

Trening metapoznawczy dla chorych na schizofrenię. Opis metody i doświadczeń klinicznych

The metacognitive training for schizophrenia patients: description of method and experiences from clinical practice

Łukasz Gawęda¹, Steffen Moritz², Andrzej Kokoszka¹

¹ II Klinika Psychiatryczna, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kokoszka

² Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Summary

The aim of this article is to describe a structuralised cognitive group therapy - the meta-cognitive training for schizophrenia patients, developed in 2005 by S. Moritz and T. S. Woodward. This method is based on research results regarding cognitive biases observed in schizophrenia patients, which were briefly described. The metacognitive training could be administered by a therapist with group experience with psychotic patients, who donot have any formal psychotherapeutic certification.

The metacognitive training for schizophrenia included eight modules, each designed in order to manage particular cognitive biases. The aim of each is clearly formulated and each session has its own, designed for separate cognitive bias, exercise set.

These are the following sessions: 1) attribution style; 2) jumping to conclusion: part 1.; 3) changing beliefs; 4) Theory of Mind: to empathize 1.; 5) Memory; 6) Theory of Mind: to empathize 2.; 7) jumping to conclusion: part 2.; 8) self-esteem and mood. Each training module with relevant training set is described.

Literature review suggested, that metacognitive training could decrease symptom severity and increase insight ratings.

Preliminary clinical experiences of the Polish metacognitive training for schizophrenia were discussed.

Słowa kluczze: schizofrenia, metapoznanie, trening metapoznawczy, terapia poznawczo-behawioralna

Key words: schizophrenia, metacognition, metacognitive training, cognitive-behavioural therapy

Wprowadzenie

Wraz z rosnącą liczbą badań dotyczących funkcjonowania poznawczego osób z rozpoznaniem schizofrenii rośnie zainteresowanie nowymi, skutecznymi metodami interwencji terapeutycznych nakierowanych na modyfikację specyficznych zniekształ-

ceń poznawczych obserwowanych w tej grupie zaburzeń. Modyfikacja zniekształceń poznawczych leżących u podłoża i/lub podtrzymujących objawy zaburzeń psychicznych jest podstawą interwencji poznawczo-behawioralnych.

Wykazano, iż można zaobserwować specyficzne zniekształcenia poznawcze towarzyszące objawom psychotycznym, takim jak urojenia czy halucynacje słuchowe. Osoby z urojeniami, u których zdiagnozowano schizofrenię, częściej niż osoby z grup kontrolnych (zarówno klinicznych, jak i osób zdrowych) podejmują decyzję na podstawie niewystarczających informacji (przeskok do konkluzji) [1, 2, 3]. Ponadto częściej negują dowody sprzeczne z ich sądami (negowanie dowodów sprzecznych z tezą) [4]. W praktyce klinicznej łatwo również zaobserwować ich tendencję do łączenia zjawisk niekorzystnych dla nich z innymi osobami, jednoczesnym przypisywaniem sobie sukcesów [5]. Mają wrażenie, że inne osoby są przeciwko nim (śledzą, dosypują coś do jedzenia, sprawiają, że doznają różnych niepowodzeń itp.).

Inną grupą deficytów, które cieszą się obecnie dużym zainteresowaniem badaczy, są deficyty w zakresie teorii umysłu (theory of mind) [6]. Teoria umysłu jest konstruktem opisującym rozumienie stanów psychicznych (myśli, intencji, emocji itp.) innych osób i swoich własnych. Sprawnie działający aparat teorii umysłu pozwala osobie na formułowanie odpowiednich sądów społecznych, a przez to umożliwia adekwatne funkcjonowanie interpersonalne. Osoby ze schizofrenią przejawiają trudność w rozumieniu intencji innych osób, trudniej jest im również trafnie rozpoznawać ich stany emocjonalne [7, 8]. Interesujący i bardzo obszerny przegląd badań dotyczących teorii umysłu w odniesieniu do schizofrenii można znaleźć w pracy Bruna [9].

