

rozumienia objawów psychotycznych, proponują szerokie spojrzenie na schizofrenię oraz zakreślają możliwości przyszłych badań.

Na zakończenie lektury uważnemu czytelnikowi zarysowują się istotne problemy mogące przybrać postać pytań: Czy postawienie rozpoznania schizofrenii nie jest aby etykietą? Czy rzeczywiście istnieje taki zespół objawów? Czy nie jest tak, że zostało stworzone pojęcie, a potem do niego dopasowano teorię lub wiele niepokrywających się teorii? Czy rzeczywiście schizofrenia to jedna choroba?

Powyższe pytania odzwierciedlają ważne dla współczesnej psychiatrii zagadnienia i wątpliwości. Dla wielu autorów jest to przestrzeń żywo toczących się licznych polemik, w których zajmowane są różne stanowiska. Wydaje się, że w psychiatrii istnieją dwie zasadnicze trudności, które korespondują z przedstawianym zagadnieniem: (1) wyznaczenie poziomu nasilenia danej cechy, od którego rozpoznajemy zaburzenie, (2) wyznaczenia granic owego zaburzenia przy założeniu, że wiele objawów w psychiatrii się na siebie nakłada.

Swego czasu pojawiła się, głównie w psychoterapii poznawczej, hipoteza kontinuum często stosowana do określania nasilenia zaburzeń nerwicowych. Są propozycje, na które powołują się autorzy książki, aby tę hipotezę zastosować do zaburzeń psychotycz-

nych. Wymaga to „rozluźnienia” pojęcia schizofrenii, wyodrębnienia poszczególnych objawów i przyjrzenia się im przez pryzmat owej hipotezy. Można dostrzec rozpiętość ilościowego nasilenia objawu – od „normalności” do choroby. Widać to w obserwacji chociażby tego, jak różne przekonania często nieadekwatne do rzeczywistości wypowiadają ludzie, jak różna jest ich sztywność i niemodyfikowalność. Kiedy określamy, że dany sąd już jest urojeniem? Psychoza jest złożonym zjawiskiem wymagającym za każdym razem od badającego olbrzymiej wiedzy o rzeczywistości i dużego dystansu względem własnego sposobu myślenia.

Moja osobista refleksja po przeczytaniu książki dotyczy także tego, na ile studia medyczne przygotowują potencjalnych adeptów psychiatrii do umiejętnego posługiwania się ukształtowanym na tych studiach własnym poznaniem w celu wniknięcia w osobisty i subiektywny świat pacjenta? Poznanie drugiego człowieka to w końcu nasze podstawowe narzędzie pracy. Mam nadzieję, że lektura książki pozwoli zbliżyć się Czytelnikowi do sedna własnego myślenia o psychozie.

Izabela Błaszczuk-Wiślińska

I Klinika Psychiatryczna IPI n w Warszawie

**Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. The Guilford Press. New York; 2004, s. 219. ISBN: 978-1593851040**



Skuteczność leczenia farmakologicznego w schizofrenii jest bezsporna. Zdecydowana większość pacjentów odnosi korzyść ze stosowania leków przeciwpsychotycznych. Istnieje jednak pewna grupa pacjentów niedostatecznie reagujących na farmakoterapię. Dotyczy to zwłaszcza osób, u których dominują objawy negatywne. Ponadto niedostateczny wgląd i objawy niepożądanego działania leków zmniejszają szansę na regularne stosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich. W tego

typu sytuacjach wskazane może być zastosowanie odpowiednich form psychoterapii.

W 1952 roku Aaron Beck opisał pierwszy przypadek osoby z usystematyzowanymi urojeniami, która była z powodzeniem leczona metodą poznawczo-behawioralną z psychodynamiczną interpretacją objawów. Jednakże dopiero pod koniec lat 80. XX wieku rozpoczęto szerzej zakrojone badania oceniające skuteczność terapii poznawczej u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Obecnie dysponujemy wynikami opublikowanych 22 randomizowanych badań klinicznych, potwierdzających skuteczność terapii poznawczej w odniesieniu zarówno do zespołu objawów schizofrenii, jak i do indywidualnych objawów, takich jak omamy czy urojenia.

