



## STOPP – propozycja terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy – program australijski

*STOPP – an Australian program of cognitive-behavioral therapy for patients after the first episode of psychosis*

ALEKSANDRA WALUK<sup>1,2</sup>, MARZENNA FALKOWSKA-ŚLESZYŃSKA<sup>1</sup>, ANDRZEJ CZERNIKIEWICZ<sup>1,2</sup>

Z: 1. Zespołu Oddziałów Dziennych w Białymstoku Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczy  
2. Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej w Białymstoku

### STRESZCZENIE

**Cel.** W pracy przedstawiono program psychoterapii u pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy.

**Poglądy.** Wczesna interwencja w psychozach jest bardzo ważnym predyktorem osiągnięcia poprawy w leczeniu. W artykule opisany został kontekst pierwszego epizodu psychotycznego. Zaprezentowano i omówiono program STOPP, który jest propozycją terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy. Przedstawiono model teoretyczny i główne założenia terapii poznawczo-behawioralnej. Szczegółowo omówiono fazy programu STOPP: (I) nawiązanie relacji terapeutycznej; (II) eksploracja psychozy i stylów radzenia sobie; (III) rozwijanie zdolności odnoszenia posiadanej wiedzy do zrozumienia doświadczeń i przeżyć (wgląd); i (IV) zakończenie współpracy. Opisano oddziaływania terapeutyczne na poszczególnych etapach.

**Wnioski.** Terapia psychoz obejmuje farmakoterapię oraz oddziaływania psychosocjalne (psycho- i socjoterapeutyczne). Wyizolowanie jednej z form leczenia okazuje się niewystarczające w osiągnięciu pełnej poprawy stanu zdrowia pacjenta, dlatego zasadnym jest wzbogacenie terapii o oddziaływania psychoterapeutyczne. Zwrócono uwagę na skuteczność terapii poznawczo-behawioralnej w redukowaniu objawów psychotycznych oraz korzyści płynące z wczesnej interwencji.

### SUMMARY

**Objective.** To present a psychotherapeutic program designed for patients after the first episode of psychosis.

**Review.** Early intervention in psychotic disorders is an important predictor of recovery. In the study the context of the first episode psychosis was described. The STOPP Program (Systematic Treatment of Persistent Psychosis) – a proposition of cognitive-behavioural therapy in the first episode psychosis was outlined and discussed. The theoretical model and basic assumptions of cognitive-behavioural therapy were presented. The following phases of the STOPP program were discussed in detail: (I) developing a collaborative working relationship; (II) exploring and coping with psychosis; (III) strengthening the capacity to relate to others; and (IV) finishing and moving on. Therapeutic interventions during each phase were characterized.

**Conclusions.** The treatment of psychoses includes pharmacotherapy and psychosocial interventions (i.e. psycho- and sociotherapy). The provision of only one, isolated form of treatment turns out to be insufficient to attain the patient's complete recovery, therefore inclusion of psychotherapeutic interventions is advisable. The paper draws attention, firstly, to the cognitive-behavioural therapy efficacy in reducing psychotic symptoms, and secondly, to early intervention benefits.

---

**Słowa kluczowe:** psychoza / pierwszy epizod / terapia poznawczo-behawioralna

**Key words:** psychosis / first episode / cognitive-behavioural therapy

---

Pierwszy epizod psychozy występuje zazwyczaj u młodych ludzi w okresie późnej adolescencji lub wczesnej dorosłości. W tym okresie osoba konfrontuje się z licznymi trudnymi zadaniami rozwojowymi [1], staje przed wyborem kierunku rozwoju osobistego i zawodowego, poszukuje własnej tożsamości, doświadcza również stopniowej separacji z rodziną pochodzenia, nawiązuje partnerskie relacje, uczy się tworzyć intymne związki, odkrywa swoją seksualność [2]. Przerwanie tego rozwoju przez chorobę powoduje u niej wrażenie wybicia z rytmu, a pojawiający się przy ustępowaniu objawów psychotycznych krytycyzm, może wzmacniać izolację i obniżać zdolność do osiągania sukcesów w przyszłości [3]. Jackson porównuje ten stan do kataklizmu na drodze osobistego rozwoju [4]. Następstwa epizodu psychozy bywają wieloletnie oraz wielopłaszczyznowe

[5, 6]. Wiązą się z nieakceptowaniem doświadczanej sytuacji przez pacjenta i jego otoczenie [3, 7, 8].

