

## Uczenie przewlekle chorych psychicznie rozpoznawania objawów prodromalnych

*Training the chronically mentally ill to identify prodromal symptoms*

ANDRZEJ AXER

*Z Oregon State Hospital*

**STRESZCZENIE.** Przedstawiono zasady treningu w kontrolowaniu objawów chorobowych opracowane w szpitalu stanowym stanu Oregon (USA). Wskazawszy na cztery podstawowe czynniki wpływające na przebieg choroby (objawy zwiastunowe, objawy przewlekłe, uboczne efekty farmakoterapii, codzienne wahania samopoczucia) określono zakresy tematyczne treningu (rozpoznawanie objawów zwiastunowych, umiejętność korzystania z pomocy lekarskiej, radzenie sobie z objawami przewlekłymi, informacje o unikaniu alkoholu i narkotyków). Opisano etapy treningu oraz - bardziej szczegółowo - trening rozpoznawania objawów zwiastunowych. W zakończeniu autor przekazuje swe obserwacje dotyczące skuteczności takiego treningu (red.).

**SUMMARY.** Principles of a symptom management training program developed in the Oregon State Hospital (USA) are presented. The author points to four basic factors affecting the course of illness (prodromal symptoms, chronic symptoms, medication side-effects, normal variations in mood), and presents the topics covered by the program (prodromal symptoms identification, medication management skills, coping with chronic symptoms, education on the necessity of abstaining from alcohol and drugs). Particular stages of the training are briefly described, and a detailed description is given of the training in prodromal symptoms identification. Finally, the author comments on the training effectiveness. (Eds.)

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia / radzenie sobie / trening behawioralny

**Key words:** schizophrenia / coping / behavioral training

---

Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie jest sztuką, która wymaga dwóch podstawowych cnót. Jedną z nich to wiara pomagającego w możliwość zmiany - nadzieja, że pacjent jest w stanie nauczyć się czegoś nowego. Druga cnota - to cierpliwość rozumiana jako zdolność tolerowania powolnego, nieraz trudno dostrzegalnego, tempa zmiany. Niektórzy terapeuci potrafią obie te cnoty łączyć harmonijnie. Mają oni rodzaj "idealnego słuchu". Z doskonałym wyczuciem dawają zadania, stosownie do aktualnych możliwości pacjenta. Unikają robienia za pacjenta czegoś, co on potrafi zrobić samodzielnie. Nie oczekują wreszcie zbyt wiele zbyt szybko i dzięki

temu zachowują tak potrzebny w rehabilitacji spokojny optymizm (1). Dla kogoś, kto jak autor tego omówienia, nie posiada "idealnego słuchu", przydatny jest natomiast rodzaj partytury zmuszającej do dyscypliny w praktykowaniu obu cnót: nadziei i cierpliwości.

Taką partyturę pomocną w prowadzeniu rehabilitacji przewlekle chorych psychicznie stanowią programy treningowe opracowane w *UCLA Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation* w Los Angeles. Każdy z nich dotyczy innej dziedziny umiejętności życiowych. Wszystkie jednak zbudowane są tak samo - w postaci serii zadań, które stopniowo oswajają pacjentów z

daną sprawnością. Program zawiera szczegółowe instrukcje dotyczące każdego zadania. Odpowiednio do tych instrukcji trener musi konsekwentnie stosować metody uczenia poznawczego, dokonywać powtórek materiału, korzystać z różnorodnych środków wizualnych. Jego bezpośredni i aktywny styl musi być utrzymany w ryzach dyscypliny programu. Dzięki temu możliwe jest pokonanie barier symptomatologicznych, poznawczych i motywacyjnych, które utrudniają przewlekle chorym nabywanie nowych umiejętności (3).

Oddział Dzienny Rehabilitacji IPiN zaadaptował jeden z programów opracowanych w UCLA do uczenia polskich pacjentów aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym. Przedmiotem tego omówienia jest natomiast inny trening dotyczący umiejętności radzenia sobie z objawami choroby (5). Autor stosował ten program w oddziałach psychiatrii sądowej w dużym szpitalu stanowym w Oregon (USA). W tym omówieniu poświęci najwięcej uwagi części treningu obejmującej umiejętności rozpoznawania zwiastunów nawrotu psychozy.

## SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W OREGON

Kilka informacji o szpitalu stanowym w Oregon umożliwi czytelnikowi lepsze zrozumienie środowiska, w którym autor zbierał swoje doświadczenia w uczeniu pacjentów kontrolowania objawów choroby. *Oregon State Hospital (OSH)* jest dużym kompleksem szpitalnym składającym się z programu dla dzieci i młodzieży (trzy oddziały), programu geriatrycznego (cztery oddziały) i programu psychiatrii sądowej (dwanaście oddziałów). W hallu budynku administracji, przy samych drzwiach wejściowych, leży imponującej wielkości blok z błyszczącymi kranami i zaworami. Na nim informacja, że jest to urządzenie do hydroterapii, które jednemu z bohaterów "Lotu nad kukułczym gniazdem" utorowało drogę na wolność. Tutaj właśnie w Oregon kręcono słynny film Formana. Pod koniec lat

siedemdziesiątych widzowie w Polsce skłonni byli odbierać "Lot nad kukułczym gniazdem" jako metaforę buntu przeciw systemowi tyrannizującemu umysły. Tymczasem dla niektórych pracowników szpitala w Oregon film jest znakomitym studium wykołajenia zbuntowanego przeciwko zasadniczo sprawnie i dobrze funkcjonującej instytucji. To jest szczegół charakterystyczny dla tego środowiska. Gwoli sprawiedliwości trzeba jednak dodać, że Oregon State Hospital był w latach siedemdziesiątych jedynym szpitalem amerykańskim, którego dyrekcja odważyła się wpuścić do środka ekipę filmową.

