



## Ocena efektów zastosowania treningu „Powrót do społeczeństwa” w rehabilitacji osób chorych na schizofrenię leczonych lekami przeciwpsychotycznymi I i II generacji

*Evaluation of the “Return to the community” training program outcome  
in rehabilitation of schizophrenic patients treated with antipsychotics  
of I and II generation*

JOANNA MEDER, BEATA KASPEREK, KATARZYNA SPIRIDONOW

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

**STRESZCZENIE.** *Cel* – Pracując z chorymi chcemy przekazać im pewien poziom wiedzy i nauczyć umiejętności, z których będą mogli korzystać w przyszłości. Dlatego też wysunęliśmy następujące pytania badawcze: Czy udział chorych w programie behawioralnym „Powrót do społeczeństwa” wpłynie na wzrost ich wiadomości i umiejętności społecznych? 2) Czy leczenie farmakologiczne lekiem II generacji pacjentów uczestniczących w tym programie wpłynie na ich lepsze funkcjonowanie społeczne, szczególnie na wyższy poziom ich wiadomości i umiejętności społecznych niż w grupie pacjentów leczonych klasycznym neuroleptykiem w dawkach porównywalnych? **Badani i metoda** – w badaniach wzięło udział 60 chorych z rozpoznaniem schizofrenii. 30 z nich było leczonych olanzapiną, a 30 chlorpromazyną. **Wyniki** – Udział chorych w programie behawioralnym „Powrót do społeczeństwa” wpłynął na wzrost ich wiadomości i umiejętności społecznych. Leczenie olanzapiną pacjentów uczestniczących w behawioralnym „Programie powrotu do społeczeństwa” wpływa istotnie na ich lepsze funkcjonowanie społeczne, w tym na wyższy poziom ich wiadomości i umiejętności społecznych.

**SUMMARY.** *Objective* – In our work with patients we want not only to impart some knowledge to them, but also to teach them certain skills they could use in the future. The following research questions were posed: Will the patients' participation in the behavioural training program “Return to the community” result in an increase in their knowledge and social skills level? Will the participants' treatment with II generation drugs result in their better social functioning (particularly in their increased knowledge and social skills) than that in a group of patients treated with a classical neuroleptics in comparable doses? **Subjects and method** – Participants in the study were 60 patients with schizophrenia, 30 of them were treated with olanzapine, and the other 30 – with chlorpromazine. **Results** – In the effect of the patients' participation in the “Return to the community” behavioural training program both their knowledge and social skills have increased. Treatment with olanzapine of the “Return to the community” program participants resulted in their significantly better social functioning, including a higher level of their knowledge and social skills.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / trening umiejętności społecznych

**Key words:** schizophrenia / social skills training

Rehabilitacja psychiatryczna jest procesem przywracania osobie niepełnosprawnej możliwości udziału w normalnym życiu społecznym. Chodzi nie tylko o odtwarzanie

utraconych sprawności, ale także o rozwinięcie w jak największym stopniu możliwości psychicznych i fizycznych człowieka niepełnosprawnego. U osób z zaburzeniami

psychicznymi niezwykle często obserwuje się duże trudności z właściwym pełnieniem ról społecznych i przejawami nieprzystosowania społecznego. Wynika to nie tylko z zaburzeń natury chorobowej, ale i negatywnych następstw reakcji społecznej. Kompleksowy program rehabilitacyjny uwzględnia główne problemy pacjenta, wymaga skonstruowania dla każdego chorego indywidualnego programu oddziaływań, zależnie od stopnia nieprzystosowania.

Obecnie podstawą prawidłowego leczenia jest równoległe wykorzystanie:

- różnych form i rodzajów leczenia (szpital, oddziały dzienne, opieka środowiskowa),
- optymalnej farmakoterapii, dobranej indywidualnie na podstawie analizy korzyści i ryzyka powikłań,
- systematycznego oddziaływania psychospołecznego (interwencji psychoterapeutycznych, terapii rodzinnej, treningów umiejętności społecznych, warsztatów).

