

Ocena efektywności treningu umiejętności poznawczych w schizofrenii

Effectiveness of cognitive skills training in schizophrenia

Marek Nieznański¹, Monika Czerwińska², Agnieszka Chojnowska³, Sławomir Walczak², Witold Duński²

¹ Z Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Dyrektor: dr hab. A. Strzałecki, prof. UKSW

² Z Zespołu Leczenia Środowiskowego IPiN w Warszawie
Kierownik: lek. med. S. Walczak

³ Z Poradni Przyklinicznej IPiN w Warszawie
Kierownik: lek. med. K. Sobucka

Summary

Aim: This study evaluated methods for improving cognitive skills of patients with schizophrenia.

Method: Subjects in the experimental group received 12 sessions of practice with various cognitive tasks, while patients in the control group participated in sessions of psychoeducation.

Results: Cognitive assessment before and after the study phase showed that patients in the experimental group had made significantly more improvement than the control group. Both groups improved on the insight scores, however reductions in the level of psychopathology were less tangible.

Słowa klucze: schizofrenia, rehabilitacja poznawcza, wgląd

Key words: schizophrenia, cognitive rehabilitation, insight

Wstęp

Coraz częściej w badaniach nad schizofrenią, jej genezą i przebiegiem uwzględniane są zakłócenia procesów poznawczych. Podejmowane są próby przypisania określonych form deficytów poznawczych poszczególnym podtypom choroby, wyróżnionym na podstawie dominujących w obrazie klinicznym objawów – najczęściej symptomów negatywnych lub pozytywnych. Starania te, choć wyjaśniły część problemów, nie przyniosły jednak jednoznacznych rozstrzygnięć. Wiadomo na przykład, że z objawami negatywnymi wiążą się głębsze i bardziej globalne deficyty poznawcze, natomiast z symptomami pozytywnymi współwystępują specyficzne zaburzenia selektywności uwagi [1, 2] i monitorowania źródła informacji [3, 4, 5]. Dalszych uściśleń poszukuje się w badaniach nad związkami funkcji poznawczych z zespołami objawów wyróżnionymi w nowszych klasyfikacjach, stosowane są m.in. podziały na symptomy:

dezorganizacji, zniekształcenia rzeczywistości i zubożenia psychoruchowego [6, 2, 7]; czy modele pięciowymiarowe [8, 9, 10, por. 11].

Niepowodzenia programów rehabilitacyjnych związane są często z ograniczonymi, u części pacjentów, zdolnościami poznawczymi i uczenia się. Na przykład McKee i wsp. [12] wykazali, że miary funkcji wykonawczych i uwagi wiązały się znacząco z podstawowymi wskaźnikami skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych – poziomem zaangażowania i regularnością uczęszczania na grupowe zajęcia terapeutyczne. Podobnie Lysaker i wsp. [13, 14] stwierdzili, że wykonanie testów sortowania kart i rozumienia przysłów umożliwiło trafne określenie, czy pacjent należał do grupy tych chorych, którzy uzyskali znaczącą redukcję objawów psychopatologicznych oraz wzmocnili swoje umiejętności społeczne, po udziale w zajęciach terapii pracą.

Badania potwierdzają, że ciężkość zaburzeń poznawczych w znaczącym stopniu decyduje o rokowaniu. Wykazano m.in., że pacjenci z głębszymi deficytami poznawczymi, gdy oceniano ich stan po upływie pewnego czasu, mieli bardziej nasilone objawy rezydualne, byli gorzej przystosowani do wymagań społecznych, częściej byli hospitalizowani niż pacjenci z łagodniejszymi dysfunkcjami poznawczymi [15, 16, 17, 18, 19].

O rokowaniu decyduje również świadomość zaburzeń psychicznych i związana z nią współpraca pacjenta w procesie leczenia. Od dawna klinicyści dużo uwagi poświęcali zagadnieniu wglądu w chorobę w schizofrenii, jednak traktowanie braku wglądu jako zjawiska jednowymiarowego, jako ogólnego braku krytycyzmu wobec choroby, nie pozwalało dostrzec jego złożonej natury, zdarza się bowiem, że pacjent zaprzecza swojej chorobie, a jednocześnie godzi się na przyjmowanie leków, albo niektóre z symptomów traktuje jako przejaw choroby, innych zaś nie wiąże z zaburzeniem psychicznym [20, 21, 22, por. 23]. Dlatego obecnie większość autorów rozpatruje wgląd jako konstrukt wielowymiarowy. Stanowisko to znalazło wyraz w opracowanej przez Amadora i Straussa [21] skali do pomiaru świadomości zaburzeń psychicznych. Ocenia ona świadomość obecności zaburzeń psychicznych, zrozumienie roli i działania leków a także konsekwencji społecznych choroby. Skala umożliwia również ocenę świadomości występowania poszczególnych objawów i rozumienia ich przyczyn.