Wczesne wykrycie istniejących objawów i skuteczna interwencja mają temu zapobiec [6, 9, 10, 11]. W ostatnich latach zwrócono uwagę na korzyści płynące z interwencji w początkowych fazach psychozy [9, 10, 11, 12, 13, 14]. Psychoterapia jest cennym uzupełnieniem terapii lekami antypsychotycznymi i pozwala na rozwój pozytywnych mechanizmów radzenia sobie już przy pierwszym epizodzie schizofrenii [15]. Z pewnością jednym z podstawowych standardów opieki nad osobami w stanie wczesnej psychozy jest terapia wspierająca, wywodząca się z terapii rogeriańskiej [16].

Wśród wielu koncepcji leczenia psychoz, ważne miejsce zajmuje terapia poznawczo-behawioralna (*cognitive-behavioural therapy* – CBT) [4, 10]. Podejście to rozumie wystąpienie

psychozy w kontekście biopsychospołecznym, opartym na modelu „podatności na stres” [17]. Aktywacja podatności leżącej u podłoża choroby może wywołać psychozę, w zależności od stopnia nasilenia stresu psychospołecznego [3]. Terapia poznawcza psychoz wykorzystuje teorię opracowaną przez Becka do leczenia pacjentów z depresją. W podejściu tym zakłada się, że na życie każdego człowieka wpływa wiele schematów poznawczych, będących zasadami, wg których jednostka postrzega i ocenia rzeczywistość, nadaje znaczenie wydarzeniom, reaguje na świat zewnętrzny. Na ich powstawanie, wzmacnianie oraz utrwalanie mają wpływ: rodzina, otoczenie, grupa rówieśnicza, kultura i religia [7]. Schemat obejmuje elementy poznawcze: przekonania, założenia, atrybucje, oceny, oczekiwania oraz wiążące się z nimi emocje, zachowania, wybrane wspomnienia [18]. Osoby doświadczające psychozy mają skłonność do zewnętrznej atrybucji wydarzeń negatywnych, wykazują tendencyjność gromadzenia informacji, często przeskakują do wniosków, swoje wyobrażenia traktują jako rzeczywistość [3]. Terapia poznawczo-behawioralna kładzie nacisk na tworzenie relacji terapeutycznej, psychoedukację, adaptację do objawów psychozy, wypracowanie strategii radzenia sobie z nimi, zapobieganie nawrotom, ogólną poprawę funkcjonowania pacjenta [2]. Praca poznawcza skupia się na identyfikowaniu myśli i przekonań, ukazywaniu związków pomiędzy myślami, emocjami i zachowaniem, szukaniu dowodów przemawiających za słuszością dysfunkcjonalnych przekonań oraz takich, które im przeczą, generowaniu hipotez alternatywnych. Z technik behawioralnych stosuje się eksperymenty behawioralne, celem „testowania rzeczywistości” [7, 19].

Na całym świecie powstają liczne programy mające na celu tworzenie precyzyjnych algorytmów postępowania terapeutycznego u pacjentów z psychozą [20, 21, 22, 23, 24, 25]. Jednym z bardziej znanych jest program EPPIC (*Early Psychosis Prevention and Intervention Centre*, Melbourne, Australia) [12, 13, 22]. Jest to projekt kliniczno-badawczy, którego celem jest zmniejszenie cierpienia osób doświadczających psychozy, zarówno poprzez działania prewencyjne, jak i interwencyjne. Pierwszy wymiar oddziaływań odnosi się do identyfikowania problemów u osób na jak najwcześniejszym etapie pojawiania się objawów zwiastunowych; drugi – to intensywna terapia psychosocjalna w sytuacji zaostrzenia choroby [2].