Za jedną z podstawowych procedur psychoterapeutycznych wspomagających długotrwałe stosowanie leków u chorych na schizofrenię uważa się oddziaływanie psychoedukacyjne wobec chorego i jego rodziny. Wpływają one na: akceptację choroby psychicznej i konieczności leczenia farmakologicznego, zapobieganie nawrotom choroby, redukcję negatywnych emocji, przejęcie części odpowiedzialności za leczenie przez pacjenta i uaktywnienie go, uwrażliwienie na stresujące wydarzenia życiowe jako czynniki wyzwalające w nawrotach schizofrenii.

Uczenie chorych umiejętności samodzielnego funkcjonowania i życia z chorobą, ze szczególnym uwzględnieniem ich własnej satysfakcji z tego leczenia, jest efektywną metodą rehabilitacji. Wykorzystanie technik behawioralnych pozwala na pokonanie przeszkód w postaci deficytów poznawczych i zaburzeń procesu przetwarzania informacji u osób chorych na schizofrenię. Prof. Robert Liberman wraz z współpracownikami z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Los Angeles opracował zestaw modułów treningu umiejętności społecznych, mających na celu pomaganie pacjentom

w powrocie do niezależnego życia [Liberman 2000]. Z naszych doświadczeń i prowadzonych badań wynika, że metoda treningów behawioralnych jest najskuteczniejszą formą rehabilitacji przewlekle psychicznie chorych [Meder 1996]. Przy indywidualnym doborze zestawu zajęć każdy pacjent trenuje i zмага się z własnymi deficytami.

Jest to forma terapii, która wzmacnia efekty farmakoterapii, łagodzi skutki i przebieg schizofrenii.

Do podstawowych umiejętności ułatwiających osobom z zaburzeniami psychicznymi prawidłowe funkcjonowanie w społeczeństwie należą: umiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych i rozwiązywania problemów, umiejętność pozytywnego kontaktowania się z innymi (prowadzenie rozmowy), umiejętność aktywnego udziału we własnym leczeniu, umiejętność rozpoznawania wczesnych objawów psychotycznych, umiejętność planowania zajęć w czasie wolnym.

Umiejętności te uwzględnia pakiet treningu powrotu do społeczeństwa.

Zawiera on najważniejsze elementy czterech podstawowych treningów: prowadzenia rozmowy [Meder i wsp. 1995], rozwiązywania problemów [Meder 1996], aktywnego udziału w farmakoterapii [Meder 1995], rozpoznawania wczesnych objawów psychotycznych [Meder 2002].

Wiele osób chorych psychicznie postrzega swoje codzienne życie jako nieustanne zmaganie się z różnymi trudnościami. Oprócz pokonywania przeszkód płynących z deficytów wywołanych przez chorobę, osoby te borykają się ze stałymi lub powracającymi objawami psychopatologicznymi w schizofrenii. Ich funkcjonowanie jest stale zagrożone przez nawroty choroby, rehospitalizacje, objawy depresyjne. Zrozumienie własnych objawów chorobowych, umiejętność ich wczesnego rozpoznania u siebie, umiejętność radzenia sobie z codziennymi obowiązkami, byciem z innymi ludźmi i stresem z tym związanym, stwarza szansę na uniknięcie nawrotu choroby, a w przyszłości – kolejnej hospitalizacji.

„Program powrotu do społeczeństwa” [Meder, w druku] służy uczeniu pacjentów przewlekle chorych psychicznie:

- 
- 
- identyfikowania objawów choroby i zachowań, na które pacjent powinien zwrócić uwagę i nad którymi powinien popracować przed wypisem ze szpitala do innego ośrodka lub przed pełnym usamodzielnieniem,
  - planowania kolejnych kroków i czynności niezbędnych, aby pacjent mógł być wypisany lub zamieszkać i żyć samodzielnie,
  - nawiązywania i utrzymywania kontaktów z osobami odpowiedzialnymi za pomoc pacjentowi w środowisku (służbą zdrowia, opieką społeczną itd.),
  - uświadomienia, jakie korzyści powoduje przyjmowanie leków,
  - rozwiązywania problemów związanych z przyjmowaniem leków,
  - redukcji ryzyka nawrotu choroby.
- 
- 

Program „Powrót do społeczeństwa” ma na celu dostarczenie uczestnikom informacji i wyuczenie umiejętności niezbędnych do tego, aby bez trudności funkcjonowali w ramach systemu opieki zdrowotnej, tj. od szpitala, poprzez hostele, mieszkania grupowe, aż do samodzielnego życia w środowisku, gdzie może mieć miejsce długoterminowa, wszechstronna rehabilitacja psychospołeczna. Dlatego też chcieliśmy zaproponować polskim terapeutom zastosowanie tego treningu w przygotowywaniu przewlekle psychicznie chorych do wypisu ze szpitala.