Podejmowano wiele prób wyjaśnienia źródeł braku świadomości zaburzeń psychicznych w schizofrenii. Między innymi prowadzono badania nad zależnościami między deficytami przetwarzania informacji a różnymi aspektami wglądu. Przykładowo, w badaniu Smitha i wsp. [24] brak świadomości występowania poszczególnych symptomów nie wiązał się istotnie z wykonaniem testów poznawczych, niemniej ocena atrybucji objawów, czyli rozumienia źródeł ich powstawania, korelowała istotnie z wynikami w Teście Sortowania Kart Wisconsin (Wisconsin Card Sorting Test – WCST). Podobnie Young i wsp. [25] przebadali liczną grupę pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii za pomocą WCST oraz skal do oceny wglądu i uzyskali istotne korelacje między zastosowanymi miarami. W innym badaniu [26] również wykazano istotną korelację poziomu wglądu z wykonaniem WCST, nie potwierdzono jednak związku oceny świadomości zaburzeń z innymi miarami dysfunkcji w obrębie płatów czołowych, wydaje się więc, że wgląd może być związany ze specyficznymi zdolnościami, ocenianymi za pomocą testu WCST, a mianowicie plastycznością poznawczą i umiejętnością korzystania z informacji zwrotnych, a niekoniecznie z uszkodzeniami okolic czołowych mózgu. Można przypuszczać, że świadomość choroby jest, przynaj-

mniej w pewnym stopniu, zależna od zdolności wyciągania wniosków z doświadczeń i korzystania z informacji uzyskiwanych w trakcie leczenia, dlatego niezbędne wydają się dalsze badania nad relacjami między wglądem a różnymi funkcjami poznawczymi, szczególnie zdolnością uczenia się i abstrakcyjnego myślenia.

W ostatnich kilkunastu latach prowadzono intensywne badania nad sposobami i możliwościami rehabilitacji funkcji poznawczych w schizofrenii [przeгляд literatury w: 27], na przykład znaczącą poprawę funkcjonowania uwagi oraz redukcję niektórych symptomów uzyskali Medalia i wsp. [28] w programie, w którym pacjenci wykonywali za pomocą komputera wiele zadań wymagających czujności oraz selekcji i szybkiego przetwarzania informacji. Z kolei Wexler i wsp. [29], stosując intensywny trening zadań poznawczych, doprowadzili nie tylko do istotnej poprawy funkcjonowania poznawczego w zastosowanych testach spostrzegania i pamięci, ale także do osiągnięcia przez większość pacjentów poziomu wykonania równego lub przewyższającego poziom osób zdrowych. Interesujące efekty, w postaci redukcji utrwalonych symptomów, przyniósł także trening umiejętności językowych prowadzony przez Hoffmana i Satel [30] dla pacjentów z omamami słuchowymi. Trening umiejętności poznawczych jest także ważnym elementem szeroko znanego i cenionego programu rehabilitacji psychologicznej Brennera i wsp. [31] (Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients). W zamyśle jego autorów ćwiczenie podstawowych umiejętności poznawczych ma wspomagać nabywanie bardziej złożonych zdolności społecznych [por. 32].

Wydaje się, że usprawnienie umiejętności poznawczych pacjentów mogłoby wydatnie poprawić skuteczność innych form rehabilitacji, zwiększyć zdolność radzenia sobie chorych w pracy i w codziennych zajęciach. W naszym programie staraliśmy się wypracować metody treningu umiejętności poznawczych, które mogłyby być stosowane w różnych warunkach (oddziału dziennego, poradni), nie tylko wobec pacjentów młodych, ale także przewlekle chorych. W badaniu pilotażowym [33] udało nam się wstępnie potwierdzić skuteczność opracowanej formy oddziaływań na funkcje poznawcze. W prezentowanym tu badaniu, w porównaniu z pilotażem, zwiększyliśmy liczbę osób uczestniczących w treningu, ponadto pacjenci z grupy kontrolnej brali udział w spotkaniach psychoedukacyjnych o takim samym czasie trwania jak zajęcia rehabilitacji umiejętności poznawczych. Oprócz porównania zmian w zakresie funkcjonowania poznawczego i stanu klinicznego, oceniliśmy także zmiany w poziomie wglądu i staraliśmy się określić, czy poprawa świadomości choroby miała jakiś związek ze wzmocnieniem kompetencji poznawczych.

Osoby badane

W badaniu uczestniczyli pacjenci Zespołu Leczenia Środowiskowego Instytutu Psychiatrii i Neurologii, którzy mieli rozpoznane zaburzenia schizofreniczne i wyrazili motywację do uczęszczania na proponowane im zajęcia. Ponadto do badań kwalifikowano pacjentów o relatywnie stabilnym stanie psychicznym, w wieku nie przekraczającym 60 lat.

W grupie eksperymentalnej znalazło się 14 pacjentów (9 mężczyzn i 5 kobiet), o średniej wieku 44,4 ($\pm 9,7$) lat, przeciętnym czasie trwania choroby (liczonym od daty pierwszej hospitalizacji) 19,1 ($\pm 10,3$) lat. W grupie tej 13 pacjentów miało rozpoznane

schizofrenii (F20.0 lub F20.5, wg ICD-10 [34]), jeden uporczywe zaburzenia urojeniowe (F22.0). Troje pacjentów miało wykształcenie podstawowe, dwoje zasadnicze zawodowe, siedmioro średnie i dwoje wyższe.

W skład grupy kontrolnej weszło 19 pacjentów (10 mężczyzn i 9 kobiet) o średniej wieku 43,6 ($\pm 7,9$) lat, przeciętnym czasie trwania choroby 17,3 ($\pm 7,0$) lat. Rozpoznanie schizofrenii (F20.0 lub F20.5) otrzymało 15 pacjentów, u 3 stwierdzono zaburzenia schizoafektywne (F25.1, F25.2), a u jednego rozpoznano uporczywe zaburzenia urojeniowe (F22.0). Troje pacjentów miało wykształcenie podstawowe, czworo zasadnicze zawodowe, ośmioro średnie, czworo zaś wyższe.

