



Magdalena Czernek-Malik
GROWTH Gabinet Rozwoju Dziecka i Rodziny

Psychoterapia poznawczo-behawioralna schizofrenii

Schizofrenia to choroba lub grupa chorób, których wspólną cechą jest występowanie względnie charakterystycznych przejawów **dezintegracji** (*schizis* = „rozszczerzenie”). **Na schizofrenię choruje co setny człowiek.** Typowy wiek zachorowania różni się ze względu na płeć – u mężczyzn choroba najczęściej rozpoczyna się w wieku dojrzewania lub wczesnej dorosłości, co ma bezpośredni związek z gorszymi rokowaniami w leczeniu ze względu na mniejsze zasoby związane z wcześniejszym niż u kobiet zachorowaniem. Na schizofrenię chorują osoby ze wszystkich grup społecznych. Wbrew obiegowym opiniom większość chorych leczona jest ambulatoryjnie, a długotrwałe hospitalizacje są rzadkością. Po podjęciu leczenia u 1/3 chorych uzyskuje się długotrwałe remisje, a kolejna 1/3 funkcjonuje dość dobrze. Szacuje się, że ok.10% osób chorych na schizofrenię ginie śmiercią samobójczą.

Objawy schizofrenii najczęściej dzieli się na trzy grupy: **objawy wytwórcze** (inaczej „pozytywne”, czyli dodane, gdyż są nieobecne u osób zdrowych), **objawy negatywne** (czyli „ujęte” z funkcjonowania ludzi zdrowych) oraz **dezintegrację czynności psychicznych**. Objawy pozytywne są to zniekształcone oceny rzeczywistości przejawiające się w **urojeniach** (fałszywych przekonaniach) oraz **halucynacjach**, czyli omamach słuchowych, tzw. „głosach” (fałszywych spostrzeżeniach). Objawy negatywne to deficyt w zakresie podstawowych umiejętności społecznych – **wycofanie z kontaktów, brak motywacji, apatia, ubóstwo mowy, sprawianie wrażenia osoby obojętnej i niezdolnej do przeżywania emocji, spowolnienie**

w wykonywaniu codziennych czynności, spadek inicjatywy oraz nieumiejętność podejmowania decyzji.

Objawy negatywne schizofrenii często przypominają objawy depresji. Dezintegracja czynności psychicznych będąca istotą schizofrenii jest to natomiast niezgodność pomiędzy różnymi funkcjami psychicznymi, np. niedostosowanie ekspresji emocji to treści myślenia czy wypowiedzanych słów oraz związana z tym dezorganizacja zachowania. Osoba taka może np. śmiać się opowiadając o śmierci bliskiej osoby bądź o doznanej krzywdzie, co jest błędnie interpretowane przez rozmówcę. Często miewa także trudności z budowaniem spójnych wypowiedzi zgodnych z porządkiem logicznym. Wątki myślowe są często fragmentaryczne i pomieszane, co znacznie utrudnia wyciąganie wniosków i dochodzenie do konkluzji, a więc w efekcie odbiór prezentowanych treści. Do tych trzech głównych grup objawów można dodać takie wymiary jak lęk czy depresja oraz objawy związane z zaburzeniami czynności poznawczych.

Schizofrenia to choroba o wciąż niewyjaśnionej etiologii. Wyróżnia się kilka koncepcji, jednak coraz więcej głosów pada za silnym komponentem biologicznym. Badania pokazują, że ryzyko wystąpienia schizofrenii zależy od stopnia pokrewieństwa. Rodzice i rodzeństwo osoby ze schizofrenią mają 10-krotnie większe ryzyko zachorowania niż osoba z tak zwanej populacji ogólnej. **Ryzyko to jest 15-krotnie większe u dzieci osób ze schizofrenią.**

Ważne jest, aby osoby, których bliscy chorują, zostały przeszkolone w zakresie **rozpoznawania wczesnych sygnałów schizofrenii, tak zwanych objawów prodromalnych**, które niejednokrotnie rozwijają się niezauważone przed długi czas. Są to pojedyncze symptomy czy specyficzne problemy, które nie stanowią jeszcze choroby, ale są odbierane jako pewnego rodzaju „załamanie linii życiowej”, można spostrzec, że osoba coraz bardziej odstaje od otoczenia. W przypadku młodzieży osoby takie często przyprowadzane są przez rodziców do specjalistów z powodu objawów pseudonerwicowych – lęków czy dziwacznych obsesji, ale także z podejrzeniem depresji. Objawami prodromalnymi, które jako pierwsze mogą zasygnalizować rzut psychotyczny, są przede wszystkim **społeczna izolacja, pogorszenie funkcjonowania w podstawowych rolach zawodowych i domowych, dziwne zachowania** (zbieranie odpadków, mówienie do siebie), **pogorszenie w dbaniu o własną higienę, mała ekspresja emocji, dziwaczne wypowiedzi o zabarwieniu urojeniowym** (np. „ktoś mnie obserwuje”, „ktoś chce mnie skrzywdzić”, „inni się na mnie patrzą”), **dziwne przekonania** (myślenie magiczne, jasnowidzenie, szósty zmysł), **niezwykłe doświadczenia zmysłowe** (iluzje, świadomość działania obcych sił), **spadek zainteresowań, inicjatywy, energii**. Jeśli powyższe objawy zostaną zauważone, powinno to skłonić do szybkiego skonsultowania się ze specjalistą – lekarzem psychiatrą, psychologiem klinicznym lub psychoterapeutą. Pomoże to we wczesnym rozpoznaniu ewentualnej choroby i szybkim podjęciu skutecznego leczenia. Zapobieganie wystąpieniu objawów choroby u osób z grupy podwyższonego ryzyka poprzez udzielanie wsparcia i naukę monitorowania objawów jest ważnym elementem psychoprofilaktyki.

