

Bogumiła Witkowska-Łuć

ROLA ZAJĘĆ TERAPEUTYCZNYCH W POWROCIE DO ZDROWIA OSÓB LECZONYCH Z POWODU ZABURZEŃ Z KRĘGU SCHIZOFRENII

THE ROLE OF THERAPEUTIC ACTIVITIES IN THE RECOVERY OF PEOPLE TREATED FOR SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Wydział Pedagogiki i Psychologii, Katedra Psychologii Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

schizophrenia
recovery
therapeutic activities

Streszczenie

***Cel badań.** Celem badań było poznanie roli aktywnego uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych pacjentów hospitalizowanych z powodu schizofrenii w ich procesie zdrowienia. W leczeniu osób chorujących na schizofrenię standardem jest stosowanie leków przeciwpsychotycznych, ale u wielu pacjentów poprawa funkcjonowania nie jest w pełni zadowalająca. Uzasadnione staje się włączanie w proces leczenia pomocy terapeutycznej.*

***Metoda.** Zbadano 134 pacjentów ze zdiagnozowaną schizofrenią paranoidalną lub psychozą schizoafektywną leczonych w oddziałach całodobowych. Do oceny poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych posłużyła Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS) S.R. Kaya, L.A. Oplera, A. Fiszbeina oraz ankieta własnego autorstwa, umożliwiająca określenie stopnia zaangażowania pacjenta w zajęcia terapeutyczne. Z badanej grupy, w oparciu o kryteria autorskie, wyodrębniono dwie podgrupy: z pozytywnym oraz negatywnym efektem zdrowienia. Porównywano dwie grupy różniące się poziomem poprawy objawowej.*

***Wyniki.** Udział oraz aktywność pacjentów w zajęciach terapeutycznych (terapia zajęciowa, psychoedukacja, psychorysunek, muzykoterapia, psychoterapia grupowa, psychoterapia indywidualna, klub pacjenta) w grupie z pozytywnym efektem zdrowienia była istotnie wyższa niż wśród pacjentów z negatywnym efektem.*

***Wnioski.** Aktywne i systematyczne uczestniczenie w zajęciach terapeutycznych okazało się istotnie wspierać proces zdrowienia pacjentów z zaburzeniami z kręgu schizofrenii.*

Summary

Objectives. The aim of the study is to learn about the function of active participation of hospitalized patients diagnosed with schizophrenia who took part in the therapeutic activities and its effect on recovery. In the treatment of people with schizophrenia, the use of antipsychotic drugs is standard, but in many patients, the improvement in functioning is not fully satisfactory. It is highly reasonable to include therapeutic-based relations in the treatment process.

Methods. The research was conducted on 134 patients hospitalized at 24/7 departments who have been diagnosed with paranoid schizophrenia or schizoaffective psychosis. The level of psychopathology syndrome escalation was measured by the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) S. R. Kay, L. A. Opler, A. Fiszbein and a questionnaire of the researcher's authorship that allows defining the level of a patient's commitment into therapy. Two subgroups were distinguished, based on proprietary criteria taken from examination: one with a positive effect on the health and the other that failed to succeed. The selected groups were brought into comparison according to differences between the recovery level of the patients and the frequency of participation in the therapeutic activities.

Results. The patients' attendance in therapeutic activities (occupational therapy, psychoeducation, psycho-drawing, music therapy, group psychotherapy, individual psychotherapy, patient club) among the group with positive recovery effect was significantly superior to the group with negative recovery effect.

Conclusions. Active and systematic participation in therapeutic activities was relevantly supportive of the recovery of the patients diagnosed with schizophrenia disorders.

Wstęp

Zaburzenia schizofreniczne stanowią złożoną jednostkę chorobową. W rozwoju tej choroby biorą udział zarówno czynniki biologiczne, psychologiczne, jak i społeczno-kulturowe. Leczenie farmakologiczne oparte na neuroleptykach jest skuteczne w zmniejszaniu nasilenia objawów psychotycznych, a także w zapobieganiu nawrotom choroby. Jednak, aby powrót do zdrowia był efektywny, konieczne są również oddziaływania terapeutyczne, w które pacjent może się angażować. Zdrowienie osób po przeżytych głębokim kryzysie psychicznym pod postacią psychozy stało się w ostatnich latach ważnym zagadnieniem w naukach medycznych i społecznych. Przełom w leczeniu zaburzeń psychicznych, który dokonał się dzięki wprowadzeniu neuroleptyków, ponad pół wieku temu, nie spełnił pokładanych w nim oczekiwań. Około 30% pacjentów z diagnozą schizofrenii wykazuje słabą lub nawet brak odpowiedzi na działanie leków przeciwpsychotycznych [1–3]. Aktualnie, równoległe z doskonaleniem leków przeciwpsychotycznych nowej generacji, konieczne staje się poszukiwanie efektywnych, pozafarmakologicznych metod pomocy dla osób ze zdiagnozowaną schizofrenią. Nie ma dowodów, które w jednoznaczny sposób potwierdziłyby, że zaburzenia, jakie występują w schizofrenii, są spowodowane wyłącznie nieprawidłowym funkcjonowaniem mózgu. W najnowszej edycji amerykańskiego podręcznika diagnostycznego DSM–5 [4] nie umieszczono biologicznych wskaźników schizofrenii, ponieważ pomimo ogromnego postępu w zakresie neuroobrazowania mózgu, a także rozwoju w dziedzinie badań genetycznych, nadal nie zidentyfikowano biologicznych korelatów zaburzeń schizofrenicznych. Uzasadnione staje się więc włączanie pozafarmakologicznych form leczenia.