Inny szczegół istotny dla zrozumienia kontekstu to fakt, że blisko trzy czwarte całej populacji OSH stanowią pacjenci internowani w oddziałach psychiatrii sądowej (w sumie 486 łóżek). Wśród internowanych znaczący odsetek to osoby przewlekle chore psychicznie uznane za niepoczytalne ("*Not quilty by reason of insanity*" lub "*Not responsible by reason of mental disease or defect*"). W Oregon osoby te, jako niebezpieczne dla otoczenia, przekazywane są przez sąd pod kuratelę specjalnej komisji dbającej o ochronę bezpieczeństwa publicznego (*Psychiatric Security Review Board*). Komisja ta, złożona z prawnika, psychiatry, psychologa, kuratora sądowego i przedstawiciela lokalnej społeczności, rozstrząsa ścisłą kontrolę nad chorymi niebezpiecznymi dla otoczenia przez cały okres internowania i także po ich zwolnieniu ze szpitala (np. komisja ta decyduje, gdzie pacjent ma mieszkać i określa stopień koniecznej superwizji). Możliwość warunkowego zwolnienia ze szpitala rozważana jest przez PSRB jedynie w stosunku do internowanych, którzy umieją wykazać się znajomością swych objawów (szczególnie tych związanych z popełnionym przestępstwem) oraz potrafią zademonstrować umiejętności radzenia sobie z nimi. To jest właśnie główny powód zainteresowania szpitala w Oregon uczeniem pacjentów kontrolowania objawów chorobowych.

## TRENING W KONTROLOWANIU OBJAWÓW CHOROBOWYCH

### Założenia treningu

U podstaw treningu w kontrolowaniu objawów chorobowych leży założenie, że pacjenci powinni być przygotowani do świadomego i aktywnego udziału w leczeniu własnej choroby. Chcemy, by lepiej rozumieli nasze propozycje i odpowiedzialnie z nami współpracowali. Zachęcamy ich również do korzystania z pomocy innych osób, którym ufają.

Po drugie, poprzez współpracę w ramach treningu z wybraną przez pacjenta i bliską mu osobą, chcemy ułatwić obu stronom porozumienie się w kwestii objawów np. w uzgodnieniu co jest, a co nie jest objawem choroby, jakie są zwiastuny pogorszenia stanu psychicznego i co każda ze stron powinna wtedy robić. Mamy nadzieję wzmacniać w ten sposób znaczenie osób stanowiących dla pacjenta ważne źródło oparcia. Pragniemy równocześnie obniżyć ryzyko konfliktów typowych dla okresu prodromalnego.

Po trzecie, spodziewamy się, że pacjent zdolny do trafnego rozpoznawania u siebie objawów zwiastunowych, będzie umiał tę umiejętność we właściwym momencie wykorzystać. Oczekujemy, że zwracając się o pomoc odpowiednio wcześniej, jeśli nie uniknie nawrotu choroby, to przynajmniej osłabi jego szkodliwy wpływ na własne życie.

### Cztery ważne czynniki w przebiegu choroby

Program treningowy posługuje się koniecznymi uproszczeniami, by ułatwić pacjentom wprowadzenie ładu w miejsce chaosu wywołanego przez psychozę. We wstępie do programu definiuje się i omawia znaczenie czterech kluczowych terminów. Są one osią wokół której uczestnicy zajęć mogą uporządkować swoje różnorodne doświadczenia związane z przeżywaniem choroby.

Pierwszy czynnik to *objawy zwiastunowe (prodromalne)*, definiowane jako zmiany w

samopoczuciu lub zachowaniu, które zachodzą w okresie od kilku tygodni do kilku dni przed właściwym epizodem psychiatrycznym. Przykładem objawów zwiastunowych, które w programie treningowym nazywa się sygnałami ostrzegawczymi ("*warning signs*"), są zaburzenia snu, utrata apetytu, napięcie i wybuchowość, zmiany w nastroju, trudności w koncentracji uwagi itp. Wyniki badań dotyczących okresu prodromalnego świadczą o tym, że przy znacznej różnorodności objawów zwiastunowych w populacji chorych, kolejne nawroty u tej samej osoby są zwykle poprzedzane tymi samymi zwiastunami (2, 4). Program treningowy operuje więc pojęciem indywidualnych sygnałów ostrzegawczych ("*personal warning signs*") dla określenia specyficznej dla danego pacjenta i stabilnej w czasie konfiguracji objawów zwiastunowych.