Po uzyskaniu zgody od twórcy treningu prof. R. Libermana na przetłumaczenie i zastosowanie go w Polsce, przystąpiliśmy do pracy. Dostosowałyśmy do warunków polskich 2 skrypty: jeden dla prowadzących zajęcia i drugi dla pacjentów. Wylosowano 6 ośrodków psychiatrycznych, w których terapeuci znają zasady i stosują treningi behawioralne w rehabilitacji pacjentów. Były to:

- 1) Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgorzewie,

- 2) Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. prof. J. Mazurkiewicza w Pruszkowie,
- 3) Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku,
- 4) Wojewódzki Ośrodek Lecznictwa Psychiatrycznego im. prof. J. Hurynowicza w Toruniu,
- 5) Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choroszczy,
- 6) Samodzielny Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. Ks. Biskupa J. Nathana w Branicach.

W każdym ośrodku przeprowadzono dwudniowe dodatkowe szkolenie z demonstracją i ćwiczeniem podstawowych technik behawioralnych. Wszystkie ośrodki wystąpiły i otrzymały zgodę na badania od regionalnej komisji etycznej.

## CEL

Pracując z chorymi chcemy przekazać im pewien poziom wiedzy i nauczyć umiejętności, z których będą mogli korzystać w przyszłości. Dlatego też wysunęliśmy następujące pytania badawcze:

1. Czy udział chorych w programie behawioralnym „Powrót do społeczeństwa” wpłynie na wzrost ich wiadomości i umiejętności społecznych?
2. Czy leczenie farmakologiczne lekiem II generacji pacjentów uczestniczących w tym programie wpłynie na ich lepsze funkcjonowanie społeczne, szczególnie na wyższy poziom ich wiadomości i umiejętności społecznych niż w grupie pacjentów leczonych klasycznym neuroleptykiem w dawkach porównywalnych?

Jako lek przeciwpsychotyczny II generacji zastosowano olanzapinę (*Zyprexa*<sup>®</sup>), a jako klasyczny lek I generacji chlorpromazynę (*Fenactil*<sup>®</sup>).

## PACJENCI

Badaniem objęto pacjentów przebywających w oddziałach pełnodobowych, ale

zakwalifikowanych do rehabilitacji w celu uzyskania życiowej samodzielności i wypisu. Pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii byli przydzielani losowo do grupy leczonej olanzapiną – w każdym oddziale 10 pacjentów lub do grupy leczonej chlorpromazyną – również 10 pacjentów.

Pacjenci musieli spełniać następujące kryteria:

- rozpoznanie schizofrenii wg DSM-IV,
- co najmniej 5 lat trwania choroby i 2 hospitalizacje psychiatryczne w wywiadzie,
- wiek pomiędzy 18 a 60 lat,
- bez objawów otepiennych (skala WAIS-R),
- aktualnie leczeni w oddziałach pełnodobowych, ale zakwalifikowani do rehabilitacji w celu wypisu i usamodzielnienia.

Warunkiem przystąpienia do programu było też podpisanie przez pacjenta świadomej, poinformowanej zgody na udział w badaniach.

Do badania zakwalifikowano 72 osoby, ale ukończyło pełny cykl treningów i odpowiedziało na wszystkie pytania kwestionariusza tylko 60 osób, wśród których były 24 kobiety i 36 mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła 40,77. Ponad połowa badanych (37 osób) była stanu wolnego, pozostałe 23 osoby obecnie są lub w przeszłości były w związkach. 22 spośród badanych pacjentów miało wykształcenie podstawowe, a 38 – średnie lub wyższe. Z rodziną pochodzenia mieszkało 26 pacjentów, z własną rodziną 14, 11 osób mieszkało samodzielnie.

