyjemność, powracano do przeszłości przed chorobą, zadając pytanie — Co lubiłeś robić, a czego już nie robisz?

Kolejnym krokiem była próba poprawy funkcjonowania społecznego przez skupienie się na konkretnych celach, zamianę intencji na działanie, rozłożenie celów na drobne elementy.

W ten sposób osiągnięto poprawę funkcjonowania społecznego, obniżenie pozytywnych i negatywnych objawów mierzonych testem PSYRATS i skalą PANNS. W grupie uczestniczącej w indywidualnej terapii poznawczej wykazano znaczące zmniejszenie omamów słuchowych — u 60% chorych stwierdzono znaczącą redukcję objawów pozytywnych (20% w skali PANSS), porównując z redukcją objawów pozytywnych tylko u 31% osób otrzymujących psychoedukację. Stwierdzono, że terapia poznawczo-behawioralna zmniejsza objawy pozytywne, szczególnie głosy, a także zmniejsza poziom odczuwanego stresu i obniża liczbę nawrotów [30].

### Podsumowanie

Większość badań dotyczy terapii krótkoterminowych od 8 do 20 sesji, z wyjątkiem Drury [25], który jako jedyny zastosował terapię trwającą 6 miesięcy. Kolejnym ograniczeniem jest liczba pacjentów uczestniczących w badaniach. Większość prac opiera się na niewielkiej grupie pacjentów i bez widocznego wspólnego lub strukturalnego schematu terapii. Mimo tych licznych ograniczeń widać, że terapia poznawczo-beha-

wioralna przynosi korzyści szczególnie w obniżeniu stygmatyzacji, zmniejszeniu stresu wywołanego chorobą, jak również przyspiesza zdrowienie.

Na podstawie przedstawionych artykułów można postawić następujące wnioski:

Funkcjonowanie społeczne, stygmatyzacja:

- poprawa funkcjonowania społecznego [12],
- zmniejszenie poczucia stygmatyzacji [30].

Wpływ na czas powrotu do zdrowia i częstość nawrotów choroby:

- brak istotnych różnic w częstości nawrotów i hospitalizacjach oraz długości epizodu w okresie 5 lat [25],
- brak różnic w częstości nawrotów po 18 miesiącach obserwacji, natomiast zauważono szybsze „zdrowienie” [27],
- szybszy powrót do zdrowia pod wpływem terapii poznawczo-behawioralnej podczas ostrego epizodu choroby [31],
- brak istotnych różnic w częstości nawrotów, chociaż grupa otrzymująca terapię poznawczo-behawioralną charakteryzowała się dłuższym czasem remisji do pierwszego nawrotu po zakończonej terapii [12].

Objawy psychiatryczne:

- poprawa w skali PANNS i brak zmiany w skali PSYRATS [27] — należy zaznaczyć, że terapię prowadzono w okresie ostrej psychozy,
- poprawa w zakresie „objawów pozytywnych” [28] — pacjenci przewlekłe chorzy,
- poprawa w zakresie halucynacji słuchowych, brak wpływu na urojenia — pacjenci przewlekłe chorzy [29],
- poprawa w zakresie objawów pozytywnych (szczególnie halucynacji) w skali PANNS i teście PSYRATS [29],
- brak różnic w objawach pozytywnych po 18 miesiącach od zakończenia terapii [12],

Wgląd:

- brak wpływu na wgląd w terapii ostrego epizodu [25].
- Efekty terapii są lepsze bezpośrednio po zakończeniu spotkań, a ich korzystne działanie maleje wraz z czasem. Prawdopodobnie ujawnia się wpływ deficytów poznawczych. Dlatego w przypadku schizofrenii należy stosować terapię długoterminową, nastawioną na utrwalanie zdobytych umiejętności i korzystnych zmian w myśleniu i funkcjonowaniu pacjenta.



**Streszczenie**

Celem niniejszej pracy jest przegląd metod i efektów terapeutycznych dotyczących zaburzeń psychotycznych prowadzonych zgodnie z założeniami terapii poznawczo-behawioralnej.

W poniższym artykule przedstawiono następujące sposoby wykorzystania terapii poznawczo-behawioralnej:

1. *Terapia skoncentrowana na:*
  - próbie poprawy funkcjonowania pacjenta z przetrwałymi objawami psychotycznymi,
  - zmniejszeniu doznań psychotycznych,
  - poprawie wglądu i/lub współpracy (compliance),
  - radzeniu sobie z głosami imperatywnymi.
2. *Zastosowanie terapii u konkretnej grupy pacjentów psychotycznych:*
  - przewlekle chorych,
  - w pierwszym epizodzie psychozy,
  - w ostrej fazie psychozy.

Wiele z tych badań jest pracami pionierskimi, przeprowadzonymi zazwyczaj na niewielkiej grupie pacjentów, co wymaga poszerzenia grupy badanych i uwiarygodnienia wyników.