Zajęcia terapeutyczne odgrywają coraz ważniejszą rolę w obszarze wzmacniania zasobów podmiotowych osób z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Nie stanowią one tylko dodatku do leczenia farmakologicznego, ale są jego integralną częścią. Badania wskazują, że leczenie farmakologiczne w połączeniu z oddziaływaniami psychospołecznymi stanowi ważny element programów terapeutycznych ukierunkowanych na pomoc w zdrowieniu osób z zaburzeniami z kręgu schizofrenii [5, 6]. Coraz liczniejsze doniesienia z badań oraz doświadczenia kliniczne przekonują o zasadności kompleksowego leczenia pacjentów z diagnozą schizofrenii. Zwiększa się liczba badaczy, którzy uważają, że zarówno farmakoterapia, jak i psychoterapia powodują podobne zmiany w mózgu. A.C. Lotterman [7] przedstawiając swoje podejście do psychoterapii osób chorujących na schizofrenię

stwierdził, że praca psychoterapeutyczna z tymi pacjentami może być bardzo trudna, a czasami zniechęcająca. Zwrócił również uwagę, że możliwe jest takie nawiązanie relacji z osobą z psychozą, aby pomóc jej w realizowaniu planu leczenia. Pozostawanie w relacji terapeutycznej może ułatwić pacjentowi systematyczne przyjmowanie leków, a także zmniejszenie objawów psychotycznych oraz wychodzenie z głębokiej izolacji społecznej.

Podstawową wartością w towarzyszeniu pacjentowi w procesie jego zdrowienia pozostaje tworzenie związku z pacjentem i zindywidualizowanie programu terapeutycznego [8]. Psychoterapia osób z psychozą wymaga od terapeuty dużych umiejętności, znacznej elastyczności, możliwości integrowania różnych perspektyw psychoterapeutycznych [5]. Brytyjscy naukowcy dokonali przeglądu 34 badań, aby ocenić wpływ różnych rodzajów psychoterapii grupowych na leczenie osób chorujących na schizofrenię [9]. Przeprowadzone analizy pokazały, że psychoterapia grupowa w znacznym stopniu przyczynia się do osłabienia objawów negatywnych w schizofrenii oraz poprawy funkcjonowania społecznego. W grupie osób z rozpoznaną schizofrenią badano związek między uczestnictwem w arteterapii a poprawą funkcjonowania. Nie odnotowano znaczącej zmiany w ogólnym funkcjonowaniu osób chorych korzystających z arteterapii [10].

Interesujące badania przeprowadzono wśród młodych chorwackich pacjentów z rozpoznaną schizofrenią, którzy byli objęci programem wczesnej interwencji. Stwierdzono, że osoby, które oprócz psychoedukacji uczestniczyły także w długoterminowej psychoterapii psychoanalitycznej, po trzech latach uzyskiwały istotnie wyższą poprawę w zakresie funkcji poznawczych niż osoby, które brały udział tylko w zajęciach psychoedukacyjnych [11]. Przegląd badań z ostatnich 25 lat (42 artykuły), dokonany w oparciu o metaanalizę eksploracyjną u pacjentów z diagnozą schizofrenii opornych na leczenie przeciwpsychotyczne, potwierdził istotne znaczenie oddziaływań psychologicznych w zdrowieniu tej grupy chorych [12]. Z analizy badań wynikało, że pomoc psychologiczna (psychoterapia behawioralno-poznawcza, psychoterapia psychodynamiczna, terapia wspierająca, interwencje psychospołeczne) wśród pacjentów ze schizofrenią oporną na leczenie jest skuteczna w zmniejszaniu psychopatologii ogólnej i objawów pozytywnych, natomiast w mniejszym stopniu oddziałuje na objawy negatywne. W większości badań udokumentowano również zasadność stosowania terapii grupowej.

W badaniach przeprowadzonych przez chińskich klinicystów wśród 91 pacjentów cierpiących z powodu schizofrenii, zauważono, że lepsze efekty w leczeniu (znaczące zmniejszenie nasilenia objawów, poprawa funkcjonowania psychospołecznego) uzyskano w grupie, która oprócz przyjmowanego leku (risperidon), uczestniczyła także w psychoterapii. Poziom poprawy był monitorowany podczas jednego roku [13].