Osoby badane nie pracowały od średnio 11 lat. Średni czas choroby w badanej grupie wynosił 14,67 lat. Pacjenci byli hospitalizowani średnio 10,34 razy, a łączny czas hospitalizacji wynosił średnio 36 miesięcy.

W badanej grupie sześćdziesięciu osób 30 leczonych było olanzapiną i 30 chlorpromazyną. Obie grupy nie różniły się w sposób istotny żadnymi cechami demograficznymi.

## METODA

*Ocena wyników treningu.* Pacjenci byli dwukrotnie badani „Kwestionariuszem pro-

gramu powrotu do społeczeństwa” – przed rozpoczęciem treningu „Powrót do społeczeństwa” i po jego zakończeniu. Kwestionariusz ten bada poziom wiadomości z zakresu programu, składa się z 21 pytań i tyle też wynosi maksymalna liczba punktów, które można uzyskać. Stosowanie umiejętności potrzebnych w funkcjonowaniu społecznym oceniano na podstawie wyników „Kwestionariusza oceny generalizacji umiejętności” wypełnianego dwukrotnie – przed treningiem i po nim przez najbliższego członka rodziny pacjenta. Składa się on z sześciu pytań o umiejętności radzenia sobie pacjenta w sytuacjach trudnych związanych z pojawiającymi się objawami choroby bądź z zapobieganiem im. Pacjent może w nim uzyskać od 1 do 15 punktów.

*Ocena stanu psychicznego.* Do oceny stanu klinicznego chorych wykorzystano „Skalę zespołu pozytywnego i negatywnego” (*Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS*) oraz skalę „Ogólnego wrażenia klinicznego” (*Clinical Global Impression, CGI*). Na wynik sumaryczny w skali PANSS składają się oceny 30 objawów: 7 pozytywnych, 7 negatywnych i 16 ogólnych. Ich nasilenie oceniane jest zgodnie z siedmiostopniową skalą (1. objaw nie występuje – 7. objaw nasilony krańcowo). Rozpiętość sumarycznego wyniku tej skali może wynosić od 30 do 210 punktów. Skala CGI jest pojedynczą, siedmiostopniową skalą (1. brak objawów – 7. stan bardzo ciężki), służącą do ogólnej oceny stanu klinicznego pacjenta. Lekarz prowadzący wypełniał ją czterokrotnie (co miesiąc).

*Analiza statystyczna.* Hipotezy badawcze weryfikowane były za pomocą analizy wariancji z powtarzanimi pomiarami i testu różnic między średnimi t-Studenta. W przypadku skali CGI do porównań wykorzystano testy nieparametryczne dla dwóch (test Manna-Whitneya) oraz dla k zmiennych niezależnych (test Kruskala-Wallisa, „nieparametryczna analiza wariancji”). Poniżej opisujemy różnice między grupami w wynikach poszczególnych kwestionariuszy i skal.

## WYNIKI

### Ocena wg „Kwestionariusza programu powrotu do społeczeństwa”

Ocenę poziomu wiadomości pacjenta na temat radzenia sobie z chorobą przedstawiono w tabl. 1.

W pierwszym pomiarze wiadomości pacjentów z obu grup nie różniły się istotnie ( $t=0,89$ ) i ich poziom był niski. W drugim pomiarze, po zakończeniu zajęć „Programu”, zarówno w grupie pacjentów przyjmujących olanzapinę, jak i w grupie przyjmującej chlorpromazynę wystąpił istotny wzrost wiadomości ( $p<0,001$ ). Jednak w grupie leczonych olanzapiną wyniki były istotnie wyższe niż w grupie leczonych chlorpromazyną ( $p<0,001$ ).

### Ocena wg „Kwestionariusza oceny generalizacji umiejętności”

Średnie wyniki oceny stosowanie umiejętności potrzebnych w funkcjonowaniu w społeczeństwie dokonywanej przez najbliższych członków rodziny pacjenta przedstawia tabl. 2.