**słowa kluczowe:** schizofrenia, terapia poznawczo-behawioralna

**PIŚMIENNICTWO**

1. Wciórka J. Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizofektywne. W: Bilikiewicz A. (red.). Psychiatria kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 2002: 213–297.
2. Close H., Schuller S. Objawy psychotyczne. W: Bennett-Levy J., Butler G. (red.). Oksfordzki podręcznik eksperymentów behawioralnych. Alliance Press, Gdynia 2005: 220–237.
3. Corrigan P., Calabrese J. Terapia poznawcza i schizofrenia. W: Reinecke M., Clark D. (red.). Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce. GWP, Gdańsk 2005: 347–366.
4. Alford B.A., Beck A.T. Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. W: Alford B.A., Beck A.T. (red.). Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005: 109–129.
5. Banasikowska I., Szafrński T. Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi [on line], [www.psychologia.net](http://www.psychologia.net) (dostęp 2007-04-30) dostępny w internecie <http://www.psychologia.net/pl/artykul.php?level=129>.
6. Rector N.A., Beck A.T. Cognitive therapy for schizophrenia: from conceptualization to intervention. *Can. J. Psychiatry* 2002; 47 (1): 39–48.
7. Rector N.A., Beck A.T. Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2001; 189 (5): 278–287.
8. Battaglia J. Compliance with treatment in schizophrenia [on-line] Medscape [dostęp 2007-04-28] American Psychiatric Association — 53rd Institute on Psychiatric Services October 10–14, 2001, Orlando, Florida dostęp w Internecie <http://www.medscape.com/viewarticle/418612>.
9. Hummer M., Fleischhacker W.W. Ways of improving compliance. Lader M., Naber D. (red.). *Difficult Clinical Problems in Psychiatry*. Martin Dunitz, London, England 1999: 229–238.
10. Oehl M., Hummer M., Fleischhacker W.W. Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr. Scand.* 2000; 407 (supl.): 83–86.
11. Tattan T.M., Creed F.H. Negative symptoms of schizophrenia and compliance with medication. *Schizophr. Bull.* 2001; 27 (1): 149–155.
12. Kemp R., Kirov G., Everitt B., Hayward P., David A. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. *Br. J. Psychiatry* 1998; 172: 413–419.
13. Buchanan A. Compliance with treatment in schizophrenia. Psychology Press, UK 1996.
14. Dębowska G., Grzywa A., Kucharska K. Wgląd w chorobę u chorych na schizofrenię paranoidalną — związek z nasileniem psychopatologii oraz zmiennymi socjodemograficznymi. *Nowiny Lekarskie* 1998; 67: (2) 167–179.
15. Hoffmann H. Age and other factors relevant to the rehospitalization of schizophrenic outpatients. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89 (3): 205–210.
16. David A.S. Insight and psychosis. *Br. J. Psychiatry* 1990; 156: 798–808.
17. Kane J.M., Leucht S. Przestrzeganie zaleceń (współpraca). *J. Clin. Psychiatry* 2003; 64 (supl. 12): 42–45.
18. Seo M.A., Min S.K. Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia. *Yonsei. Med. J.* 2005; 46 (3): 331–340.
19. McEvoy J.P., Apperson L.J., Appelbaum P.S. i wsp. Insight in schizophrenia. Its relationship to acute psychopathology. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1989; 177 (1): 43–47.
20. O'Donnell C., Donohoe G. Compliance therapy: a randomised controlled trial in schizophrenia. *Brit. Med. J.* 2003; 327: 834.
21. Carroll A., Fattah S., Clyde Z., Coffey I., Owens D.G., Johnstone E.C. Correlates of insight and insight change in schizophrenia. *Schizophr. Res.* 1999; 35 (3): 247–253.
22. Amador X.F., Strauss D.H., Yale S.A., Flaum M.M., Endicott J., Gorman J.M. Assessment of insight in psychosis. *Am. J. Psychiatry* 1993; 150 (6): 873–879.
23. Grzywa A., Dębowska G., Łoza B. Ocena rzetelności i trafności skali wglądu w chorobę. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34 (6): 919–930.
24. Grzywa A. Reakcja na chorobę i wgląd. *Oblicza psychozy*. Wyd. Czelej, Lublin 2005: 204–210.
25. Drury V., Birchwood M., Cochrane R., Macmillan F. Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. I. Impact on psychotic symptoms. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169 (5): 593–601.
26. Trower P., Birchwood M., Meaden A., Byrne S., Nelson A., Ross K. Cognitive therapy for command hallucinations: randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 312–120.
27. Tarrier N., Lewis S., Haddock G. i wsp. Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia. 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2004; 184: 231–239.
28. Tarrier N., Yusupoff L., Kinney C. i wsp. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ* 1998; 317 (7154): 303–307.
29. Valmaggia L.R., van der Gaag M., Tarrier N., Pijnenborg M., Slooff C.J. Cognitive-behavioural therapy for refractory psychotic symptoms of schizophrenia resistant to atypical antipsychotic medication. Randomised controlled trial. *Br. J. Psychiatry* 2005; 186: 324–330.
30. Cather C. Functional cognitive-behavioural therapy: a brief, individual treatment for functional impairments resulting from psychotic symptoms in schizophrenia. *Can. J. Psychiatry* 2005; 50 (5): 258–263.
31. Lewis S., Tarrier N., Haddock G. i wsp. Randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *Br. J. Psychiatry* 2002; (supl.) 43: 91–97.