

Farmakoterapia i inne formy leczenia przewlekłej schizofrenii

Pharmacotherapy and other forms of treatment in chronic schizophrenia

JOANNA MEDER

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. *Na podstawie informacji z piśmiennictwa i własnych doświadczeń autorka przedstawia znaczenie oddziaływań psychoedukacyjnych dla poprawy współdziałania chorych na schizofrenię w farmakoterapii, a tym samym dla poprawy jej wyników. Przytacza też wyniki badań wskazujących na większą skuteczność ustrukturalizowanych treningów behawioralnych nad nieustrukturalizowanymi zajęciami edukacyjnymi (red.).*

SUMMARY. *On the grounds of the literature and her own experience the author discusses the importance of psychoeducational interventions for increasing schizophrenic patients' compliance with pharmacological treatment (and thus, for improvement of therapy outcome). Moreover, research findings are cited indicating a higher effectiveness of structured behavioral training as compared to non-structured educational sessions (ed.).*

Słowa kluczowe: schizofrenia / psychoedukacja / treningi umiejętności społecznych
Key words: schizophrenia / psychoeducation / social skills training

Wprowadzenie leków antypsychotycznych w 1950 roku zrewolucjonizowało leczenie większości chorób psychicznych. Leki pozwoliły zredukować w znacznej mierze objawy psychotyczne i uwierzyć, że pacjenci są w stanie znów powrócić do najwyższego poziomu swego funkcjonowania intelektualnego, emocjonalnego i społecznego. Jednak 30 lat późniejszych doświadczeń wykazało, że leki antypsychotyczne, pomimo swojej skuteczności w redukowaniu objawów, nie stanowią panaceum w radzeniu sobie z chorobami psychicznymi. Najpoważniejszym ich ograniczeniem jest to, że nie mają wpływu na społeczne przystosowanie pacjenta nawet wówczas, gdy objawy zanikają [2].

W poszukiwaniu nowych rozwiązań klinicyści i spostrzeżono, że fluktuacje objawów są funkcją liczby i nasilenia stresujących wydarzeń w życiu pacjenta, jego umiejętności radzenia sobie oraz ilości i rodzaju wsparcia społecznego oraz profesjonalnego oparcia. Krótko rzecz ujmując, większy stres lub

mniej środków powodują zwiększenie liczby i nasilenie objawów, co z kolei wpływa na mniejszą zdolność radzenia sobie. Tak więc, aby najskuteczniej radzić sobie z chorobą, do podstawowego leczenia farmakologicznego należy dołączyć adekwatne środki zapobiegania stresom i techniki redukowania skutków stresujących wydarzeń.

Choroba. Pod wpływem przedłużającego się lub silnego stresu jednostka staje się chora. Niektórzy cierpią z powodu owrzodzenia, inni z powodu chorób wieńcowych czy ataków duszności, jeszcze inni z powodu epizodów psychotycznych. Gdy choroba rozwija się, może mieć różny przebieg, poczynając od zaniku objawów i stałej remisji, po stale pogarszający się stan zdrowia. Takie ekstrema rozwijającej się choroby zdarzają się stosunkowo rzadko. Znacznie częściej choroba przebiega ze stale powtarzającymi się okresami remisji i pogorszeń.

Stresujące wydarzenia. Stres mogą powodować najróżniejsze wydarzenia: zmiana

warunków pracy lub mieszkania, relacje rodzinne czy też kłopoty somatyczne. Problem, który wpływa kompletnie druzgocąco na jedną osobę, może zostać łatwo rozwiązany przez inną. Zawsze istnieje jednak punkt, w którym jednostka zaczyna odczuwać stres. Niestety, osoby przewlekle chore psychicznie są szczególnie wrażliwe – odczuwają stres w sytuacjach łatwych do pokonania dla ludzi zdrowych. Owa wrażliwość może być bądź prostym rezultatem choroby psychicznej, bądź wynikiem deficytów w umiejętnościach społecznych, które są charakterystyczne dla chronicznych chorób psychicznych. Niezależnie od wszystkiego, osoby mające mniejszą zdolność radzenia sobie ze stresem są szczególnie nań wrażliwe.

Środki radzenia sobie ze stresem. Sytuacje stresowe mogą być łatwo pokonane, gdy dysponuje się odpowiednimi środkami. Najważniejszym ze środków jest kompetencja jednostki. Kolejnym – oparcie w członkach sieci społecznej jednostki, tj. w krewnych, w znaczących bliskich, w profesjonalistach i w przyjaciółach. Ludzie ci mogą zarówno pomagać jednostce w rozwiązywaniu problemów, jak i rozwiązywać je sami bez aktywnego udziału jednostki. Taka pomoc może okazać się jednak bronią obosieczną: pomoc bliskich może sama stać się stresująca i jedynie pogorszyć sytuację. Inne ważne środki to zabezpieczenie finansowe i socjalne. Dobre warunki życia ułatwiają radzenie sobie ze stresem, zaś pieniądze mogą służyć zapewnieniu sobie pomocy i na odwrót.

Oddziaływania psychospołeczne. W ciągu ostatnich 15 lat obserwuje się rozwój oddziaływań psychospołecznych, mających na celu złagodzenie objawów choroby oraz ogólny wzrost poziomu funkcjonowania pacjentów. Oddziaływania te, pełniące rolę pomocniczą wobec konwencjonalnej farmakoterapii, obejmują nowe formy psychoterapii, warsztaty pracy chronionej, treningi behawioralne, terapię rodzinną i edukację. Pacjenci z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak schizofrenia, często miewają problemy z radzeniem sobie w życiu codziennym

oraz z tzw. kompetencją społeczną. Zanim staną się oni aktywnymi uczestnikami procesu leczenia, muszą pokonać poznawcze i emocjonalne bariery, utrudniające im uczenie się umiejętności społecznych. Ustrukturalizowane i systematyczne treningi umiejętności społecznych niezbędnych w samodzielnym życiu pomagają w pokonaniu tych barier. Oddziaływania psychospołeczne mają podłoże ściśle empiryczne. Wiele badań klinicznych przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, Włoszech i Szwajcarii pokazało, że pacjenci, którzy przeszli trening umiejętności społecznych są między innymi lepiej przystosowani społecznie i rzadziej miewają nawroty choroby.

Główną przyczyną niepowodzeń terapeutycznych jest nieprzestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarza [3]. W schizofrenii wskaźniki niestosowania się do reżimu lekowego są wyższe niż w innych chorobach i wahają się od 11% do 80%. Wilson i Enoch [8] porównali wyniki badań biochemicznych moczu pacjentów chorych na schizofrenię (ambulatoryjnych i szpitalnych) przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii, USA i ZSRR. Wykazały one, że we wszystkich tych krajach wskaźniki odrzucenia leków wahały się od 5% do 32%. Wskaźniki te są wyższe wśród pacjentów ambulatoryjnych, lecz także wśród pacjentów oddziałów całodobowych pozostają na niezadowolającym poziomie. Blackwell [1] podaje, że ponad 50% z badanych przez niego pacjentów ambulatoryjnych oraz 25% pacjentów szpitalnych nie przestrzegało zaleceń lekarskich dotyczących leczenia.

Nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów chorych na schizofrenię jest więc faktem, pozostaje pytanie, jakie czynniki determinują to zjawisko. Pociąga ono bowiem za sobą poważne następstwa w postaci nawrotów choroby, trudności adaptacyjnych i wynikających z tego konsekwencji. Nie służy poprawie sytuacji podzielane powszechnie przekonanie, że niestosowanie się do zaleceń oznacza opór pacjenta. Nie ma dowodów na to, że nieprzyjmowanie przepisanych leków

wiąże się u pacjenta z utratą wewnętrznej motywacji, zaburzeniami osobowości lub nadmiarem mechanizmów obronnych. Istnieje natomiast szereg barier utrudniających pacjentowi przestrzeganie szeroko rozumianych zaleceń terapeutycznych, w tym także skrupulatne przyjmowanie leków. Liberman [3] proponuje podział owych barier na dotyczące następujących sfer: problemów samego pacjenta, jego rodziny, „techniki” leczenia, relacji terapeutycznej, systemu lecznictwa.