Autorzy omawianej książki – David Kingdon i Douglas Turkington – dzielą się swoim bogatym doświadczeniem badawczym i terapeutycznym w stosowaniu tej formy terapii.

Na pierwszych stronach książki autorzy stawiają pytanie: Czym jest schizofrenia? Zwracają uwagę na fakt, że mimo wprowadzenia kryteriów rozpoznania w systemach diagnostycznych, rozpoznanie schizofrenii dotyczy bardzo zróżnicowanej grupy osób

przejawiających odmienne zespoły objawów i wymagających innego podejścia terapeutycznego. Sam Bleuler używał określenia „schizofrenia” raczej w liczbie mnogiej mówiąc o „grupie schizofrenii”. Niektórzy badacze (np. Person 1986, Bentall i wsp. 1988) uważają, że w diagnostyce i terapii należy koncentrować się raczej na poszczególnych objawach niż na rozpoznaniu schizofrenii. Autorzy reprezentują stanowisko pośrednie. Uważają, że w obrębie nadrzędnego rozpoznania schizofrenii można wyróżnić podgrupy kliniczne.

Na podstawie szczegółowej analizy pierwszych epizodów psychotycznych wyróżnili cztery podstawowe grupy kliniczne. Każda grupa wymaga odmiennego sposobu prowadzenia terapii. W omawianej książce każdy wyróżniony typ psychozy został zilustrowany przypadkiem pacjenta. W kolejnych rozdziałach, przedstawiając konceptualizację przypadku, planowanie terapii i poszczególne techniki terapeutyczne, autorzy odwołują się do tych konkretnych przykładów. Oto charakterystyka wyróżnionych przez autorów podstawowych typów psychozy.

(1) *Psychoza związana z wrażliwością (sensitivity psychosis)*. Dotknięte nią osoby zazwyczaj są samotne i nieśmiałe. Zaburzenia rozwijają się stopniowo począwszy od wieku kilkunastu do dwudziestu kilku lat. Relatywnie niewielki stres (np. rozpoczęcie studiów, pierwsza praca) może zapoczątkować chorobę. Opiekunowie są zwykle bardzo zaangażowani – mają wysokie oczekiwania, są mobilizujący i wspierający. Pacjenci odczuwają presję, ale jednocześnie mają poczucie niemożności działania. Szczególnie częste są urojenia ksbne i odsłonięcia myśli. Występują nasilone objawy negatywne.

(2) *Psychoza związana z zażywaniem narkotyków (drug-related psychosis)*. Początkowo prezentuje się jako psychoza wywołana zażywaniem narkotyków (halucynogeny, amfetamina, kokaina, LSD, intensywne stosowanie kanabinoli). Występują nawroty lub stale utrzymują się objawy również w czasie abstynencji (potwierdzone badaniami laboratoryjnymi). Zdarza się, że rozpoznawane są jako zaburzeń osobowości lub jako szkodliwe używanie substancji psychoaktywnych. Powtarzają się omamy i urojenia z pierwszego epizodu. Choroba zaczyna się zwykle w wieku kilkunastu do dwudziestu kilku lat. Pacjenci mogą prezentować „buntowniczą” osobowość. Pochodzą często z rozbitych rodzin. Opiekunowie są zazwyczaj niepewni, w jaki sposób mogą pomóc i w związku z tym mogą wobec pacjenta przyjmować postawy niejednoznaczne. Pacjenci często niedostatecznie współpracują z pracownikami służby zdrowia i opieki społecznej.

(3) *Psychoza traumatyczna (traumatic psychosis)*. Charakterystyczne są omamy słuchowe: o treściach obraźliwych, agresywnych i/lub seksualnych, wyrażone w II osobie („Ty jesteś...”), nakazujące. Omamy odbierane są przez pacjenta jako szokujące i obce. Powtarzają się i są dokuczliwe. Wgląd chorobowy pacjentów jest zmienny. Pacjenci obwiniają siebie. Choroba może współwystępować z PTSD, szczególnie w związku z nadużyciem seksualnym, depresją i myślami samobójczymi, a także z zaburzeniami osobowości typu borderline.