W obu grupach większość pacjentów przyjmowała neuroleptyki atypowe: klozapinę (w grupie kontrolnej 5 pacjentów / w eksperymentalnej 6 pacjentów), olanzapinę (3 / 2), risperidon (2 / 1) i sulpiryd (1 / 1). Przez co najmniej sześć miesięcy, poprzedzających badanie podstawowe, leki przeciwpsychotyczne nie były zmieniane. W trakcie badań u kilku pacjentów (z obu grup) modyfikowana była dawka przyjmowanych leków.

Zajęcia psychoedukacyjne i trening umiejętności poznawczych prowadzono na przemian, tak więc niektórzy pacjenci brali udział w zajęciach obu grup (w sekwencji grupa kontrolna–eksperymentalna lub eksperymentalna–kontrolna). W ten sposób 10 pacjentów ocenianych było zarówno w grupie eksperymentalnej, jak i kontrolnej, w tych wypadkach pomiar końcowy jednego badania był zarazem pomiarem początkowym drugiego. Pozostali pacjenci brali udział tylko w jednej z grup porównawczych (niepodjęcie zajęć w drugiej grupie wynikało: z odmowy pacjenta, zakończenia leczenia w ośrodku lub innych przyczyn organizacyjnych).

Metoda

Trening umiejętności poznawczych

Sesje treningu umiejętności poznawczych odbywały się co tydzień przez 12 tygodni. Czas trwania pojedynczej sesji wahał się od 40 do 50 minut. Pacjentów dobierano w 2–3-osobowe grupki w taki sposób, by poziom ich funkcjonowania poznawczego był podobny. Dla przykładu, jedna z sesji składała się z następujących ćwiczeń: 1) sortowanie kartoników z liczbami i figurami geometrycznymi wg kolejno podawanych kryteriów, np.: wyodrębnienie tych kartonów, które zawierają liczby parzyste w trójkątach itp.; 2) podawanie jak największej liczby skojarzeń do określonego słowa, a następnie próba uporządkowania wypisanych wyrazów i nazwania utworzonych klas; 4) wyszukiwanie w otrzymanym tekście wszystkich wyrazów zawierających podaną literę; 5) rysowanie z pamięci, wcześniej prezentowanych, złożonych figur geometrycznych; 6) tworzenie analogii, tzn. uzupełnianie par słów, np. wzrok do oka ma się tak, jak słuch do ... ucha; 7) tworzenie opowiadań z dostarczonych urywków zdań. W trakcie sesji treningu stosowano możliwie różnorodne zadania, dopasowywano przy tym poziom ich trudności do zdolności pacjentów z danej grupy. Zajęcia prowadzono korzystając z opracowanego skryptu zawierającego ponad 70 ćwiczeń [35]. Zbiór tych zadań składa się z ćwiczeń wybranych z różnych programów rehabilitacji poznawczej, a przede wszystkim z odpowiednio przystosowanych zadań służących do diagnozy poszczególnych zdolności poznawczych [np. 36, 37].

Psychoedukacja

Jako oddziaływania kontrolne wybrano zajęcia psychoedukacyjne ze względu na doniesienia w literaturze mówiące o ich korzystnym wpływie na jakość życia pacjentów i poprawę współpracy w leczeniu [za: 38]. Psychoedukacja odbywała się co tydzień przez 12 tygodni, w skład grupy wchodziło 9–10 pacjentów. Wykorzystywano w niej materiały programu profilaktyki nawrotów w schizofrenii „PRelapse” oraz doświadczenia własne.

Narzędzia oceny funkcjonowania poznawczego

Wszyscy oceniani byli za pomocą czterech testów umiejętności poznawczych przed rozpoczęciem i po zakończeniu treningu lub psychoedukacji. Pacjenci badani byli indywidualnie przez psychologa. Wybrane testy dotyczyły kluczowych funkcji poznawczych, zaburzonych u osób chorych na schizofrenię. Dwa zadania wiązały się ze zdolnościami werbalnymi, dwa pozostałe angażowały wzrokowe przetwarzanie informacji. Badanie rozpoczynało się od Testu Uczenia się Listy Słów, w którym eksperymentator odczytywał 15 słów, a osoba badana od razu powtarzała wszystkie zapamiętane przez siebie słowa. Procedurę powtarzano trzy razy. Po około 10 minutach, wypełnionych kolejnym zadaniem, osoba badana miała jeszcze raz odtworzyć słowa z listy. Wyniki w teście wyrażone były dwiema miarami: 1) łączną liczbą wyrazów powtórzonych w trzech bezpośrednich próbach i 2) liczbą słów odtworzonych w próbie odroczonej. Drugim z zastosowanych testów były Klocki ze Skali Inteligencji Wechslera (WAIS-R) [39]. Jest to przede wszystkim miara koordynacji wzrokowo-ruchowej, zdolności organizacji percepcji oraz analizy i syntezy wzrokowej. Trzecim narzędziem był Test Płynności Słownej Kategorialnej, w którym należało jak najszybciej podawać nazwy: 1) zwierząt, 2) ubrań, 3) warzyw i owoców. Egzemplarze każdej z klas badani wymieniali przez minutę. Wynikiem była łączna liczba poprawnie podanych wyrazów. Test płynności słownej jest jednym z najczęściej używanych testów w badaniach osób chorych na schizofrenię, ocenia on organizację pamięci semantycznej i zdolność wydobycia materiału z pamięci. Ostatnim zastosowanym narzędziem oceny umiejętności poznawczych był test Symbole Cyfr WAIS-R. Dotyczy on przede wszystkim sprawności psychomotorycznej, koordynacji wzrokowo-ruchowej i uwagi [39].

Narzędzia oceny nasilenia objawów i świadomości zaburzeń psychicznych

Oceny klinicznej dokonywał psychiatra na podstawie wywiadu przeprowadzonego z pacjentem, a także informacji zawartych w historii choroby i uzyskanych od terapeuty pacjenta.