U pacjentów z rozpoznaniem tej grupy zaburzeń można zaobserwować również deficyty funkcjonowania metapamięci. Częściej, niż pacjenci z innymi diagnozami, mają większą pewność w stosunku do fałszywych wspomnień (tego, co rzeczywiście nie miało miejsca), mniejszą zaś w stosunku do wspomnień prawdziwych [10]. Często obserwowanej dysregulacji procesów emocjonalnych (obniżony nastrój, nieadekwatny nastrój, niska samoocena) również towarzyszą specyficzne zniekształcenia poznawcze (dychotomiczne myślenie, depresyjne style atrybucji itp.), podtrzymujące i/lub wyzwalające stany obniżonego nastroju. W badaniach dotyczących mechanizmów omamów słuchowych wykazano natomiast, iż przekonania na temat głosów modulują odpowiedź emocjonalną oraz behawioralną w stosunku do głosu [11, 12].

Powyższe badania i obserwacje kliniczne stały się podstawą do sformułowania poznawczo-behawioralnych interwencji, które mają na celu pracę nad zniekształconym sposobem funkcjonowania podtrzymującego poszczególne objawy czy trudności, z którymi zmagają się pacjenci [13, 14]. Podejście poznawczo-behawioralne w schizofrenii jest obecnie coraz intensywniej rozwijane.

Rosnące zainteresowania procesami metapoznawczymi u osób ze schizofrenią owocowało powstaniem ustrukturyzowanego, grupowego programu terapeutycznego – treningu metapoznawczego [15, 16]. Niniejszy artykuł jest prezentacją tej metody. W innym miejscu opisano szczegółowo jej podstawy teoretyczne [17].

Trening metapoznawczy – opis

Inspirację do opracowania treningu stanowiła często występująca niezadowolająca odpowiedź chorych na schizofrenię na leczenie farmakologiczne oraz brak metody, która bezpośrednio byłaby nakierowana na redukcję specyficznych dla tej grupy zaburzeń zniekształceń poznawczych. Szacuje się, iż u około 25%–50% pacjentów po pierwszym epizodzie utrzymują się uporczywe urojenia czy omamy mimo przyjmowania leków [18].

Taki przebieg leczenia schizofrenii skłania do poszukiwania innych metod oddziaływania. CBT ma między innymi na celu terapię uporczywych, utrzymujących się mimo leczenia farmakologicznego objawów. Rosnąca liczba badań dotyczących deficytów w zakresie funkcjonowania metapoznawczego osób z rozpoznaniem schizofrenii pozwala na formułowanie odpowiednich protokołów terapii mających na celu bezpośrednią pracę ze zniekształceniami poznawczymi. Badania potwierdziły skuteczność oddziaływań terapii poznawczo-behawioralnej, choć ciągle nie są one zadowolające [19, 20]. Potrzeba zatem nowych interwencji terapeutycznych poprawiających skuteczność leczenia oraz uwzględniających wyniki najnowszych badań.

Trening metapoznawczy (MCT) został opracowany przez Moritza i Woodwarda w 2005 roku. Jest dostępny w wersjach językowych: angielskiej, niemieckiej, holenderskiej, francuskiej, hiszpańskiej, nawet chińskiej, a od 2008 roku również polskiej (opracowanej przez pierwszego autora niniejszego artykułu). Można go bezpłatnie ściągnąć ze strony internetowej: <http://www.uke.de/mkt> lub zwrócić się o jego udostępnienie bezpośrednio do autora artykułu. Na podanej stronie można również znaleźć kompletny przewodnik dotyczący MCT, opisujący podłoże teoretyczne każdego zajęcia oraz zawierający wskazówki pozwalające efektywniej stosować tę metodę.

Istotną informacją jest możliwość stosowania treningu metapoznawczego bez posiadania certyfikatu terapeuty. Wymaga się natomiast, aby osoba prowadząca go miała doświadczenie w pracy grupowej z osobami chorymi na schizofrenię oraz przygotowanie merytoryczne (podręcznik do MCT). Takie zalecenia sprawiają, iż metoda ta może być łatwo wdrażana w proces terapeutyczny oddziałów psychiatrycznych.

MCT polega na oddziaływaniach grupowych (3–10 pacjentów). Jego celem jest, po pierwsze, zwiększenie świadomości zniekształceń poznawczych i zwrócenie uwagi na ich związek z epizodem psychotycznym. Wiedza przedstawiona pacjentom poparta jest przykładami, tak, aby część edukacyjna nie miała formy jedynie suchego wykładu.