Drugi czynnik to *objawy przewlekłe* definiowane w programie jako objawy choroby, które występują mniej lub bardziej stale pomimo leczenia farmakologicznego. Jako przykłady podaje się halucynacje słuchowe, podejrliwość, obniżony nastrój itp. Podkreśla się, że w przybliżeniu tylko jeden na czterech chorych jest nękany przez objawy przewlekłe oraz, że nawet najbardziej przykre i uporczywe z nich mogą z czasem ustąpić. Dodaje się jednak, że każdy kolejny nawrót zwiększa ryzyko ich wystąpienia. Nasilone objawy przewlekłe mogą stać się także sygnałami ostrzegającymi pacjenta ("*warning signs*") o zwiększonym ryzyku wystąpienia ostrego epizodu psychozy.

Trzeci czynnik to *uboczne efekty farmakoterapii*. We wprowadzeniu do programu podkreśla się, że uboczne efekty leczenia farmakologicznego mogą nieraz przypominać objawy choroby. Przestrzega się również uczestników zajęć przed konsekwencjami pochopnego odstawiania leków.

Czwarty czynnik to *zmiany w codziennym samopoczuciu (normal variations in mood)*. Podkreśla się, że wahania samopoczucia nie są same w sobie objawem choroby. Wszyscy bowiem przeżywamy takie zmiany - od uczucia

radości do przygnębienia - w odpowiedzi na to, co dzieje się w naszym powszednim życiu. Program treningowy informuje jednak, że osoby chore psychicznie są szczególnie wrażliwe na trudne sytuacje życiowe i dlatego ich normalne wahania nastroju, w reakcji na stres, mogą stać się sygnałami ostrzegającymi o nawrocie psychozy.

Od pacjentów nie oczekuje się, że będą sami potrafili dokonać trafnego rozróżnienia pomiędzy zwiastunami psychozy, objawami przewlekłymi, ubocznymi efektami farmakoterapii i codziennymi wahaniami samopoczucia. Autorzy programu nie ukrywają, że takie rozróżnienie bywa niekiedy trudne również i dla klinicysty. Oczekują jedynie, że uczestnicy treningu świadomi istnienia tych czterech czynników, będą bardziej wyczuleni na zmiany w swoim stanie psychicznym i w razie wątpliwości zwrócą się po fachową pomoc.

## Zakresy tematyczne treningu

Trening w radzeniu sobie z objawami choroby dzieli się na cztery zakresy tematyczne.

Pierwszy dotyczy rozpoznawania objawów prodromalnych. Pacjenci poznają zwiastuny nawrotu typowe dla przebiegu poważnej choroby psychicznej oraz identyfikują u siebie objawy zwiastunowe. Wreszcie uczą się obserwować i notować na codzień ich nasilenie z pomocą trenera i osób bliskich.

Drugi zakres tematyczny obejmuje umiejętności korzystania z pomocy lekarza i osób bliskich w razie, gdy objawy zwiastunowe ulegają nasileniu. Uczestnicy treningu opracowują szczegółowe, indywidualne plany działania na wypadek pogorszenia się ich stanu psychicznego (*emergency plan*).

Trzecia część programu dotyczy umiejętności radzenia sobie z objawami przewlekłymi. Uczestnicy treningu identyfikują u siebie te objawy, zaczynają obserwować i notować na codzień ich nasilenie (tak samo jak wcześniej nasilenie objawów zwiastunowych). Wreszcie uczą się stosować rozmaite pozafar-

makologiczne techniki "wyciszania" objawów przewlekłych.

Czwarty zakres obejmuje informacje na temat korzyści z unikania alkoholu i narkotyków. Uczestnicy treningu uczą się rozpoznawać u siebie czynniki spustowe i wybierać w tych okolicznościach aktywności alternatywne. Ćwiczą się też w umiejętności stanowczego przeciwstawiania się społecznej presji zmuszającej do spożywania alkoholu i narkotyków.

## Etapy treningu

Dzięki systematycznej budowie programu treningowego jego uczestnicy zawsze wiedzą z góry, czego mogą się w trakcie zajęć spodziewać. Element zaskoczenia i ryzyko nadmiernej stymulacji emocjonalnej zostają w ten sposób sprowadzone do minimum. Materiał w obrębie danego zakresu tematycznego podzielony jest na siedem zadań stanowiących kolejne etapy treningu. Każde z zadań ma ściśle określoną rolę w ułatwianiu przewlekłym chorym uczenia się nowych umiejętności.

Pierwszy etap to *wprowadzenie do zakresu tematycznego*. Trener zachęca pacjentów do podjęcia trudu przyswojenia sobie danej umiejętności. Omawia korzyści płynące z osiągnięcia tego celu, definiuje znaczenie kluczowych terminów i objaśnia procedurę ćwiczeń. We wprowadzeniu do tematu: "Rozpoznawanie objawów zwiastunowych" pacjenci dowiadują się o istnieniu objawów prodromalnych przez analogię do zwiastunów przeziębienia. Trener informuje również o tym, że nauczą się je dostrzegać i obserwować u siebie. Dzięki temu staną się bardziej wyczuleni na sytuację zwiększonego ryzyka nawrotu psychozy.