Program STOPP (*Systematic Treatment of Persistent Psychosis*) jest traktowany jako rozwinięcie programu EPPIC i jest kierowany do osób po pierwszym epizodzie psychotycznym, u których istnieje ryzyko rozwinięcia się przewlekłej choroby [2, 12, 26]. Autorami programu są: Tanya Hermann-Doig, Dana Maude i Jane Edwards. STOPP to terapia oparta na metodach terapii poznawczo-behawioralnej [2, 12]. W programie STOPP szczególnie akcentuje się pracę z przetrwałymi objawami pozytywnymi, które nie ustąpiły w pełni mimo leczenia farmakologicznego. Objawy te traktuje się jako materiał do pełniejszego zrozumienia indywidualnego obrazu choroby u pacjenta. Podejście to jest dopełnieniem, a nie wykluczeniem, leczenia farmakologicznego. W swojej formie jest terapią indywidualną i krótkoterminową. Proponowana częstość spotkań to 1–2 sesje w tygodniu, o długości ich trwania od 30 do 50 minut. Czas całej terapii wynosi od 6 do 12 miesięcy [2].

Celem programu STOPP jest zapobieganie przewlekłości psychozy poprzez zrozumienie mechanizmów leżących u podłoża procesu chorobowego, a także wykształcenie konstruktywnych strategii radzenia sobie [2, 12]. Sposób oddziaływania uwzględnia narastający charakter ujawniania się zaburzeń psychotycznych. Optymalnym okresem do rozpoczęcia sesji w ramach programu STOPP jest faza po zaostrzeniu (*post acute phase*).

W swoim założeniu program STOPP przebiega etapami:

- I faza – nawiązanie relacji terapeutycznej;
- II faza – eksploracja psychozy i stylów radzenia sobie;
- III faza – rozwijanie zdolności zastosowania posiadanej wiedzy do zrozumienia doświadczeń i przeżyć (wgląd);
- IV faza – zakończenie współpracy.

Poniżej omówione zostaną poszczególne etapy.

W I fazie, kluczowej dla powodzenia całej terapii, następuje nawiązanie relacji terapeutycznej [2, 19]. Pacjenci z pierwszym epizodem psychozy to przeważnie ludzie młodzi, którzy po raz pierwszy doświadczają leczenia psychiatrycznego [2, 27]. Dlatego też niezbędnym jest poświęcenie szczególnej uwagi i czasu na wytłumaczenie tym osobom, na czym polega leczenie oraz wysłuchanie ich obaw, pytań, wątpliwości. Terapeuta odpowiada za stworzenie jasnej, bezpiecznej, pełnej zaufania atmosfery [19]. W pierwszej fazie jest miejsce na zapoznanie się z historią życia pacjenta, z uwzględnieniem zaangażowania rodziny, a także na szczegółowe omówienie problemu psychozy (ogólna psychopatologia, symptomy pozytywne i negatywne, typowe dla pacjenta style radzenia sobie i jego wiedza o psychozie). Na tym etapie terapeuta tworzy wstępną konceptualizację poznawczą, stawia hipotezy tłumaczące mechanizmy zachowania pacjenta w przeszłości i obecnie. W bardzo precyzyjny sposób opisuje utrzymujące się u pacjenta objawy pozytywne (częstotliwość występowania, trwanie, okoliczności pojawiania się, charakter, głośność halucynacji, treść, przekonania pacjenta o objawie, aktywność poprzedzająca występowanie objawu, znaczenie objawu dla pacjenta, reakcja emocjonalna, intensywność doświadczenia, osobista istotność, jaką pacjent przypisuje objawowi, reakcja pacjenta na objaw i ostateczne konsekwencje). Na tym etapie dochodzi również do negocjacji procesu terapeutycznego, która polega na uzgodnieniu problemów i celów terapii, a także uzgodnieniu regularnych spotkań. Zawarcie kontraktu prowadzi do przejścia do kolejnej fazy terapii [2].