Metoda

Grupa badana

Badania zostały przeprowadzone w klinikach psychiatrycznych na terenie Polski. Na każdym z oddziałów stacjonarnych proponowane były zajęcia terapeutyczne uwzględnione w badaniu. Dokonując doboru oddziałów kierowano się podobieństwem prowadzonych na nich oddziaływań terapeutycznych. Grupa badana składała się ze 134 osób: 118 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej oraz 16 z zaburzeniami schizoafektywnymi.

Kryteria włączenia do grupy badanej były następujące: 1) zdiagnozowana schizofrenia paranoidalna lub psychoza schizoafektywna zgodnie z kryteriami ICD-10; 2) co najmniej trzecia hospitalizacja (większa pewność diagnostyczna stwierdzenia zaburzeń z kręgu schizofrenii niż np. przy pierwszym pobycie w szpitalu), ale nie więcej niż dziesiąta (dla wykluczenia pacjentów ze schizofrenią rezydualną); 3) logiczny kontakt werbalny w czasie wypełniania testów psychologicznych. Kryteriami wyłączającymi były: 1) uzależnienie od alkoholu lub narkotyków; 2) uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego.

Nasilenie objawów psychopatologicznych pacjenta było oceniane dwukrotnie przez tego samego psychologa klinicznego w oparciu o PANSS (Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych) S.R. Kaya, L.A. Oplera, A. Fiszbeina [14]: na początku pobytu oraz w dniu wypisu.

Osoby uczestniczące w projekcie wyrażały świadomą zgodę na udział w badaniu po uprzednim poinformowaniu o jego procedurze i celu naukowym.

Z przebadanych 134 osób na podstawie wyników ze skali PANSS wyselekcjonowano dwie grupy: z pozytywnym (N = 41 w tym: 36 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i 5 pacjentów z zaburzeniami schizoafektywnymi) oraz negatywnym (N = 22 w tym: 20 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej i 2 pacjentów z zaburzeniami schizoafektywnymi) efektem zdrowienia.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna oraz kliniczna badanych grup

Zmienne	Grupa I (z pozytywnym efektem zdrowienia) (N = 41)	Grupa II (z negatywnym efektem zdrowienia) (N = 22)
Płeć		
Mężczyźni	18 (43,90%)	15 (68,18%)
Kobiety	23 (56,10%)	7 (31,82%)
Wiek w latach M (SD)	36,90 (7,97)	35,68 (9,02)
Miejsce zamieszkania		
Miasto	21 (51,22%)	11 (50%)
Wieś	20 (48,78%)	11 (50%)
Stan cywilny		
Niezamężna/y	27 (65,85%)	18 (81,82%)
Zamężna/zonaty	8 (19,52%)	3 (13,64%)
Rozwiedziony	6 (14,63%)	1 (4,54%)
Wiek pierwszego zachorowania M (SD)	25,93 (5,31)	23,45 (6,33)
Liczba hospitalizacji M (SD)	5,07 (2,26)	5,36 (2,61)
Liczba dni aktualnej hospitalizacji M (SD)	59,48 (36,51)	65,18 (45,45)

M = średnia; SD = odchylenie standardowe

Zdrowienie w zaburzeniach z kręgu schizofrenii jest pojęciem wielowymiarowym coraz częściej stosowanym w psychiatrii. Nadal jednak nie ustalono kryteriów, na podstawie których można wnioskować o zdrowieniu w tym zaburzeniu [15]. Grupa ekspertów (The Remission in Schizophrenia Working Group) pod przewodnictwem Andreasen [16] opublikowała kryteria remisji objawowej w oparciu o wyniki ze skali PANSS wraz z kryterium czasowym. Stwierdzono, że można ją rozpoznać, gdy co najmniej przez 6 miesięcy 8 wybranych objawów ze skali PANSS osiągało nasilenie najwyżej łagodne (ocena 1–3 pkt). Wyróżnione objawy to: urojenia (P1), dezorganizacja myślenia (P2), omamy (P3), sztywny afekt (N1), wycofanie społeczne (N4), brak spontaniczności (N6), manieryzmy i postawy (G5), niezwykle treści myślenia (G9). W prezentowanych badaniach poszukiwane są wskaźniki świadczące o rozpoczynającym się procesie zdrowienia pacjentów z zaburzeniami z kręgu schizofrenii kończących hospitalizację psychiatryczną. Aby bardziej szczegółowo przeanalizować znaczenie zmiennych terapeutycznych w tym procesie posłużono się kryteriami autorskimi. Zdecydowano o przyjęciu bardziej rygorystycznych kryteriów niż tylko wskaźniki remisji objawowej podane przez Andreasen [16]. Przy wyborze pacjentów do grup skrajnych w zakresie zdrowienia wyselekcjonowano osoby o podobnym wyjściowym poziomie nasilenia objawów psychopatologicznych.