Drugi etap treningu to *demonstracja video* będąca wizualną formą modelowania nowej umiejętności. Demonstracja video składa się ze scen podzielonych na małe fragmenty. Po zakończeniu każdego fragmentu trener przerywa projekcję i sprawdza, jak widzowie zapamiętali przedstawiony materiał. W zależności od poziomu poznawczego grupy, trener albo

zadaje uczestnikom szczegółowe pytania, albo prosi o podsumowanie całego fragmentu. Udziela pozytywnych wzmocnień za trafne odpowiedzi. W przypadku błędnej odpowiedzi lub jej braku, pozytywnie ocenia starania pacjenta i powtarza stosowaną część materiału video. Pokaz video w zakresie radzenia sobie z objawami zwiastunowymi przedstawia młodego pacjenta w dwóch sytuacjach prodromalnych. W pierwszej scenie widzimy go na spotkaniu z terapeutą w towarzystwie matki, która wyraża zaniepokojenie pogarszającym się stanem psychicznym syna. Pacjent wyjaśnia, że jego objawy zwiastunowe nasiliły się rzeczywiście pod wpływem nalegań matki, by podjął na nowo naukę w szkole. Terapeuta taktownie przekonuje matkę o konieczności ograniczenia oczekiwań wobec syna. W drugiej scenie pacjent zwraca się o pomoc do lekarza, gdy jego objawy zwiastunowe nasilają się bez uchwytnego powodu. Lekarz proponuje zwiększenie dawki leku i odpowiada na wątpliwości pacjenta związane z możliwymi efektami ubocznymi.

Trzeci etap treningu składa się z *zadań polegających na odgrywaniu ról*. Stwarzają one uczestnikom zajęć możliwość wypróbowania nowych umiejętności w bezpiecznych warunkach treningowych. Rola pacjenta w każdym ćwiczeniu jest opisana zwięźle na tablicy umieszczonej w zasięgu jego wzroku. Trener stara się maksymalnie zwiększyć szansę ćwiczącego na sukces w odgrywanej scenie. Udziela mu prostych instrukcji, podpowiada w razie potrzeby. Po zakończeniu ćwiczenia chwali pacjenta za każdy pozytywny element jego próby. Skupia się przy tym zarówno na ocenie demonstrowanej umiejętności jak i na różnych aspektach komunikacji werbalnej i pozawerbalnej (kontakt wzrokowy, postawa ciała, gestykulacja, siła głosu, płynność wypowiedzi itp.). Trener zbiera również pozytywne informacje zwrotne od pozostałych uczestników zajęć. Nie pozwala, aby pacjenci krytykowali się wzajemnie. Przedmiotem ćwiczeń są te same umiejętności, które wcześniej przedstawione były w scenach video. Pierwsze takie

ćwiczenie dotyczące rozpoznawania objawów zwiastunowych polega na odwróceniu ról. Trener gra pacjenta, który niepokoi się pogorszeniem swego stanu psychicznego. Pacjent gra terapeutę, który tłumaczy mu, czym są objawy zwiastunowe i co można robić, by obniżyć ryzyko nawrotu psychozy. W drugim ćwiczeniu z tego samego zakresu tematycznego pacjent gra samego siebie i prosi wybraną, zaufaną osobę (graną przez trenera), by udzielała mu informacji zwrotnych dotyczących jego objawów zwiastunowych.

Kolejne dwa etapy treningu to *zadania w pokonywaniu przeszkód utrudniających zastosowanie umiejętności w codziennym życiu*. Intencją obu tych rodzajów zadań jest przyswojenie pacjentom zdolności trafnego definiowania problemu, brania pod uwagę wszystkich możliwych rozwiązań, oceniania za i przeciw każdego z nich i wyboru rozwiązania najbardziej skutecznego. Program nie dostarcza żadnej gotowej recepty. Uczy ogólnej metody rozwiązywania problemów (*problem-solving method*). Pierwszy rodzaj ćwiczeń uczy stosowania tej metody do zdobywania zasobów (np. ludzi i środków materialnych), niezbędnych na przykład do prowadzenia obserwacji własnego stanu psychicznego lub szukania pomocy w sytuacji prodromalnej. Drugi rodzaj to ćwiczenia w radzeniu sobie z komplikacjami w sytuacjach, gdy otoczenie reaguje nieoczekiwanie na prawidłowo zastosowane umiejętności. Na przykład pacjent prosi bliską mu i zaufaną osobę o pomoc w monitorowaniu objawów zwiastunowych, ale ta osoba odmawia pomocy.

Dwa ostatnie etapy treningu dają uczestnikom okazję do *zastosowania nowych umiejętności* poza miejscem zajęć. Najpierw pacjent wykonuje zadanie w warunkach naturalnych w obecności i przy wsparciu ze strony trenera. Na przykład zadanie w warunkach naturalnych z zakresu rozpoznawania objawów zwiastunowych polega na podpisaniu umowy z zaufaną osobą. Pacjent udziela tej osobie zgodę na współudział w monitorowaniu swego stanu psychicznego. Osoba wspierająca zobowiązu-

je się do pomocy w rozpoznawaniu objawów zwiastunowych pacjenta i także do powiadomienia lekarza o ich nasileniu się, ale tylko wtedy jeżeli sam pacjent uporczywie odmawia szukania pomocy. Trener jest obecny w czasie spotkania, pomaga stronom w osiągnięciu porozumienia i zobowiązuje się służyć w przyszłości jako arbiter w razie różnic w interpretacji tej umowy.

Zadanie domowe jest ostatnim etapem treningu służącym generalizacji jego efektów do warunków codziennego życia. W odróżnieniu od poprzedniego, każdy z uczestników zajęć wykonuje je na własną rękę. Na przykład zadanie domowe w rozpoznawaniu objawów zwiastunowych polega na tym, że pacjenci codziennie, przez tydzień lub dwa, notują samodzielnie nasilenie własnych zwiastunów nawrotu na specjalnym wykresie przygotowanym przez trenera. Trener omawia wyniki tych obserwacji w trakcie zajęć, by przekonać się, czy pacjenci wykonują zadanie domowe prawidłowo.

## **UCZENIE ROZPOZNAWANIA OBJAWÓW ZWIASTUNOWYCH W SKRÓCONEJ WERSJI TRENINGU**

Pełny program treningowy dla grupy złożonej z kilku pacjentów przy godzinnych spotkaniach dwa razy w tygodniu, trwa od 4 do 6 miesięcy. Prowadzenie takich zajęć jest możliwe albo w warunkach ambulatorium, albo w oddziałach szpitalnych, gdzie czas pobytu pacjenta mierzy się w latach. W większości oddziałów sądowych szpitala w Oregon czas nie stanowi bariery w prowadzeniu wielomiesięcznego treningu. Jednakże są także dwa oddziały sądowe doraźnej pomocy o maksymalnym stopniu nadzoru (*maximum security*), które przyjmują pacjentów z innych oddziałów lub wprost ze społeczności, często w stanie ostrej psychozy. Dla potrzeb tych oddziałów, autor opracował skróconą wersję treningu w rozpoznawaniu objawów zwiastuno-

wych. Jest ona kompilacją dwóch pierwszych zakresów tematycznych z oryginalnego programu, pozbawioną ważnych zadań, takich jak odgrywanie ról lub ćwiczenia w rozwiązywaniu problemów. W ograniczonym do pięciu spotkań programie pozostały jedynie te kluczowe zadania, bez których przyswojenie pacjentowi zdolności rozpoznawania zwiastunów nawrotu byłoby zupełnie niemożliwe. Trzeba jednak dodać, że ta okaleczona wersja treningu nadaje się jedynie dla chorych bez głębszych deficytów poznawczych, którzy uczą się względnie łatwo zaraz po osiągnięciu stabilizacji objawowej.

## **Identyfikacja objawów zwiastunowych**

Pierwsze z kluczowych zadań polega na identyfikacji specyficznych dla danej osoby objawów prodromalnych. Trener pomaga pacjentowi w odtworzeniu jego doświadczeń i okoliczności bezpośrednio poprzedzających nawrót choroby. Prosi ćwiczącego, by opisał te przeżycia własnymi słowami. Zachęca do próby umieszczenia ich kolejno na prostej, której odcinki wyznaczają tygodnie lub dni poprzedzające nawrót. Często np. pierwszym zwiastunem są kłopoty ze snem. Pacjent przypomina sobie, że zaczął cierpieć na bezsenność zaraz potem, gdy nie otrzymał spodziewanego przekazu z opieki społecznej. W tydzień później pojawił się kolejny zwiastun. "Czułem się bezradny i przygnębiony" - tak określa to przeżycie. Wkrótce potem jeszcze coś innego - "wrażenie, że ludzie mogą chcieć go skrzywdzić". Wreszcie na dwa dni przed przeniesieniem do oddziału doraźnej pomocy pacjent zaczyna słyszeć głosy grożące mu śmiercią. Dokonany przy aktywnym udziale samego pacjenta graficzny zapis przeżyć prowadzących do ostrego epizodu choroby pomaga mu lepiej uchwycić różnicę między objawami prodromalnymi i właściwymi objawami psychozy. W przypadku licznych zmian występujących przed nawrotem, znajomość ich chronologii pozwala na wybór zwiastunów

najwcześniejszych. Inne kryterium to subiektywne znaczenie, jakie przywiązuje pacjent do danego objawu. To przeżycie musi mieć dla niego realny sens. Z drugiej strony warto jest zachęcić pacjenta do wyboru przynajmniej jednego takiego objawu prodromalnego, który jest łatwy do obserwacji przez osobę zaufaną i nie budzi wątpliwości u tej osoby. Jeśli jednak ćwiczący, z różnych powodów, nie jest zdolny odtworzyć z pamięci swoich przeżyć i okoliczności poprzedzających nawrót choroby, wówczas korzysta z listy potencjalnych objawów zwiastunowych. Lista ta jest jednym z kilku standardowych instrumentów programu treningowego. Ćwiczący, z pomocą trenera, wybiera spośród 41 pozycji na liście te, które charakteryzują jego przeżycia lub zachowania "tylko wtedy, zanim staje się naprawdę chory". Jeżeli tych objawów po pierwszej selekcji pozostaje zbyt wiele, to wybiera się nie więcej niż cztery, które są chronologicznie najwcześniejsze, subiektywnie znaczące i najbardziej jednoznaczne.

### **Definiowanie stopni nasilenia zwiastunów**

Drugie zadanie trenera w skróconej wersji programu polega na ułatwieniu pacjentowi określenia trzech poziomów nasilenia każdego z wybranych objawów prodromalnych. Definicje powinny być wyrażone w języku potocznym i muszą dość precyzyjnie różnicować stopień nasilenia danego zwiastunu: słaby, średni i wysoki. Zaczniemy dla ilustracji od "kłopotów ze snem". Dla tego objawu można łatwo określić wymierne wskaźniki nasilenia. Powiedzmy, że pacjent sypia zwykle 7 godzin. Trener pyta o to, co dzieje się z snem ćwiczącego, gdy zwiastun jest tylko trochę nasilony. Jeżeli pacjent odpowiada, że śpi wtedy "nie więcej niż 5 godzin", to jego określenie staje się definicją słabego nasilenia objawu. Następnie trener pyta o przeciwny kraniec continuum i dowiaduje się, że przed samym nawrotem psychozy pacjent: "chodzi po swoim pokoju całą noc i pali papierosy". To staje się określe-

niem wysokiego nasilenia objawu. Na końcu znajduje się poziom pośredni: np. "śpię nie dłużej niż 3 godziny". Dla uczuć lub przekonań trzeba szukać mniej wymiernych kryteriów. Takim kryterium może być dla przykładu stopień, w jakim te przeżycia dezorganizują życie pacjenta. Dla ilustracji przekonanie że "ludzie chcą mnie skrzywdzić" jest słabo nasilone, gdy pacjent "ma przelotnie takie wrażenie, ale nie zawraca sobie tym głowy". Ten sam zwiastun jest bardzo nasilony, jeśli pacjent "trzyma się stale na baczności". Stopniem pośrednim może być określenie "coraz trudniej odwracam od tego uwagę". Te definicje mogą być subiektywne. Muszą być jednak zawsze wyrażone w języku zrozumiałym dla samego pacjenta, gdyż to jemu właśnie mają być dalej pomocne (zob. ryc. 1).

### **Obserwacja objawów zwiastunowych**

Trzecie i ostatnie zadanie polega na rozpoczęciu przez ćwiczących systematycznej obserwacji rozpoznanych u siebie objawów prodromalnych. Pacjenci korzystają ze zbudowanych uprzednio definicji do monitorowania stopnia nasilenia zwiastunów. Notują swoje codzienne obserwacje na specjalnym wykresie należącym do standardowego wyposażenia programu (zob. ryc. 2) i omawiają je z trenerem aż do chwili, gdy cały ten proces stanie się dla nich powszednią rutyną.

### **DOŚWIADCZENIA ZWIĄZANE ZE STOSOWANIEM TRENINGU W SZPITALU W OREGON**

Głównym zadaniem autora w szpitalu w Oregon jest szkolenie i konsultowanie personelu w metodach treningu umiejętności społecznych. Metody te mają największe zastosowanie w programie psychiatrii sądowej. Tam, w wybranych oddziałach, autor znajduje kilka osób personelu zainteresowanych prowadzeniem treningu. Zdarzają się wśród tych osób lekarze, psychologowie, pra-

Name \_\_\_\_\_

## Severity of Warning Signs

### SKILL AREA 1: Identifying Warning Signs of Relapse

Write your personal warning signs on the left side of this sheet. Then, your trainer or co-trainer will help you, assisted by your supporters, to define the severity levels of your warning signs and write the definitions on the right side of the sheet.

#### Warning Sign

1. Mam kłopoty ze snem

#### Severity

Severe is Chodzę po pokoju przez całą noc  
i palę papierosyModerate is Spie nie dluzej niz trzy godzinyMild is Spie nie dluzej niz piec godzin2. Mam poczucie, ze ludzie chcą  
mnie skrzywdzić

Severe is Trzymam sie stale na baczności

Moderate is Coraz trudniej odwracam od tego  
uwagęMild is Mam przelotnie takie wrazenie  
ale nie zawracam sobie tym głowy

3. \_\_\_\_\_

Severe is \_\_\_\_\_

Moderate is \_\_\_\_\_

Mild is \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Severe is \_\_\_\_\_

Moderate is \_\_\_\_\_

Mild is \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1. On the left, write your personal warning signs from the form *Severity of Warning Signs*.
2. Each day, rate your warning signs by choosing the word or words that most nearly describe the severity—*severe*, *moderate*, *mild* or *not present*. Then completely fill in the box that is in line with the word(s) and under the current day of the month.

### Days of the Month

1. Mam kłopoty ze snem

[illegible]

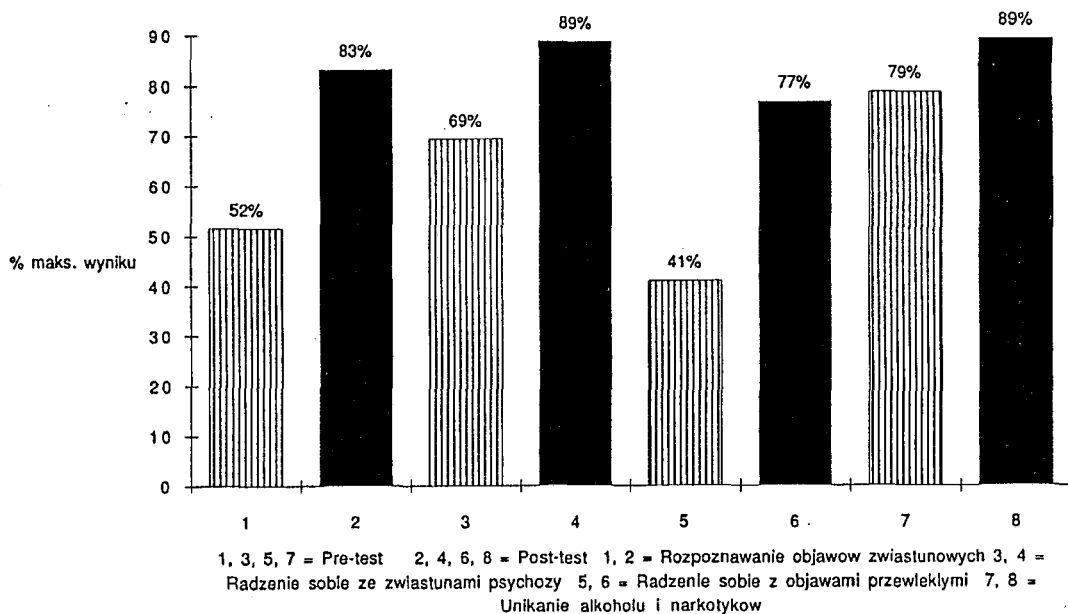
2. Mam uczucie, że ludzie chcą mnie skrzywdzić

[illegible]

Ryc. 2. Karta oceny objawów zwiastunowych.

cownicy socjalni i pielęgniarki. Personel fachowy, zajęty sprawami administracyjnymi i dokumentacją, jest wszakże z reguły nieobecny w oddziale. Częściej współpracownikami autora bywają więc pomoce pielęgniarskie, bez formalnego przygotowania psychiatrycznego, ale za to sprawujące rzeczywistą kontrolę nad życiem pacjentów. Wśród tej grupy personelu dość rozpowszechnione jest przekonanie, że pacjenci to w istocie przewrotni, leniwi i potencjalnie niebezpieczni kryminaliści, którzy czasem zachowują się od rzeczy. Dla niektórych pracowników obserwacja zajęć treningowych, a później rosnące zaangażowanie w ich prowadzeniu, stały się okazją do

weryfikacji tych postaw. Dla przykładu, pomoc pielęgniarska ucząca wraz z autorem kontrolowania objawów chorobowych, tak komentuje swoje doświadczenia: "Przedtem koncentrowałam się na tym, co u nich złe. Byłam podejrzliwa wobec nich. Nie ufałam ich motywom. Teraz staram się dostrzegać mocne strony pacjentów. Lubię uczyć w tym programie. Widzę, że ci ludzie nabierają wiary we własne siły i zaczynają być dumni ze swoich osiągnięć" (tłum. autora). Jak na ironię, najtrudniejsze do opanowania dla większości początkujących trenerów było częste powtarzanie tych samych ćwiczeń i stopniowe zwiększanie stopnia ich trudności - słowem to,



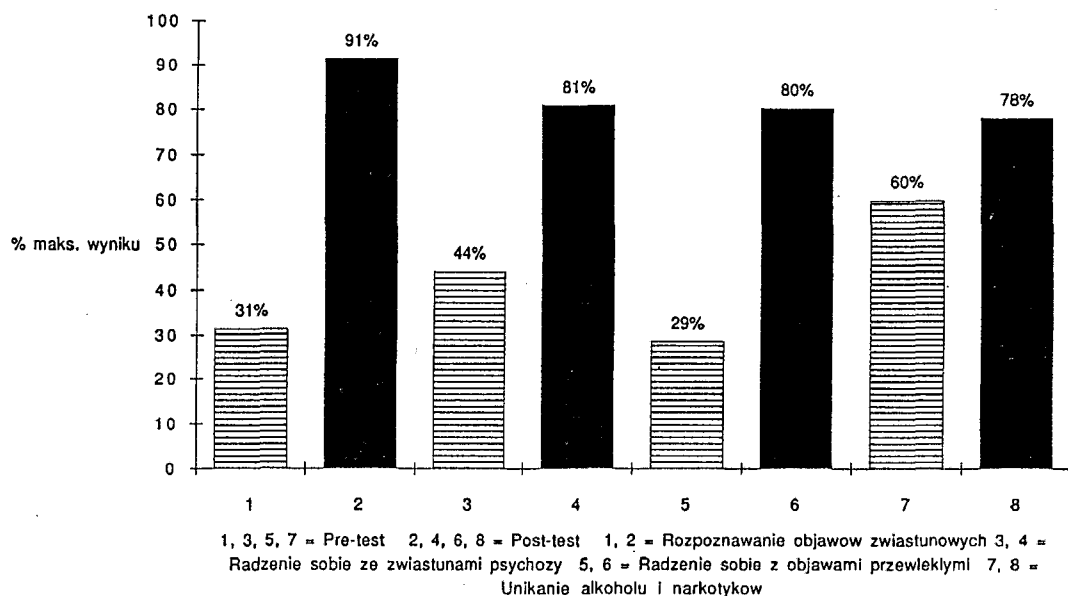
Ryc. 3 Efekty treningu w kontrolowaniu objawów: oddziały maksymalnego dozoru  $N = 24$

dzięki czemu przewlekłe chorzy pacjenci uczą się nowych umiejętności.