W II fazie terapii dochodzi do eksploracji psychozy. Poczucie bezpieczeństwa i atmosfera pełna zaufania są podstawą dyskusji o doświadczeniu psychotycznym. Celem jest jak najpełniejsze zapoznanie się z przeżyciami chorobowymi pacjenta. Istotnym jest zwrócenie uwagi na dotychczas stosowane przez pacjenta strategie radzenia sobie. Podczas sesji dochodzi do wspólnej, ostrożnej oceny przydatnych i nieprzydatnych sposobów pokonywania objawów psychotycznych. Następnie pacjent i terapeuta koncentrują się na poszukiwaniu nowych, skutecznych strategii, możliwych do zastosowania w sytuacji nasilenia objawów. W zależności od predyspozycji pacjenta, a także rodzaju przeżywanych przez niego objawów, strategie nastawione są na konfrontację (obserwowanie i opisywanie głosów, wnoszenie doznań na sesje), bądź bardziej na odwracanie uwagi (ignorowanie, koncentracja na opisie przedmiotów, zatycki do uszu, gło-

śne czytanie, koncentracja na muzyce, radio, TV). Zakłada się, że pacjent chce nadać sens przeżyciom psychotycznym i związanemu z nimi cierpieniu. Tworzy w ten sposób nieadaptacyjne schematy poznawcze, które opierają się na urojonych przekonaniach oraz zniekształceniach poznawczych, czyli zakłóceniach przetwarzania informacji [3, 7, 19]. Stosuje się techniki typowo poznawcze, tj. skoncentrowane na wydobyciu i analizie błędów poznawczych, obecnych w myśleniu pacjenta (pochopne wnioskowanie, personalizacja, generalizacja, wyolbrzymianie, dychotomia, katastrofizowanie, czytanie w myślach, jednoznaczne twierdzenia) [2, 7, 19]. W trakcie terapii stopniowo, empirycznie prowadzi się pacjenta ku dokonaniu odkrycia, że istnieje rozbieżność między subiektywną interpretacją rzeczywistości a interpretacją obiektywną [7, 19]. Pacjent tworzy w ten sposób nowe, możliwe do aprobaty, adaptacyjne schematy poznawcze. Praca dotyczy również wykształcania pozytywnych sposobów radzenia sobie z napięciem, które powstaje w pacjencie w związku z występowaniem u niego przykrych objawów pozytywnych [2, 7]. Jako najbardziej skuteczne ocenia się te sposoby relaksu, które pacjent subiektywnie postrzega jako najszybciej przynoszące mu ulgę, najlepiej redukujące niepokój. Chociaż terapia skoncentrowana jest na przepracowywaniu doświadczenia psychotycznego, terapeuta zachowuje czujność i wrażliwość na aktualne osobiste problemy pacjenta. Uwzględnienie bieżącej sytuacji, zarówno w aspekcie rodzinnym, społecznym, zawodowym, osobistym, pozwala pacjentowi pełniej zaangażować się w te sfery [2].

Kolejna, III faza terapii bazuje na informacjach i procesie dokonującym się we wcześniejszych etapach. Dochodzi do eksploracji przekonań kluczowych. Zapoznanie się z przekonaniem kluczowym umożliwia dostrzeżenie ich roli w kształtowaniu się tożsamości pacjenta, a także analizę związku przekonań z objawami psychozy. Głównym punktem terapii jest odkrycie znaczenia psychozy w kontekście przekonań pacjenta i jego historii życia. Zdobycie przez pacjenta wglądu w indywidualny mechanizm powstawania choroby umożliwia mu integrację przeżyć psychotycznych i rozwój rozumienia procesu terapeutycznego. W dalszej kolejności odbywa się kształtowanie umiejętności dostrzegania związku pomiędzy osobistymi trudnościami a przeżywanymi emocjami i objawami psychozy [2].