Drugim, bardzo ważnym, celem jest demonstracja, poprzez odpowiednio zaprojektowane ćwiczenia, zniekształceń poznawczych, i dyskusja o ich konsekwencjach dla funkcjonowania (np. w wyniku podejmowania pochopnych decyzji) oraz nauczenie sposobów unikania zniekształconych sądów poznawczych. Istotne jest odwołanie się do doświadczenia uczestników treningu, którzy mogą przedyskutować i rozważyć poszczególne zniekształcenia poznawcze, budując tym samym podstawę korektywnego doświadczenia.

Należy podkreślić, iż trening metapoznawczy zaprojektowany jest w taki sposób, aby umożliwiał dyskusję ogólnego sposobu funkcjonowania poznawczego w schizofrenii, nie odwołując się bezpośrednio do treści poszczególnych objawów. Koncentruje się zatem na ogólnych zniekształceniach poznawczych, zostawiając pracę z konkretnymi

treściami urojeniowymi, czy innymi objawami, innym oddziaływaniom terapeutycznym (np. indywidualnej terapii poznawczo-behawioralnej).

MCT składa się z ośmiu modułów tematycznych (po dwa w tygodniu – cały cykl 4 tygodnie), z których każdy przygotowany jest w formie prezentacji w programie PowerPoint i wyświetlany za pomocą projektora multimedialnego. Każda z sesji trwa 45–60 minut. Zajęcia rozpoczynają się od zapoznania pacjentów z tematem sesji. Zaprezentowane zostają wyniki badań na odpowiednio dobranych przykładach oraz ich związek z codziennym funkcjonowaniem. Interwencje psychologiczne w terapii schizofrenii przynoszą najlepsze efekty, kiedy wykorzystują metody behawioralne [21], dlatego też największą część treningu poświęca się poszczególnym ćwiczeniom, pozwalającym najpierw poznać poszczególne zniekształcenia poznawcze (np. przeskok do konkluzji); potem proponuje się korektywne doświadczenie (prześledzenie oraz przedyskutowanie z pacjentami całego toku rozumowania).

Każdy trening kończy się podsumowaniem sesji oraz zwróceniem uwagi na związek omawianego zniekształcenia poznawczego ze schizofrenią („dlaczego o tym mówimy?”, „co to ma wspólnego z psychozą?”). Pacjenci po każdych zajęciach otrzymują streszczenie modułu oraz „zadanie domowe”, które wykonują samodzielnie. Omówienie zadania rozpoczyna kolejną sesję. Zadania te mają na celu transfer doświadczeń, które pacjenci nabyli podczas sesji, do ich życia codziennego. Zachęca się pacjentów również do dalszej, samodzielnej pracy.

Tabela 1 prezentuje tematy poszczególnych modułów oraz krótkie omówienie ćwiczeń. Zachęcamy do odwiedzenia podanej strony internetowej i zapoznanie się z całością treningu.

Tabela 1. Opis poszczególnych sesji treningu metapoznawczego

Moduł	Zniekształcenie poznawcze	Opis ćwiczeń treningowych
1. Style atrybucji	Błędy atrybucji	Cel: zachęcenie pacjentów do rozważania różnych, możliwych przyczyn prezentowanych zjawisk; zwrócenie uwagi na złożoność czynników wywołujących dane zjawisko. Ćwiczenia: pacjenci rozważają przyczyny prezentowanych zjawisk; zachęca się ich do budowania obiektywnych i złożonych atrybucji; dyskutują różne przyczyny tych zjawisk w grupie, określając ich prawdopodobieństwo; zwraca się uwagę na złożoność prezentowanych zjawisk
2. Przeskok do konkluzji I	Przeskok do konkluzji	Cel: omówienie konsekwencji „przeskoku do konkluzji”; zwrócenie uwagi na cechy wykluczające i potwierdzające daną hipotezę Ćwiczenia: prezentowane są obrazki w sekwencji – od fragmentów do całości obrazka; zadaniem pacjentów jest określenie prawdopodobieństwa, co przedstawia obrazek w każdym stadium; dyskutowane są cechy potwierdzające i wykluczające daną hipotezę