W pierwszym pomiarze poziom generalizacji umiejętności wśród pacjentów z obu grup nie różnił się istotnie ( $t=0,07$ ) i ich poziom był raczej niski. W drugim pomiarze, po zakończeniu zajęć „Programu”, zarówno w grupie pacjentów przyjmujących olanzapinę, jak i w grupie przyjmującej chlorpromazynę wystąpił w ocenie rodzin istotny wzrost generalizacji umiejętności radzenia sobie z objawami choroby ( $p<0,001$ ). Jednak w grupie leczonych olanzapiną wyniki były istotnie wyższe niż w grupie leczonych chlorpromazyną ( $p<0,001$ ).

### Nasilenie objawów psychopatologicznych wg PANSS

Średnie wyniki w obu badanych przez nas grupach świadczyły o raczej łagodnym nasileniu objawów. Przedstawia je tabl. 3.

W pierwszym pomiarze nasilenie objawów psychopatologicznych pacjentów z obu grup nie różniło się i jego poziom był raczej niski. W drugim pomiarze, po zakończeniu zajęć „Programu”, zarówno w grupie pacjentów przyjmujących olanzapinę, jak i w grupie

Tablica 1. Porównanie wyników samooceny (średnie) umiejętności radzenia sobie przez pacjenta za pomocą „Kwestionariusza oceny generalizacji umiejętności radzenia sobie z objawami choroby” dla grup leczonych olanzapiną lub chlorpromazyną, przed treningiem i po nim

Grupa	Liczba osób	Pomiar	
		przed treningiem	po treningu
Grupa przyjmująca olanzapinę	30	9,03	17,10
Grupa przyjmująca chlorpromazynę	30	7,84	12,58
Wszyscy badani	60	8,42	14,77
Analizy wariancji z powtarzaniem pomiarów		F	p
– różnice między grupami (olanzapina/chlorpromazyna)		5,75	0,02
– różnice między pomiarami (przed treningiem/ po treningu)		120,08	0,001
– efekty kontrastów interakcji czynników: grupa przez pomiar		8,1	0,006
Testy różnic między pomiarami w poszczególnych grupach (t-Studenta)		t	p
– grupa przyjmująca olanzapinę		10,84	0,001
– grupa przyjmująca chlorpromazynę		5,32	0,001
Testy różnic między grupami w kolejnych pomiarach (t-Studenta)		t	p
– pierwszy pomiar		0,89	0,38
– drugi pomiar		3,46	0,001

Tablica 2. Porównanie wyników oceny funkcjonowania pacjenta przez członka rodziny (średnie) za pomocą „Kwestionariusza oceny generalizacji umiejętności radzenia sobie z objawami choroby” dla grup leczonych olanzapiną lub chlorpromazyną, przed treningiem i po nim

Grupa	Liczba osób	Pomiar	
		przed treningiem	po treningu
Grupa przyjmująca olanzapinę	30	9,05	13,43
Grupa przyjmująca chlorpromazynę	30	9,11	11,33
Wszyscy badani	60	9,08	12,34
Analizy wariancji z powtarzaniem pomiarów		F	p
– różnice między grupami (olanzapina/chlorpromazyna)		3,6	0,063
– różnice między pomiarami (przed treningiem/ po treningu)		68,4	0,001
– efekty kontrastów interakcji czynników: grupa przez pomiar		7,3	0,009
Testy różnic między pomiarami w poszczególnych grupach (t-Studenta)		t	p
– grupa przyjmująca olanzapinę		8,72	0,001
– grupa przyjmująca chlorpromazynę		3,63	0,001
Testy różnic między grupami w kolejnych pomiarach (t-Studenta)		t	p
– pierwszy pomiar		0,07	0,94
– drugi pomiar		3,83	0,001

Tablica 3. Porównanie średniego nasilenia zaburzeń wg skali PANSS w grupach leczonych olanzapiną lub chlorpromazyną przed treningiem i po nim