Zastosowano Skalę do Oceny Wglądu w Zaburzenia Psychiczne (Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder, SUMD) opracowaną przez Amadora i Straussa [21]. Składa się ona z trzech pytań ogólnych, dotyczących świadomości choroby psychicznej, działania leków i społecznych konsekwencji zaburzeń psychicznych, ponadto zawiera 17 podskal do oceny wglądu w poszczególne objawy. Wyższe wyniki oznaczają gorszy wgląd. W obecnych analizach ograniczyliśmy się do oceny świadomości aktualnie występujących zaburzeń, jakkolwiek skala SUMD umożliwia także ocenę wglądu w przeszłe objawy. Rozumienie przyczyn danego objawu oceniano tylko wówczas, gdy

pacjent był świadomy jego występowania. Ponieważ każdy pacjent przejawiał nieco inne symptomy, dlatego ogólny wynik wyrażano za pomocą średniej liczby punktów uzyskanych przez niego w podskalach, w których był klasyfikowany.

Nasilenie objawów psychopatologicznych określano za pomocą Positive and Negative Syndrom Scale (PANSS) [40], przy czym wyniki obliczano za pomocą procedury standardowej (tj. wg podziału na objawy pozytywne, negatywne i ogólne) oraz odwołując się do pięciowymiarowego modelu zespołu schizofrenicznego zaproponowanego przez Kawasaki i wsp. [8]. Na podstawie PANSS i przeprowadzonych analiz statystycznych wyróżnili oni następujące czynniki: 1) objawy negatywne, 2) urojenia / halucynacje, 3) wrogość / pobudzenie, 4) objawy depresyjne, 5) zaburzenia myślenia.

Wyniki

We wszystkich zastosowanych testach umiejętności poznawczych nastąpiło istotne polepszenie się poziomu ich wykonania w grupie eksperymentalnej, natomiast w grupie kontrolnej żaden z wyników w tych testach nie uległ istotnej zmianie. Gdy porównano wielkość zmian uzyskanych wyników w grupie eksperymentalnej i kontrolnej, okazało się, że różnica między badaniem końcowym a początkowym była istotnie większa w grupie eksperymentalnej niż kontrolnej w Teście Płynności Słownej i Klockach WAIS-R (tabela 1).

Tabela 1

Wyniki testów umiejętności poznawczych (średnie i odchylenia standardowe)

Testy umiejętności poznawczych	Grupa eksperymentalna (trening poznawczy) n= 14			Grupa kontrolna (psychoedukacja) n= 19		
	Badanie 1	Badanie 2	Różnica	Badanie 1	Badanie 2	Różnica
Test Uczenia się Listy Słów						
Bezpośrednie odliczanie	14,07* (5,01)	16,78* (5,86)	2,71 (5,15)	13,21 (4,38)	14,66 (4,80)	1,47 (4,56)
Odroczone odliczanie	2,71** (2,05)	3,28** (1,98)	0,57 (1,16)	3,16 (2,03)	4,05 (2,41)	0,89 (2,10)
Test Płynności Słownej	47,57 [^] (12,38)	52,57 [^] (14,90)	5,0 [#] (7,76)	47,53 (9,01)	45,79 (11,56)	-1,74 [#] (8,61)
Klocki WAIS-R	19,0 ^{^^} (8,7)	23,57 ^{^^} (7,54)	4,57 [#] (3,94)	22,84 (6,92)	21,37 (7,48)	-1,47 [#] (3,56)
Symbole Cyfr WAIS-R	33,85* (11,94)	36,08* (11,28)	2,23 (3,94)	37,17 (11,86)	37,39 (12,40)	0,22 (6,97)

test t dla danych zależnych, jednostronny: * t=1,97, df=13, p<0,04; ** t=1,85, df=13, p<0,05; ^ t=2,41, df=13, p<0,02;

^^ t=3,44, df=13, p<0,003; ^^ t=2,04, df=12, p<0,04;

test t dla danych niezależnych, przy założeniu równych wariancji, jednostronny: # t=2,31, df=31, p<0,02;

W grupie eksperymentalnej nie wykryto żadnej istotnej zmiany w liczbie punktów uzyskanych w standardowych skalach PANSS. Gdy uwzględniono komponenty modelu pięciowymiarowego, ujawniono istotne zmniejszenie się nasilenia objawów depresyjnych w tej grupie. Zmiana ta była istotnie większa niż zmiana nasilenia objawów depresyjnych w grupie kontrolnej. Nie zaobserwowano istotnej zmiany nasilenia poszczególnych grup symptomów u chorych uczestniczących w psychoedukacji, jednak łączna liczba punktów w PANSS w grupie tej uległa istotnemu zmniejszeniu. Wielkość tej zmiany nie była jednak istotnie różna od zmiany łącznej liczby punktów w PANSS w grupie eksperymentalnej (tabela 2).