ciąg dalszy tabeli na następnej stronie

3. Zmiana przekonań	Negowanie dowodów sprzecznych z tezą	<p>Cel: zwrócenie uwagi na zmianę przekonań pod wpływem napływających informacji i znaczenie tej zmiany dla funkcjonowania w życiu codziennym; zapobieganie uleganiu pierwszemu wrażeniu</p> <p>Ćwiczenia: historyjki obrazkowe (3 obrazki) pokazywane w odwróconej kolejności; prezentowane są 4 możliwe wyjaśnienia przedstawionej historyjki, z których jedna jest prawdziwa; pacjenci na poszczególnych etapach oceniają i dyskutują w grupie prawdopodobieństwo poszczególnych odpowiedzi; sekwencje inspirowane były podtekstem „historyjki” WAIS</p>
4. Empatia I	Deficyty w zakresie teorii umysłu; błędne rozpoznawanie emocji i intencji innych osób	<p>Cel: wzmocnienie zdolności rozpoznawania emocji i przewidywania intencji innych osób</p> <p>Ćwiczenia: pacjenci rozpoznają podstawowe emocje z prezentowanych twarzy; zachęca się ich do dyskusowania poszczególnych hipotez; w następnej kolejności prezentowane są zbliżenia (bez szerszego kontekstu) postaci i 4 możliwe odpowiedzi, pacjenci określają prawdopodobieństwo każdej z nich, następnie pokazany zostaje szerszy kontekst; kolejnym ćwiczeniem jest prezentacja odwróconej sekwencji historyjki (3 obrazki), na podstawie której pacjenci mają podać jej zakończenie (wybór jednego spośród 3 obrazków)</p>
5. Pamięć	Nadmierna pewność fałszywych wspomnień	<p>Cel: zwrócenie uwagi na ograniczenia pamięci; wzmocnienie zdolności rozróżniania między fałszywymi i prawdziwymi wspomnieniami.</p> <p>Ćwiczenia: prezentowane są obrazki, następnie pacjenci proszeni są o wskazanie elementów, które nie były prezentowane na obrazku; istotne jest dyskusowanie pewności sądów oraz wyrazistość wspomnień jako wskazówka pozwalająca odróżnić fałszywe wspomnienia od prawdziwych</p>
6. Empatia II	Teoria umysłu; deficyty w zakresie rozumienia stanów emocjonalnych innych osób i ich intencji	<p>Cel: wzmocnienie zdolności rozpoznawania emocji i intencji innych osób</p> <p>Ćwiczenia: w pierwszej kolejności pacjenci dyskutują przydatność różnych wskazówek we wnioskowaniu o emocjach czy intencjach innych osób (np. mimika, gesty itp.); w dalszej kolejności prezentowane są historyjki obrazkowe (w formie komiksu) – zadaniem pacjentów jest przyjęcie perspektywy bohatera historyjki oraz wnioskowanie, co może on myśleć o innych osobach; dyskutowane są informacje, które mają uczestnicy treningu, a których nie mają bohaterowie historyjki o sobie nawzajem</p>
7. Przeskok do konkluzji II	Przeskok do konkluzji; liberalna akceptacja	<p>Cel: omówienie konsekwencji pochopnych decyzji; zachęcenie pacjentów do testowania hipotez; dyskusowanie czynników wykluczających i potwierdzających przyjętą hipotezę</p> <p>Ćwiczenia: omówienie, na przykładach, tworzenia teorii spiskowych; w dalszej części prezentacja obrazów z przykładowymi tytułami (jeden prawdziwy); pacjenci dyskutują, który najbardziej odpowiada obrazowi oraz przedstawiają dowody potwierdzające lub wykluczające dany tytuł oraz określają prawdopodobieństwo prawdziwości podanych propozycji</p>
8. Nastroj i samoocena	Niska samoocena; depresyjne schematy poznawcze	<p>Cel: dyskusja depresyjnego stylu poznawczego; omówienie sposobów wspomagających radzenie sobie z obniżonym nastrojem w oparciu o terapię poznawczo-behavioralną</p> <p>Ćwiczenia: dyskusja na temat objawów depresji; odwołanie się do doświadczeń pacjentów – omówienie charakterystycznego sposobu myślenia podczas obniżonego nastroju; dyskusja sposobów radzenia sobie z obniżonym nastrojem; omówienie adaptacyjnych sposobów wzmocnienia samooceny (np. zapisywanie sukcesów, przyjmowanie komplementów)</p>

Skuteczność treningu metapoznawczego

Do tej pory przeprowadzono kilka badań oceniających przydatność treningu metapoznawczego w praktyce klinicznej oraz jego skuteczność. Pierwsze badanie pilotażowe miało na celu porównanie treningu metapoznawczego z treningiem funkcji poznawczych (ale nie metapoznawczych) CogPack pod względem subiektywnej oceny pacjentów, dotyczącej przydatności tych treningów w leczeniu. Pacjenci po pełnym 4-tygodniowym cyklu (8 sesji) oceniali treningi pod względem 10 kryteriów. Zaobserwowano istotne różnice w 4 kryteriach (ciekawość treningu, rekomendowanie treningu innym, znudzenie treningiem, użyteczność w codziennym życiu) na korzyść treningu metapoznawczego [22].

W kolejnym badaniu, oceniającym poprawę objawową po MCT oraz po kontrolnym treningu funkcji poznawczych, 30 pacjentów losowo przydzielono do poszczególnych grup treningowych. Ocena nasilenia psychopatologii (PANSS) przed interwencją i po niej wykazała większą redukcję objawów pozytywnych po treningu metapoznawczym. Nastąpiła również redukcja tendencji do „przeskakiwania do konkluzji”, mierzonej eksperymentalnie, w grupie MCT. Potwierdzono wyższą subiektywną ocenę przez pacjentów treningu MCT [23].

Lindner i wsp. [24] wykazali poprawę objawową, ocenianą na podstawie skali PSYRATS (Psychotic Rating Scale), po pełnym cyklu MCT. Zaobserwowano istotne zmniejszenie się nasilenia urojeń, jednak nie wykazano zmian w nasileniu halucynacji. Po treningu nastąpiła również poprawa w zakresie wglądu, mierzona za pomocą kwestionariusza SUMD. 30% pacjentów wzięło również udział w kolejnym cyklu MCT, co wskazuje na zainteresowanie treningiem. 10 pacjentów (30%) nie ukończyło pełnego pierwszego cyklu treningu. Ograniczeniem badania z pewnością był brak grupy kontrolnej, jednak wstępne wyniki wydają się zachęcające.

W najnowszym badaniu Ross i wsp. [25] sprawdzali możliwość ograniczenia „przeskoku do konkluzji” za pomocą krótkiego modułu treningowego (45 min) wykorzystującego ćwiczenia z treningu metapoznawczego. Zaobserwowano zmianę w zakresie potrzebnych informacji do podjęcia decyzji wśród pacjentów, którzy wcześniej „przeskakiwali do konkluzji” i wśród pacjentów, którzy podejmowali decyzję mniej pochopnie. Jednak wyraźniejszą zmianę zaobserwowano w drugiej grupie. Sugeruje to, iż wyjściowy, ekstremalny styl podejmowania decyzji (w tym wypadku „przeskok do konkluzji”) może powodować trudność modyfikacji zniekształcenia. Warto jednak zaznaczyć, że w badaniu wykorzystano jedynie krótką, 45-minutową procedurę, a w grupie kontrolnej (trening poznawczy) nie zaobserwowano zmian w „przeskoku do konkluzji”.

Pisząc o wynikach badań skuteczności treningu metapoznawczego należy zauważyć, iż do tej pory nie opublikowano badań z udziałem grupy kontrolnej, co ogranicza wyciąganie jednoznacznych wniosków o jego specyficznej skuteczności.

Obecnie prowadzone są badania w większej grupie pacjentów (n = 150) oceniające skuteczność treningu metapoznawczego w porównaniu z innymi metodami oraz w zakresie poprawy objawowej wpływu na zniekształcenia poznawcze.

Trening metapoznawczy w języku polskim – doświadczenia własne

W listopadzie 2008 roku rozpoczęto stosowanie treningu metapoznawczego w warunkach oddziału stacjonarnego przez pierwszego autora niniejszej pracy. Trening

jest dobrowolny, przeznaczony dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych. Przyjęto formę prowadzenia zajęć opisaną przez autorów w podręczniku, wszelkie wątpliwości dodatkowo konsultowano z jednym z jego autorów. Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu; grupa jest otwarta, zatem w każdym momencie pacjent może rozpocząć i zakończyć cykl zajęć. Obecnie ukończono 4 cykl zajęć, co pozwala na sformułowanie wstępnych opinii klinicznych.

W trakcie prowadzenia treningu metapoznawczego zaobserwowano występowanie typowych, opisanych we wcześniejszych paragrafach, zniekształceń poznawczych, takich jak „przeskok do konkluzji”, odrzucanie dowodów sprzecznych z hipotezą czy rozumienie intencji i emocji innych osób. Często zniekształceniem jest również nadmierne przypisywanie przez pacjentów winy osobom aniżeli sytuacji. Zauważono również częste nieuświadomianie sobie przez pacjentów popełnianych zniekształceń poznawczych, co potwierdzono również w badaniach [26].