Grupa	Liczba osób	Pomiar	
		przed treningiem	po treningu
Grupa przyjmująca olanzapinę	30	85,17	51,10
Grupa przyjmująca chlorpromazynę	30	79,87	70,39
Wszyscy badani	60	82,43	61,07
Analizy wariancji z powtarzaniem pomiarów		F	p
– różnice między grupami (olanzapina/chlorpromazyna)		2,54	0,12
– różnice między pomiarami (przed treningiem/ po treningu)		178,1	0,01
– efekty kontrastów interakcji czynników: grupa przez pomiar		56,75	0,01
Testy różnic między pomiarami w poszczególnych grupach (t-Studenta)		t	p
– grupa przyjmująca olanzapinę		11,22	0,001
– grupa przyjmująca chlorpromazynę		6,87	0,001
Testy różnic między grupami w kolejnych pomiarach (t-Studenta)		t	p
– pierwszy pomiar		1,11	0,27
– drugi pomiar		4,22	0,01

przyjmującej chlorpromazynę wystąpił istotny spadek nasilenia tych objawów ( $p < 0,001$ ). Jednak w grupie leczonych olanzapiną wy-

niki był istotnie korzystniejszy (mniejsze nasilenie objawów) niż w grupie leczonych chlorpromazyną ( $p < 0,01$ ).

Tablica 4. Porównanie średniego nasilenia zaburzeń wg skali CGI w grupach leczonych olanzapiną lub chlorpromazyną w czterech momentach pomiaru

Grupa	Liczba osób	Pomiar			
		I	II	III	IV
Grupa przyjmująca olanzapinę	30	4,24	3,86	3,55	3,45
Grupa przyjmująca chlorpromazynę	30	4,48	4,42	4,32	4,16
Wszyscy badani	60	4,37	4,15	3,95	3,82
Test różnic między grupami w kolejnych pomiarach (U Manna-Whitneya)				U	p
– pomiar I				388,0	0,34
– pomiar II				313,5	0,036
– pomiar III				273,0	0,007
– pomiar IV				312,5	0,036
Test różnic między pomiarami w grupach (H Kruskala-Wallis)				H	p
– grupa przyjmująca olanzapinę				14,92	0,002
– grupa przyjmująca chlorpromazynę				3,75	0,29
Testy <i>post hoc</i> : różnice między parami pomiarów w grupie pacjentów przyjmujących olanzapinę (H Kruskala-Wallis)				H	p
– pomiary I i II				2,28	0,023
– pomiary II i III				2,67	0,008
– pomiary III i IV				0,67	0,50
– pomiary I i IV				2,82	0,005

### Ogólny stan kliniczny wg CGI

Uzyskane wyniki przedstawia tablica 4. W pierwszym pomiarze średnie wyniki obu grup nie różniły się istotnie i wskazywały na średni stan kliniczny pacjentów.

W kolejnych pomiarach ogólny stan kliniczny pacjentów przyjmujących chlorpromazynę ulegał bardzo niewielkiej i nieistotnej statystycznie poprawie, natomiast w grupie pacjentów przyjmujących olanzapinę między kolejnymi pomiarami zauważono istotną poprawę: stwierdzono zarówno istotne różnice między grupami w kolejnych pomiarach (tabl. 14) jak i między pomiarami w grupie zażywających olanzapinę (z wyjątkiem różnicy między pomiarem trzecim i czwartym).

### DYSKUSJA

W niniejszych badaniach poziom wiedzy pacjentów, sprawdzany przy pomocy kwestionariusza „Program powrotu do społeczeń-

stwa”, przed rozpoczęciem zajęć, był niski. Może to być spowodowane skutkami deficytów poznawczych występujących w schizofrenii [Andreasen 1999, Woods 1998]. Frith [1995] twierdzi, że pierwsze symptomy tych deficytów u wielu chorych na schizofrenię można stwierdzić już w okresie dzieciństwa w formie zaburzeń uwagi, pamięci i koordynacji wzrokowo-ruchowej. W okresie prodromalnym schizofrenii następuje istotne pogorszenie tych funkcji [Frith 1995]. Zaburzenia procesów poznawczych o różnym nasileniu występują u 94% chorych z rozpoznaniem schizofrenii [Waldo i wsp. 1991].

Po zakończeniu zajęć „Programu” odnotowano istotny wzrost wiadomości. Stało się tak m.in. dlatego, iż ćwiczenia z pacjentami oparte były na zasadach treningów behawioralnych, szczególnie ułatwiających przyswajanie wiedzy osobom z deficytami poznawczymi [Meder 1995, 1996].