Pozytywny efekt zdrowienia jest rozpatrywany nie tylko przez pryzmat nasilenia objawów psychopatologicznych przy końcu hospitalizacji, ale też istotny jest zakres objawów chorobowych przy rozpoczynaniu leczenia w klinice psychiatrycznej. W ustalaniu kryteriów przynależności do grup skrajnych, czyli z pozytywnym oraz negatywnym efektem zdrowienia, wzięto pod uwagę wynik ogólny w PANSS w początkowym etapie hospitalizacji wynoszący 90 pkt lub więcej. Przyjęcie takiej granicy nasilenia psychopatologii zapewniało, że pacjenci spełniający to kryterium przy rozpoczynaniu leczenia byli w stanie znacznego zaostrzenia objawów schizofrenii. Wygenerowanie pierwszego kryterium pozwala na wyeliminowanie z grup skrajnych tych pacjentów rozpoczynających hospitalizację, u których nasilenie objawów (zaostrzenie schizofrenii) jest niewielkie.

Drugie kryterium, które zostało przyjęte, dotyczy nasilenia objawów psychopatologii w końcowym etapie leczenia, tuż przed wypisem. Badacze stosujący PANSS przyjmują 60 pkt jako wynik graniczny [17]. Uzyskany przez pacjenta wynik powyżej tego rezultatu jest interpretowany jako wskazujący na zaostrzenie procesu schizofrenicznego. Przyjęcie takiego kryterium pozwoliło na włączenie pacjentów, którzy uzyskali wynik niższy niż 60 pkt w drugim pomiarze PANSS T, do grupy z pozytywnym efektem zdrowienia. Kolejne kryterium dotyczyło wybranych itemów z drugiego pomiaru PANSS zaproponowanych przez Andreasen [16]. Tak więc badani pacjenci należący do grupy z pozytywnym efektem zdrowienia spełniali wszystkie kryteria remisji objawowej, ale oczywiście bez kryterium czasowego uwzględnionego przez Andreasen [16], wynoszącego 6 miesięcy. Spełnienie tego warunku nie jest możliwe w odniesieniu do badanej grupy osób ze względu na czas hospitalizacji. Przeciętny pobyt badanych pacjentów w klinikach wynosił niecałe dwa miesiące. Należy jeszcze podkreślić, że osoby należące do grupy z pozytywnym efektem zdrowienia uzyskiwały w wyjściowym PANSS wynik powyżej 90 pkt, podobnie jak pacjenci z drugiej grupy (jedynie wspólne kryterium dla obu grup). Z kolei osoby z grupy o negatywnym efekcie zdrowienia nie spełniały kryteriów remisji objawowej, co oznacza, że w wybranych ośmiu objawach PANSS ich nasilenie było powyżej łagodnego (pomiędzy

4 a 7 pkt). Następne kryterium w opisywanej grupie informowało, że poziom objawów psychopatologicznych podczas kończenia hospitalizacji wskazywał nadal na zaostrzenie schizofrenii (wynik w PANSS powyżej 60 pkt). W tabeli 2 dokonano zestawienia omówionych kryteriów dla obu grup.

Tabela 2. Kryteria autorskie przynależności do grup z pozytywnym oraz negatywnym efektem zdrowienia

GRUPA I (z pozytywnym efektem zdrowienia) N = 41	GRUPA II (z negatywnym efektem zdrowienia) N = 22
2 PANSS 8 itemów (P1, P2, P3, N1, N4, N6, G5, G9) wynik max 3 pkt (remisja)	2 PANSS 8 itemów (P1, P2, P3, N1, N4, N6, G5, G9) wynik z przedziału 4-7 pkt (bez remisji)
1 PANSS T > 90	1 PANSS T > 90
2 PANSS T < 60	2 PANSS T > 60

1 PANSS — pomiar na początku hospitalizacji; 2 PANSS — pomiar na końcu hospitalizacji; 1 PANSS T — suma punktów w PANSS na początku hospitalizacji; 2 PANSS T — suma punktów w PANSS na końcu hospitalizacji;

P1 — urojenia, P2 — dezorganizacja myślenia, P3 — omamy, N1 — sztywny afekt, N4 — wycofanie społeczne, N6 — brak spontaniczności, G5 — manieryzmy i postawy, G9 — niezwykle treści myślenia.

Narzędzia badawcze

Zastosowano następujące narzędzia badań: Skalę Objawów Pozytywnych i Negatywnych (PANSS) S.R. Kaya, L.A. Oplera, A. Fiszbaina do oceny poziomu nasilenia objawów psychopatologicznych; ankietę własnego autorstwa, zawierającą dane demograficzne oraz pytania pozwalające na określenie stopnia zaangażowania pacjenta w zajęcia terapeutyczne. Pacjenci byli proszeni o wskazanie częstotliwości swojego uczestnictwa w poszczególnych zajęciach terapeutycznych.

Skala PANSS jest narzędziem powszechnie uznanym i stosowanym w badaniach naukowych, jej parametry psychometryczne nie budzą zastrzeżeń.