Ostatnim, IV etapem terapii jest zakończenie współpracy. Wskazaniem jest odniesienie się do wcześniejszych doświadczeń pacjenta związanych ze stratą i rozstaniem oraz omówienie emocji im towarzyszących. W korespondencji z indywidualnymi oczekiwaniami pacjenta, terapeuta oferuje pozytywną formę rozstania. Pacjent nie może mieć poczucia, że po zakończeniu terapii pozostaje sam, dlatego bardzo istotne jest ustalenie zasobów radzenia sobie i wsparcia na dalszym etapie życia pacjenta. Należy również szczegółowo omówić plan interwencji kryzysowej, na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta. Dochodzi do podsumowania terapii, które polega na ocenie realizacji założonych celów. Pacjent odnosi się do szczególnie ważnych dla niego momentów terapii, odwołuje się do najbardziej skutecznych dla niego strategii radzenia sobie. W IV fazie poza analizą procesu terapeutycznego jest miejsce na planowanie przyszłości przez pacjenta. Terapeuta zapoznając się z planami, marzeniami, nadziejami pacjenta pomaga mu

w sformułowaniu realnych pozytywnych celów. Korzystnym jest omówienie zasobów i wsparcia, które mogą służyć pacjentowi w realizowaniu przedsięwziętych zadań [2].

Wczesna interwencja w pierwszym epizodzie psychozy jest niezwykle ważna z punktu widzenia dalszego rokowania dla pacjenta [4, 5, 9, 10, 11]. W przypadku rozwinięcia przewlekłego procesu chorobowego są z nim związane ogromne koszty osobiste, społeczne i ekonomiczne [8, 28]. Badania z zastosowaniem terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów psychotycznych dowodzą skuteczności tej metody zwłaszcza w odniesieniu do halucynacji oraz przekonań urojonych [9, 29, 30, 31]. Powodzeniu terapii sprzyja wczesna interwencja, dlatego niezbędnym elementem jest edukacja społeczna na temat psychoz – przybliżenie problemu zaburzeń psychicznych lekarzom pierwszego kontaktu, pedagogom oraz osobom świadczącym pomoc społeczną [32]. Na dalszym etapie, w warunkach naszego kraju, rysuje się problem niewielkiej liczby wykwalifikowanych terapeutów poznawczo-behawioralnych oraz brak projektów badawczo-leczniczych nastawionych na wczesną interwencję w psychozach. Być może niniejszy artykuł zwróci uwagę na oddziaływania poznawczo-behawioralnymi w zakresie terapii psychoz.

## PIŚMIENNICTWO

1. Turner JS, Helms DB. Rozwój człowieka. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 2001.
2. Hermann-Doig T, Maude D, Edwards J. Systematic Treatment of Persistent Psychosis. Londyn: Martin Dunitz; 2003.
3. Birchwood M, Jackson C. Schizofrenia. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
4. Jackson HJ, Edwards J, McGorry PD, Hulbert C. Recovery from psychosis: psychological interventions. W: McGorry PD, Jackson HJ. Recognition and Management of Early Psychosis: A Preventive Approach. Cambridge: Cambridge University Press; 1999: 265–307. Psychol Med 2005; 35: 1295–306.
5. Górna K. Następstwa schizofrenii a możliwości leczenia. Badania nad schizofrenią 2004; 5 (5): 138–52.
6. McGorry PD, Parker A, Purcell R. Youth mental health services. 2006. In Psych Highlights.
7. Alford BA, Beck AT. Terapia poznawcza jako teoria integrująca psychoterapię. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2005.
8. Kocur J. Zapobieganie nawrotom w schizofrenii. Badania nad schizofrenią 2004; 5 (5): 249–56.
9. Edwards J, Mecerith GH, Swagata B. Developing services for first-episode psychosis and the critical period. Br J Psychiatry 2005; 187: 91–7.
10. Garety PA, Jolley S. Early intervention in psychosis. Psychiatr Bull 2000; 24: 321–3.
11. Harrigan SM, McGorry PD, Krstev H. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? Psychol Med 2003; 33: 97–110.
12. Hermann-Doig T, Maude D, Edwards J. Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First-episode Psychosis. Hong Kong J Psychiatry 2005; 15: 32.
13. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. Schizophr Bull 1996; 22: 305–26.
14. Parker S, Lewis S. Identification of young people at risk of psychosis. Adv Psychiatr Treatment 2006; 12: 249–55.

15. Birchwood M, Chadwick P. The omnipotence of voices: Testing the validity of a cognitive model. *Psychol Med* 1997; 27: 1345–53.
16. Yung AR, Phillips LJ, McGorry PD. *Treating Schizophrenia in the Prodromal Phase*. London: Taylor & Francis; 2004.
17. Zubin J, Spring B. Vulnerability – a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol* 1977; 86 (2): 103–24.
18. Popiel A, Sitarz M. Wybrane techniki terapii poznawczo-behawioralnej. *Wiad Psychiatr* 2006; 9 (1): 51–8.
19. Banasikowska I, Szafranski T. *Terapia poznawczo-behawioralna pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi*. 2006. [www.psychologia.net.pl](http://www.psychologia.net.pl).
20. Detection, Education and Local Team Assessment. DELTA. Dun Laoghaire. Ireland 2004. [www.deltaproject.ie](http://www.deltaproject.ie).
21. Early Intervention in Psychosis. IRIS. 2005. [www.iris-initiative.org.uk](http://www.iris-initiative.org.uk).
22. The Early Psychosis Prevention and Intervention Centre. EPPIC. 2004. [www.eppic.org.au](http://www.eppic.org.au).
23. The Early Psychosis Intervention Program. EPIP. Singapore. [www.epip.org.sg](http://www.epip.org.sg).
24. The Prevention and Early Intervention Program for Psychoses. PEPP. London. [www.pepp.ca](http://www.pepp.ca).
25. TIPS. Norway. [www.tips-info.com](http://www.tips-info.com).
26. Mueser KT. *Systematic Treatment of Persistent Psychosis: A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First Episode Psychosis* by Tanya Herrmann-Doig, Dana Maude, and Jane Edwards – Book Review. 2003. [www.iepa.org.au](http://www.iepa.org.au).
27. Chuchra MM, Pawłowska B. Zależności między lękiem a obrazem siebie u chorych z pierwszym epizodem schizofrenii. *Badania nad schizofrenią* 2004; 5 (5): 63–70.
28. Zalewski G. Psychologiczna analiza schizofrenii przeprowadzona na podstawie DSM-IV. *Czasopismo Psychologiczne* 1997; 3 (3): 171–80.
29. Kuipers E, Garety PA, Fowler D. The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for psychosis. I. Effects of the treatment phase. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 319–27.
30. Kuipers E, Garety PA, Fowler D. The London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy of psychosis. II. Follow-up and economic evaluation at 18 months. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 61–8.
31. Tarrrier N, Lewis SW, Haddock G, Bentall R. Cognitive-behavioral therapy in first-episode and early schizophrenia – 18-month follow-up of a randomized controlled trial. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 231–9.
32. Czernikiewicz A. *Psychoedukacja w schizofrenii*. W: Meder J. *Terapia psychosocjalna w schizofrenii*. Warszawa: Biblioteczka Psychiatrii. Wydawnictwo Psychiatrii Polskiej; 2006.

*Adres: Dr Marzenna Falkowska-Śleszyńska, Zespół Oddziałów Dziennych Samodzielnego Publicznego Psychiatrycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Choroszczu, ul. Warszawska 15, 15-062 Białystok, e-mail: marzennaf@wp.pl*