Leczenie schizofrenii powinno być wszechstronne, wytrwałe oraz zindywidualizowane. Podstawą jest farmakoterapia, ale stosowanie wyłącznie tej formy leczenia jest błędem. Ważnym elementem terapii jest psychoterapia (indywidualna, rodzinna, poznawczo-behawioralna), terapia społeczna – psychoedukacja pacjentów i ich rodzin oraz rehabilitacja w celu ułatwienia powrotu do samodzielnego życia.

W ostatnich latach wiedza o leczeniu zaburzeń psychotycznych metodą psychoterapii uległa znacznej poprawie. Pojawiło się kilka wartych uwagi koncepcji teoretycznych i modeli leczenia, które obecnie pozostają w fazie naukowej weryfikacji (por. terapia metasystemowa psychoz). Daje to chorym nadzieję, iż w najbliższej przyszłości sformułowane zostaną skuteczne protokoły leczenia bez uciekania się do konieczności wieloletniego przyjmowania leków.

Psychoterapia poznawczo-behawioralna (ang. *Cognitive Behavioral Therapy*, CBT) w leczeniu psychoz nie jest rekomendowana jako leczenie z wyboru, **jednakże jej przydatność ma swoje głębokie uzasadnienie, jeśli weźmiemy pod uwagę współwystępowanie lęku i depresji w fazie remisji oraz wysokie ryzyko samobójstwa po ustąpieniu objawów psychotycznych**. Techniki poznawczo-behawioralne okazują się skuteczne zwłaszcza w leczeniu objawów negatywnych występujących pomimo stosowania leków lub jako ich skutek uboczny. **Psychoterapia CBT umożliwia prawidłową rehabilitację społeczną oraz ogólne poczucie dobrostanu pacjenta.**

Stosowanie terapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu psychoz opiera się na założeniu, że objawy wytwórcze w schizofrenii leżą na kontinuum zmian myślenia, percepcji i zachowania, a nie wynikają z jakościowo różnych procesów psychologicznych - „jeżeli pacjent coś robi, to ma ku temu powód, próbuje sobie w ten sposób z czymś poradzić”. Ludzie z psychozą, podobnie jak zdrowi, starają się uporządkować swój świat i swoje przeżycia. Sposób rozumienia świata i sposób myślenia na temat przeżywanych sytuacji wynika z przekonań, które powstają na bazie wcześniejszych doświadczeń jednostki. Niewłaściwa percepcja lub interpretacja zdarzeń prowadzi do dezadaptacyjnych zachowań.

Typowe zniekształcenia poznawcze występujące u osób chorych na schizofrenię to postrzeganie świata w sposób egocentryczny – interpretowanie nieistotnych, neutralnych bodźców jako związanych z nimi, kierowanych do nich. Osoby te częściej niż inne przypisują (rzutują) odpowiedzialność za swoje objawy źródłom zewnętrznym, nadają nadmierne znaczenie neutralnym wydarzeniom, zachowaniom innych (por. hipoteza dopaminowa; Howes i Kapur, 2009) oraz przeskakują do konkluzji – wyciągają wnioski na podstawie mniejszej ilości informacji niż osoby zdrowe. Osoby cierpiące na zaburzenia psychotyczne mają ponadto większą skłonność do personalizacji – obwiniania za niepowodzenia częściej ludzi niż sytuacji. Do zniekształceń dochodzi łatwiej, jeśli osoba znajduje się pod wpływem stresu, gdy doświadczyła utraty oraz jeśli negatywne znaczenie nadane sytuacji wymusza przyjęcie przez nią postawy obronnej.

Głównym celem psychoterapii poznawczo-behawioralnej schizofrenii jest poprawa funkcjonowania pacjenta i jego samopoczucia, niezależnie od ustąpienia objawów. Terapia CBT jest dodatkiem do farmakoterapii. W niektórych krajach, np. Wielkiej Brytanii, zaleca się włączanie CBT do leczenia wszystkim pacjentom z pierwszym epizodem psychotycznym i jest to leczenie refundowane.

Protokół leczenia psychoz CBT składa się z kilku faz, z których pierwszą i najważniejszą jest zaangażowanie pacjenta w terapię poprzez stworzenie dobrej relacji terapeutycznej. Tylko przymierze terapeutyczne budowane zgodnie z fundamentalną zasadą psychoterapii poznawczo-behawioralnej – empiryzmu opartego na współpracy umożliwia podjęcie terapii zgodnej z modelem, a więc dokonanie oceny klinicznej, sformułowanie problemów do terapii w oparciu o indywidualną konceptualizację przypadku, wydobycie przekonań pacjenta dotyczących mechanizmów leżących u podłoża objawów pozytywnych – urojeń i halucynacji, normalizację objawów i omówienie alternatywnych mechanizmów, reatrybucję poznawczą halucynacji, leczenie objawów negatywnych i zapobieganie nawrotom. Ważnym elementem CBT schizofrenii jest trening metapoznawczy mający na celu nauczenie pacjenta monitorowania własnych procesów poznawczych i ich kontrolowania oraz rozumienia emocji własnych i innych osób korzystając z teorii umysłu (ang. Theory of Mind).

Badania nad skutecznością psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu schizofrenii konsekwentnie potwierdzają jej przydatność. Analiza 13 badań eksperymentalnych obejmujących ponad 1300 pacjentów wykazała, że terapia poznawcza przynosi 20-40% redukcję objawów i towarzyszącego im cierpienia i pomaga 50-60% pacjentów poddanych terapii. Wykazano pozytywny wpływ na objawy pozytywne (32 badania), objawy negatywne (23 badania), poprawę funkcjonowania (15 badań), nastrój (13 badań), lęk społeczny (2 badania). (Źródło: Schizophrenia Bulletin vol. 34 no.3, 2008).

Według metaanalizy z 2009 roku *Schizophrenia PORT (Schizophrenia Patient Outcomes Research Team)* – podsumowania opartych na dowodach naukowych interwencji psychospołecznych będących uzupełnieniem farmakoterapii, psychoterapia poznawczo-behawioralna indywidualna lub grupowa trwająca 4-9 miesięcy przyniosła udowodnioną poprawę w zakresie redukcji halucynacji, urojeń, objawów pozytywnych, objawów negatywnych, objawów ogółem oraz poprawę w zakresie funkcjonowania społecznego. Ze względu na zbyt małą liczbę badań dotyczących depresji w schizofrenii, zachowań samobójczych, poczucia bezradności, wglądu w chorobę, nawrotów oraz rehospitalizacji nie udowodniono wpływu CBT na powyższe obszary.

Jak wynika z przytoczonych analiz **stosowanie psychoterapii poznawczo-behawioralnej jako leczenia uzupełniającego farmakoterapię jest wysoce zasadne i może przynieść znaczącą ulgę przynajmniej połowie pacjentów zmagających się ze schizofrenią**. Jej skuteczność udowodniono w wielu istotnych obszarach. Zakłada się, że może ona okazać się pomocna także w leczeniu innych aspektów choroby, np. współwystępującej depresji czy zachowań samobójczych, jednakże hipotezy te wymagają dalszej naukowej weryfikacji.

Bibliografia:

Gawęda, Ł., Moritz, S., Kokoszka, A. (2009). Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, tom XLIII, nr 6, str. 671-682.

Gawęda, Ł., Moritz, S., Kokoszka, A. (2009). Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych. *Psychiatria Polska*, tom XLIII, nr 6, str. 683-692.

Popielarczyk, A., Wiśniewski, A. (2015). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna schizofrenii. Materiały warsztatowe*.

Turkington, D. (2013). *Terapia poznawcza psychoz. Powrót do życia i normalności*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner.

Bielsko-Biała :: 2015

O Autorze:

Psychoterapeuta poznawczo-behawioralny i psycholog z kilkuletnim stażem klinicznym w pracy z dziećmi i młodzieżą oraz ich rodzinami w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz w Dziennym Oddziale Psychiatrycznym dla Dzieci i Młodzieży. Posiada również doświadczenie w pracy jako coach i trener, które zdobywała prowadząc szkolenia i warsztaty z zakresu umiejętności psychospołecznych dla instytucji (placówki edukacyjne, organizacje pozarządowe). Jest aktywnym członkiem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczo-Behawioralnej (PTTPB). Od 2013 roku prowadzi własny gabinet psychoterapii, gdzie zajmuje się diagnozą i leczeniem zaburzeń psychicznych zarówno u dzieci i młodzieży, jak i u dorosłych. Jako specjalista od zaburzeń neurorozwojowych u dzieci, współpracuje z placówkami oświatowymi i instytucjami pozarządowymi w zakresie prowadzenia szkoleń. Wykłada psychologię relacji interpersonalnych na Śląskim Uniwersytecie Medycznym.