Podobne wyniki uzyskano oceniając generalizację umiejętności radzenia sobie

z objawami choroby. W ocenie członków rodzin umiejętności pacjentów przed badaniem były niskie. Wzrost tych umiejętności nastąpił po zakończeniu zajęć. Wyniki te są zgodne z doniesieniami innych autorów. Borkowska i Rybakowski [2001] piszą, że nasilenie deficytów poznawczych u chorych na schizofrenię w znacznym stopniu warunkuje ich funkcjonowanie, możliwość adaptacji społecznej oraz aktywnego udziału we własnym leczeniu. Upośledzenie zdolności planowania rozwiązywania problemów i zdolności korzystania z doświadczeń uniemożliwiają chorym radzenie sobie w środowisku społecznym, nabywanie nowych umiejętności psychospołecznych, kontynuowanie nauki lub utrzymanie zatrudnienia i stanowią jeden z głównych czynników ograniczających uzyskanie zadowalających wyników postępowania psychoterapeutyczno-rehabilitacyjnego.

Okazało się jednak, że zarówno poziom wiadomości, jak i umiejętności radzenia sobie z objawami choroby różnicował grupy badanych pacjentów. Po zakończeniu „Programu” grupa pacjentów przyjmujących olanzapinę uzyskała w obu kwestionariuszach lepsze wyniki niż chorzy leczeni chlorpromazyną. Podobne wyniki i obserwacje znajdują potwierdzenie u innych badaczy. Badania nad wpływem leczenia typowymi neuroleptykami na funkcje poznawcze u tych chorych wykazały, że leki te nie wywierają korzystnego wpływu na istniejące deficyty. Leczenie neuroleptykami typowymi, szczególnie wysokimi dawkami, upośledza procesy uczenia się, pamięci i funkcji wykonawczych [King 1990, Sweeney i wsp. 1992]. Hartley [1983] wykazał jednak, że dawki podtrzymujące tych leków w mniejszym stopniu upośledzają funkcje poznawcze. Pacjenci w naszych badaniach nie otrzymywali wysokich dawek chlorpromazyny, stąd możliwy był wzrost ich umiejętności po zakończeniu zajęć.

Znacznie jednak lepsze wyniki uzyskano w drugiej turze badań w grupie leczonej olanzapiną. Korespondują one z innymi badaniami opisującymi pozytywne działanie tego neuroleptyku na fluencję słowną, funkcje uwagi

i sprawność psychomotoryczną [Borkowska i wsp. 1999, Harvey 2000]. Prace innych autorów wskazują również, że olanzapina poprawia sprawność uczenia i pamięci werbalnej, nie ma natomiast korzystnego działania na funkcje pamięci operacyjnej oraz pamięci i uczenia wzrokowego [Rybakowski i Borkowska 2000, Borkowska i wsp. 2000].

W grupie pacjentów leczonych olanzapiną stwierdzono ponadto większą poprawę stanu psychicznego niż w grupie drugiej. Potwierdzono to badaniem skalą PANSS jak i CGI. Jest to zgodne z wynikami badań na całym świecie. Stosowanie w leczeniu schizofrenii neuroleptyków atypowych i doświadczenia z nim związane zaowocowały zmianą zaleceń co do postępowania terapeutycznego w schizofrenii. Obecne algorytmy postępowania terapeutycznego zalecają stosowanie neuroleptyków atypowych już w pierwszym epizodzie schizofrenii jako leki pierwszego rzutu oraz kontynuowanie dalszego systematycznego leczenia tymi lekami. Stosowanie leków atypowych może uchronić chorego przed pogarszaniem się sprawności poznawczych w kolejnych epizodach chorobowych. Neuroleptyki atypowe działają zarówno na objawy pozytywne, negatywne i zaburzenia afektywne, stąd ich większa skuteczność w leczeniu schizofrenii [Rzewuska 1999].