W środowisku szpitalnym wypełnionym nudą i apatią jakikolwiek przejaw zainteresowania pacjentami wywołać może dramatycznie korzystny efekt. Jednakże pozytywna reakcja wielu chorych na propozycję udziału w programie treningowym zaskoczyła nawet autora, nie mówiąc o zdumieniu personelu. Jako potencjalnych kandydatów do treningu w kontrolowaniu objawów choroby traktowano pacjentów z szansą na warunkowe zwolnienie ze szpitala w perspektywie roku. Jak wspominaliśmy wcześniej, ten przywilej zależy od zdolności radzenia sobie z chorobą psychiczną, którą kandydat do zwolnienia musi zademonstrować przed specjalną komisją (PSRB). To jest oczywista i naturalna zachęta do udziału w programie treningowym. Ważne jest jednak także, by cele treningu były dla potencjalnego uczestnika logicznym krokiem do spełnienia innych jego aspiracji życiowych, jak np. uzyskanie prawa do odwiedzin dzieci albo osiągnięcia stałej posady w warsztacie stolarskim. Autor starał się zawsze umieścić

cele treningu w kontekście indywidualnego planu rehabilitacji. Pewnie dzięki temu udawało mu się zachęcić do udziału w programie również osoby o bardzo słabym wglądzie we własną chorobę. Uczestnicy treningu o niskim stopniu krytycyzmu nie protestowali także w trakcie trwania zajęć, głównie dzięki niekonfrontacyjnemu charakterowi programu. Dla przykładu, używając niepokojących dla nich terminów jak "objaw" lub "choroba psychiczna" należało za każdym razem podkreślać, że tak właśnie w naszym psychiatrycznym słowniku nazywamy stany, doświadczenia i okoliczności, które sprowadziły ich do szpitala.

Z obserwacji autora wynika, że staranna kwalifikacja do treningu procentuje tym, że uczestnicy przychodzą na zajęcia regularnie, są punktualni i aktywni oraz rzeczywiście uczą się nowych umiejętności. Poziom umiejętności każdego uczestnika oceniany był zawsze dwukrotnie przed rozpoczęciem i po zakończeniu treningu, przy użyciu częściowego, ustrukturalizowanego wywiadu. Dla przykładu, wyniki treningu w kontrolowaniu objawów chorobowych u 52 pacjentów z



Ryc. 4 Efekty treningu w kontrolowaniu objawów: oddziały średniego dozoru N = 24

oddziałów sądowych średniego dozoru (*medium security*) świadczą o przyroście umiejętności w rozpoznawaniu objawów zwiastunowych od 31% przed do 91% po treningu (zob. ryc. 3). U 24 pacjentów z oddziału o maksymalnym dozorcze (*maximum security*) przyrost ten wynosił od 52% przed treningiem do 83% bezpośrednio po nim (zob. ryc. 4).

Autor zaobserwował jednak, że pacjenci, którzy po ukończeniu całego programu stosowali nadal swe nowo nabyte umiejętności pochodzili tylko z tych oddziałów, w których ogólny klimat sprzyjał ich staraniom. Inni, pozbawieni wsparcia ze strony personelu, szybko odstępowali od kontynuowania rutyny. Nie ulega wątpliwości, że prawdziwy sukces treningu, polegający na utrwaleniu i generalizacji jego efektów, możliwy jest tylko przy współpracy całego zespołu terapeutycznego. Warunkiem sukcesu jest bowiem stwarzanie pacjentom okazji do używania nowych umiejętności w rozmaitych sytuacjach codziennych

oraz konsekwentne nagradzanie tych prób. To jednak wymaga od personelu nie tylko oswajania z metodami uczenia poznawczego, ale przede wszystkim - posiadania nadziei i cierpliwości.

## PIŚMIENNICTWO

1. Anthony W.A., Liberman R.P.: The practice of psychiatric rehabilitation. *Schizophrenia Bulletin*, 1986, 12, 542-559.
2. Herz M., Melville C.: Relapse in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 137, 801-805.
3. Liberman R.P., Green M.F.: Whither cognitive-behavioral therapy for schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 1992, 18, 27-34.
4. Lukoff D., Ventura J., Neuchterlein K., Liberman R.P.: Integrating symptom assessment into psychiatric rehabilitation. W: Liberman R.P. (red.) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. Macmillan Publishing Company, New York 1992, s. 56-77.
5. Symptom Management Module. (1988) Camarillo-UCLA Research Center, Box A, Camarillo, CA 93011.