Tabela 2

Ocena nasilenia objawów psychopatologicznych (średnie i odchylenia standardowe)

Podzbiór PANSS i model 5-wymiarowy	Grupa eksperymentalna (trening poznawczy) n=14			Grupa kontrolna (psychoedukacja) n=16		
	Badanie 1	Badanie 2	Różnica	Badanie 1	Badanie 2	Różnica
Objawy pozytywne	14,29 (3,21)	13,36 (3,33)	-0,93 (3,33)	15,19 (3,56)	14,18 (4,33)	-1,01 (3,21)
Objawy negatywne	19,14 (4,21)	18,29 (4,14)	-0,85 (4,14)	21,53 (5,12)	20,39 (5,14)	-1,14 (3,21)
Objawy ogólne	34,36 (6,33)	34,19 (6,18)	-0,17 (6,18)	36,71 (1,12)	34,78 (6,18)	-1,93 (3,21)
Razem	18,36 (14,26)	17,91 (15,28)	-0,45 (12,28)	19,16** (14,24)	17,99** (16,32)	-1,17 (1,21)
Objawy negatywne	23,21 (4,26)	22,36 (4,36)	-0,85 (3,11)	25,53 (6,24)	24,68 (6,28)	-0,85 (3,11)
Urojenia/halucynacje	10,14 (3,23)	9,14 (3,28)	-1,00 (3,21)	11,53 (3,25)	10,68 (3,21)	-0,85 (3,14)
Urogowobudzenie	11,14 (4,21)	11,19 (4,21)	0,05 (3,28)	11,53 (3,25)	11,14 (4,21)	-0,39 (3,28)
Depresja	5,28** (1,21)	4,28** (1,22)	-1,00# (1,22)	5,21 (1,28)	5,31 (1,21)	0,10# (1,22)
Zaburzenia myślenia	11,10 (3,24)	11,36 (3,21)	0,26 (3,11)	12,19 (3,28)	11,21 (3,22)	-0,98 (1,22)

test t dla danych zależnych, jednostronny: * t=1,81, df=18, p<0,05;** t=2,06, df=13, p<0,03;

test t dla danych niezależnych, przy założeniu równych wariancji, jednostronny: # t=1,71, df=31,

W grupie kontrolnej wszystkie zastosowane miary ze skali SUMD zmieniły się istotnie, świadcząc o poprawie wglądu w zaburzenia psychiczne. W grupie eksperymentalnej nastąpiło istotne zwiększenie się świadomości poszczególnych objawów, poprawie uległa też ocena w pierwszej z ogólnych skal SUMD (tabela 3).

Ponadto pacjentów podzielono na dwie grupy pod względem zmian w wynikach

Tabela 3

Ocena wglądu w zaburzenia psychiczne (średnie i odchylenia standardowe)

SUMD	Grupa eksperymentalna (trening poznawczy) n= 14		Grupa kontrolna (psychoedukacja) n= 14	
	Badanie 1	Badanie 2	Badanie 1	Badanie 2
SUMD skale główne				
Okladomocne choroby psychicznej	2,51* (1,8)	2,44* (1,8)	2,20 (1,2)	2,210 (1,3)
Okladomocne zaburzenia lęków	1,7# (1,8)	2,7 (1,7)	2,1000 (1,2)	1,9000 (1,2)
Okladomocne konsekwencje społecznych	2,21 (1,8)	2,71 (1,4)	1,4## (1,1)	1,6## (1,1)
Ochodni wyniki w podskalach wglądu w objawy	2,31** (1,2)	2,25** (1,4)	2,19## (0,9)	2,52## (0,9)
Ochodni wyniki w podskalach objawów	2,21 (1,2)	2,2# (1,2)	2,2# (1,1)	2,3# (1,1)

test Wilcoxona, dla danych zależnych, jednostronny: * z=1,62, p=0,05; ** z=1,75, p<0,05; ^ z=2,01, p<0,03; ^^ z=1,87, p<0,04; # z=2,0, p<0,03; ## z=2,84, p<0,003;” z=2,04, p<0,03

SUMD. Czternastu chorych zakwalifikowano do grupy osób, których wgląd uległ poprawie (tzn. tych, u których zmniejszyła się liczba punktów w przynajmniej jednej z głównych skal SUMD i/lub poprawie uległ wgląd w co najmniej dwa objawy). Do grupy osób, u których nie poprawił się wgląd, zaliczono 12 pacjentów. Kilku chorych nie przypisano do żadnej z grup – były to te osoby, których świadomość zaburzeń psychicznych w badaniu początkowym była pełna (tzn. uzyskiwali minimalną liczbę punktów w większości podskal SUMD). Następnie porównano wielkość zmian w testach umiejętności poznawczych w grupie osób, u których nastąpiła poprawa świadomości zaburzeń psychicznych, z grupą, u której taka poprawa nie zaistniała. Okazało się, że grupa pacjentów, która zwiększyła wgląd, w istotnym stopniu bardziej poprawiła także wykonanie zadania odroczonego odtwarzania słów z listy (t=2,45, df=25, p<0,02 test jednostronny).

Omówienie wyników

Przeprowadzone badanie wykazało, że trening umiejętności poznawczych jest skuteczną procedurą rehabilitacji funkcjonowania poznawczego osób chorych na schizofrenię. Zarówno umiejętności werbalne (przypominanie słów i płynność słowna), przetwarzanie wzrokowe (zdolności organizacji percepcji, koordynacja wzrokowo-ruchowa), jak i szybkość psychomotoryczna uległy poprawie u pacjentów uczestniczących w sesjach treningu poznawczego. Natomiast niespecyficzne oddziaływania, w po-

staci zajęć psychoedukacyjnych, nie wpłynęły w istotnym zakresie na funkcjonowanie poznawcze. Pacjenci z grupy kontrolnej jedynie nieznacznie poprawili wykonanie niektórych testów – poprawa ta mogła wiązać się z wpływem samej psychoedukacji, albo mogła być efektem zaznajomienia się z danym testem w badaniu początkowym. Porównanie wielkości różnic między drugim a pierwszym badaniem w obu grupach wykazało jednak, że polepszenie się wyników w zadaniach Płynności Słownej i Kłódkach WAIS-R było istotnie większe w grupie eksperymentalnej niż kontrolnej.

W badaniu pilotażowym [33] uzyskaliśmy istotną poprawę wykonania kilku zastosowanych testów w grupie pacjentów uczestniczących dwa razy w tygodniu w sesjach treningu poznawczego. Obecne badanie pokazało, że zmniejszenie intensywności treningu nie odbiło się negatywnie na jego skuteczności, ponadto poprawie uległo wykonanie testu związanego z funkcjonowaniem pamięci krótkotrwałej, czego nie udało się uzyskać w badaniu pilotażowym.

Wbrew przewidywaniom udział w treningu umiejętności poznawczych nie wpłynął znacząco na zmniejszenie się nasilenia objawów psychopatologicznych. Jakkolwiek korzystne zmiany zaobserwowano w odniesieniu do wszystkich grup objawów, nie osiągnęły one jednak poziomu istotności statystycznej. Zaskakujące jest zwłaszcza to, że nie uzyskano znaczącej redukcji nasilenia symptomów negatywnych, mimo że wiele studiów donosi o ich związku z takimi umiejętnościami poznawczymi jak: płynność słowna [41, 42, 43, 44, 45], pamięć werbalna [46, 47, 48, 49] czy poziom funkcji wykonawczych [43, 44, 45, 48, 50]. W grupie eksperymentalnej wyraźnie zmniejszyło się jedynie nasilenie objawów depresyjnych, mogło to jednak wynikać z czynników nie związanych ze zmianą funkcjonowania poznawczego, np. z optymistycznego nastawienia pacjentów wobec nowej formy rehabilitacji. Ponadto trafność oceny objawów depresyjnych była ograniczona, gdyż oparta była na zaledwie dwóch podskalach PANSS. Być może brak wyraźnego wpływu treningu na objawy wynikał ze specyfiki badanej grupy, w której przeważali pacjenci przewlekłe chorujący z wyjątkowo utrwalonymi schematami funkcjonowania. Nie jest wykluczone, że znaczącą zmianę nasilenia, przynajmniej niektórych objawów, uzyskano by, gdyby poprawa funkcjonowania poznawczego była głębsza. Kwestia ta wymaga jednak dalszych badań.

Psychoedukacja niewątpliwie korzystnie odbiła się na poziomie wglądu pacjentów w zaburzenia psychiczne. Wpływ ten był wyraźniejszy w grupie kontrolnej niż eksperymentalnej. Istnieje co prawda ryzyko, że zmiana ta była jedynie powierzchowna, że pacjenci nie zmodyfikowali swoich przeświadczeń o naturze choroby, niemniej zmiana, choćby na poziomie posiadanych wiadomości o chorobie, wydaje się niezmiernie ważna. Przeprowadzone badanie sugeruje, że zwiększeniu świadomości zaburzeń psychicznych sprzyjała poprawa w zakresie zdolności odroczonego odtwarzania materiału werbalnego. Wpływ poprawy wykonania innych testów poznawczych nie był istotny statystycznie. Interpretacja tych wyników musi być jednak wyjątkowo ostrożna, ponieważ znaczące zmiany funkcjonowania poznawczego uzyskano w grupie eksperymentalnej, wgląd zaś uległ wyraźniejszej modyfikacji w grupie kontrolnej. Łączne rozpatrywanie wyników pacjentów z obu grup wydaje się więc problematyczne. Zrezygnowano z ograniczenia oceny związku między zmiennymi poznawczymi i po-

ziomem wglądu do jednej z grup, ze względu na małą liczbę osób badanych. Również zbyt mało pacjentów uczestniczyło w obu cyklach zajęć, aby ocenić, czy wcześniejsze odbycie treningu poznawczego ułatwiało przyswajanie nowych informacji w trakcie psychoedukacji.

Ponieważ doniesienia w literaturze mówią o szerokim zakresie zaburzeń poznawczych u osób chorych na schizofrenię, w prowadzonym treningu stosowaliśmy ćwiczenia różnorodnych umiejętności poznawczych, niemniej w przyszłych badaniach warto byłoby podjąć próbę prowadzenia ćwiczeń indywidualnie dopasowanych do potrzeb pacjenta. W naszym badaniu nie poruszyliśmy szeregu problemów związanych z trwałością efektów zastosowanych oddziaływań, a także ich generalizacji na funkcjonowanie społeczne czy jakość życia pacjentów. Zagadnienia te mamy nadzieję podjąć w dalszych badaniach.

Wnioski

1. Pacjenci uczestniczący w zajęciach treningu umiejętności poznawczych znacząco poprawili wykonanie wszystkich zastosowanych testów funkcjonowania poznawczego.
2. Nie udało się wykazać znaczącego wpływu rehabilitacji umiejętności poznawczych na nasilenie objawów psychopatologicznych.
3. Oddziaływania psychoedukacyjne istotnie wpłynęły na zwiększenie się wglądu w chorobę u badanych pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń schizofrenicznych.

İölięř ýöölęñçáııññē ñđlıçđıäçē ñđıñıáııññē đıçıráñlëüıüö ööıęöçē đđē řçıöđlıçē

Ñıáıđçrıçł

Ä đđıáıáııñē çññēıáııññē ïölıııř ýöölęñçáııññē ñđlıçđıäçē ñđıñıáııññē đıçıráñlëüıüö ööıęöçē đđē đıřáçēçñřöçē áıēüıüö řçıöđlıçē. İáñēıáııññē çç ýēñđıçēlıñřēüıñē áđöđđü đđçıçēřēç ö-řññēł á 12 ñłññē ö öđđçıçıçē đıçıráñlëüıüö ñđıñıáııññē, ř đřöçlıñü çıñđēüıñē áđöđđü öıäçēç ř đñçöıýäöçřöç. İölięř đđıä ř-řēıē ç đññēł řçıı-řıç öçęęř ñłññē đıřřçřēř, ññ áıēüıüł ýēñđıçēlıñřēüıñē áđöđđü řáēřářēç ñóüłññáııññē áıñřēç öö-řlıçē đıçıráñlëüıüö ööıęöçē, íłēłēç çıñđēüıř áđöđđř, ř çđıēł ñıáı, á řáçö áđöđđřö çır-çñlëüıü öáłēç-çēñ öđıáııü ïölięç ñáıçö đñçöç-ıñçöç řđöřlıçē. Ęlııł áüđřēlıñē,ıáıřçı, áüē đıáöçöç đñçöıđıñıēıäç-ıñçöç ñçēđñıēıä.

Die Beurteilung der Effektivität des Trainings der kognitiven Kenntnisse in der Schizophrenie

Zusammenfassung

In der durchgeführten Untersuchung beurteilte man die Wirksamkeit des Trainings der kognitiven Kenntnisse in der Rehabilitation der schizophrenkranken Personen. Die Untersuchten aus der experimentalen Gruppe nahmen an 12 Übungseinheiten der kognitiven Kenntnisse teil, und die Patienten aus der Kontrollgruppe nahmen an der Psychobildung teil. Die Beurteilung vor dem Beginn und nach der Beendigung der Etappe wies auf, dass die Personen aus der experimentellen Gruppe eine größere Besserung im kognitiven Funktionieren erreicht haben als die Kontrollgruppe; außerdem vergrößerte sich sehr in beiden Gruppen der Level der Einsicht

in die psychische Störungen, weniger deutlich war dagegen die Reduktion der psychopathologischen Symptome.

L'évaluation de l'efficacité du training des capacités cognitives des schizophrènes

Résumé

Le travail évalue l'efficacité du training des capacités cognitives des schizophrènes. Les personnes examinées ont suivi 12 sessions d'entraînement des capacités cognitives et les personnes du groupe de contrôle ont suivi les sessions de la psychoéducation. L'évaluation des capacités cognitives avant le training et après ce training démontre que les capacités des personnes du groupe suivant ce training sont devenues plus larges que celles du groupe de contrôle. Dans ces groupes on note l'augmentation de connaissance concernant cette maladie, au contraire, la réduction des symptômes psychopathologiques est moins remarquable.

Piśmiennictwo

1. Green MF, Walker E. *Attentional performance in positive-and negative-symptom schizophrenia*. Schizophr. Res. 1986; 174: 208–213.
2. Joyce EM, Collinson SL, Crichton P. *Verbal fluency in schizophrenia: relationship with executive function, semantic memory and clinical alogia*. Psychol. Med. 1996; 26: 39–49.
3. Morrison AP, Haddock G. *Cognitive factors in source monitoring and auditory hallucinations*. Psychol. Med. 1997; 27: 669–679.
4. Baker CA, Morrison AP. *Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition*. Psychol. Med. 1998; 28: 1199–1208.
5. Brébion G, Smith MJ, Gorman JM, Amador X. *Discrimination accuracy and decision biases in different types of reality monitoring in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 1997; 185: 247–253.
6. Liddle PF. *The symptoms of chronic schizophrenia: a re-examination of the positive-negative dichotomy*. Brit. J. Psychiatry 1987; 151: 145–151.
7. Norman RMG, Malla AK, Morrison-Stewart SL, Helmes E, Williamson PC, Thomas J, Cortese L. *Neuropsychological correlates of syndromes in schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1997; 170: 134–139.
8. Kawasaki Y, Maeda Y, Sakai N, Higashima M, Urata K, Yamaguchi N, Kurachi M. *Evaluation and interpretation of symptom structures in patients with schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 1994; 89: 399–404.
9. Lindenmayer J-P, Grochowski S, Hyman RB. *Five factor model of schizophrenia: replication across samples*. Schizophr. Res. 1995; 14: 229–234.
10. Bell MD, Lysaker PH, Beam-Goulet JL, Milstein RM, Lindenmayer J-P. *Five-component model of schizophrenia: assessing the factorial invariance of the Positive and Negative Syndrome Scale*. Psychiatry Res. 1994; 52: 295–303.
11. Wciórka J. *Współczesna diagnostyka schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7: 117–134.
12. McKee M, Hull JW, Smith TE. *Cognitive and symptom correlates of participation in social skills training groups*. Schizophr. Res. 1997; 23: 223–229.
13. Lysaker PH, Bell MD, Bioty SM. *Cognitive deficits in schizophrenia. Prediction of symptom change for participants in work rehabilitation*. J. Nerv. Ment. Dis. 1995; 183: 332–336.
14. Lysaker PH, Bell MD, Zito WS, Bioty SM. *Social skills at work. Deficits and predictors of improvement in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 1995; 183: 688–692.
15. Kolakowska T, Williams AO, Jambor K, Ardern M. *Schizophrenia with good and poor outcome. III: Neurological „soft” signs, cognitive impairment and their clinical significance*. Brit. J.

- Psychiatry 1985; 146: 348–357.
16. Perlick D, Stastny P, Mattis S, Teresi J. *Contribution of family, cognitive and clinical dimensions to long-term outcome in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1992; 6: 257–265.
 17. Harvey PD, Howanitz E, Parrella M, White L, Davidson M, Mohs RC, Hoblyn J, Davis KL. *Symptoms, cognitive functioning, and adaptive skills in geriatric patients with lifelong schizophrenia: a comparison across treatment sites*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1080–1086.
 18. Harvey PD, Lombardi J, Leibman M, White L, Parrella M, Powchik P, Davidson M. *Cognitive impairment and negative symptoms in geriatric chronic schizophrenic patients: a follow-up study*. Schizophr. Res. 1996; 22: 223–231.
 19. Silverstein ML, Harrow M, Mavrolefteros, Close D. *Neuropsychological dysfunction and clinical outcome in psychiatric disorders: a two-year follow-up study*. J. Nerv. Ment. Dis. 1997; 185: 722–729.
 20. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. *Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 826–836.
 21. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. *Assessment of insight in psychosis*. Am. J. Psychiatry 1993; 150: 873–879.
 22. David AS. *Insight and psychosis*. Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 798–808.
 23. Lamot G, Grzywa A. *Wgląd a choroba psychiczna*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 97–110.
 24. Smith TE, Hull JW, Israel LM, Willson DF. *Insight, symptoms, and neurocognition in schizophrenia and schizoaffective disorder*. Schizophr. Bull. 2000; 26: 193–200.
 25. Young DA, Zakzanis KK, Bailey C, Davila R, Griese J, Sartory G, Thom A. *Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease*. J. Nerv. Ment. Dis. 1998; 186: 44–50.
 26. Young DA, Davila R, Scher H. *Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia*. Schizophr. Res. 1993; 10: 117–224.
 27. Nieznański M. *Trening umiejętności poznawczych – możliwości i ograniczenia nowej formy rehabilitacji w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 267–274.
 28. Medalia A, Aluma M, Tryon W, Merriam AE. *Effectiveness of attention training in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1998; 24: 147–152.
 29. Wexler BE, Hawkins KA, Rounsaville B, Anderson M, Sernyak MJ, Green MF. *Normal neurocognitive performance after extended practice in patients with schizophrenia*. Schizophr. Res. 1997; 26: 173–180.
 30. Hoffman RE, Satel SL. *Language therapy for schizophrenic patients with persistent „voices”*. Brit. J. Psychiatry 1993; 162: 755–758.
 31. Brenner HD, Roder V, Hodel B, Kienzle N, Reed D, Liberman RP. *Integrated psychological therapy for schizophrenic patients (IPT)*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers; 1994.
 32. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. *Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation*. Schizophr. Bull. 1999; 25: 657–676.
 33. Nieznański M, Walczak S, Chojnowska A. *Rehabilitacja umiejętności poznawczych w schizofrenii – doniesienie wstępne*. Wiad. Psychiatr. 2000; 3: 79–84.
 34. *World Health Organization. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Przeł. Pużyński S, Wciórka J. Kraków–Warszawa: Versalius, IPiN; 1997.
 35. Nieznański M. *Materiały do prowadzenia treningu umiejętności poznawczych*. Nie opublikowany skrypt; Warszawa: ZLS IPiN; 2000.
 36. Guilford JP. *Natura inteligencji człowieka*. Warszawa: PWN; 1978.
 37. Matczak A. *Diagnoza intelektu*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1994.

38. Taffiński T. *Edukacja pacjentów i ich rodzin jako element oddziaływań psychospołecznych w leczeniu schizofrenii*. Psychoter. 1998; 1 (104): 33–42.
39. Brzeziński J, Hornowska E, red. *Skala Inteligencji Wechslera WAIS-R. Polska adaptacja, standaryzacja, normalizacja i wykorzystanie w diagnostyce psychologicznej*. Warszawa: PWN; 1993.
40. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13: 261–276.
41. Allen HA, Liddle PF, Frith CD. *Negative features, retrieval processes and verbal fluency in schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163: 769–775.
42. Howanitz E, Cicalese C, Harvey PD. *Verbal fluency and psychiatric symptoms in geriatric schizophrenia*. Schizophr. Res. 2000; 42: 167–169.
43. Berman I, Viegner B, Merson A, Allan E, Pappas D, Green AI. *Differential relationships between positive and negative symptoms and neuropsychological deficits in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1997; 25: 1–10.
44. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. *Longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48: 239–246.
45. Addington J, Addington D. *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1999; 25: 173–182.
46. Stirling JD, Hellewell JSE, Hewitt J. *Verbal memory impairment in schizophrenia: no sparing of short-term recall*. Schizophr. Res. 1997; 25: 85–95.
47. Sullivan EV, Shear PK, Zipursky RB, Sagar HJ, Pfefferbaum A. *A deficit profile of executive, memory, and motor functions in schizophrenia*. Biol. Psychiatry 1994; 36: 641–653.
48. Addington J, Addington D. *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study*. Schizophr. Res. 2000; 44: 47–56.
49. Morrison-Stewart SL, Williamson PC, Corning WC, Kutcher SP, Snow WG, Merskey H. *Frontal and non-frontal lobe neuropsychological tests performance and clinical symptomatology in schizophrenia*. Psychol. Med. 1992; 22: 353–359.
50. Bilder R, Goldman R, Robinson D, Reiter G, Bell L, Bates JA, Pappadopulos E, Willson DF, Alvir JMJ, Woerner MG, Geisler S, Kane JM, Liberman JA. *Neuropsychology of first-episode schizophrenia: initial characterization and clinical correlates*. Am. J. Psychiatry 2000; 157: 549–559.

Otrzymano: 19.12.2001

Zrecenzowano: 18.06.2002

Przyjęto do druku: 22.06.2002

Adres: Marek Nieznański
04-305 Warszawa, ul. Żółkiewskiego 40 m.