## WNIOSKI

1. Udział chorych w programie behawioralnym „Powrót do społeczeństwa” wpłynął na wzrost ich wiadomości i umiejętności społecznych.
2. Leczenie olanzapiną wpłynęło na istotnie lepsze, w porównaniu z klasycznym lekiem przeciwpsychotycznym (chlorpromazyną), funkcjonowanie społeczne chorych, w tym na wyższy poziom ich wiadomości i umiejętności społecznych.
3. Leczenie farmakologiczne olanzapiną spowodowało też istotnie większą poprawę stanu psychicznego pacjentów niż leczenie neuroleptykiem klasycznym.



## PODZIĘKOWANIA

Autorki serdecznie dziękują dyrektorom szpitali, ordynatorom i terapeutom za pomoc w przeprowadzeniu badania.

## PIŚMIENNICTWO

- Andreasen NC, Paradiso S, O’Leary D. “Cognitive dysmetria” as an integrative theory of schizophrenia: Adysfunction in cortical-subcortical-crebellar circuitry? *Schizophr Bull* 1998; 24: 203–18.
- Borkowska A, Rybakowski J. Porównanie wpływu typowych i atypowych neuroleptyków na zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii* 2001; 1: 141–54.
- Borkowska A, Rybakowski J, Rajewski A, Araszkievicz A. Wpływ leczenia risperidonem na objawy psychopatologiczne oraz na wyniki wybranych testów neuropsychologicznych i okulomotorycznych u chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 2000; 34, 4 (supl): 7–17.
- Borkowska A, Stobiecka M, Drózd W, Rybakowski J. Wpływ olanzapiny na funkcje poznawcze u chorych na schizofrenię. *Farmakoterapia w psychiatrii i neurologii* 1999; 4: 69–78.
- Frith CD. The cognitive abnormalities underlying the symptomatology and disability of patients with schizophrenia. *Int Clin Psychopharmacol* 1995; 10 (supl 3): 87–98.
- Hartley LR. Arousal, temporal and spatial uncertainty and drug effects. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1983; 7: 29–37.
- Harvey PD, Meltzer HY, Green MF. Cognitive effects of risperidone and olanzapine in patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. 39 ACNP; 2000 Dec 10–14; San Juan, Puerto Rico.
- King DJ. The effect of neuroleptic on cognitive and psychomotor function. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 799–811.
- Liberman RP, Fuller TR. Generalizacja treningów umiejętności społecznych w schizofrenii. W: Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Kraków: Bibl Psychiatrii Polskiej; 2000.
- Meder J, Elbanowski J, Morawiec M, Orzechowska Z, Pakuła Z, Sawicka M, Wachowiak B. Ocena skuteczności treningu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich u chorych na schizofrenię. *Post Psychiatr Neurol* 1995; 2: 415–21.
- Meder J. Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym. Warszawa: Fundacja IPiN; 1995.
- Meder J, red. *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wyd Naukowe SCHOLAR; 1996.
- Meder J. Ocena efektów zastosowania treningu radzenia sobie z objawami choroby w rehabilitacji pacjentów chorych na schizofrenię. Warszawa: Wyd IPiN; 2002.
- Meder J, Kasperek B, Spiridonow K. Program powrotu do społeczeństwa. Praca w druku.
- Podlewski JK, i wsp. *Leki współczesnej terapii*. Wyd. XV. Wyd. Fundacji PB Büchner; 2001.
- Rybakowski J, Borkowska A. The effect of atypical vs typical antipsychotic drugs on the results of neurocognitive tests in schizophrenic patients. 13<sup>th</sup> ECNP Congress; 2000 Sep 9–13; Munich, Germany. *Eur Psychopharmacol* 2000; 309 (poster).
- Rzewuska M, Pużyński S, Landowski J, Namysłowska I, Rajewski A, Rybakowski J. Schizofrenia – polskie standardy leczenia. *Przewodnik Lekarza* 1999; 9: 40–8.
- Sweeney JA, Haas GL, Li S. Neuropsychological and eye movement abnormalities in first episode and chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* 1992; 18 (2): 283–93.
- Waldo MC, Carrey G, Myles-Worsley M. Co-distribution of a sensory gating in schizophrenic patients and their relatives. *Psychiatry Res* 1991; 39: 257–68.
- Woods B. Is schizophrenia a progressive neurodevelopmental disorder? Toward a unitary pathogenetic mechanism. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 1661–70.

*Adres: Dr Joanna Meder, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa*