

## Nasilenie objawów chorobowych oraz wybrane dane demograficzne jako predyktory oceny efektywności terapii pacjentów ze schizofrenią w warunkach oddziału dziennego

### Intensity of psychotic symptoms and selected demographic data as predictors of effectiveness of psychotherapy of schizophrenic patients in a day-hospital treatment

Ryszard Kamiński, Agata Lisiecka

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii PAM w Szczecinie

---

Autorzy opisują własne doświadczenia w leczeniu pacjentów z diagnozą schizofrenii na oddziale dziennym. Badania prowadzono pod kątem efektywności leczenia.

The authors present their experiences of treatment of patients with schizophrenia in a day-hospital setting. Patients were investigated to find predictors of effective therapy.

psychotherapia  
schizofrenia  
oddział dzienny

psychotherapy  
schizophrenia  
day-hospital

---

#### Wstęp

Ze względu na heterogenność schizofrenii, od wielu lat preferowaną formą oddziaływań leczniczych jest podejście kompleksowe, łączące zarówno farmakoterapię, jak i psychoterapię. Oddziały dzienne stanowią zatem ważny element współczesnego systemu leczenia psychiatrycznego [1, 2], zdarza się bowiem, iż oddziały całodobowe pozbawiają pacjenta samodzielności, przenosząc cały ciężar odpowiedzialności za leczenie na personel, utrwalając tym samym funkcjonowanie pacjenta w społecznej roli „chorego”.

Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii PAM, będący alternatywną formą leczenia dla oddziału całodobowego, jest miejscem, w którym stosuje się psychoterapię grupową zarówno dla pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, jak i nerwicowymi. Psychoterapia jest komplementarną formą leczenia, a nie konkurencyjną, w stosunku do farmakoterapii. W stosowanym przez nas programie terapeutycznym dla pacjentów

z rozpoznaniem schizofrenii szczególną rolę przypisujemy poprawie ekspresji emocji oraz umiejętności funkcjonowania w rolach społecznych. Jednym z głównych założeń naszych działań jest osiągnięcie przez pacjenta coraz głębszej wiedzy o wpływie czynników osobistych, rodzinnych i społecznych na przebieg choroby oraz uzyskanie satysfakcji z leczenia. Biorąc pod uwagę potrzeby i możliwości pacjenta, staramy się stworzyć indywidualny program rehabilitacyjny, który realizujemy w ramach równolegle prowadzonej terapii grupowej. Oddziaływania rehabilitacyjne są oczywiście weryfikowane w trakcie pobytu na oddziale i dostosowywane do aktualnej sytuacji życiowej pacjenta. W początkowej fazie koncentrujemy się przede wszystkim na nawiązaniu kontaktu terapeutycznego, który stanowi podstawę dalszej terapii. Poprzez kompleksowe oddziaływania staramy się wykształcić i wzmocnić w pacjencie umiejętność radzenia sobie z trudnościami wywołanymi chorobą bądź realnymi okolicznościami żywotnymi. Terapia osób z diagnozą schizofrenii w naszym podejściu jest raczej wspomagająca, interakcyjna, zorientowana na rozwiązanie konkretnego problemu. W pracy terapeutycznej stosujemy przede wszystkim zajęcia ustrukturalizowane: psychorysunek, muzykoterapię, psychodramę, biblioterapię, pracę z ciałem. Wykorzystywanie różnych technik na każdym z zajęć terapeutycznych w zależności od potrzeb stanowi warunek spójności różnych elementów wieloaspektowego oddziaływania terapeutycznego. Zajęcia dotyczące psychoedukacji wymagają dużego skupienia oraz zrozumienia i zapamiętania szeregu nowych informacji, dlatego częste przerwy, które stosujemy, ograniczenie czasowe prowadzonych zajęć, jak również liczne ćwiczenia relaksujące, mają na celu optymalizację efektywności programu edukacyjnego. Równocześnie realizowane jest leczenie farmakologiczne oraz oddziaływania socjoterapeutyczne, np. pomoc w uzyskaniu zasiłku, renty, dotacji mieszkaniowej itp. Przy kwalifikacji chorych do leczenia na oddziale dziennym, oprócz szczegółowej diagnozy, bierzemy pod uwagę również ich motywację do terapii. Nie każdy chory wyraża gotowość do podjęcia pracy terapeutycznej, dlatego też wstępna kwalifikacja pacjentów jest nadzwyczaj ważna. Leczenie w konwencji grupy otwartej osób chorujących na schizofrenię jest, w świetle naszych doświadczeń, bardziej efektywne [3], stanowi bowiem wsparcie dla pacjentów rozpoczynających terapię, a bardziej zaawansowani w leczeniu często służą pomocą nowo przyjętym członkom grupy w sytuacjach kryzysowych. Grupa otwarta stwarza ponadto możliwość konfrontacji ze zmieniającymi się sytuacjami i wielością ról społecznych.

W ostatnich latach szerokim zainteresowaniem cieszy się koncepcja objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii zaproponowana przez Crowa [4] i następnie rozwinięta przez Andreasen [5, 6]. Wynika z niej, iż objawy negatywne schizofrenii odpowiadają objawom osiowym Bleulera [7]. Można założyć, że od nasilenia tych objawów po ustąpieniu ostrej fazy choroby zależy również poziom funkcjonowania indywidualnego i społecznego pacjentów chorujących na schizofrenię. Ocena psychometryczną objawów pozytywnych i negatywnych można przeprowadzić za pomocą specjalnie opracowanych skal (SAPS, SANS). Można również dopasować poszczególne punkty skali powszechnie używanej do oceny psychopatologicznej – BPRS Overalla [8]. Dużą popularnością cieszy się system oceny zaburzeń psychicznych AMDP. System ten zawiera wielobjawową, pięciostopniową skalę oceny stanu psy-

chicznego. Ocenie podlegają nie tylko objawy, ale także wyodrębnione cechy tych objawów, co tworzy bardzo rozbudowany układ. W związku z powyższym, do oceny stanu psychicznego czy też oceny nasilenia zespołów psychopatologicznych wybiera się najbardziej charakterystyczne objawy tworząc nowe skale [9].

W czasie prowadzenia terapii dostrzegliśmy związek między obserwowanym stopniem poprawy a sytuacją życiową i początkowym obrazem klinicznym psychozy u naszych pacjentów. Za podstawowy cel badań uznaliśmy dokonanie oceny wpływu obrazu psychopatologicznego i demograficznego chorych na schizofrenię w chwili podjęcia leczenia na oddziale na efektywność terapii.

### Material i metoda

Badaną grupę stanowiło 70 osób w wieku od 18 do 61 lat (średnia  $30,4 \pm 8,6$ ) w tym 32 kobiety i 38 mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Wszyscy spełniali kryteria diagnostyczne DSM IV i ICD 10. Badaniem objęto osoby leczone na Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii PAM w Szczecinie w latach 1994–1999, biorące udział w programie terapeutyczno-rehabilitacyjnym. Był on przeznaczony dla pacjentów, po przebytej ostrej psychozie, u których wyraźnie zaznaczone były objawy zespołu apatyczno-abulicznego w przebiegu schizofrenii. Badani byli wcześniej leczeni na oddziale stacjonarnym tutejszej kliniki bądź w Przyklinicznej Poradni Konsultacyjnej. Terapia odbywała się w małej grupie (do 10 osób) z dokładnie zaplanowanym tygodniowym planem zajęć. Podjęcie leczenia było dobrowolne. Pacjenci rozpoczynający terapię na oddziale, przed przyjęciem, przez wiele miesięcy (co najmniej 6), przyjmowali neuroleptyk. Mimo farmakoterapii, nadal utrzymywały się u nich objawy uniemożliwiające samodzielne funkcjonowanie. Wobec powyższego można było założyć, że leczenie farmakologiczne bez intensywnych i ustrukturalizowanych oddziaływań psychoterapeutycznych nie przyniosło zdecydowanie korzystnego efektu. U wszystkich chorych objętych programem leczniczym kontynuowano leczenie farmakologiczne. Neuroleptyki i dawkę dobową dobierano tak, aby umożliwić optymalną farmakoterapię i psychoterapię. Najczęściej stosowano pernazynę (18 osób) i thioridazynę (13 osób), z innych neuroleptyków – klozapinę, sulpiryd, stelazynę, flufenazynę, lewomepromazynę, chlorpromazynę, chlorprothixen i clopentixol.

Z powodu zaostrzenia się procesu chorobowego, uniemożliwiającego dalsze leczenie na oddziale dziennym, do leczenia na oddziale stacjonarnym kliniki skierowano 8 osób. 7 pacjentów zostało wypisanych z oddziału z powodu nieprzestrzegania regulaminu bądź zrezygnowało przed upływem zalecanego czasu pobytu na oddziale.

W celu oceny stanu psychicznego zsumowano punkty następujących pozycji w skali AMDP: 1–8, 15–26, 28, 34, 38, 40, 42, 44, 45, 48–52, 60, 61, 63, 65, 68, 69, 73, 79–81, 83, 85 i 92. W ten sposób uzyskano skalę do globalnej oceny stanu psychicznego w zakresie od 0 do 184. Wybrane objawy skali AMDP korespondują z objawami ocenianymi w skali BPRS. Objawy negatywne oceniano na podstawie sumy punktów pozycji: 60, 61, 79, 80, 81 i 92 w skali AMDP odpowiadających pozycjom 3, 13, 16 w skali BPRS. Objawy pozytywne oceniano na podstawie sumy punktów pozycji: 15–26, 34, 40, 45, 48–52, 83 i 85, odpowiadających pozycjom 4, 11, 12, 15, 17 i 18

w skali BPRS. Dzięki temu utworzono skalę objawów pozytywnych (SOP) od 0 do 88, zawartych w skali globalnej oceny stanu psychicznego. Poprawę stanu psychicznego poszczególnych pacjentów oszacowano na podstawie wskaźnika poprawy (WP). Arbitralnie przyjęto podział zbadanych chorych, z uwagi na wartość WP, na dwie grupy. Pierwszą grupę stanowiły osoby ze znaczną poprawą po leczeniu ( $WP > 0,5$ ), drugą – osoby z pogorszeniem się stanu psychicznego, brakiem poprawy bądź niewielką poprawą ( $WP < 0,5$ ). Szczegółowej analizie poddano występowanie i nasilenie objawów negatywnych i pozytywnych schizofrenii oraz wybranych cech demograficznych i klinicznych w obu wydzielonych grupach.

W obliczeniach statystycznych do oszacowania nasilenia symptomatyki psychopatologicznej między grupami i w wydzielonych grupach posłużono się testem „t” i „tp”, a w badaniu zależności między zmiennymi jakościowymi zastosowano test Chi<sup>2</sup>.

## Wyniki

Spośród 70 pacjentów u 29 (41%) stwierdzono znaczną poprawę stanu psychicznego zgodnie z przyjętymi kryteriami ( $WP > 0,5$ ), a u pozostałych poprawa była niewielka lub nastąpiło pogorszenie ( $WP < 0,5$ ). Nie znaleziono statystycznie istotnych różnic w skuteczności leczenia ze względu na płeć. Nie stwierdzono związku między skutecznością terapii a wiekiem leczonych pacjentów, aktywnością zawodową, wiekiem zachorowania, czasem trwania choroby, liczbą hospitalizacji, czasem trwania leczenia i stosowanymi lekami (tabela 1).

Wśród osób ze znaczną poprawą odsetek pacjentów z wykształceniem podstawowym lub zasadniczym zawodowym był prawie dwukrotnie większy (57%) niż pacjentów z wykształceniem średnim lub wyższym (31%). Różnica ta była istotna statystycznie ( $p < 0,05$ ). Stwierdzono także, że w grupie ze znaczną poprawą odsetek pacjentów żyjących w związkach małżeńskich był około dwukrotnie większy (73%) niż pacjentów żyjących w stanie wolnym (36%) przy poziomie istotności  $p < 0,05$ .

W tabeli 2 przedstawiono wyniki zmian, w badanych parametrach psychopatologicznych, zaistniałych pod wpływem skojarzonego leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego w całej badanej grupie chorych. Z danych tych wynika, że po leczeniu nastąpiło statystycznie istotne zmniejszenie się nasilenia ocenianych objawów. Analiza statystyczna nasilenia objawów negatywnych i pozytywnych przed leczeniem, w obu wydzielonych grupach, wykazywała brak istotnych statystycznie różnic w nasileniu objawów negatywnych. Pacjenci z grupy bez znacznej poprawy cechowali się jedynie większym istotnym statystycznie ( $p < 0,5$ ) nasileniem objawów pozytywnych, w szczególności w zakresie utrudnienia myślenia, urojeń wielkościowych, omamów słuchowych i manieryzmów (objawy 1, 15, 16, 20 Skali SOP) (patrz tabela 3).

Podobna analiza przeprowadzona w obu grupach po leczeniu wykazała w grupie pacjentów bez znacznej poprawy większe nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych, istotne statystycznie ( $p < 0,001$ ), w porównaniu z grupą pacjentów ze znaczną poprawą.

Porównując zmiany w nasileniu objawów pozytywnych i negatywnych przed

Tabela 1

Wybrane cechy demograficzne i kliniczne badanych pacjentów

	Struktura ocenek ocenista		p (test Chi <sup>2</sup> )
	UJF>= 5	UJF<= 5	
<b>Liczba chorych</b>	25 (41%)	41 (59%)	
<b>Płeć</b>			
Kobiety	4	4	n.s.
Mężczyźni	8	23	
<b>Wiek</b>			
16-25	4	4	n.s.
26-35	14	21	
36-45	2	9	
Powyszej 45	3	1	
<b>Wykształcenie</b>			
Podstawowe, zawodowe	4 (21%)	2 (4%)	Chi <sup>2</sup> =4,74 p<= 0,5
Ogólnie wyższe	8 (21%)	23 (48%)	
<b>Aktywność zawodowa</b>			
Pracuje	4	4	n.s.
Nie pracuje	8	23	
<b>Stan cywilny</b>			
Uzależniony	4 (13%)	3 (12%)	Chi <sup>2</sup> =3,74 p<= 0,5
Uwolniony	21 (26%)	23 (48%)	
<b>Wiek zachorowania</b>			
Do 25	11	14	n.s.
26-35	7	15	
Powyszej 35	3	2	
<b>Czas trwania choroby</b>			
Do 2 lat	6	14	n.s.
2-10 lat	8	21	
Powyszej 10 lat	2	6	
<b>Liczba hospitalizacji</b>			
Do 2 lat	2	4	n.s.
3-5	8	20	
Powyszej 5	4	11	
<b>Czas trwania leczenia</b>			
Do 4 tygodni	3	4	n.s.
4-12 tygodni	6	21	
Powyszej 12 tygodni	11	7	
<b>Stosowane leki</b>			
Pochodne fenotiazyny	21	20	n.s.
Pochodne butyrofenonu	1	2	
O innej budowie	1	11	

Tabela 2

Zmiany parametrów psychopatologicznych uzyskane pod wpływem leczenia w całej badanej grupie chorych

	N	Przed leczeniem		Po leczeniu		Test p
		średnia	SD	średnia	SD	
Główna ocena stanu psychicznego (AMDP)	70	28,4	13,6	19,8	16,2	T=5,343 p<0,001
Ocena objawów negatywnych (AMDP)	70	10,9	5,7	7,0	5,3	T=7,825 p<0,001
Ocena objawów pozytywnych (AMDP)	70	10,6	6,0	7,9	7,7	T=3,468 p<0,001

Tabela 3

Porównanie różnic w nasileniu objawów pozytywnych skali AMDP przed leczeniem między grupą chorych ze znaczną poprawą (WP>0,5) i bez znacznej poprawy (WP<0,5)

Objawy	WP>0,5		WP<0,5		T	p
	średnia	SD	średnia	SD		
1. Utrudnienie myślenia	0,48	0,99	1,02	1,04	2,061	p<0,05
2. Spowolnienie myślenia	1,05	0,96	1,46	1,22	1,575	n.s.
3. Nadmierne drobnozwokowe	0,86	0,99	0,58	0,92	1,212	n.s.
4. Zwężenie treści myślenia	1,55	1,09	1,56	1,07	0,038	n.s.
5. Persewacja słowna	0,10	0,31	0,07	0,26	0,435	n.s.
6. Ruminażje	0,28	0,84	0,17	0,49	0,688	n.s.
7. Nafek myśli	0,34	0,76	0,54	0,87	0,935	n.s.
8. Gonitwa myśli	0,17	0,63	0,22	0,52	0,021	n.s.
9. Niepójne myślenie	1,00	0,88	0,88	1,89	0,317	n.s.
10. Odmowianie	0,55	0,87	0,68	1,06	0,544	n.s.
11. Rozpad myślenia	0,45	0,63	0,85	1,06	1,810	n.s.
12. Neologizmy	0,07	0,26	0,02	0,16	1,000	n.s.
13. Paranoidalna percepcja	0,45	0,78	0,80	0,95	1,628	n.s.
14. Urojeńia przeobowazne	0,41	0,50	0,49	1,65	0,252	n.s.
15. Urojeńia wielkowszowe	0,03	0,19	0,37	0,80	2,252	p<0,05
16. Omamy słuchowe	0,03	0,19	0,34	0,73	2,230	p<0,05
17. Omamy oceniatelczne	0,10	0,56	0,24	0,51	1,085	n.s.
18. Omamy wószowe, smakowe	0,07	0,37	0,07	0,35	0,000	n.s.
19. Niepokój ruchowy	0,52	0,83	0,78	0,91	1,221	n.s.
20. Manierazmy	0,17	0,47	0,51	0,56	2,166	p<0,05
Cała skala (objawy 1-20)	8,83	4,99	11,83	6,37	2,118	p<0,05

Tabela 4

Porównanie różnic w nasileniu objawów pozytywnych skali AMDP po leczeniu między grupą chorych ze znaczną poprawą (WP>0,5) i bez znacznej poprawy (WP<0,5)