(4) *Psychoza lękowa (anxiety psychosis)*. Początek ostry: rozwija się w ciągu kilku dni lub tygodni, zazwyczaj w późniejszym okresie życia, przed 30 rokiem życia lub później. Związana jest ze stresem (np. stres w pracy). Lęk zmniejsza się po wyodrębnieniu się urojeniowo motywowanego wyjaśnienia przykrych emocji. Często są percepcje i interpretacje urojeniowe (np. „wszystkiemu są winni sąsiedzi”). Często izolowanie się: geograficzne (np. praca daleko poza domem) lub interpersonalne (np. zrywanie relacji). Zazwyczaj obecne są urojenia tworzące system – mogą być wielkościowe lub prześladowcze. Kolejne epizody występują w reakcji na stres.

Możliwe jest wyróżnienie jeszcze innych grup klinicznych. Większość pacjentów udaje się zakwalifikować jednak do którejś z powyższych grup. Czasami pacjenci spełniają kryteria więcej niż jednej grupy. Podział na przedstawione grupy pomaga w prowadzeniu terapii. Tego typu rozpoznanie jest dla chorych łatwiejsze do przyjęcia. Dla niektórych pacjentów również określenie „psychoza” może być trudne do zaakceptowania, gdyż odbierają je oni jako stygmatyzujące. Autorzy proponują zastąpienie go słowem „problem” lub „zaburzenie”. Negocjowanie języka, jakiego używamy w rozmowie z pacjentem może usprawnić komunikację i zwiększyć zaangażowanie pacjenta w leczenie.

Objawy schizofrenii były wielokrotnie opisywane przez niektórych wpływowych psychopatologów (np. Jaspersa 1963) jako „niezrozumiałe”. Jednakże doświadczenie i badania prowadzone od tego czasu umożliwiły lepsze ich zrozumienie. Autorzy uważają, że skuteczne prowadzenie terapii wymaga zrozumienia przeżywanych przez pacjenta objawów. Przedstawili model poznawczy umożliwiający zrozumienie urojeń, omamów, zaburzeń myślenia i objawów negatywnych. Niezwykle istotną częścią tego procesu jest konceptualizacja przypadku uwzględniająca indywidualne różnice w zakresie przyczyn, funkcji, znaczenia i czynników podtrzymujących objawy.

Autorzy podkreślają, że ocena potrzeb, pragnień, obaw i doświadczeń życiowych pacjenta jest jedynym sposobem umożliwiającym stworzenie modelu pozwalającego zrozumieć jego życie i problemy, z którymi się zmagają. Konceptualizacja umożliwia podjęcie odpowiednich interwencji terapeutycznych. Istotne jest zrozumienie czynników motywujących pacjenta i określenie jego celów życiowych. Nie można również pominąć oceny sytuacji społecznej pacjenta i jego warunków życiowych.

Wywiad dotyczący konfliktów z prawem może być również istotny ponieważ często są one związane z początkiem lub nawrotem objawów. Ocena ryzyka agresji wobec siebie i innych osób jest także podstawowym elementem badania na początku, ale również w trakcie terapii.

W tej grupie pacjentów agresja zdecydowanie częściej dotyczy samego siebie niż innych osób. Wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii podobnie jak w przypadku pacjentów z zaburzeniami afektywnymi liczba samobójstw sięga 10–15%. Autorzy podkreślają fakt, że prawidłowo prowadzona terapia poznawcza nie zwiększa tego ryzyka, ale może je nawet zmniejszyć.

Dla wielu pacjentów ważnym tematem jest kwestia modyfikacji dawki lub odstawienia leków. Na podstawie badań można stwierdzić, że przynajmniej 70–80% pacjentów przyjmujących leki odnosi z tego istotną korzyść. Autorzy zdecydowanie zalecają stosowanie farmakoterapii u wszystkich pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, gdyż jak przekonują obecnie nie potrafimy przewidzieć, którzy pacjenci nie zareagują na leczenie.