Opis zajęć terapeutycznych

Wszyscy pacjenci biorący udział w badaniach byli zachęceni do udziału w zajęciach terapeutycznych. Proponowane w oddziałach formy były następujące: terapia zajęciowa, psychoedukacja, psychoterapia grupowa, psychoterapia indywidualna, klub pacjenta. W warsztatach terapii zajęciowej wykorzystywana jest aktywność osób chorych oraz ich zainteresowania. Rola terapeuty zajęciowego polega na motywowaniu pacjenta do udziału w zajęciach, pobudzaniu jego aktywności adekwatnie do możliwości osoby na danym etapie choroby. Hospitalizowany pacjent jest także zachęcany do odkrywania, rozwijania i doskonalenia własnych umiejętności oraz podejmowania prób nawiązywania kontaktów interpersonalnych. W ramach terapii zajęciowej pacjent ma możliwość wyboru różnorodnych zajęć: tkactwo, wyszywanie, haftowanie, malowanie (na sztalugach, na szkłe), szycie (ręczne i maszynowe), drobne prace stolarskie, metaloplastyka, tworzenie okoliczności-

wych ozdób, zabawek. Inną formą zajęć terapeutycznych proponowaną dla pacjentów oraz ich rodzin była psychoedukacja. Zajęcia prowadzone były w małych grupach. Podczas psychoedukacji pacjenci byli zachęceni do poznawania swojej choroby, aktywnego udziału w leczeniu farmakologicznym, nazywania objawów ubocznych i radzenia sobie z nimi. Uczyli się również rozpoznawania wczesnych objawów choroby (tworzyli indywidualne listy sygnałów ostrzegawczych) i opracowywali strategie radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Nabywali także umiejętności rozpoznawania objawów przewlekłych i możliwości funkcjonowania z nimi w życiu codziennym. W zajęciach psychoedukacyjnych poza wiedzą, którą zdobywają pacjenci, ważna jest rola ciepłego, empatycznego i akceptującego terapeuty prowadzącego zajęcia, rozumiejącego potrzeby pacjentów na różnych etapach ich choroby. Psychoedukacja to forma pomocy, z której mogą korzystać także rodziny pacjentów i osoby bliskie. W badanej grupie pacjenci otrzymywali możliwość korzystania z psychoterapii indywidualnej. Ta forma pomocy psychologicznej jest oparta na relacji terapeutycznej. Pacjenci z zaburzeniami z kręgu schizofrenii, chcący nawiązać kontakt indywidualny, uzyskiwali wsparcie od terapeuty. Istotnie ważna była dostępność terapeuty w sytuacjach trudnych dla pacjenta, podczas kryzysów oraz pogorszenia stanu psychicznego, a także osobistych wydarzeń zewnętrznych o silnym ładunku emocjonalnym. Zrozumienie okazywane przez terapeutę, bycie dostępnym oraz umiejętność towarzyszenia pacjentowi podczas ostrego kryzysu psychicznego mają doniosłe znaczenie w procesie zdrowienia. Terapeuta może pomagać w odbudowywaniu poczucia bezpieczeństwa pacjenta już we wczesnej fazie choroby. Może towarzyszyć w jego cierpieniu, oferować wsparcie, dostarczać pozytywnych doświadczeń, pomagających w przezwyciężaniu przykrych objawów choroby. W psychoterapii indywidualnej terapeuta budował przestrzeń do nazywania i formułowania przeżyć związanych z doznaniem psychotycznym.

Podczas hospitalizacji, badani pacjenci w zależności od stanu psychicznego uzyskiwali również możliwość uczestniczenia w psychoterapii grupowej. Najczęściej proponowany był udział w małej grupie o charakterze otwartym. Celem spotkań grupowych było kształtowanie umiejętności społecznych. Pacjenci pracowali nad przezwyciężaniem dyskomfortu ujawniającego się w kontaktach interpersonalnych. W grupie pojawiała się też możliwość otrzymywania wsparcia emocjonalnego, a także poszukiwania wspólnie z innymi uczestnikami grupy rozwiązań sytuacji trudnych występujących w relacjach z ludźmi oraz wynikających ze specyfiki schizofrenii. Pacjenci zachęceni byli również do udziału w zajęciach w ramach klubu pacjenta. Istniała tam możliwość przygotowywania kawy, herbaty, wspólnego spędzania czasu wypełnianego grami planszowymi, zajęciami plastycznymi. Podczas pobytu w klubie pacjenci byli inspirowani do podejmowania rozmów, kontaktów z innymi osobami.

Analizę związku między częstotliwością udziału w zajęciach terapeutycznych a poziomem zdrowienia badanych pacjentów dokonano w oparciu o Test U Manna-Whitneya.

Wyniki

Prezentację wyników badań rozpoczęto od analizy różnic pomiędzy średnimi w dwóch grupach badanych wyodrębnionych ze względu na poziom nasilenia objawów psychopatologicznych (tabela 3).

Tabela 3. Różnice pomiędzy średnią wyników w skalach opisujących nasilenie psychopatologii w PANSS według przynależności do grup: z pozytywnym efektem zdrowienia i z negatywnym efektem zdrowienia

SKALE PANSS	Grupa I z pozytywnym efektem zdrowienia (N = 41)			Grupa II z negatywnym efektem zdrowienia (N = 22)			t (61)*	p
	M	SD	SD ²	M	SD	SD ²		
1PANSS P	27,59	6,00	36,00	27,95	7,88	62,09	-0,21	0,8358
1PANSS N	25,54	5,96	35,52	28,55	5,61	31,47	-1,95	0,0560
1PANSS G	54,85	8,75	76,56	56,82	11,91	141,85	-0,75	0,4581
1PANSS T	107,98	15,32	234,70	113,18	20,94	438,48	-1,13	0,2637
2PANSS P	9,63	2,51	6,30	18,82	5,47	29,92	X**	X
2PANSS N	11,31	3,20	10,24	22,27	4,51	20,34	-11,19	0,0000
2PANSS G	23,71	4,84	23,43	41,45	7,14	50,98	-11,69	0,0000
2PANSS T	44,66	8,71	75,86	82,55	14,47	209,39	-12,98	0,0000

* Założenie o jednorodności wariancji sprawdzono za pomocą testu Levene'a. W pozostałych analizach identycznie.

** Otrzymano relatywnie wysokie różnice pomiędzy średnimi przy niespełnionym założeniu o jednorodności wariancji.

1 PANSS P — podskala objawów pozytywnych, pomiar na początku hospitalizacji; 1 PANSS N — podskala objawów negatywnych, pomiar na początku hospitalizacji; 1 PANSS G — podskala psychopatologii ogólnej, pomiar na początku hospitalizacji; 1 PANSS T — suma punktów trzech podskal na początku hospitalizacji; 2 PANSS P — podskala objawów pozytywnych, pomiar na końcu hospitalizacji; 2 PANSS N — podskala objawów negatywnych, pomiar na końcu hospitalizacji; 2 PANSS G — podskala psychopatologii ogólnej, pomiar na końcu hospitalizacji; 2 PANSS T — suma punktów trzech podskal na końcu hospitalizacji.

Istotność różnic w zakresie wyników uzyskanych w PANSS przez wyodrębnione dwie grupy osób badanych sprawdzono testem t Studenta. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między grupą z pozytywnym oraz grupą z negatywnym efektem zdrowienia w ogólnym nasileniu psychopatologii przy przyjęciu do kliniki, a także w zakresie objawów pozytywnych, negatywnych i ogólnej symptomatologii psychiatrycznej. Uzyskano w ten sposób potwierdzenie założonego kryterium autorskiego, że grupy o skrajnym poziomie w zakresie zdrowienia nie różnią się istotnie na poziomie wyjściowego nasilenia psychopatologii schizofrenii. Uzyskano także potwierdzenie istotności różnic między dwiema wyodrębnionymi grupami w zakresie psychopatologii ogólnej oraz dwóch jej składowych (objawy negatywne, ogólna psychopatologia psychiatryczna) tuż przed wypisem ze szpitala. W przypadku skali nasilenia objawów pozytywnych na końcu hospitalizacji otrzymano relatywnie wysoką różnicę pomiędzy średnimi, świadczącą o wyższym nasileniu objawów w grupie pacjentów z negatywnym efektem zdrowienia, przy niespełnionym założeniu o jednorodności wariancji wyników w porównywanych grupach. Analiza średnich z ta-

beli 3 wykazała, że grupy różniły się w zakresie porównywanego osłabienia objawów zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, w ogólnej psychopatologii psychiatrycznej oraz w wyniku sumarycznym.

Kolejnym krokiem w prowadzonych badaniach było analizowanie związku między częstotliwością udziału w zajęciach terapeutycznych a poziomem zdrowienia badanych pacjentów. Odpowiadając na pytanie o częstotliwość uczestnictwa w różnych formach terapii osoby badane były proszone o wybór odpowiedzi na czterostopniowej skali: nigdy (1), czasem (2), często (3) lub zawsze (4).

Tabela 4. Różnice w częstotliwości uczestnictwa w różnych formach terapii przez pacjentów w grupie z pozytywnym efektem zdrowienia oraz w grupie z negatywnym efektem zdrowienia (Test U Manna-Whitneya)

Częstotliwość uczestnictwa pacjenta w:	Suma rang Grupa I (N = 41)	Suma rang Grupa II (N = 22)	U	p	Z	P	Z popraw.	P
terapii zajęciowej	1510	506	253,0	0,0038	2,848	0,0044	3,018	0,0025
psychoedukacji	1484	532	279,0	0,0126	2,473	0,0134	2,915	0,0036
psychorysunku	1288,5	727,5	427,5	0,7368	-0,332	0,7402	-0,392	0,6949
muzykoterapii	1290	726	429,0	0,7584	-0,310	0,7566	-0,353	0,7244
psychoterapii grupowej	1472	544	291,0	0,0206	2,300	0,0215	2,681	0,0073
psychoterapii indywidualnej	1545	471	218,0	0,0006	3,352	0,0008	3,492	0,0005
klubie pacjenta	1102	914	241,0	0,0021	-3,021	0,0025	-3,737	0,0002

$p < 0,05$

Poprzez zastosowanie Testu U Manna-Whitneya sprawdzano istotność różnic międzygrupowych w zakresie częstotliwości udziału pacjentów w poszczególnych formach proponowanych terapii. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że pacjenci z obydwu porównywanych grup różnią się pod względem częstotliwości uczestnictwa w terapii zajęciowej, psychoedukacji, psychoterapii grupowej i indywidualnej oraz w klubie pacjenta. Pacjenci należący do grupy z pozytywnym efektem zdrowienia istotnie częściej uczestniczyli w terapii zajęciowej, psychoedukacji, psychoterapii indywidualnej oraz psychoterapii grupowej. Natomiast pacjenci z grupy z negatywnym efektem zdrowienia zdecydowanie częściej byli aktywni w klubie pacjenta. Należy zauważyć, że uczestniczenie jedynie w klubie pacjenta to zbyt mało, aby zaistniał w sposób efektywny proces zdrowienia.

Dyskusja wyników

W ocenie efektywności oddziaływań terapeutycznych w procesie leczenia osób chorujących na schizofrenię trudno o jednoznaczne wyniki badań. Związane jest to ze zmieniającymi się w czasie kryteriami diagnostycznymi, koncepcjami patogenetycz-

nymi, a także metodologią badań. Przegląd 46 badań nad skutecznością psychoterapii grupowej z osobami ze schizofrenią opublikował N. Kanas [18]. Trudność w porównaniu uzyskanych wyników była związana z niejednorodną metodologią. Stwierdzono, że w oddziałach całodobowych, w których prowadzona była psychoterapia grupowa (22 badania), efektywność leczenia była znacząco wyższa niż wśród pacjentów, którym nie oferowano możliwości korzystania z psychoterapii grupowej. W dziewięciu badaniach nie stwierdzono różnicy, a w dwóch odnotowano brak korzyści. Długoterminowe efekty metapoznawczej psychoterapii narracyjnej badał Schweitzer ze współpracownikami [19]. Okazało się, że ten rodzaj psychoterapii był pomocny w zdrowieniu osób z zaburzeniami psychotycznymi. Ocena efektów psychoterapii była dokonywana po dwóch latach od jej zakończenia i wówczas stwierdzono poprawę funkcjonowania u części badanych osób ze zdiagnozowaną schizofrenią. Skuteczność terapii grupowej potwierdzono w 70% przeprowadzonych badań. Siedmioletnie badania katamnesticzne prowadzone w ośrodku krakowskim w grupie osób chorujących na schizofrenię wskazały na skuteczność leczenia środowiskowego (oddziaływania psychospołeczne, udział rodzin w psychoedukacji). Stwierdzono mniejszą liczbę nawrotów choroby i rehospitalizacji u pacjentów objętych programem środowiskowym [20].

W prezentowanych w artykule badaniach uzyskano znaczące różnice pomiędzy pacjentami uczestniczącymi oraz nieuczestniczącymi w zajęciach terapeutycznych. Aktywny i systematyczny udział hospitalizowanych pacjentów biorących udział w takich formach terapii, jak: psychoterapia indywidualna, psychoterapia grupowa, psychoedukacja, terapia zajęciowa, okazał się sprzyjający ich zdrowieniu. Jak wskazywał Lotterman [7], terapeutyczne towarzyszenie pacjentowi w jego programie leczenia wpływa na zmniejszenie objawów, a także na efektywność systematycznego przyjmowania leków przez osobę z zaburzeniami psychotycznymi. Prezentowane badania potwierdziły istotny wpływ oddziaływań grupowych na zmniejszenie nasilenia objawów negatywnych wśród badanych osób. Podobne wyniki uzyskano wśród brytyjskich pacjentów [9]. Podawanie leków przeciwpsychotycznych pacjentom z zaburzeniami z kręgu schizofrenii powinno być traktowane w procesie zdrowienia jako oddziaływanie równie ważne, jak aktywne uczestnictwo w zajęciach terapeutycznych, a nie jako zastępowanie ich [21]. Prezentowane wyniki badań, jak również opublikowane wcześniej [5, 6, 8, 13] wskazują, że łączne przyjmowanie leków antypsychotycznych wraz z oddziaływaniami terapeutycznymi, w których uczestniczą pacjenci, zwiększa efektywność powrotu do zdrowia osób po kryzysie psychicznym. Kierowanie oferty terapeutycznej do pacjentów wykazujących słabą odpowiedź na leczenie farmakologiczne stanowi dobre wzmocnienie w procesie zdrowienia.

Wnioski

Włączanie opisanych zajęć terapeutycznych, dostosowanych do przebiegu procesu chorobowego i możliwości osoby ze zdiagnozowaną schizofrenią, nie powinno być pomijane. Zajęcia terapeutyczne oparte o relację terapeutyczną nie mogą być traktowane jako dodatkowy element w procesie leczenia farmakologicznego, ale powinny stanowić jego integralną całość. W tworzeniu programów terapeutycznych należy zwrócić szczególną uwagę, aby oferowane pacjentom leczenie było kompleksowe, zawierało zarówno ade-

kwatne leczenie farmakologiczne, jak i odpowiednie, zindywidualizowane oddziaływania terapeutyczne. Warto zwrócić uwagę, aby pomoc koncentrowała się przede wszystkim na pacjencie, mniej zaś na stosowanych technikach i metodach.

Ograniczenia badań

Ograniczeniem badań może być nieskontrolowanie liczby godzin, w których pacjenci zaangażowani byli w różne formy zajęć terapeutycznych. Interesujące mogłoby być także kontrolowanie zależności pomiędzy cechami osobowościowymi terapeuty a zmianami w nasileniu objawów psychopatologicznych u pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Jones PB, Barnes TR, Davies L, Dunn G, Lloyd H, Hayhurst KP et al. Randomized controlled trial of the effect on quality of life of second-vs first-generation antipsychotic drugs in schizophrenia: Cost Utility of the Latest Antipsychotic Drugs in Schizophrenia Study (CUtLASS 1). *Arch. Gen. Psychiatry* 2006; 63(10):1079–1087.
2. Miyamoto S, Jarskog LF, Fleischhacker WW. New therapeutic approaches for treatment-resistant schizophrenia: a look to the future. *J. Psychiatr. Res.* 2014; 58:1–6.
3. Howes OD, McCutcheon R, Owen MJ, Murray RM. The role of genes, stress, and dopamine in the development of schizophrenia. *Biol. Psychiatry* 2017; 81(1): 9–20.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Cechnicki A. Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii. W: Bomba J, red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000, s. 37–45.
6. Shean GD. Evidence-based psychosocial practices and recovery from schizophrenia. *Psychiatry* 2009; 72(4): 307–320.
7. Lotterman AC. Psychotherapy techniques for patients diagnosed with schizophrenia. *Am. J. Psychother.* 2016; 70(1): 63–78.
8. Bielańska A. Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoter.* 2006; 3(138): 75–86.
9. Orfanos S, Banks C, Priebe S. A group psychotherapeutic treatments effective for patients with schizophrenia? A systematic review and meta-analysis. *Psychother. Psychosom.* 2015; 84(4): 241–249.
10. Crawford MJ, Killaspy H, Barnes TR, Barrett B, Byford S, Clayton K et al. Group art therapy as an adjunctive treatment for people with schizophrenia: a randomised controlled trial (MAT-ISSE). *Health Technol. Assess.* 2012; 84(4): 241–249.
11. Restek-Petrović B, Bogović A, Mihanović M, Grah M, Mayer N, Ivezić E. Changes in aspects of cognitive functioning in young patients with schizophrenia during group psychodynamic psychotherapy: A preliminary study. *Nord J. Psychiatry* 2014; 68: 333–340.
12. Polese D, Fornaro M, Palermo M, De Luca V, de Bartolomeis A. Treatment resistant to antipsychotics: A resistance to everything? Psychotherapy in treatment-resistant schizophrenia and nonaffective psychosis: A 25-year systematic review and exploratory meta-analysis. *Front Psychiatry* 2019. doi: 10.3389/fpsy.2019.00210.

13. Lu B, Liang Y, Wang C, Zhao G, Gao S. Clinical efficacy and security of psychotherapy combined with risperidone in the treatment of patients with schizophrenia. *Progress in Modern Biomedicine* 2017; 17(12): 2357–2360.
14. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1987; 13: 261–276.
15. Wood L, Price J, Morrision A, Haddock G. Exploring service users perceptions of recovery from psychosis: A Q-methodological approach. *Psychol. Psychother.* 2013; 3: 245–261.
16. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 441–449.
17. Rzewuska M. Validity and reliability of the Polish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 2002; 11: 27–32.
18. Kanas N. Group therapy for schizophrenic patients. *Clinical Practice Series, No. 39.* Arlington, VA, US: American Psychiatric Association; 1996.
19. Schweitzer RD, Greben M, Bargenquast R. Long-term outcomes of metacognitive narrative psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia. *Psychol. Psychother: Theory Res. Pract.* 2017; 90(4): 668–685.
20. Cechnicki A. Schizofrenia — proces wielowymiarowy. *Krakowskie perspektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii.* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
21. Shean GD. Empirically based psychosocial therapies for schizophrenia: The disconnection between science and practice. *Schizophr. Res. Treat.* 2013; 1–8.

Adres: bogumila.witkowska@ujk.edu.pl