Istotną zmianą zachodzącą podczas MCT było nabywanie przez część pacjentów świadomości popełnianych zniekształceń poznawczych oraz ich konsekwencji. Odpowiednie ćwiczenia z MCT pozwoliły pacjentom na doświadczenie zniekształceń poznawczych oraz, w dalszej kolejności, przedyskutowanie ich w grupie. Badania pokazują, iż takie postępowanie terapeutyczne może poprawić wgląd pacjentów w swoje przeżycia, jak również zredukować zniekształcenia poznawcze [25] oraz prowadzić do poprawy objawowej [24]. Doświadczenia kliniczne z prowadzonego w Polsce MCT, choć nie poparte do tej pory systematycznymi badaniami, wydają się zbieżne z wynikami doniesień z innych krajów. Obserwowano redukcję pochopnych decyzji oraz rozważanie przez pacjentów innych, wcześniej nie branych pod uwagę, alternatywnych hipotez. Przypisanie intencji lub emocji innym poprzedzane było bardziej rozważnym procesem decyzyjnym, opartym na atrybucjach odnoszących się nie tylko do innych osób, ale również do sytuacji.

Choć wstępne obserwacje są obiecujące, skuteczność treningu do tej pory nie została sprawdzona w warunkach polskich. Warto również zaznaczyć zróżnicowanie w „gotowości do zmiany” wśród pacjentów. Podczas, gdy części pacjentom łatwiej przychodzi zmiana sposobu funkcjonowania poznawczego, inni potrzebują na to znacznie więcej czasu.

Do tej pory w Polsce stosowano różne formy grupowych oddziaływań psychologicznych w terapii schizofrenii [por. 27]. Zaburzenia w zakresie funkcji metapoznawczych nie były jednak bezpośrednio sferą zainteresowania żadnej z nich. MCT może być ciekawym uzupełnieniem interwencji terapeutycznych u osób z tą grupą zaburzeń znajdujących się na różnym etapie choroby (zarówno u pacjentów przewlekłe chorujących, jak i przeżywających pierwszy epizod psychotyczny czy będących tuż po nim). Szczególnie zastosowanie może MCT znaleźć u pacjentów o przeważających objawach pozytywnych (zwłaszcza urojeń). Większość ćwiczeń została zaprojektowana pod kątem zniekształceń popełnianych przez pacjentów z urojeniami; jak pokazują badania po treningu następuje redukcja pewności co do poszczególnych sądów urojeniowych [24].

Wnioski

W badaniach i praktyce klinicznej u osób ze schizofrenią często obserwuje się podejmowanie pochopnych decyzji, trudności w rozumieniu intencji innych czy też błędy atrybucji.

Badania wskazują na możliwość redukcji opisanych zniekształceń czy błędów za pomocą treningu metapoznawczego. Pacjenci postrzegają trening jako atrakcyjną, pomocną w ich leczeniu formę zajęć. Wstępne doniesienia pokazują, iż trening może mieć wpływ na wzrost wglądu oraz na poprawę objawową u pacjentów chorych na schizofrenię.

Pozytywnie oceniono również doświadczenia kliniczne z prowadzonego w Polsce MCT. Zarówno subiektywne opinie pacjentów, jak i obserwacja prowadzącego trening wskazują, iż może on znaleźć zastosowanie w terapii pacjentów ze schizofrenią.

Trening metapoznawczy może stanowić uzupełnienie leczenia schizofrenii oddziaływaniami psychologicznymi mającymi na celu usprawnianie zdolności poznawczych pacjentów na różnym etapie choroby oraz z jej różnym przebiegiem.

Метапознавальний тренінг для больних шизофреніей. Описание метода и опыта в клинической практике.

Содержание

Заданием работы является представление нового уникального структурного метода групповой познавательной терапии, предложенного в 2005 году С. Моритцом и Т.С. Вудвардом, а именно – метапознавательного тренинга для пациентов больных шизофренией. Этот метод опирается на результатах исследований, относящихся к искажениям познания, присутствующих при шизофрении. Метапознавательный метод может быть применяем лицами, имеющими опыт в групповой терапии больных шизофренией, а которые не имеют психотерапевтических сертификатов.

Метапознавательный тренинг состоит из восьми тематических модулей, каждый из которых относится к иному искажению познания. Каждый из модулей имеет точно определенный мотив, а также соответственно подобранный состав упражнений, направленных на отдельные мнестические искажения.

Очередные темы тренинговых сессий это: 1. стиль атрибуции; 2. перескок к конклюдции ч. 1; 3. изменения уверенности; 4. эмпатия ч.1; 5. память ч. 2; 7. перескок к конклюдции ч. 2; 8. настроение и самооценка. Обсуждены отдельные тематические методы вместе с примерами упражнений.

Представлен обзор исследований, результаты которых подтверждают эффективность метапознавательного тренинга в реляции симптомов, а также улучшения взглядов. Оценены клинические опыты применяемой польской версии тренинга.

Metakognitives Trainingsprogramm für Schizophreniekrankte: Beschreibung der Methode und Erfahrungen aus der klinischen Praxis

Zusammenfassung

Das Ziel des Artikels ist die Vorstellung der neuen, strukturalisierten Methode der kognitiven Gruppentherapie – des in 2005 durch S. Moritz und T.S. Woodward entwickelten Trainingsprogramms für die Patienten, die an Schizophrenie krank sind. Die Methode stützt sich auf die Ergebnisse der Studien an den kognitiven Fehlern in der Schizophrenie. Das Metakognitive Trainingsprogramm kann durch die Personen angewandt werden, die Erfahrungen in der Gruppentherapie der Personen mit Schizophrenie haben und die gleichzeitig keine psychotherapeutischen Zertifizierungen haben.

Das Metakognitive Trainingsprogramm besteht aus acht Trainingseinheiten (Modulen), von denen jede sich auf einen anderen kognitiven Fehler bezieht. Jedes der Module besitzt ein ausführlich bestimmtes Ziel und dementsprechend entworfene Trainingsübungen, die die Arbeit mit einzelnen kognitiven Fehlern zum Ziel haben.

Die folgenden Themen der Trainingssitzungen: 1) Attributionstil; 2) voreiliges Schlussfolgern Teil 1; 3) mangelnde Korrigierbarkeit; 4) Einfühlung Teil 1; 5) Gedächtnis; 6) Einfühlung Teil 2; 7) voreiliges Schlussfolgern Teil 2; 8) Selbstwert/depressive Denkstile.

Es wurden die einzelnen Einheiten anhand der Beispiele besprochen.

Es wurde die Übersicht der Studien durchgeführt, deren Ergebnisse die Wirksamkeit des metakognitiven Trainingsprogramms bei der Reduktion der Symptome als auch Einsichtsverbesserung bestätigen. Man diskutierte die klinischen Erfahrungen der angewandten polnischen Trainingsversion.

Le training métacognitif pour les schizophrènes : description de la méthode et des expériences cliniques

Résumé

Cet article présente une nouvelle méthode de la thérapie cognitive, méthode structurée et en groupe, élaborée en 2005 par S. Moritz et T.S. Woodward, appelée training métacognitif. Cette méthode base sur les recherches concernant les déformations cognitives en schizophrénie. Ce training peut être administré par les thérapeutes ayant une certaine expérience de la thérapie en groupe des schizophrènes mais il n'exige pas de certificat psychothérapeutique.

Le training métacognitif se compose de huit modules dont chacun touche l'autre déformation cognitive. Chaque module a son objectif bien défini et les exercices à travailler avec les déformations particulières.

Les séances du training sont les suivants: 1) styles d'attribution ; 2) saut à la conclusion part 1 ; 3) changement des convictions ; 4) empathie part 1 ; 5) mémoire ; 6) empathie part 2 ; saut à la conclusion part 2 ; 8) humeur et l'auto-estimation. Les auteurs présentent les modules avec les exercices.

On donne aussi la revue des recherches attestant l'efficacité du training métacognitif quant à la réduction des symptômes et l'amélioration d'allure ainsi que l'on discute les expériences cliniques polonaises concernant la version polonaise de cette méthode.

Piśmiennictwo

1. Garety PA, Hemsley DR, Wessely S. 1991 *Reasoning in deluded schizophrenic and paranoid patients. Biases in performance on a probabilistic inference task*. J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 179: 194–201.
2. Sartup H, Freeman D, Garety PA. *Jumping to conclusion and persecutory delusions*. Eur. Psychiatry 2008; 23: 457–459.
3. Moritz S, Woodward TS. *Plausibility judgment in schizophrenic patients: evidence for a liberal acceptance bias*. Germ. J. Psychiatry 2004; 7: 66–74.
4. Moritz S, Woodward TS. *A generalized bias against disconfirmatory evidence in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2006; 142: 157–165.
5. Kaney S, Bentall RP. *Persecutory delusions and attributional style*. Brit. J. Med. Psychol. 1989; 62: 191–198.
6. Kucharska-Pietura K. *Zaburzenia procesów społecznego poznania w schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2008.
7. Brunet E, Sarfati Y, Hardy-Bayle MC. *Reasoning about physical causality and other's intention in schizophrenia*. Cogn. Neuropsychiatry 2003; 8, 2: 129–139.
8. Brüne M, Bodenstern L. *Proverb comprehension reconsidered – theory of mind and the pragmatic use of language in schizophrenia*. Schizophr. Res. 2005; 75: 233–239.
9. Brune M. „Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. Schizophr. Bull. 2005; 31, 1: 21–41.

10. Moritz S, Woodward TS, Rodriguez-Raecke R. *Patients with schizophrenia do not produce more false memories than controls but are more confident in them.* Psychol. Med. 2006; 36: 659–667.
11. Chadwick P, Birchwood M. *The omnipotence of the voices: a cognitive approach to auditory hallucinations.* Brit. J. Psychiatry 1994; 164: 190–201.
12. Birchwood M, Chadwick P. *The omnipotence of voices. II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ).* Brit. J. Psychiatry 1995; 166: 773–776.
13. Morrison AP, Renton JC, Williams S, Bentall RP. *Cognitive therapy for psychosis: a formulation-based approach.* London: Routledge; 2004.
14. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive therapy for schizophrenia.* The Guilford Press; 2008.
15. Moritz S, Woodward TS. *Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention.* Curr. Opin. Psychiatry 2007; 20: 1–7.
16. Moritz S, Woodward TS. *Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy.* Germ. J. Psychiatry 2007; 10: 69–78.
17. Gawęda Ł, Moritz S, Kokoszka A. *Podstawy teoretyczne treningu metapoznawczego dla chorych na schizofrenię.* Psychiatr. Pol. 2009; 6: 671–682.
18. Craig T, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, Dunn G. *The Lambeth Early Onset (LEO) Team. Randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis.* Brit. Med. J. 2004; 329: 1067–1071.
19. Pilling S, Bebbington P, Kuipers E. *Psychological treatments in schizophrenia: I: Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy.* Psychol. Med. 2002; 32: 763–782.
20. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. *Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor.* Schizophr. Bull. 2008; 34: 523–537.
21. Zygmont A, Olsson M, Boyer CA, Mechanic D. *Interventions to improve medication adherence in schizophrenia.* Am. J. Psychiatry 2002; 159: 1653–1664.
22. Moritz S, Woodward TS. *Metacognitive training for schizophrenia patients (MCT): a pilot study on feasibility, treatment adherence, and subjective efficacy.* Germ. J. Psychiatry 2007; 10: 69–78.
23. Aghotor J. *Evaluation of metacognitive training for schizophrenia patients (MCT) studies: a feasibility study.* Heidelberg: University of Heidelberg; 2007.
24. Lindner S, Favrod J, Pernier S, Schwyn C, Bonsack C, Pomini V. *Effects of a metacognitive training group for patients suffering from schizophrenia: a pilot study.* 38th EABCT Annual Congress, Helsinki, Finlandia, 2008.
25. Ross K, Freeman D, Dunn G, Garety PA. *Reasoning training for delusions: A randomised experimental investigation of reasoning training for people with delusions.* Schizophr. Bull. [w druku].
26. Moritz S, Ferahli S, Naber D. *Memory and attention performance in psychiatric patients: Lack of correspondence between clinical-rated and patient-rated functioning with neuropsychological test results.* J. Int. Neuropsychol. Soc. 2004; 10: 623–633.
27. Meder J, Sawicka M. *Psychoterapia schizofrenii.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej: Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2003.

Adres: Łukasz Gawęda
II Klinika Psychiatryczna
Warszawski Uniwersytet Medyczny
03-242 Warszawa, ul. Kondratowicza 8

Otrzymano: 20.04.2009
Zrecenzowano: 5.06.2009
Otrzymano po poprawie: 30.06.2009
Przyjęto do druku: 30.07.2009