Nie wiemy także, czy stosowanie samej terapii poznawczej byłoby skuteczne, ponieważ nie przeprowadzono tego typu badań. Pacjentom, którzy przez wiele lat przyjmują leki i są w dobrym stanie psychicznym, autorzy nie zalecają całkowitego odstawienia leku, ale raczej negocjują z nimi zasady dalszego leczenia i ewentualnego zmniejszenia dawki leku.

W rozdziale szczegółowo omawiającym relacje terapeutyczne autorzy podkreślili, że podstawą terapii jest zaufanie i współpraca. Powszechne jest jednak przekonanie, że brak zaangażowania pacjenta to główna przeszkoda w terapii. Autorzy uważają, że nawiązanie relacji terapeutycznej nie jest tak trudne, jak się wydaje. Styl terapeutyczny akcentujący współpracę, życzliwość i wzajemny szacunek, umożliwił pacjentom zaangażowania się w leczenie. Konieczne jest zrozumienie, że pacjent doświadczający np. oskarżających go omamów słuchowych, nasyłania myśli albo lęków prześladowczych, potrzebuje czasu zanim zacznie ufać terapeutom.

Niezwykle istotne wydaje się niekonfrontacyjne nastawienie wobec pacjenta. Konfrontacja bowiem zniechęca do ujawniania przeżyć, pogłębia poczucie osamotnienia i może powodować nasilenie objawów (np. urojeń). Z kolei zgadzanie się z pacjentem co do treści urojeniowych również nie jest właściwym rozwiązaniem. Celem tutaj jest zrozumienie tego, co jest dla pacjenta ważne („Proszę powiedzieć o tym więcej”; „Jeżeli okazałoby się prawdą to, co pan mówi, jakie to miałyby znaczenie i jakie byłyby tego konsekwencje?”). Najważniejsze techniki to nieocenianie zadawanie pytań i dialog kierowany.

Pacjenci zazwyczaj są zainteresowani tym, co terapeuta myśli o ich przeżyciach. Bardzo ważne jest, żeby reakcja terapeuty była racjonalna i związana z treścią wypowiedzi.

Na przykład wypowiedź pacjenta „Mój dom jest obserwowany przez mafie” może spotkać się z różnymi reakcjami terapeutów. Przykładem odpowiedzi adekwatnej i racjonalnej byłaby reakcja terapeuty: „Proszę powiedzieć więcej na ten temat i zastanówmy się w jaki sposób możemy dowiedzieć się więcej o tym, co się dzieje”. Tego typu odpowiedź umożliwia podjęcie w przyszłości systematycznej pracy nad różnymi możliwymi interpretacjami. Jeżeli terapeuta uświadomi sobie, że jego wypowiedź była nieodpowiednia, może otwarcie o tym porozmawiać z pacjentem i wrócić do tematu (np. „Ostatnio powiedziałem panu, że to na pewno nie jest mafia. Myślę, że powinienem być jednak bardziej otwarty. Musimy rozważyć wszystkie możliwości”).

Omówiono również sytuacje, w których może zdarzyć się konflikt ról. Autorzy zaproponowali zasady ewentualnego łączenia ról terapeuty z innymi rolami np. lekarza, pielęgniarki. Uważają, że w niektórych sytuacjach takie łączenie może być pomocne np.:

- gdy stosowanie się do planu terapii jest dla pacjenta trudne;
- kiedy pacjent nie jest dostatecznie zmotywowany i włączenie się terapeuty np. w rozwiązanie problemów społecznych czy finansowych może zwiększyć zaangażowanie pacjenta w terapię;
- kiedy dla pacjenta korzystniejsze może być utrzymanie kontaktu z jedną osobą i pacjentowi szczególnie na tym zależy;
- kiedy może to pomóc w utrzymanie kontaktu z pacjentem po zakończeniu psychoterapii.

Sytuacje, w których niekorzystne jest łączenie ról lekarza z rolą terapeuty:

- jeżeli zachodzi prawdopodobieństwo, że może być konieczne skierowanie pacjenta do szpitala bez jego zgody;
- może pojawić się „konflikt osobowości”;
- brakuje czasu na prowadzenie terapii;
- nie ma możliwości swobodnego wyłączenia się z innych obowiązków na czas sesji terapeutycznej.