Obecnie, za podstawową i najważniejszą procedurę psychoterapeutyczną wspomagającą długotrwałe stosowanie leków u chorych na schizofrenię uważa się oddziaływanie psychoedukacyjne wobec chorego i jego rodziny. Polega ono na odpowiednim przekazaniu danych na temat choroby, jej leczenia i życia z chorobą samemu choremu oraz członkom jego rodziny. Przekazanie informacji o chorobie powinno zawierać informację o udziale czynników biologicznych i psychospołecznych w etiopatogenezie schizofrenii oraz o znaczeniu leczenia farmakologicznego zarówno dla kompensacji podatności biologicznej, jak i dla zapobieżenia nawrotom i hospitalizacjom. Wiąże się to z dostarczeniem choremu i jego rodzinie takiej „koncepcji” choroby, której akceptacja pozwalałaby na aktywne uczestnictwo w procesie terapeutycznym. Nieodzownym elementem psychoedukacji winno być uczenie chorego i jego rodziny rozpoznawania zwiastunów i nawrotów choroby, jak również inicjowania odpowiedniego w takich sytuacjach postępowania.

Oddziaływania psychoedukacyjne prowadzone są najczęściej w dwojaki sposób – jako ustrukturalizowane zajęcia treningowe lub grupy dyskusyjno-edukacyjne. Z badań i doświadczeń Zakładu Rehabilitacji IPiN wynika, że w pracy z grupą osób przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii znacznie skuteczniejsze są metody behawioralne niż nieustrukturalizowane zajęcia dyskusyjne [5].

W grupie 97 pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii badano poziom wiadomości i umiejętności aktywnego udziału we

własnej farmakoterapii w 3 podgrupach: behawioralnej, dyskusyjnej i kontrolnej.

W grupie behawioralnej (B) trening obejmował cztery zakresy wiadomości i umiejętności:

-
-
- wiedzę o korzyściach płynących z leczenia neuroleptykami,
 - zasady prawidłowego przyjmowania leków i oceny ich działania,
 - rozpoznawanie objawów ubocznych i radzenie sobie z nimi,
 - negocjowanie z lekarzem problemów związanych z leczeniem farmakologicznym.
-
-

Procedury używane w treningu, to: budowanie motywacji do współdziałania we własnym leczeniu, ćwiczenie w małych grupach konkretnych umiejętności, niezbędnych do aktywnego współdziałania w leczeniu, uczenie się rozwiązywania problemów, korzystania z dostępnych środków przydatnych w leczeniu, pokonywania nieoczekiwanych trudności, ćwiczenia w warunkach naturalnych oraz zadania domowe mające na celu generalizację trenowanych umiejętności.

Podczas zajęć w grupie dyskusyjnej (D) realizowano dokładnie te same tematy co w treningu behawioralnym. Podstawą prowadzonych zajęć był podręcznik dla prowadzących grupę dyskusyjną, opracowany w naszym ośrodku. Terapeutki dostarczały pacjentom niezbędnych informacji i zachęcały do spontanicznej dyskusji na temat problemów związanych z leczeniem farmakologicznym. Nie wolno im było w sposób systematyczny stosować technik behawioralnych, takich jak odgrywanie ról, modelowanie, zadania domowe, posługiwanie się aparaturą video.

Pacjenci z grupy kontrolnej (K) nie uczestniczyli ani w treningu behawioralnym, ani w zajęciach dyskusyjnych. Brali natomiast udział we wszystkich innych zajęciach prowadzonych w Oddziale Dziennym Rehabilitacji, takich jak trening samoobsługi w zakresie higieny osobistej, przyrządzania posiłków

i gospodarowania pieniędzmi, trening rozwiązywania problemów, psychoterapia grupowa, psychogimnastyka, psychoedukacja. Zajęcia te były również dostępne dla pacjentów z grup behawioralnej i dyskusyjnej.

Trening behawioralny przeprowadzony został cztery razy w ciągu całego cyklu badawczego. Każdy z treningów prowadzony był na przemian przez dwie pielęgniarki lub dwie lekarki. Analogiczny system rotacji stosowano w grupie dyskusyjnej. Zajęcia w obu grupach trwały godzinę i odbywały się trzy razy w tygodniu, zawsze o tej samej porze. W ciągu jednej trzymiesięcznej tury pacjenci i terapeuci pracowali wspólnie w sumie 36 godzin. Wszyscy pacjenci byli leczeni farmakologicznie podtrzymującymi lub średnimi dawkami neuroleptyków.

Ogólny poziom wiadomości na skali nabywania wiadomości o leczeniu farmakologicznym (0–34 punktów) przed rozpoczęciem zajęć był niski we wszystkich grupach – w grupie behawioralnej średnia ilość punktów wyniosła 12,9, w grupie dyskusyjnej – 12,5, zaś w grupie kontrolnej – 11,9. Różnice między grupami nie były istotne statystycznie.

Po zajęciach największy wzrost wiadomości wystąpił w grupie B ($\bar{x}=25,14$) i była to różnica istotna statystycznie ($t=10,4$, $p<0,001$). Również w grupie D poziom wiadomości wzrósł znacznie ($\bar{x}=24,0$) i w sposób istotny statystycznie ($t=8,96$, $p<0,001$). W grupie K, która nie odbywała żadnego rodzaju zajęć szkoleniowych, także wystąpił istotny statystycznie wzrost wiadomości ($\bar{x}=15,29$), choć

różnica poziomów wiadomości była znacznie mniejsza ($t=3,97$, $p<0,001$).

W badaniu tym poziom wiadomości w grupie behawioralnej i dyskusyjnej był znacząco wyższy w stosunku do grupy kontrolnej. Wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy średnimi w grupach B i K ($t=5,25$, $p<0,001$) oraz w grupach D i K ($t=4,81$, $p<0,001$).

Po upływie 6 miesięcy od zakończenia zajęć poziom wiadomości obniżył się nieco w grupie behawioralnej ($\bar{x}=23,39$) i dyskusyjnej ($\bar{x}=21,11$) oraz wzrósł w grupie kontrolnej ($\bar{x}=18,05$). Zarówno wzrost jak i spadek poziomu wiadomości w trzecim badaniu nie był istotny statystycznie w żadnej z grup. Utrzymała się zaś istotna statystycznie różnica pomiędzy średnimi w grupach B i K ($t=3,10$, $p<0,003$) (tabl. 1).

Zakres wiadomości: informacja o lekach. Dla pogłębienia analizy poziomu wiadomości pacjentów o leczeniu farmakologicznym zbadano różnice w obrębie każdego z czterech zakresów wiadomości. Pierwszym z nich jest informacja o lekach – w „Teście wiadomości” można uzyskać w tym zakresie od 0 do 12 punktów. Przed rozpoczęciem zajęć zasób wiadomości o lekach był niski w całej badanej próbie ($\bar{x}=4,5$), bez istotnych statystycznie różnic między grupami. Po zajęciach największy wzrost wiadomości zaobserwowano w grupie behawioralnej ($\bar{x}=8,91$) i był to wzrost istotny statystycznie ($t=9,76$, $p<0,001$). Nieco niższy wzrost wystąpił w grupie D ($\bar{x}=8,2$, $t=7,4$, $p<0,001$). W grupie K poziom wiadomości podniósł się

Tablica 1. Nabywanie wiadomości o leczeniu farmakologicznym (N=97)

Czas badania	Grupa behawioralna	Grupa dyskusyjna	Grupa kontrolna
Przed zajęciami	12,9 ^{a1}	12,5 ^{b1}	11,9 ^{c1}
Po zajęciach	23,14 ^{a2}	24,0 ^{b2}	15,29 ^{c2}
6 miesięcy po zakończeniu	23,39 ^{a3}	21,11 ^{b3}	18,05 ^{c3}

a1–a2 $t=10,4$, $p<0,001$

b1–b2 $t=8,96$, $p<0,001$

c1–c2 $t=3,97$, $p<0,001$

a2–c2 $t=5,25$, $p<0,001$

a3–c3 $t=3,10$, $p<0,003$

b2–c2 $t=4,81$, $p<0,001$

a1–a3 $t=9,67$, $p<0,001$

b1–b3 $t=5,41$, $p<0,001$

c1–c3 $t=5,24$, $p<0,001$

Tablica 2. Zakres wiadomości: informacja o lekach (N=97)

Czas badania	Grupa behawioralna	Grupa dyskusyjna	Grupa kontrolna
Przed zajęciami	4,53 ^{a1}	4,29 ^{b1}	4,76 ^{c1}
Po zajęciach	8,91 ^{a2}	8,2 ^{b2}	5,64 ^{c2}
6 miesięcy po zakończeniu	8,25 ^{a3}	7,11 ^{b3}	5,97 ^{c3}

a1-a2 t=9,76, p<0,001	b2-c2 t=3,76, p<0,001
b1-b2 t=7,40, p<0,001	a1-a3 t=6,91, p<0,001
c1-c2 t=2,33, p<0,026	b1-b3 t=4,04, p<0,001
a2-c2 t=4,75, p<0,001	c1-c3 t=2,23, p<0,033
a3-c3 t=3,57, p<0,001	

Tablica 3. Zakres wiadomości: zasady prawidłowego przyjmowania leków (N=97)

Czas badania	Grupa behawioralna	Grupa dyskusyjna	Grupa kontrolna
Przed zajęciami	2,83 ^{a1}	2,66 ^{b1}	2,32 ^{c1}
Po zajęciach	4,61 ^{a2}	4,54 ^{b2}	2,94 ^{c2}
6 miesięcy po zakończeniu	4,39 ^{a3}	3,97 ^{b3}	3,73 ^{c3}

a1-a2 t=4,92, p0,001	b2-c2 t=3,84, p0,001
b1-b2 t=4,75, p0,001	a1-a3 t=5,79, p0,001
b1-b3 t=3,29, p0,002	a2-c2 t=3,73, p0,001
c1-c3 t=5,21, p0,001	c2-c3 t=2,36, p0,025

nieznacznie ($\bar{x}=5,64$, $t=2,33$, $p<0,026$). Wyniki uzyskane w grupach B i D różniły się istotnie od grupy kontrolnej (odpowiednio: $t=4,75$, $p<0,001$; $t=3,76$, $p<0,001$).

Po 6 miesiącach od zakończenia zajęć najwyższy poziom wiadomości o lekach utrzymał się w grupie B ($\bar{x}=8,25$). W grupie D średnia spadła do 7,11 punktów, zaś w K wyniosła 5,97. Istotna statystycznie różnica utrzymała się między średnimi grupy B i K ($t=3,75$, $p<0,001$) (tabl. 2).

Zakres wiadomości: zasady prawidłowego przyjmowania leków. Oceniając poziom wiadomości pacjentów na temat zasad prawidłowego przyjmowania leków przed zajęciami, stwierdzono niski poziom w całej próbie – średnia ilość punktów wyniosła 2,6 na możliwych 6. Nie ujawniono istotnych statystycznie różnic w poszczególnych grupach. Po zajęciach stwierdzono istotny statystycznie wzrost wiadomości w grupie B ($\bar{x}=4,61$, $t=4,92$, $p<0,001$) oraz w grupie D ($\bar{x}=4,54$, $t=4,75$, $p<0,001$). W grupie K wzrost był

bardzo nieznaczny ($\bar{x}=2,94$), nieistotny statystycznie. Średnie w grupach B i D były w badaniu po zajęciach istotnie statystycznie większe od średniej w grupie K (odpowiednio: $t=3,73$, $p<0,001$; $t=3,84$, $p<0,001$).

Po 6 miesiącach poziom wiadomości o zasadach przyjmowania leków lekko obniżył się, lecz pozostał istotnie statystycznie wyższy niż przed zajęciami w grupie B ($\bar{x}=4,39$) i w grupie D ($\bar{x}=3,97$). W grupie kontrolnej wzrósł do średniej 3,73 ($t=2,36$, $p<0,025$). Różnice między poszczególnymi grupami nie były w tym badaniu istotne statystycznie. Wyniki przedstawia tablica 3.

Zakres wiadomości: lżejsze objawy uboczne. Maksymalna ilość punktów w tym zakresie wynosi 10, Przed rozpoczęciem zajęć wszyscy pacjenci wykazali się bardzo niewielką znajomością lżejszych objawów ubocznych ($\bar{x}=3,3$); nie było znaczących różnic pomiędzy grupami B, D i K. Po zajęciach nastąpił wyraźny wzrost poziomu wiadomości w grupie B ($\bar{x}=7,66$) i grupie D ($\bar{x}=7,45$).

Tablica 4. Zakres wiadomości: lżejsze objawy uboczne (N=97)

Czas badania	Grupa behawioralna	Grupa dyskusyjna	Grupa kontrolna
Przed zajęciami	3,56 ^{a1}	3,2 ^{b1}	3,26 ^{c1}
Po zajęciach	7,66 ^{a2}	7,45 ^{b2}	4,29 ^{c2}
6 miesięcy po zakończeniu	7,02 ^{a3}	6,26 ^{b3}	5,55 ^{c3}

a1-a2 t=8,24, p<0,001	b2-c2 t=5,2, p<0,001
b1-b2 t=9,55, p<0,001	a1-a3 t=7,94, p<0,001
c1-c2 t=2,59, p<0,014	b1-b3 t=6,19, p<0,001
a2-c2 t=5,42, p<0,001	c1-c3 t=4,73, p<0,001
c2-c3 t=2,21, p<0,034	a3-c3 t=2,39, p<0,02

Tablica 5. Zakres wiadomości: poważne objawy uboczne (N=97)

Czas badania	Grupa behawioralna	Grupa dyskusyjna	Grupa kontrolna
Przed zajęciami	2,03 ^{a1}	2,4 ^{b1}	1,55 ^{c1}
Po zajęciach	3,94 ^{a2}	3,8 ^{b2}	2,41 ^{c2}
6 miesięcy po zakończeniu	3,72 ^{a3}	3,4 ^{b3}	2,79 ^{c3}

a1-a2 t=6,0, p<0,001	b2-c2 t=3,21, p<0,002
b1-b2 t=4,02, p<0,001	a1-a3 t=4,67, p<0,001
c1-c2 t=3,11, p<0,004	b1-b3 t=3,05, p<0,004
a2-c2 t=3,47, p<0,001	c1-c3 t=4,22, p<0,001
b2-c2 t=3,21, p<0,002	

Był to wzrost istotny statystycznie (odpowiednio: $t=8,24$, $p<0,001$; $t=9,55$, $p<0,001$). Również w grupie K średnia nieznacznie wzrosła ($\bar{x}=4,29$, $t=2,59$, $p<0,014$). Po zajęciach poziom wiadomości w grupach B i D przewyższał w sposób istotny statystycznie poziom w grupie K (odpowiednio: $t=5,42$, $p<0,001$; $t=5,2$, $p<0,001$).

Po 6 miesiącach średnia w grupie B utrzymała się na niemal jednakowym poziomie ($\bar{x}=7,02$), zaś w grupie D nieznacznie spadła ($\bar{x}=6,26$). Mimo iż średnia w grupie K wzrosła w porównaniu z badaniem po zajęciach ($\bar{x}=5,55$, $t=2,21$, $p<0,034$), utrzymała się istotna statystycznie różnica pomiędzy grupą behawioralną a kontrolną ($t=2,39$, $p<0,02$).

Zakres wiadomości: poważne objawy uboczne. Przed zajęciami poziom wiadomości z tego zakresu wynosił w grupie B średnio 2,03 punktu (na możliwych 6), w grupie D – 2,4, zaś w grupie K – 1,55. Różnica między

grupą D i K była istotna statystycznie ($t=2,13$, $p<0,37$). Po zajęciach średnia wzrosła najbardziej w grupie B ($\bar{x}=3,94$, $t=6,0$, $p<0,001$), a także w grupie D ($\bar{x}=3,8$, $t=4,02$, $p<0,001$) oraz w grupie K ($\bar{x}=2,41$, $t=3,11$, $p<0,004$). W badaniu po zajęciach różnice między grupami B i K oraz D i K były istotne statystycznie (odpowiednio: $t=3,47$, $p<0,001$; $t=3,21$, $p<0,002$).

Po 6 miesiącach od zakończenia zajęć poziom wiadomości utrzymał się na podobnym poziomie – spadł nieznacznie w grupie B ($\bar{x}=3,72$) i w grupie D ($\bar{x}=3,4$) lecz nadal był znacząco wyższy niż przed zajęciami. W grupie K średnia nieco wzrosła ($\bar{x}=2,79$). W tym badaniu nie było różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami. Szczegóły zawiera tablica 5.

O ocenę umiejętności niezbędnych do aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym proszono lekarzy prowadzących i członków rodzin pacjentów. Poziom

umiejętności pacjentów oceniono wyjściowo jako średni. Po zakończeniu zajęć zaobserwowano znaczący wzrost poziomu umiejętności w obu grupach, które przeszły zajęcia, a szczególnie w behawioralnej. Natomiast badanie katamnesticzne wykazało znaczący spadek poziomu umiejętności. W grupie kontrolnej poziom umiejętności zmieniał się w bardzo nieznacznym stopniu.

Przenoszenie i wykorzystywanie posiadanej wiedzy i nabytych umiejętności do życia codziennego jest bardzo trudnym zadaniem, szczególnie dla przewlekle chorych pacjentów. Wieloletnia choroba powoduje utrwalenie patologicznych, niedostosowanych zachowań, a zmiana stereotypu – to żmudna i monotonna praca. Konsekwentne powtarzanie treningów i wydłużenie czasu oddziaływań pozwala pomimo wszystko utrwalić nabytą wiedzę i uregulować nabyte zachowania. Przewaga treningów behawioralnych nad nieustrukturalizowanymi zajęciami edukacyjnymi wydaje się oczywista i wynika ze struktury samych treningów [6]. (1) Zajęcia prowadzone są w małych grupach, a pacjenci stale motywowani pozytywnie do aktywnego udziału. Każdy trening ma stałą czytelną strukturę. (2) Procedury używane w treningu to: budowanie motywacji do współudziału we własnym leczeniu, ćwiczenia w małych grupach dotyczące konkretnych umiejętności niezbędnych do aktywnego współudziału w leczeniu, uczenie rozwiązywania problemów, korzystania z dostępnych środków przydatnych w leczeniu, pokonywanie nieoczekiwanych trudności, ćwiczenia w warunkach naturalnych oraz zadania domowe mające na celu generalizację trenowanych umiejętności. (3) W celu utrwalenia wiedzy stosuje się częste powtarzania, pytania i odpowiedzi. (4) Podawana treść informacji dla pacjentów jest krótka, pisana przystępnie i według zaleceń ma być odczytywana, a nie mówiona, aby stworzyć możliwość wielokrotnych powtórzeń dokładnie tego samego tekstu. (5) Pamięć wzrokową stymuluje się planszami, zapisywaniem ważnych informacji na tablicy, oglądaniem scenek na video. (6) W zajęciach

behawioralnych nie tylko słowo mówione, ale i oglądanie scenek na video, zajęcia praktyczne, ćwiczenia i zadania domowe znakomicie utrwalają wiedzę oraz powodują wzrost umiejętności. (7) Ostatni, ale bardzo ważny punkt, to fakt, że treningi zostały tak opracowane, aby mógł się nimi posługiwać każdy kto pracuje z przewlekle psychicznie chorymi, a nie tylko profesjonalści.

Pielęgniarki, terapeuci, pracownicy socjalni mogą korzystać z opracowanych podręczników ukazujących dokładnie krok po kroku procedury treningowe. W badaniach cytowanych powyżej grupy terapeutyczne naprzemiennie prowadzili lekarze i pielęgniarki. Wykazano, że obie podgrupy zawodowe są równie skuteczne, a zajęcia prowadzone prawidłowo, interesująco i otrzymywały wysokie noty od pacjentów [8].

W celu przygotowania chorych na schizofrenię do samodzielności, w Centrum Rehabilitacji w Los Angeles pod kierunkiem prof. Libermana opracowano, poza omówionym już treningiem aktywnego udziału we własnej farmakoterapii, dwa inne rodzaje treningów.

Trening radzenia sobie z objawami choroby został opracowany z myślą o udzieleniu pacjentom z przewlekłymi chorobami psychicznymi pomocy w uzyskaniu większej samodzielności poprzez nauczenie ich jak:

-
- rozpoznawać sygnały ostrzegające przed nawrotem choroby i prowadzić stałą obserwację tych objawów,
 - uzyskiwać pomoc od pracowników służby zdrowia i swoich bliskich w momentach pogorszenia samopoczucia i funkcjonowania,
 - rozpoznawać objawy, które utrzymują się mimo leczenia i profilaktyki, obserwować systematycznie te objawy i stosować metody zapobiegające ich negatywnemu wpływowi na codzienne życie,
 - zrozumieć niebezpieczeństwa związane z przyjmowaniem narkotyków i alkoholu oraz nauczyć się jak odmawiać przyjmowania tych substancji.
-

Trening powrotu do społeczeństwa. Program powrotu do społeczeństwa ma na celu nauczyć osoby cierpiące na przewlekle choroby psychiczne:

-
- rozpoznawania objawów i zachowań, nad którymi muszą „popracować” zanim zostaną wypisane ze szpitala i/lub rozpoczną samodzielne życie,
 - uczestniczenia w planowaniu odpowiednich działań związanych z wypisem i/lub usamodzielnieniem się,
 - utrzymywania stałego kontaktu z pracownikami służby zdrowia i opieki społecznej w środowisku,
 - jakie są korzyści płynące z leczenia farmakologicznego,
 - rozwiązywania problemów związanych z zażywaniem leków,
 - sposobów redukcji ryzyka nawrotów choroby.
-

PODSUMOWANIE

Powodzenie farmakologii zależne jest od przestrzegania zaleceń lekarskich. W schizofrenii wskaźniki niestosowania się do reżimu lekowego są znacznie wyższe niż w innych chorobach. W chwili obecnej za podstawową i najważniejszą procedurę psychoterapeutyczną wspomagającą farmakoterapię w schizofrenii uważa się oddziaływanie psychoedukacyjne wobec chorego i jego rodziny. Terapia ta może być prowadzona jako ustrukturalizowane zajęcia treningowe lub grupy dyskusyjno-edukacyjne. Z badań i doświadczeń Zakładu Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii wynika, że w pracy z grupą osób przewlekle chorych

z rozpoznaniem schizofrenii znacznie skuteczniejsze są metody behawioralne. W zeszłym roku pod kierunkiem prof. R. Libermana opracowano *Program powrotu do społeczeństwa*. Zawiera on elementy kilku opracowanych już wcześniej treningów, specjalnie dobrane pod kątem funkcjonowania przewlekle psychicznie chorych poza szpitalem, ze szczególnym uwzględnieniem rozpoznawania objawów choroby i redukcji ryzyka nawrotów, ich świadomego, aktywnego i mądrego udziału w usamodzielnianiu się i życiu z chorobą.

PIŚMIENNICTWO

1. Blackwell B.: Treatment adherence. Br. J. Psychiatry 1976.
2. Liberman R.: Social and independent living skills. The community Re-Entry Program. Medical Center West, Los Angeles 1995.
3. Liberman R., Corrigan P.W., Cugel J.D.: From noncompliance to adherence in psychiatric treatment strategies that facilitate collaboration between practitioner and patient. Camarillo State Hospital, UCLA 1981, 32 i 12, 856–858.
4. Meder J. (red.): Treningi umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Scholar, 1995.
5. Meder J.: Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym. IPiN, Warszawa 1995.
6. Meder J., Morawiec M., Sawicka M.: Rola pielęgniarek w prowadzeniu treningu aktywnego udziału we własnej farmakoterapii. Psychiatr. Pol., 29, 3, 395–404.
7. Rybakowski J.: Leki psychotropowe w profilaktyce chorób afektywnych i schizofrenii. IPiN, Biblioteka Psychiatrii 2.
8. Wilson J.D., Enoch M.D.: Estimation of drug rejection by schizophrenic in-patients with analysis of clinical factors. Br. J. Psychiatry 1967, 113, 209–211.

*Adres: Dr Joanna Meder, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*