Objawy	WP>0,5		WP<0,5		T	P
	średnia	SD	średnia	SD		
1. Utrudnienie myślenia	0,14	0,35	0,76	0,97	2,911	p<0,05
2. Spowolnienie myślenia	0,34	0,48	1,07	0,99	3,650	p<0,001
3. Nadmierne drobnozwoocze	0,34	0,61	0,61	0,79	1,543	n.s
4. Zawężenie teorii myślenia	0,59	0,63	1,39	0,99	3,810	p<0,001
5. Persewercja słowna	0,00	0,00	0,15	0,42	1,898	n.s
6. Ruminacje	0,03	0,19	0,34	0,69	2,358	p<0,05
7. Naból myśli	0,03	0,19	0,66	1,04	4,038	p<0,001
8. Gonitwa myśli	0,00	0,00	0,19	0,56	1,827	n.s
9. Niepójne myślenie	0,07	0,26	1,10	0,99	6,842	p<0,001
10. Odmawianie	0,10	0,31	0,76	1,07	3,235	p<0,005
11. Rozpad myślenia	0,03	0,19	0,98	1,06	4,774	p<0,001
12. Neologizmy	0,03	0,19	0,05	0,22	0,400	n.s
13. Paranoidalna percepcja	0,14	0,35	0,98	1,31	3,360	p<0,005
14. Urojeńa przeobdowcze	0,00	0,00	0,56	1,03	2,932	p<0,005
15. Urojeńa wielkoociowe	0,00	0,00	0,37	0,80	2,483	p<0,02
16. Omamy słuchowe	0,00	0,00	0,54	1,10	2,647	p<0,02
17. Omamy cenestetyczne	0,00	0,00	0,15	0,48	1,685	n.s
18. Omamy wędchowe, smakowe	0,03	0,19	0,00	0,00	1,034	n.s
19. Niepokój ruchowy	0,10	0,56	0,71	0,95	3,315	p<0,005
20. Manieryzmy	0,03	0,19	0,54	0,76	3,517	p<0,001
Cała skala (objawy 1-20)	2,03	1,70	7,00	7,62	6,915	p<0,001

leczeniem i po leczeniu w grupie pacjentów ze znaczną poprawą, wykazano istotne statystycznie zmniejszenie się objawów negatywnych i pozytywnych, z wyjątkiem persewercji słownych, ruminacji, gonitwy myśli, neologizmów, urojeń wielkościowych, omamów słuchowych, cenestetycznych, wędchowych i smakowych oraz niepokoju ruchowego (objawy 5, 6, 8, 12, 15, 16–19 skali SOP) (patrz tabela 5 i 6).

W wydzielonej grupie pacjentów, u których nie uzyskano znacznej poprawy po

Tabela 5

Porównanie różnic w nasileniu objawów negatywnych skali AMDP przed leczeniem i po leczeniu w grupie chorych ze znaczną poprawą (WP>0,5)

Objawy	Przed leczeniem		Po leczeniu		T <sub>p</sub>	p
	średnia	SD	średnia	SD		
1. Uważać braku uczuć	1,17	1,39	0,48	0,78	3,362	p<0,005
2. Ubóstwo uczuć	2,10	1,23	0,88	0,73	6,916	p<0,001
3. Szczerwoocemo gwałtna	2,48	0,91	1,21	0,94	6,274	p<0,001
4. Spadek napędu	1,55	1,10	0,41	0,57	6,285	p<0,001
5. Zhamowanie ruchowe	0,69	0,93	0,07	0,26	3,667	p<0,001
6. Uycofanie się z aktywności społecznej	2,00	1,13	0,62	0,78	8,419	p<0,001
Cała skala (objawy 1-6)	10,03	5,37	3,62	3,22	8,065	p<0,001

Tabela 6

Porównanie różnic w nasileniu objawów pozytywnych skali AMDP przed leczeniem i po leczeniu w grupie chorych ze znaczną poprawą (WP>0,5)

Objawy	Przed leczeniem		Po leczeniu		T <sub>p</sub>	p
	średnia	SD	średnia	SD		
1. Utrudnienie myślenia	0,48	0,99	0,14	0,35	2,827	p<0,01
2. Spowolnienie myślenia	1,03	0,98	0,34	0,48	4,600	p<0,001
3. Nędziernia drobiazgowość	0,86	0,99	0,34	0,61	3,379	p<0,005
4. Zwiększenie ilości myślenia	1,55	1,09	0,59	0,63	4,638	p<0,001
5. Persewera gwałtna	0,10	0,31	0,00	0,00	1,754	n.s.
6. Ruminaeje	0,28	0,84	0,03	0,19	1,076	n.s.
7. Nędziernia myśli	0,34	0,76	0,03	0,19	2,348	p<0,05
8. Gonitwa myśli	0,17	0,63	0,00	0,00	1,518	n.s.
9. Nespójne myślenie	1,00	0,88	0,07	0,26	5,960	p<0,001
10. Ohamowanie	0,55	0,87	0,10	0,31	2,795	p<0,01
11. Rozpad myślenia	0,45	0,63	0,03	0,19	3,534	p<0,001
12. Nędziernia	0,07	0,26	0,03	0,19	0,882	n.s.
13. Paranooidalna percepcja	0,45	0,78	0,14	0,35	3,653	p<0,001
14. Uhojenia przeobdo wzrzu	0,41	0,50	0,00	0,00	3,534	p<0,001
15. Uhojenia wielkoociowe	0,03	0,19	0,00	0,00	0,882	n.s.
16. Omamy słuchowe	0,03	0,19	0,00	0,00	0,882	n.s.
17. Omamy ce nezarlelyczne	0,10	0,56	0,00	0,00	0,971	n.s.
18. Omamy wśchowe, smakowe	0,07	0,37	0,03	0,19	0,882	n.s.
19. Nędziernia ruchowy	0,52	0,83	0,10	0,56	1,102	n.s.
20. Mnie ryzny	0,17	0,47	0,03	0,19	2,154	p<0,05
Cała skala (objawy 1-20)	8,88	4,99	2,08	1,70	7,877	p<0,001

leczeniu, stwierdzono istotnie statystycznie ( $p < 0,001$ ) zmniejszenie się objawów negatywnych, z wyjątkiem objawu sztywności emocjonalnej (objaw 3 skali SON). Nasilenie objawów pozytywnych przed leczeniem i po leczeniu nie różniło się istotnie statystycznie.

Tabela 7

Porównanie różnic w nasileniu objawów negatywnych skali AMDP przed leczeniem i po leczeniu w grupie chorych bez znacznej poprawy ( $WP < 0,5$ )

Objawy	Przed leczeniem		Po leczeniu		T <sub>p</sub>	P
	średnia	SD	średnia	SD		
1. Utrata głosu u gwałt	1,46	1,32	1,24	1,33	2,364	$p < 0,05$
2. Utrata uśmiechu	2,05	1,14	1,85	1,13	2,025	$p < 0,05$
3. Sztywność emocjonalna	2,56	0,76	2,29	0,78	1,943	n.s.
4. Spadek nępeńdu	1,83	1,34	1,41	0,72	4,446	$p < 0,001$
5. Zaburzenie ruchowe	1,39	1,08	0,93	0,95	5,128	$p < 0,001$
6. Utyczanie się z otoczeniem społecznym	2,09	1,27	1,58	1,15	3,508	$p < 0,001$
Cała skala (objawy 1-6)	11,51	6,07	9,41	5,31	4,654	$p < 0,001$

### Omówienie

Wydzielenie dwóch grup – grupy pacjentów ze wskaźnikiem poprawy  $WP > 0,5$  i grupy pacjentów ze wskaźnikiem poprawy  $WP < 0,5$  – okazało się przydatne do oceny czynników warunkujących efektywność terapii. Znaczną poprawę psychopatologiczną, zgodną z przyjętymi kryteriami, uzyskaliśmy u ponad 40% leczonych pacjentów, co jest porównywalne z naszymi wcześniejszymi wynikami badań [10]. Trudniej jest wytłumaczyć lepszą poprawę u pacjentów z niższym wykształceniem. Z naszych obserwacji wynika, że osoby lepiej wykształcone mają większe poczucie chroniczności choroby i mniej nadziei na poprawę funkcjonowania społecznego. Utrata możliwości realizowania aspiracji zawodowych czy też intelektualnych mogła destrukcyjnie wpływać na proces terapii.

W ostatnich latach wiele badań koncentrowało się wokół poznawczej sfery funkcjonowania pacjenta z rozpoznaniem epizodem psychotycznym. Opublikowano szereg prac, w których stwierdzono u chorych na schizofrenię deficyty pamięci operacyjnej oraz zdolności do koncentracji uwagi [11, 12]. Z badań tych wynika, że przekazywanie informacji pacjentowi podczas procesu psychoterapii powinno być adekwatne do jego aktualnych zdolności poznawczych. Czynniki ten odgrywa niebagatelną rolę w rehabilitacji psychiatrycznej i może tym samym pośrednio wiązać się z wykształceniem pacjenta.

Również nie bez znaczenia jest fakt, że leczenie wzbogacone o element psychoterapeutyczny jest efektywniejsze i tańsze niż biologicznie ukierunkowana terapia [13, 14,

15]. W piśmiennictwie światowym z czynników mających wpływ na przebieg i skuteczność terapii wymienia się: kierowanie pacjentem, mobilizację do aktywności, kontakt interpersonalny, nadzór nad systematycznym przyjmowaniem leków [16, 17, 18]. Niektórzy badacze twierdzą, że mimo lepszej dostępności bardziej skutecznych leków, w tym atypowych leków przeciwpsychotycznych, zwiększa się znaczenie oddziaływań psychospołecznych w leczeniu schizofrenii [19]. Nasze badania potwierdzają powyższe wnioski. Znaczna poprawa stanu psychicznego chorych żyjących w związkach małżeńskich może wiązać się zarówno z większym oparciem w partnerze życiowym, jak i mniejszym poczuciem osamotnienia, co świadczy o współistnieniu pozytywnych oddziaływań środowiska rodzinnego. Osoby będące w związkach małżeńskich mogą mieć również większą zdolność do bardziej satysfakcjonujących kontaktów z innymi ludźmi i tym samym efektywniej angażować się w proces terapeutyczny. Dokładna analiza tej hipotezy wymaga jednak dalszych szczegółowych badań, chociaż istnieją doniesienia potwierdzające taką zależność [20].

Większe nasilenie objawów pozytywnych schizofrenii (całej grupy), a przede wszystkim większe nasilenie: utrudnienia myślenia, urojeń wielkościowych, omamów słuchowych i manieryzmów może stanowić czynnik prognostyczny gorszych wyników terapii. W grupie objawów negatywnych schizofrenii jedynie większe nasilenie zahamowania ruchowego warunkowało gorsze wyniki. Większe nasilenie objawów pozytywnych związane jest zwykle z ostrą fazą choroby, w której oddziaływania psychoterapeutyczne mają mniejszą skuteczność, a podstawowe znaczenie ma farmakoterapia. Wydaje się, że stosowane dawki leków u badanych przez nas chorych były niewystarczające. Za takim stwierdzeniem przemawia również fakt, że u pacjentów z grupy bez znacznej poprawy po leczeniu nasilenie objawów pozytywnych, w porównaniu z nasileniem objawów przed leczeniem, nie różniło się istotnie statystycznie. W niektórych przypadkach zaostrzenie psychotyczne było związane z sytuacją życiową pacjenta. Pacjent oddziału dziennego, po kilku godzinach terapii, wraca do dotychczasowej struktury rodzinnej. Jeżeli atmosfera domowa jest napięta, pełna wzajemnych nieudomowień i niemożności komunikacji pomiędzy członkami rodziny, istnieje realne zagrożenie, iż każda sytuacja konfliktowa może prowadzić do nawrotu choroby. Zdarza się również i tak, iż program terapeutyczny mający na celu zmianę funkcjonowania pacjenta może być postrzegany przez rodzinę jako zagrażająca interwencja w dotychczasowy system rodzinnych znaczeń. Dlatego bardzo ważnym elementem terapii na oddziale dziennym jest współpraca z rodziną pacjenta.

Realizowany program terapeutyczno-rehabilitacyjny okazał się skuteczny w zmniejszeniu nasilenia objawów negatywnych schizofrenii w obydwu grupach. Objawy negatywne wyraźnie wpływają na funkcjonowanie społeczne. Chociaż w pracy tej nie oceniano poprawy funkcjonowania społecznego chorych, pośrednio można wnioskować, że zmniejszenie nasilenia tych objawów spowodowało polepszenie jakości ich życia [18, 21]. Nie należy jednak pomijać faktu, że zmiany w obszarze życia psychicznego, na którym skoncentrowana jest kompleksowa terapia, mają tylko częściowo wpływ na zmiany w życiu pacjenta poza oddziałem szpitala [22]. Wyniki badań potwierdziły nasze wcześniejsze spostrzeżenia i niektóre doniesienia piśmiennictwa [23], że stan psychiczny pacjenta przy przyjęciu na oddział dzienny, może



individuellen Störungen. Die therapeutische Wirkung war effektiver bei den Personen mit niedrigerer Ausbildung und bei den Eheleuten. Die Wirksamkeit der Therapie hing auch von dem psychopathologischen Bild des Patienten ab, der in der Behandlung war.

### **L'intensité des symptômes psychotiques et certaines données démographiques comme facteurs d'estimation de l'efficacité de la thérapie des schizophrènes au cours de l'hospitalisation à jour**

#### **Résumé**

Les auteurs de ce travail visent à estimer l'efficacité de la psychothérapie des schizophrènes au cours de l'hospitalisation à jour. Le modèle présenté de la psychothérapie base sur la combinaison de la psychothérapie individuelle et dans le groupe ainsi que de la pharmacothérapie individualisée. Cette thérapie se montre plus efficace dans le groupe des schizophrènes mariés et avec le niveau d'éducation peu élevé. Son efficacité dépend aussi de l'image psychopathologique du malade.

#### **Piśmiennictwo**

1. Cechnicki A. *Wybrane aspekty leczenia schizofrenii*. Psychoter. 1992; 2: 27–37.
2. Cechnicki A. *Analiza wpływu wybranych czynników na wyniki leczenia chorych na schizofrenię w oddziale dziennym. Zagadnienia metodologiczne*. Psychoter. 1992; 3: 37–46.
3. Kubiak J, Zięba A. *Oddział dzienny w strukturze instytucji psychiatrycznych*. Psychiatr. Pol. 1994; 4: 431–442.
4. Crow TJ. *The two-syndrome concept: origins and current status*. Schizophr. 1985; Biull. 11: 471–486.
5. Andreasen N. *Negative symptoms in schizophrenia. Definition and reliability*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39: 784–788.
6. Andreasen N, Olsen S. *Negative versus positive schizophrenia. Definition and validation*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39: 789–794.
7. Linka M, Rybakowski J. *Koncepcja objawów negatywnych i pozytywnych w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 1989; 2: 125–132.
8. Bech P, Kastrup N, Rafaelsen OI. *Mini-compedium of rating scales for states of anxiety, depression, mania, schizophrenia with corresponding DSM-III syndromes*. Acta Psychiatr. Scand. 1986; 73: suppl. 326.
9. Rzewuska M, Welbel K, Nurkowska K. *System AMDP. Skala do oceny zaburzeń psychicznych – wersja polska*. Warszawa: IPiN; 1991.
10. Kacperczyk JM, Kamiński R. *Wpływ skojarzonego leczenia psychoterapeutycznego i farmakologicznego w Oddziale Dziennym na objawy pozytywne i negatywne schizofrenii*. W: *Pamiętnik VII Gdańskich Dni Lecznictwa Psychiatrycznego*. Jurata 1993, 24–25 IX, s. 291–297.
11. Salame P, Danion JM, Peretti S. *The state of functioning of working memory in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1998; 30: 11–29.
12. Schatz J. *Cognitive processing efficiency in schizophrenia: generalized vs domain specific deficits*. Schizophr. Res. 1998; 30: 41–49.
13. Dick P, Cameron L, Cohen D. *Day and fulltime psychiatric treatment: A controlled comparison*. Brit. J. Psychiatry 1985; 147: 246–250.
14. Fink E, Longabaugh R, Stout R. *The paradoxical underutilization of partial hospitalization*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 713–716.
15. Wiersma D, Kluiter H, Ninenhuis F, Ruphan M, Giel R. *Costs and benefits of day treatment with community care for schizophrenic patients*. Schizophr. Bull. 1991; 17: 411–419.

16. Cechnicki A. *Rola leczenia dziennego w leczeniu i rehabilitacji schizofrenii – przegląd badań*. Psychoter. 1993; 1: 57–65.
17. Hoge MA, Farrell SP, Munchieb ME, Strauss JS. *Therapeutic factors in partial hospitalization*. Psychiatr. 1988; 51: 199–210.
18. May PR, Tuma AH, Dixon WJ. *Schizophrenia a follow up study of results of treatment. Designe and other problems*. Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33: 474–478.
19. Murawiec S. *Group therapy of patients with schizophrenia – own experience*. Arch. Psychiatrii Psychother. 1999; 1: 29–38.
20. Heinemann S, Yadin L, Perlmutter F. *A follow up study of clients discharget from a day hospital aftercare program*. Hosp. Commun. Psychiatr. 1975; 26: 752–753.
21. Linn NW, Caffey EC, Klett CJ, Hogarty GR, Lamb HR. *Day treatment and psychotropic drugs in the aftercare of schizophrenic patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1979; 36: 1055–1066.
22. Cechnicki A. *Wprowadzenie w problematykę leczenia dziennego*. Psychoter. 1992; 4: 17–26.
23. Davis J, Lorei T, Caferry E. *An evaluation of the veterans administration day hospital program*. Hosp. Commun. Psychiatr. 1987; 29: 297–302.

Otrzymano: 26.06.2000

Zrecenzowano: 9.10.2001

Przyjęto do druku: 30.10.2001

Adres: Katedra i Klinika Psychiatrii PAM  
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego 26