Autorzy przedstawili również korzyści wynikające z pełnienia jedynie roli terapeuty takie jak: (1) możliwość pracy bez konfliktu co do farmakoterapii; (2) możliwość regularnych, wystarczająco długich, niezakłóconych innymi sprawami spotkań.

W uzyskaniu zaangażowania pacjenta, ważną rolę odgrywa język, jakiego używa terapeuta. Jeżeli wyjaśnienia są zbyt techniczne lub nie odnoszą się bezpośrednio do istotnych problemów pacjenta, jego zainteresowanie terapią będzie niewielkie.

Pożyteczne może okazać się przedstawienie pacjentowi wyników badań potwierdzających skuteczność terapii poznawczej u osób z podobnymi problemami (np. kopii artykułów, jeżeli pacjent sobie tego życzy).

**Psychoedukacja i „normalizacja”.** Psychoedukacja powinna być oparta na indywidualnej konceptualizacji przypadku. Ważne jest, żeby terapeuta był świadomy tego, w jaki sposób pacjent rozumie swoje objawy. Szczególną formą psychoedukacji zalecaną przez autorów jest „normalizacja”. Takie objawy jak „głosy” czy urojenia są przyrównywane wówczas do doświadczeń osób zdrowych, które doświadczyły podobnych objawów na przykład w czasie eksperymentalnej depriacji sensorycznej lub w okresie ekstremalnego stresu.

Psychoedukacja jest od lat kluczowym elementem programów terapeutycznych. To wartościowe narzędzie umożliwienia pacjentom i ich opiekunom zrozumienia diagnozy i rokowania. Jednakże w odniesieniu do tak napiętnowanej choroby jak schizofrenia niezwykle istotne jest precyzyjne oddzielenie faktów od mitów na jej temat. Konieczna jest ostrożność, ponieważ istnieją doniesienia potwierdzające związek psychoedukacji w schizofrenii z nasileniem myśli samobójczych i depresji (Cunningham-Owens i wsp., 2001; Rathod i wsp., 2003).

Autorzy uważają, że niezwykle ostrożnie należy używać w psychoedukacji terminu „schizofrenia”. Proponują zastąpienie go innymi określeniami (wrażliwość, trauma, lęk).

Podkreślają, że ważne jest indywidualne podejście do psychoedukacji, które powinno być jak najbardziej praktyczne i odwoływać się do objawów i sytuacji każdego pacjenta. W zakresie wglądu zalecają skoncentrowanie się na dwóch aspektach: akceptacji potrzeby leczenia oraz uznaniu faktu, że omamy i urojenia mają swoje źródło we własnej psychice pacjenta. Udowodniono bowiem, że te wymiary wglądu mają największe znaczenie dla uzyskania poprawy klinicznej. Próby przekonywania pacjenta co do rozpoznania schizofrenii mogą mieć szkodliwy wpływ na motywację pacjenta i wyniki leczenia.

Pożyteczne natomiast może być omówienie wtórnych konsekwencji choroby nasilających stres takich jak: utrata pracy, zaburzone relacje, napiętnowanie czy samonapiętnowanie.

Autorzy omówili również potencjalne trudności związane z farmakoterapią. W sytuacji odmowy przyjmowania leków zalecają omówienie z pacjentem strategii postępowania w przypadku pogorszenia stanu psychicznego. Jeżeli rozmowa zakończyłaby się sporem, pacjentowi dużo trudniej będzie później uznać fakt pogorszenia i zgłosić się ponownie do terapeuty. Czasami jednak okazuje się, że pacjent miał rację i pomimo nieprzyjmowania leków funkcjonuje dobrze.

**Konceptualizacja i interwencje dotyczące urojeń.** Niezwykle szczegółowo autorzy omówili postępowanie w przypadku urojeń. Uważają, że tradycyjna definicja urojenia jest niezgodna z doświadczeniem klinicznym i wynikami badań naukowych, a ponadto wyklucza możliwość udzielenia pomocy psychologicznej.

Proponują następującą definicję urojenia opartą na dowodach naukowych: Urojenie jest przekonaniem (prawdopodobnie fałszywym) znajdującym się na skrajnym biegunie kontinuum przekonań podzielanych w danym społeczeństwie. Nie różni się istotnie od idei nadwartościowej czy zwykłych przekonań. Jest utrzymywane mimo istnienia dowodów jej nieprawdziwości, ale może być podatne na zmianę, jeżeli dowody zostaną wspólnie przeanalizowane. Wówczas przekonania te mogą zbliżyć się poglądów uznawanych w danej grupie z uwzględnieniem różnic środowiskowych, kulturowych, edukacyjnych i religijnych.

Strategia badania i terapii urojeń opiera się na stworzeniu konceptualizacji przypadku. Przekonanie może być w pełni zrozumiane,

jeżeli poznamy kontekst, w jakim powstało. Autorzy przedstawili kolejne etapy tworzenia konceptualizacji i prowadzenia terapii: poznanie i zrozumienie wydarzeń poprzedzających powstanie urojeń; stworzenie obrazu okresu prodromalnego (wydarzenia, przekonania, wyobrażenia); znalezienie powiązań pomiędzy wydarzeniami wyzwalającymi, przekonaniem i konsekwencjami z wykorzystaniem na przykład modelu ABC Ellisa; omawianie i dyskusowanie urojeń (badanie dowodów potwierdzających prawdziwość przekonań, badanie dowodów podważających prawdziwość urojeń); poszukiwanie alternatywnych wyjaśnień i sprawdzenie ich w rzeczywistości.

Autorzy szczegółowo omówili postępowanie oddzielnie dla każdego typu najczęściej występujących urojeń. Przedstawili również propozycje postępowania w przypadku uporczywych urojeń.

**Konceptualizacja i interwencje dotyczące omamów.** Omamy w modelu poznawczym są rozumiane jako myśli automatyczne, odbierane przez pacjenta jako pochodzące z zewnątrz, to znaczy spoza własnego umysłu. Tendencja do eksternalizacji w połączeniu z sytuacjami stresorodnymi może wyzwać omamy. Omamy mogą być podtrzymywane przez zachowania zabezpieczające (np. unikanie), przez dysfunkcyjne interpretacje (np. „To mówi diabeł”) albo wysoki poziom afektu (np. cierpienie związane z obraźliwą treścią omamów). Pomoc może przynieść praca nad reatrybucją, dyskusowanie treści omamów, stosowanie strategii radzenia sobie i odkrywanie w treści omamów osobistych przekonań pacjenta.

Możliwe jest opracowanie razem z pacjentem wspólnego planu terapii, w którym będą uwzględnione następujące elementy:

- dokładne wyjaśnienie natury głosów i związanych z nimi innych objawów;
- praca nad reatrybucją, która uwzględni wyjaśnienia pacjenta dotyczące genezy „głosów”, a następnie testuje je w rzeczywistości;
- wspólne opracowanie alternatywnych wyjaśnień i sprawdzenie ich w rzeczywistości;
- dzienniczek „głosów”, który umożliwi odkrycie czynników wyzwalających „głosy” a także dostrzeżenie zmienności nasilenia objawów;
- strategię radzenia sobie z omamami;
- praca nad emocjami związanymi z nasileniem omamów;
- praca nad zachowaniami zabezpieczającymi, które nasilają objawy;
- wypracowanie racjonalnych sposobów reagowania na objawy;
- praca nad związaną z omamami traumą;
- „normalizacja” i techniki ekspozycyjne;
- praca nad dysfunkcyjnymi schematami związanymi z omamami;
- dodatkowe sesje.

Obszernie omówiono zasady konceptualizacji i terapii w przypadku omamów słuchowych.

W pierwszej kolejności konieczne jest zrozumienie przekonań związanych z „głosami”. Zazwyczaj pacjenci albo nie mają żadnego swojego wyjaśnienia, dlaczego słyszą „głosy”, albo przyjmują wyjaśnienia pogarszające problem (np. „To mówi szatan”, „W głowie mam implant, który odbiera fale radiowe”). Pozytywne efekty może przynieść próba nagrania „głosów”.

Korzystne może być uczestniczenie w grupach osób słyszących głosy (*Hearing Voices Network*), gdyż daje ona pacjentowi niezbędne wsparcie i umożliwia przełamanie poczucia izolacji.

Strategie radzenia sobie z omamami są opracowywane indywidualnie z każdym pacjentem. Niektóre strategie mogą u niektórych osób powodować nasilenie objawów, dlatego potrzeba czasu zanim pacjent odkryje najskuteczniejsze dla siebie techniki.

Autorzy przedstawili przykładowe strategie radzenia sobie z omamami słuchowymi takie jak: techniki behawioralne (np. spacer, kąpiel, słuchanie muzyki, relaksacja); uspołecznienie pacjenta (np. spotkanie z przyjaciółmi, spotkanie w klubie pacjenta, powiedzenie zaufanej osobie o nasileniu objawów); korzystanie z pomocy

opieki medycznej (np. leki, rozmowa z pracownikiem); kontrola poznawcza (np. rozpraszanie uwagi, „normalizacja” objawów, przezwyciężanie pozornej wszechwiedzy i wszechmocy głosów, asertywna postawa wobec głosów i podjęcie z nimi dialogu).

W schizofrenii mogą występować również omamy wzrokowe, dotykowe i inne somatyczne (*somatic hallucinations*). Omamy wzrokowe częstsze są w przypadku psychozy związanej z zażywaniem narkotyków. Omamy wzrokowe często przybierają formę retrospekcji (*flashbacks*) szczególnych wydarzeń związanych na przykład z traumą lub zażywaniem narkotyków. Mogą być dziwaczne i pozornie niezrozumiałe. Mogą stanowić błędna interpretację spostrzeżeń lub wynikać z żywej wyobraźni. Zazwyczaj są krótkotrwałe i w związku z tym mniej dokuczliwe niż „głosy”. Terapia przebiega podobnie jak w przypadku omamów słuchowych. Konieczne jest precyzyjne określenie charakteru objawów. Przydatne jest prowadzenie dzienniczka objawów, badanie znaczenia przeżywanego omamów, konceptualizacja przypadku.

Omamy dotykowe i somatyczne również powszechnie występują u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i mogą być niezwykle uciążliwe. Terapia rozpoczyna się od dokładnego zrozumienia przeżyć pacjenta (co czuje, gdzie, jak często, kiedy). Należy dowiedzieć się, jak pacjent rozumie mechanizm powstawania tych objawów (kto to robi?, w jaki sposób?, czy jest możliwe inne wyjaśnienie?). Alternatywne wyjaśnienie objawów wymaga zrozumienia jak funkcjonuje organizm (np. funkcje seksualne). Czasami odczucia relacjonowane przez pacjenta mają związek z normalnymi funkcjami fizjologicznymi i wymaga to omówienia. Mogą być również związane z urojeniami depresyjnymi czy hipochondrycznymi i wymagają wówczas odpowiedniego leczenia.

**Objawy negatywne.** Objawy negatywne wzbudzają nierzadko negatywne reakcje w terapeutach, opiekunach a także w samych pacjentach, gdyż wydaje się, że są niepodatne na leczenie. Wiele osób uważa również, że nie można ich zrozumieć. W tej sytuacji realnym zagrożeniem dla terapeuty staje się „wypalenie”. Czasami uznanie własnej bezsilności przynosi pewną ulgę.

Autorzy twierdzą jednak, że scenariusz nie musi wyglądać w ten sposób. Dysponujemy obecnie dowodami, że oddziaływania psychologiczne mogą przynieść poprawę w zakresie objawów negatywnych. Na przykład badanie przeprowadzone przez autorów ze współpracownikami wykazało trwałą i znaczącą poprawę (Sensky i wsp., 2000). W badaniu tym terapia wspierająca również była pomocna, ale efekt był nietrwały.

Poznawczy model terapii objawów negatywnych nawiązuje do poglądów Bleulera, który zaliczał objawy negatywne do osiowych objawów schizofrenii. Bleuler sugerował, że objawy te mogą być reakcją obronną na nadmierny stres. Tego typu objawy rzeczywiście można obserwować częściej u pacjentów z wyższym poziomem podatności i niskim poziomem umiejętności radzenia sobie ze stresem, którzy również częściej ujawniają objawy fobii społecznej, agorafobii i tendencję do przewlekłej hospitalizacji. Autorzy przedstawili poznawczą interpretację poszczególnych objawów negatywnych i postępowanie terapeutyczne. Zauważają, że objawy te mogą mieć znaczenie ochronne. Na przykład wycofanie społeczne może chronić przed stresem i zmniejszać nasilenie objawów pozytywnych. Terapia objawów negatywnych powinna być poprzedzona terapią związanych z nimi objawów pozytywnych i nauką radzenia sobie ze stresem. Model poznawczy zakłada „zdjęcie z pacjentów presji”, co można zrealizować przez określenie łatwo osiągalnych celów. Pacjenci powoli uczą się ustalania własnych celów i nabywają umiejętności radzenia sobie ze stresem.

## Choroby współwystępujące

Psychozom nierzadko towarzyszą inne rozpoznania. Często współwystępujące zaburzenia to: nadużywanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości, lęk, napady paniki, fobie, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne, depresja. Często zdarza się sytuacja, kiedy można zastanawiać się, które rozpoznanie jest właściwe. Różnicowanie może być trudne. Fobia społeczna może współistnieć z zaburzeniami urojeniowymi, OCD z omamami, zaburzenia borderline z zaburzeniami schizoafektywnymi. Autorzy uważają, że rozważanie na przykład czy pacjent ma zaburzenia osobowości czy psychozę niewiele wnosi, ponieważ obraz psychopatologiczny może się zmieniać. Konieczna natomiast jest staranna konceptualizacja, która stanowi podstawę terapii w przypadku współwystępowania zaburzeń. Ponadto odmiennie niż w przypadku leczenia biologicznego, gdzie obowiązuje podejście hierarchiczne wobec leczonych zaburzeń, w psychoterapii każdy problem wymaga oddzielnego potraktowania.

Autorzy podjęli również temat współwystępowania chorób somatycznych i promocji zdrowia. Przypominają, że w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii obserwuje się zwiększoną śmiertelność. Zachęcają do monitorowania stanu somatycznego pacjentów.

Autorzy poświęcili osobny rozdział omówieniu pojawiających się w czasie terapii trudności np. takich jak:

- niezaangażowania pacjenta z bardzo nasilonymi zaburzeniami psychicznymi, który nie ma wglądu;
- usystematyzowane urojenia wielkościowe;
- ryzyko zachowań agresywnych;
- myśli samobójcze;
- włączenia terapeuty w system urojeniowy;
- omamy pojawiające się w czasie sesji terapeutycznej.

W powyższym omówieniu z konieczności przedstawiłem jedynie wybrane zagadnienia.

Książka jest niezwykle bogata w treść i obszernie przedstawia różnorodne aspekty terapii poznawczej osób z zaburzeniami psychicznymi. Uważam, że dla zainteresowanych terapią poznawczą oraz dla osób pracujących z chorymi na schizofrenię może ona być przewodnikiem do zrozumienia różnych aspektów terapii. Może zainspirować również do doskonalenia umiejętności nawiązania kontaktu terapeutycznego.

## Piśmiennictwo

1. Bentall, R. P., Jackson, H. E., Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of „schizophrenia”: Some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 303–324.
2. Cunningham-Owens, D. G., Carroll, A., Fattah, S., i wsp. (2001). A randomized controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 362–369.
3. Jaspers, K. (1963). *General Psychopathology* (J. Hoenig & M.N. Hamilton, Trans.). Manchester: Manchester University Press.
4. Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, 1252–1260.
5. Rathod, S., Kingdon, D., Turkington, D. (2003). *Insight and schizophrenia*. at Psychological Interventions in Schizophrenia Conference, Oxford.
6. Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., i wsp. (2000). A randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. *Archives of General Psychiatry*, 1–172.

Sławomir Pietrak  
I Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie