

UNIwersytet Jagielloński
Collegium Medicum
Wydział Ochrony Zdrowia

AGNIESZKA SKORUPSKA

WPŁYW REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ
NA FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE CHORYCH
NA SCHIZOFRENIĘ

*Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
prof. dr hab. Czesława Czabały*

KRAKÓW 2004

„Podczas gdy psychiatria interesuje się zagadnieniem, dlaczego pewni ludzie popadają w obłąd, to istotną kwestią jest, dlaczego większość ludzi nie popada w obłąd. Biorąc pod uwagę stanowisko człowieka w świecie, jego odrębność, samotność, bezsilność i fakt, że zdaje sobie z tego wszystkiego sprawę, można by się spodziewać, że dźwiga on ciężar większy, niżby potrafił unieść. ”

Erich Fromm

S P I S T R E Ś C I

Wprowadzenie.....	5
Rozdział 1. Objawy i przebieg schizofrenii.....	8
1.1. Przyczyny schizofrenii.....	8
1.2. Czynniki wyzwalające pierwszy lub kolejne epizody psychozy.....	10
1.3. Przebieg schizofrenii.....	10
1.4. Klasyfikacja schizofrenii.....	11
1.5. Obraz kliniczny.....	12
1.6. Objawy dalszego rozwoju schizofrenii.....	15
1.7. Czynniki prognostyczne.....	15
1.8. Rokowanie.....	16
1.9. Zejście schizofrenii.....	17
Rozdział 2. Następstwa procesu schizofrenicznego.....	19
2.1. Deficyty emocji.....	19
2.2. Deficyty poznawcze.....	23
2.3. Deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego.....	28
Rozdział 3. Rehabilitacja chorych na schizofrenię.....	33
3.1. Farmakoterapia i rehabilitacja osób z diagnozą schizofrenii.....	33
3.2. Teoretyczne podstawy i zasady rehabilitacji psychiatrycznej.....	37
3.3. Wybrane formy i metody rehabilitacji stosowane w schizofrenii.....	41
3.3.1. Metody rehabilitacji.....	41
3.3.2. Formy rehabilitacji.....	58
3.4. Oferta terapeutyczna Ośrodka profilaktyczno-rehabilitacyjnego „Szkoła Życia”.....	61
Rozdział 4. Badania własne.....	62
4.1. Cel badań i hipotezy badawcze.....	62
4.2. Materiał i metody badań.....	62
4.2.1. Osoby badane.....	62
4.2.2. Charakterystyka Ośrodka profilaktyczno-rehabilitacyjnego „Szkoła Życia”.....	63
4.2.3. Metody badań.....	67
4.2.4. Procedura badań.....	73
4.2.5. Zastosowane metody statystyczne.....	74

Rozdział 5. Wyniki badań własnych.....	76
5.1. Charakterystyka badanych osób.....	76
5.2. Analiza zależności między przebiegiem psychozy schizofrenicznej i zmiennymi socjo - demograficznymi a funkcjonowaniem społecznym.....	82
5.3. Analiza zależności między samooceną jakości życia oraz postawą wobec choroby a funkcjonowaniem społecznym.....	97
5.4. Analiza wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na funkcjonowanie społeczne, ocenę jakości życia i postawę wobec choroby wśród osób leczonych na schizofrenię.....	108
5.5. Predyktory funkcjonowania społecznego w badanej grupie chorych.....	125
Rozdział 6 Dyskusja wyników.....	127
6.1. Kliniczne i socjo - demograficzne determinanty deficytów społecznego funkcjonowania wśród badanych osób.....	128
6.2. Społeczne funkcjonowanie a jakość życia i postawa wobec choroby w psychozie schizofrenicznej.....	133
6.3. Wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na samoocenę społecznego funkcjonowania, jakość życia oraz postawę wobec doświadczenia choroby.....	137
6.4. Wnioski z badań.....	142
Streszczenie.....	144
Bibliografia.....	147
Wykaz tabel.....	156
Wykaz wykresów.....	158
Wykaz rysunków.....	159
Aneks.....	160
Załącznik nr 1.....	161
Załącznik nr 2.....	169
Załącznik nr 3.....	170
Załącznik nr 4.....	171
Załącznik nr 5.....	172
Załącznik nr 6.....	173
Załącznik nr 7.....	181
Załącznik nr 8.....	186
Załącznik nr 9.....	188

WPROWADZENIE

Schizofrenia i zaburzenia z kręgu schizofrenii stanowią obok chorób afektywnych jeden z ważniejszych problemów psychiatrii klinicznej i społecznej.

Najistotniejszą z wymienionych wydaje się schizofrenia, gdyż dotyczy blisko 1% populacji generalnej (Bilikiewicz, 1992; Jarema, 2001; Wciórka, 2002). Prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby jest od dłuższego czasu niezmiennie i w każdej populacji wynosi 0,85%. Warto dodać, że w skali światowej stwierdza się corocznie 2 miliony nowych przypadków zachorowań (Sadock, Sadock V. A., 1999).

Schizofrenia zaburza funkcje psychiczne człowieka, doprowadzając często do stanu niepełnosprawności. Etykieta „chorego psychicznie” staje się od momentu rozpoznania i rozpoczęcia terapii symbolem jego nowej roli społecznej. Psychozy schizofreniczne mają z reguły przebieg chroniczny, tak więc nowa rola „chorego psychicznie” jest również rolą trwałą.

Przewlekły charakter, częste i nierzadko wydłużone w czasie hospitalizacje powodują, obok innych następstw tej choroby - deficyty w zakresie społecznego funkcjonowania.

Schizofrenia utrudnia a w skrajnych przypadkach pozbawia chorego udziału w jakimkolwiek społecznym układzie odniesienia.

Wydaje się, że proces deterioracji w tym aspekcie funkcjonowania mogą powstrzymywać lub ograniczać oddziaływania o charakterze rehabilitacyjnym, oparte o zaplanowany i kompleksowy program, uwzględniający główne problemy osoby rehabilitowanej. Wymagany jest więc indywidualny plan działania dopasowany do stopnia nieprzystosowania uczestnika rehabilitacji w obszarze życia rodzinnego, osobistego i zawodowego. Dla pełnego obrazu możliwości pacjenta, należy ocenić system wsparcia, na który może on aktualnie liczyć.

Choroba psychiczna stanowi z reguły dla rodziny ogromny cios, często głęboko i trwale dezorganizuje jej funkcjonowanie. Poczucie krzywdy, bezradność, rezygnacja – to dominujące emocje, szczególnie w początkowym jej okresie.

W wielu wypadkach rozpoznanie schizofrenii jest równoznaczne z wyrokiem – koniec kariery zawodowej, koniec normalnego funkcjonowania, a wszystko to na początku dorosłego, samodzielnego życia. Niestety, schizofrenia to choroba pojawiająca się w młodym wieku. Około 50% zapada na nią przed 24 r. ż., dalszych 30% przed 35 r. ż.

W opinii Jarosza (1988) większość psychoz schizofrenicznych występuje u mężczyzn między 20 a 25 r. ż., natomiast u kobiet między 25 a 30 r. ż.

Doświadczenie pokazuje, że nie tak rzadko pacjent zostaje odrzucony przez rodzinę. Chorzy psychicznie traktowani są jak kłopotliwy przedmiot. Żądania ich izolacji i to jak najdalej i na jak najdłużej, to niestety przykra rzeczywistość.

W krajach o większych możliwościach finansowych niż Polska, są opracowywane specjalne programy rehabilitacji z udziałem terapeutów, pracowników socjalnych, pielęgniarek środowiskowych. W ramach tego typu inicjatyw chorzy mogą samodzielnie mieszkać, tworzyć samorządy, kluby (Michałowska, 1994).

Jeśli leczony na schizofrenię zostanie pozostawiony samemu sobie, a tym samym wyłączony z naturalnego dla niego środowiska, wówczas pojawia się apatia, która może stanowić najistotniejszą przeszkodę w leczeniu i rehabilitacji.

Reasumując, psychoza schizofreniczna w poważnym stopniu ingeruje w życie osobiste i społeczne jednostek nią dotkniętych, a także zaburza życie osób bezpośrednio z nimi związanych. Z tego powodu wymaga kompleksowego i długotrwałego programu terapeutycznego oraz głębokiej empatii, wsparcia a co za tym idzie działań ukierunkowanych na postawy społeczne.

Utrzymujący się w społeczeństwie stereotyp choroby psychicznej i chorych psychicznie opiera się w dużej mierze na obserwacji osób, u których proces chorobowy przebiega niepomyślnie, prowadząc do obniżenia sprawności psychicznej i utrwalenia się patologicznych form zachowań. Niekorzystny wizerunek jednostek dotkniętych chorobą psychiczną kreują w dużej mierze środki masowego przekazu. Te i wiele innych czynników utwierdzają społeczeństwo w przekonaniu, że nie warto inwestować w działania z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej. Być może dlatego tak nieliczne są w Polsce ośrodki oferujące rehabilitację psychiatryczną. Niepodważalne wydaje się jednak stanowisko wybitnego psychiatry A. Bilikiewicza (1992), który twierdzi, że potencjał tkwiący w osobach z zaburzeniami o typie schizofrenii, wbrew pesymistycznym oczekiwaniom jest duży, a 60% chorych ma szansę na pełną adaptację społeczną. Jednak wielu z nich nie jest w stanie podolać wymogom życia poza szpitalem bez rehabilitacji i odpowiedniego wsparcia społecznego.

Warto w tym miejscu nawiązać do pozytywnych zmian, idących w kierunku reintegracji społecznej leczonych na schizofrenię. Światowy Program „Schizofrenia – otwórzcie drzwi” realizowany jest od 1996 r. przez Światowe Towarzystwo Psychiatryczne, a w Polsce od 1999 r. przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa

Psychiatrycznego. Stanowi on częściową odpowiedź na potrzeby i problemy chorych. Jego nadrzędnym zadaniem, obok przeciwdziałania różnym formom dyskryminacji osób z rozpoznaniem schizofrenii jest wzrost otwartości i akceptacji społecznej (Cechnicki, 2001).

Wstępne obserwacje sugerują, że hospitalizacja zakończona pełną rehabilitacją psychiatryczną widocznie poprawia społeczne funkcjonowanie chorych.

Niniejsza praca ma charakter zarówno poznawczy jak i praktyczny. Przeprowadzone obserwacje i otrzymane wyniki pozwolą ocenić efektywność badanej formy rehabilitacji oraz wskazać, które z obszarów życia społecznego wymagają bardziej wnikliwych oddziaływań.

Mam nadzieję, że zgromadzone w trakcie badań informacje ukażą istotę znaczenia rehabilitacji psychiatrycznej, której wymaga wiele osób z podobnymi do schizofrenii problemami zdrowotnymi.

W części teoretycznej prezentuję najbardziej aktualne i najistotniejsze zagadnienia z zakresu wiedzy klinicznej schizofrenii, ze zwróceniem szczególnej uwagi na skutki przewlekłego procesu schizofrenicznego oraz rolę leczenia farmakologicznego w oddziaływaniach z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej. Przedstawiam wybrane metody i formy rehabilitacji stosowane w odniesieniu do osób z rozpoznaniem schizofrenii w oparciu o ofertę terapeutyczną Ośrodka profilaktyczno-rehabilitacyjnego „Szkoła Życia” oraz najnowsze doniesienia w tym zakresie.

Część badawcza zawiera opis metodyki badań, analizę materiału badawczego oraz dyskusję wyników i wnioski.

Rozdział 1. Objawy i przebieg schizofrenii.

W 1911 roku Bluer po raz pierwszy użył terminu **schizofrenia** (z grec. rozszczepienie umysłu). Schizofrenia to choroba lub raczej grupa chorób o zróżnicowanej psychopatologii i przebiegu. Jej istota tkwi w dezintegracji psychicznej, która jest jednocześnie elementem jednoczącym obraz kliniczny, występującym u wszystkich chorych, choć w różnym nasileniu. Stanowią ją:

- deficyty w zakresie różnych aspektów funkcjonowania,
- dezorganizacja czynności psychicznych (dysfunkcje czynności poznawczych i uczuciowo – motywacyjnych),
- zniekształcona ocena rzeczywistości.

Schizofrenię charakteryzuje długotrwały przebieg z tendencją do nawracania i utrwalania się zaburzeń, prowadzący często do obronnego stylu życia nacechowanego wycofaniem, biernością, ograniczeniem lub nieprawidłowym sposobem wyrażania emocji, zainteresowań i potrzeb. W efekcie dochodzi do dezadaptacji życiowej w wymiarze:

- somatycznym (brak troski o zdrowie, próby samobójcze),
- osobowym (depersonalizacja, zmiany osobowości),
- społecznym (trudności w zakresie umiejętności społecznych, pełnienia oczekiwanych ról społecznych) (Wciórka, 2002).

Przebieg schizofrenii i najczęściej wczesny jej początek sprawiają, że osoby u których rozpoznano ten rodzaj psychozy wymagają długotrwałego i kompleksowego leczenia, wsparcia społecznego oraz świadczeń wynikających z niepełnej sprawności.

1.1. Przyczyny schizofrenii.

Pomimo wieloletnich, intensywnych badań prowadzonych w wielu ośrodkach na świecie, przyczyna schizofrenii nie została jednoznacznie ustalona. Podkreśla się wieloczynnikowe podłoże choroby – brany jest pod uwagę udział czynników dziedzicznych, nabytych, zależnych od układu nerwowego i innych układów regulujących oraz od uwarunkowań środowiskowych.

Rosenthal (1970) stworzył koncepcję uwrażliwienia i stresu, którą rozwinęli Zubin i Spring (1977), Neuchterlein i Dawson (1984), Ciompi (1987). Jest ona jedną z szerzej opisywanych obecnie koncepcji powstawania schizofrenii i stanowi połączenie wielu wcześniejszych teorii na ten temat (za: Załuska, 2000).

U jej podstaw znajduje się założenie, że ujawnienie się choroby zależy od wzajemnych oddziaływań między „uwrażliwieniem” – właściwością dziedziczną lub nabytą w późniejszych okresach życia, a okolicznościami stanowiącymi stres. Osoba, którą cechuje nadmierna wrażliwość, odbiera sytuacje stresujące kilkakrotnie mocniej

niż przeciętny człowiek i w przypadku załamania się jej mechanizmów adaptacyjnych pojawiają się objawy psychozy lub inne zaburzenia psychiczne.

Znanych jest wiele czynników, które współdecydują czy istniejąca podatność zrealizuje się w postaci choroby czy nie. Czynniki te mogą mieć charakter:

- somatogenne (przebyte choroby układu nerwowego, substancje stymulujące, środki halucynogenne),
- psychogenne (cechy osobowości, postawy życiowe, umiejętności radzenia sobie w sytuacjach trudnych),
- socjogenne (klimat rodzinny).

Prezentowana koncepcja uwrażliwienia i stresu zawiera się w tzw. ułamku schizofrenicznym, który wygląda następująco:

$$S = \frac{X + \text{Stres} + L}{U + \text{Med} + \text{WS}}$$

gdzie:

S – oznacza wystąpienie epizodu psychotycznego lub zaostrzenie choroby,

X – symbolizuje osobniczą wrażliwość oraz hipotetyczny czynnik etiologiczny schizofrenii,

Stres – szeroko rozumiane obciążenie emocjonalne,

U – umiejętności społeczne,

Med – leczenie neuroleptykami,

WS – wsparcie społeczne.

Łatwo zauważyć, że przebieg choroby jest tym łagodniejszy, im licznik tego ułamka jest mniejszy, a mianownik większy (Michałowska, 1994).

1.2. Czynniki wyzwalające pierwszy lub kolejne epizody psychozy.

Pierwszy jak i kolejne rzuty choroby poprzedzają z reguły nagromadzone w krótkim okresie czasu (ok. 3 – tygodni) wydarzenia życiowe, zarówno pozytywne jak i negatywne. Istotne znaczenie odgrywają drobne codzienne, ale przykre i nieoczekiwane sytuacje, stanowiące silny stres dla osób podatnych na schizofrenię. Liberman

i inni (1986, za: Załuska, 2000) dokonali zestawienia sytuacji zagrażających wystąpieniem/nawrotem choroby, wśród których znajdują się:

1. wydarzenia życiowe lub codzienne trudności przekraczające wydolność mechanizmów radzenia sobie u danej osoby,
2. nierozwiązane konflikty i brak emocjonalnego oparcia wśród najbliższych, potęgujące napięcie psychofizyczne oraz dysfunkcje poznawcze występujące u osoby podatnej,
3. brak ochronnego działania farmakoterapii i współpracy w trakcie leczenia farmakologicznego,
4. narastające wymagania życiowe, przewyższające umiejętności społeczne (zwłaszcza dotyczące rozwiązywania trudnych sytuacji międzyludzkich),
5. brak, osłabienie bądź załamanie systemu oparcia społecznego.

1.3.Przebieg schizofrenii.

Jarema (2001) zaprezentował uproszczony schemat przebiegu psychozy schizofrenicznej. Przedstawia się on następująco:

- I – faza przedchorobowa – w której mogą pojawić się zaburzenia rozwoju psychomotorycznego, objawy neurologiczne,
- II – faza prodromalna – charakteryzująca się niespecyficznymi i specyficznymi objawami prodromalnymi, zaburzeniami funkcjonowania, Aitchinson i inni (1999, za: Jarema, 2001) wyróżniają następujące objawy prodromalne:
 - zaburzenia nastroju (labilność, depresja, dysforia),
 - zaburzenia myślenia,
 - zmiany w odbieraniu siebie i otoczenia (depersonalizacja i derealizacja),
 - zmiany zachowania (izolowanie się od otoczenia, podejrliwość, problemy w pełnieniu dotychczasowych ról społecznych),
 - zaburzenia somatyczne (utrata łaknienia, osłabienie, zaburzenia snu).
- III – pierwszy epizod choroby – pojawienie się objawów psychotycznych,
- IV – remisja – zmniejszenie nasilenia lub ustąpienie objawów psychozy,
- V – kolejne epizody – nawrót objawów psychopatologicznych, postępujące upośledzenie w funkcjonowaniu.

Opisano dwa typy przebiegu schizofrenii (Pużyński, 1993):

1. typ prosty – cechujący się szybkim lub powolnym, stopniowym lub skokowym ale zawsze nieodwracalnym narastaniem zaburzeń,
2. typ falujący – spotykany istotnie częściej, charakteryzuje się występowaniem faz lub rzutów nasilonych zaburzeń schizofrenicznych, rozdzielonych okresami pełnego lub częściowego powrotu do zdrowia.

1.4.Klasyfikacja schizofrenii.

Crown (1980, za: Bilikiewicz, 1992) przedstawił dwa typy schizofrenii:

1. typ I – wyróżnia:
 - przewaga objawów pozytywnych,
 - dobre, przedchorobowe funkcjonowanie społeczne,
 - brak zmian strukturalnych w OUN,
 - wysoka efektywność klasycznych leków przeciwpsychotycznych,
2. typ II – cechuje:
 - przewaga objawów negatywnych,
 - częste zmiany w OUN (poszerzenie komór bocznych, zanik kory czołowej i przedczołowej),
 - większa poprawa stanu psychicznego po zastosowaniu neuroleptyków atypowych.

W Międzynarodowej Klasyfikacji ICD – 10 (1997) znajdujemy następujące postacie schizofrenii:

1. Schizofrenię paranoidalną (dominacja trwałych urojeń paranoidalnych i omamów – najczęściej słuchowych),
2. Schizofrenię hebefreniczną (z silnie zaznaczonym rozprężeniem życia uczuciowego),
3. Schizofrenię katatoniczną (z przewagą zaburzeń napędu psychomotorycznego),
4. Schizofrenię rezydualną (scharakteryzowaną w dalszej części rozdziału),
5. Schizofrenię prostą (objawowo najuboższą, z powolnym rozwojem przewlekłego procesu schizofrenicznego),
6. Schizofrenię niezróżnicowaną (spełniającą ogólne kryteria przyjęte dla psychozy schizofrenicznej, przy braku wyraźnej przewagi wyżej wymienionych zespołów).

1.5. Obraz kliniczny.

Objawy negatywne (deficytowe) – wynikają z ograniczeń różnych czynności psychicznych. Ich znaczenie narasta wraz z czasem trwania psychozy.

Składają się na nie:

- ubożenie treści i formy myślenia (alogia),
- ograniczenie różnych form aktywności (abulia, apatia, anhedonia, awolicja, aspontaniczność),
- ograniczenie reaktywności emocjonalnej (spłylenie, stępienie, sztywność, bladość emocji).

Jednym z zasadniczych symptomów negatywnych jest *autyzm*. Charakteryzuje go znaczna przewaga zainteresowania się chorego własnymi przeżyciami wewnętrznymi i postępująca utrata kontaktu ze światem zewnętrznym. Chory żyje swoimi pragnieniami, lękami, swoją wyobraźnią. Treści przeżyć nie dzieli z otoczeniem przez co staje się coraz bardziej dla niego niezrozumiałym. Autyzm jest więc zaburzeniem komunikacji międzyludzkiej (Bilikiewicz, 1992). Stanowi objaw złożony, odbijający w sobie całe przeżywanie i zachowanie chorego, jego zdolność do syntonii, kontaktu.

Znane są poglądy, że autyzm stanowi pewien rodzaj mechanizmu obronnego, w odpowiedzi na nadmierną wrażliwość, lęk, niską odporność na stres (Hunca – Bednarska, 1997).

Minkowski (1957, za: Kępiński 1992) rozróżnił autyzm „ubogi” i „bogaty”. W odmianie „ubogiej” – dominują objawy deficytowe oraz ograniczone możliwości kontaktu, aż do jego zerwania. W odmianie „bogatej” – deficytom towarzyszy znaczne niedostosowanie, ograniczające skuteczność kontaktu aż do jego zaniku. Na nasilenie autystycznej postawy wpływa poziom innych objawów.

W obrazie chorobowym schizofrenii spotykamy również *objawy pozytywne (wytwórcze, produktywne)*. Ich istotą są zaburzenia percepcji i treści myślenia. Obecność objawów pozytywnych w większości przypadków decyduje o rozpoznaniu toczącego się procesu psychotycznego i sklasyfikowaniu występujących zaburzeń. Są to:

- *omamy* (halucynacje) – związane ze zmienioną oceną rzeczywistości. Za najbardziej typowe dla schizofrenii uważa się omamy słuchowe („głosy” komentujące zachowanie chorego, spierające się o jego osobę, wydające mu

polecenia), ugłosnienie myśli. Rzadko występują omamy wzrokowe, węchowe (Wciórka, 2002).

- *urojenia* – stanowią system przekonań wyjaśniający pojawiające się halucynacje. Chory w pewnym momencie zaczyna tworzyć wytłumaczenie tego czego doświadcza.

Kępiński (1992) stwierdza, że w genezie każdego urojenia pojawia się niezrozumienie rzeczywistości i lęk przed nieznanym. To właśnie urojenia powodują, że świat staje się bardziej zrozumiały dla chorego psychicznie i zmniejsza się poczucie lęku. Tym sposobem psychoza pogłębia się, gdyż coraz trudniej przebić się przez urojeniowo – omamową rzeczywistość chorego. Urojenia typowe dla schizofrenii mają strukturę paranoidalną. Są słabo powiązane logicznie, słabo usystematyzowane i słabo utrwalone. Najbardziej charakterystyczne dla tej choroby to urojenia oddziaływania, odsłonięcia, odnoszące. Najczęściej występują urojenia o treści prześladowczej. O specyficzności urojeń w schizofrenii decyduje ich:

- a. „pierwotność” - brak zrozumiałego związku z innymi przeżyciami,
- b. „dziwaczność” - treść zupełnie niemożliwa do zaistnienia (Pużyński, 1993).

W psychopatologii schizofrenii spotykamy również *formalne zaburzenia myślenia* – wiążą się z dezorganizacją myślenia oraz wypowiedania się i werbalnego porozumiewania się. Rozkojarzenie to typowy symptom omawianych zaburzeń. Przejawia się w wypowiedziach, które stopniowo tracą zwartość, rozumiały sens, związek z rzeczywistością, w efekcie doprowadzając do zaniku komunikowania.

Brak wglądu – oznacza niezdolność do oceny sytuacji zgodnej ze stanem obiektywnie istniejącym, a także brak poczucia choroby i gotowości podjęcia leczenia.

Niedostosowanie – związane jest z różnymi formami dezorganizacji czynności psychicznych. Ujawnia się w kontakcie z chorym, gdy jego przeżycia i zachowania roz mijają się z oczekiwaniami rozmówcy, obserwatora. Nieadekwatne do sytuacji wypowiedzi czy zachowania chorych na schizofrenię można traktować wprost jako wyraz braku integracji psychicznej (Wciórka, 2002).

Objawy nietypowe.

Stanowią je głównie urojenia i omamy, inne niż wymienione jako typowe dla psychozy schizofrenicznej oraz zaburzenia nastroju, lękowe, hipohondryczne, depersonalizacyjno – derealizacyjne, kontaktów i związków interpersonalnych.

Lęk – jest jednym z podstawowych przeżyć jakie doznają osoby chore na schizofrenię.

Według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (1997), lęk ma udział w patogenezie schizofrenii i zaburzeń jej pokrewnych. Jego nasilenie jest różne, począwszy od wzmożonej czujności aż do ataków paniki włącznie. Pod wpływem lęku chory traci orientację w otoczeniu oraz w swoim systemie wartości. Jego zachowania stają się przypadkowe, nieprzewidywalne i impulsywne. Lęk ma więc charakter dezintegracyjny (Kępiński, 1992). W ostrej fazie choroby lęk paraliżuje. W fazie chronicznej nadal utrzymuje się ale jego nasilenie jest znacznie mniejsze w wyniku zaadaptowania się do występujących zmian. U większości, najwyższe nasilenie lęku przypada na początkowy okres choroby. Wiąże się to z wystąpieniem doznań, które były dotychczas nieznanne.

Lęk może wyrażać się w formie reakcji lękowej jak i agresji. Przechodzenie lęku w agresję i odwrotnie odbywa się we wzajemnie ambiwalentnych postawach wobec siebie i otoczenia. Osoba chora na schizofrenię stara się zredukować swój lęk poprzez jego racjonalizację. Tworzy swój własny świat zachowań, który powoduje zerwanie związku ze światem realnym.

Objawy depresyjne – stanowią integralną część obrazu klinicznego schizofrenii. W przewlekłym procesie psychotycznym, dopatruje się niekiedy przyczyn depresji między innymi w:

- skutkach leczenia (tzw. depresja poneuroleptyczna),
- mechanizmach psychologicznych wyzwalających (reakcja na świadomość choroby, wstyd za zachowania niezgodne z normami społecznymi, pustka po burzliwych objawach choroby) (Jarema, 2001).

1.6. Objawy dalszego rozwoju schizofrenii.

Objawy ostrzegawcze – zwiastują nawrót psychozy.

Wg Wiedemana i innych (1994, za: Wciórka, 2002) do najczęstszych należą:

- lęk i napięcie,
- obniżenie nastroju (brak zainteresowań, spowolnienie psycho – ruchowe, zanizowana samoocena, myśli samobójcze),
- zaburzenia poznawcze (zwłaszcza w zakresie zapamiętywania),
- pobudzenie psycho – ruchowe,
- zaburzenia somatyczne (snu, łaknienia, potliwości),
- niecodzienne zachowania (np. zaniedbywanie własnego wyglądu),

- wypowiedzi i zachowania sugerujące wystąpienie objawów wytwórczych.

Objawy rezydualne – świadczą o chronicznym przebiegu psychozy. Cechuje je względna stabilność oraz mniejsze nasilenie niż w okresie zaostrzenia. Można to traktować jako trwałą pozostałość, obciążającą chorego w okresie częściowej remisji. Dominują wśród nich objawy negatywne oraz przejawy dezorganizacji psychicznej. Rzadziej chorzy prezentują słabo zaznaczone objawy produktywne.

1.7. Czynniki prognostyczne.

Pużyński (1993) wymienia następujące wskaźniki pomyślnego rokowania w schizofrenii:

- stabilne i nie wyróżniające się cechy osobowości przedchorobowej,
- dobre przystosowanie przedchorobowe (małżeństwo, aktywność zawodowa, żywe kontakty z innymi ludźmi, rozwinięte zainteresowania, wysoki wskaźnik inteligencji),
- późniejszy wiek zachorowania,
- ostry początek choroby,
- przebieg choroby z okresami zaostrzeń i remisji,
- współwystępowanie zaburzeń afektywnych,
- brak zaburzeń myślenia i przejawów zubożnienia,
- krótkie hospitalizacje,
- brak objawów deficytowych.

Cechy przeciwne do wymienionych rokują niepomyślnie.

1.8. Rokowanie.

Rokowanie w schizofrenii jest indywidualnie zróżnicowane i trudne. Znane są postacie ograniczone do jednego epizodu, późne poprawy i późne wyleczenia (Cechnicki, 2001).

Nadal bardzo wiele osób leczonych z powodu schizofrenii w miarę postępu choroby degraduje się w wymiarze społecznym. Są jednak też i tacy, którzy odzyskują sprawność sprzed zachorowania i wracają do aktywności zawodowej.

Bilikiewicz (1992) mówi o rokowaniu kierunkowym i odcinkowym. Rokowanie kierunkowe dotyczy przewlekłego podłoża schizofrenicznego i jest z reguły poważniejsze od rokowania odcinkowego, odnoszącego się do zespołu objawów

nakładających się na podłoże schizofreniczne, a zarazem decydujących o rozpoznaniu określonej postaci schizofrenii.

Niewątpliwie korzystnie na przebieg choroby wpływa zarówno szybkie podjęcie leczenia jak i jego kompleksowość. Stosowane równocześnie w wyważonych proporcjach farmakoterapia, leczenie psychospołeczne, zapobiegają degradacji chorego, sprzyjają wydłużonym remisjom a nawet zatrzymują rozwój choroby. Istotny dla powodzenia terapii jest system wsparcia społecznego, w tym stabilna relacja z prowadzącym leczenie zespołem.

Czynniki, które w pewnym stopniu współdecydują o rokowaniu w psychozie schizofrenicznej to (Wciórka, 2002):

- *współzachorowalność* – współwystępowanie chorób somatycznych i schizofrenii jest częste. Dotyczy 46 – 80 % populacji szpitalnej oraz 20 – 43 % populacji ambulatoryjnej. U 46 % chorych stan somatyczny pogarsza stan psychiczny, a u 7 % stanowi zagrożenie dla życia. Osobom z rozpoznaniem schizofrenii przypisuje się wzmoczoną podatność na infekcje, gruźlicę oraz choroby układu krążenia. Istotne znaczenie kliniczne i epidemiologiczne ma współistnienie schizofrenii i zaburzeń wynikających z przyjmowania substancji psychoaktywnych.

- *śmiertelność* - ryzyko samobójstw wśród chorych ocenia się na około 10%. Czynniki zwiększające prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa to:

- młody wiek,
- płeć męska,
- niepomyślny przebieg choroby,
- nadmierna zależność od leczenia,
- utrata wiary w efektywność terapii,
- większe nasilenie objawów pozytywnych.

W opinii Kima i innych (2003) główna przyczyna samobójstw wśród chorych na schizofrenię ma charakter egzystencjalny i tkwi w poczuciu beznadziejności.

1.9. Zejście schizofrenii.

Zejście choroby określa względna stabilizacja w zakresie obrazu klinicznego oraz stopień nieprzystosowania (życiowe następstwa choroby). Mc Glaschan (1988) oraz Carpenter (1991) utrzymują, że faza późna ze stabilizacją obrazu chorobowego następuje na ogół po około 5 – 10 letnim okresie trwania choroby.

Nieprzystosowanie może przejawiać się w:

- niekorzystnej sytuacji rodzinnej i zawodowej,
- ograniczeniu kontaktów międzyludzkich,
- zmniejszonym zainteresowaniu sobą i otoczeniem,
- uzależnieniu od świadczeń medycznych i społecznych (za: Załuska, 2000).

Zejsście schizofrenii jest bardzo zróżnicowane, od braku objawów rezydualnych i dobrego przystosowania życiowego, aż do nasilonych objawów deficytowych i znacznego nieprzystosowania (Wciórka, 2002).

Proces chorobowy może kończyć się tzw. schizofrenią ubytkową (rezydualną, resztkową) (Bilikiewicz, 1992). W postaci tej dominują nasilone objawy negatywne, wyrażone:

- spowolnieniem psychomotorycznym lub obniżeniem aktywności,
- wyraźnym stępieniem afektu,
- biernością i brakiem inicjatywy,
- ubóstwem zarówno jakości jak i treści mowy,
- słabym pozawerbalnym porozumiewaniem się,
- trudnościami w wypełnianiu ról społecznych.

Najczęściej schizofrenia rezydualna przejawia się wieloletnią obecnością dyskretnych objawów negatywnych.

Z zaprezentowanych informacji na temat psychozy schizofrenicznej wynika, że jest to choroba w poważnym stopniu ingerująca w osobiste i społeczne życie chorego.

Populację osób leczonych z powodu schizofrenii cechuje długotrwały brak sprawności psychicznej i społecznej. Jest to także grupa o zróżnicowanym:

- obrazie psychopatologicznym,
- poziomie funkcjonowania społecznego i samodzielności,
- zróżnicowanych wzorcach hospitalizacji.

Warunkuje to postępowanie rehabilitacyjne i planowanie sieci różnych placówek opiekuńczo – terapeutycznych (Ekdawi, Conning, 1995).

Nie wolno zapominać, że wielu spośród chorych nie jest w stanie podołać wymaganiom jakie stawia im życie pozaszpitalne bez odpowiednich interwencji i wsparcia. Dotyczy to zwłaszcza osób pozbawionych pomocy ze strony najbliższych.

Podsumowaniem rozdziału niech będzie kilka, z 10 tez o schizofrenii:

1. Schizofrenia jest chorobą o wielu wymiarach.
2. Schizofrenia nie jest chorobą dziedziczną.
3. Schizofrenia nie jest chorobą nieuleczalną.
4. Chorzy na schizofrenię oczekują zrozumienia, szacunku, pomocy (Cechnicki, 2002).

Rozdział 2. Następstwa procesu schizofrenicznego.

2.1. Deficyty emocji.

Źródłem emocji i uczuć jest istniejąca rzeczywistość. Człowiek odzwierciedlając otaczający go świat ustosunkowuje się do niego, cieszy się, martwi, kocha, smuci, gniewa, cierpi.

Procesy emocjonalne bywają regulatorami stosunków między jednostką a otoczeniem. Wpływają również w zasadniczy sposób na jej aktywność, czasami mobilizują do działania, kiedy indziej to działanie utrudniają.

Bogactwo życia uczuciowego a także umiejętność panowania nad emocjami świadczą o dojrzałości człowieka i o stanie jego psychiki.

Dysfunkcje emocjonalne uważane są za jedne z podstawowych, towarzyszących schizofrenii. Już w 1896 roku Kraplin, wprowadzając nazwę *dementia praecox* miał na myśli wczesne, postępujące otępienie, wyrażające się między innymi niewydolnością funkcjonowania emocjonalnego. Bluer (1911) natomiast zwrócił uwagę na bładość afektywną w kontekście dezorganizacji osobowości.

W psychozie schizofrenicznej mówi się również o sztywności emocjonalnej rozpatrywanej jako:

1. jeden z podstawowych objawów schizofrenii,
2. kompleks cech, do którego de Leon i Simpson (1989) zaliczają:
 - spłylenie afektu – znajdujące swoje odbicie w sferze behawioralnej (gestykulacja, intonacja głosu, kontakt wzrokowy),
 - niedostosowany afekt,
 - ubóstwo w tempie i treści wypowiedzi (za: Kukulska, 1999/2000).

Kaczyński (1962) na podstawie własnych obserwacji klinicznych doszedł do wniosku, że schizofrenia, nawet krótkotrwała i epizodyczna jest w każdym wypadku procesem prowadzącym do dezorganizacji uczuciowości wyższej.

Według Hubera (1966) zmiany emocjonalności chorych na schizofrenię cechują się:

- 1) niemożnością odczuwania radości,
- 2) zubożeniem uczuć we wszystkich zakresach (za: Jankowski, 1994).

Heilman i inni (2000, za: Hunca – Bednarska, Kucharska – Pietura, 2002) uważają, że podłożem zaburzeń procesów emocjonalnych są dysfunkcje pól czołowych, odpowiadających za kontrolę i kierowanie procesami emocjonalnymi.

Zaburzenia emocji w ramach kryteriów osiowych podkreślali ponadto: Kępiński (1971), Mazurkiewicz (1958), Parnas (1982), za: Kucharska – Pietura, Kopacz, (2001).

Nadal istnieją kontrowersje co do natury i rozmiarów dysfunkcji emocjonalnych w schizofrenii. Przyczynia się do tego często podkreślana dysproporcja pomiędzy obserwowanym z zewnątrz zubożeniem a wewnętrzną wrażliwością oraz fakt, że emocje przejawiane przez osoby leczone z powodu schizofrenii są nie modulowane i trudne do interpretacji przez ludzi zdrowych (Hunca – Bednarska, 1997).

Nie można wczuć się w nie ani ich zrozumieć. Czasem próba dotarcia do przeżyć chorego napotyka na opór, drażliwość z jego strony.

Bilikiewicz (1998) w pierwszej kolejności zwraca uwagę na utratę związków emocjonalnych z otoczeniem. Brak emocjonalnego zaangażowania, w tym zanik zainteresowań, poczucie bezcelowości, pasywność, obojętność, łączy z negatywnym wymiarem psychozy schizofrenicznej.

Prezentowane są również poglądy (Jarosz, 1979; Zadęcki, 1970), że emocjonalne wycofanie stanowi mechanizm obronny przed:

- zwiększoną wrażliwością,
- małą odpornością na stres,
- nadmiernym lękiem (za: Hunca – Bednarska, 1997).

Zanik więzi emocjonalnych łączy się z uczuciem smutku i „emocjonalną pustką” (Kępiński, 1992). Dominacja smutku sprawia, że realna sytuacja uczuciowa pozostaje „poza horyzontem” tej pustej przestrzeni, a świat chorego znajduje się zbyt daleko, by mógł w niej uczestniczyć.

Smutek schizofreniczny może przejawiać się również jako:

- nienawiść do siebie i świata,

- brak chęci i sił życiowych,
- pustka pierwotna, tj. trwająca od początku psychozy,
- pustka wtórna – pojawiająca się po ostrej fazie choroby.

Kępiński w „Rytmie życia” (1992) ukazuje na zasadzie analogii pustkę wtórną u chorych na schizofrenię oraz u byłych więźniów obozu koncentracyjnego. W opinii autora, zarówno jednym jak i drugim trudniej przystosować się do życia po ustąpieniu ostrych objawów wytwórczych czy wydarzeń, które miały miejsce w obozie. Wszystko bowiem wydaje się wówczas szare i banalne w porównaniu do tego co przeżyli podczas psychozy czy niewoli.

Inna przyczyna wycofania emocjonalnego tkwi w skrajności uczuć, która towarzyszy schizofrenii. „Kocham i nienawidzę” – to jedno z częstszych przeżyć utrudniających lub uniemożliwiających związki uczuciowe z otoczeniem. Nawet, gdy chory zaangażuje się uczuciowo, waha się między skrajnymi, lecz jakże silnymi doznaniem. Ta sytuacja staje się w pewnym momencie zbyt męcząca i chory wycofuje się z tego związku. Większą stabilizację znajduje natomiast w nierealnych związkach uczuciowych (Kępiński, 1992).

Wyniki innych badaczy tematu (por. Kucharska – Pietura, Kopacz, 2001; Hunca – Bednarska, 1997; Hunca – Bednarska, Kucharska – Pietura, 2002; Hooker, Park, 2002) dostarczają równie ciekawych i istotnych klinicznie uwag prezentowanych poniżej.

Badane osoby z rozpoznaniem schizofrenii charakteryzowały szczególne trudności w:

- wyrażaniu emocji, zwłaszcza o zabarwieniu pozytywnym,
- identyfikowaniu doświadczeń emocjonalnych,
- emocjonalnej ekspresji pozawerbalnej,
- zdolności do rozpoznawania stanów emocjonalnych wyrażanych mimiką,
- werbalizowaniu przeżyć,
- właściwym odbiorze humoru,
- rozumieniu potocznych zwrotów językowych, mówiących o uczuciach,
- kontrolowaniu własnych stanów emocjonalnych.

Na deficyt w zakresie kontroli emocji zwrócili również uwagę Jakubik i inni (1990) podkreślając, że jej przejawem jest zwłaszcza zwiększona podatność na dezorganizację pod wpływem emocji pozytywnych i negatywnych (za: Kucharska –

Pietura, Kopacz, 2001). Ponadto chorzy zwracali uwagę obojętnością nastroju i przeważnie biernym stosunkiem do otoczenia.

Zaobserwowano wpływ czasu trwania procesu chorobowego na deficyt w zakresie emocjonalnego zaangażowania. Dłużej chorujący częściej prezentowali bierność niż osoby o krótszym stażu choroby (Hunca – Bednarska, Kucharska – Pietura, 2002).

Reasumując – osoby leczone z powodu schizofrenii cechują deficyty w zakresie procesów emocjonalnych. Deficyty te mogą stać się przyczynę problemów w poprawnym, społecznym funkcjonowaniu. Struktura interakcji uczuciowych zaczyna się kształtować bardzo wcześnie, dlatego to co niezwykle w uczuciach jest bardziej widoczne niż niezwykłość w innych aspektach życia.

Modyfikacja procesów emocjonalnych w psychozie schizofrenicznej jest bardzo trudna. Tylko długotrwałe oddziaływania terapeutyczno – rehabilitacyjne mogą spowodować zmniejszenie poczucia wrogości, nieufności, pasywności względem otoczenia, wzrost poczucia wartości i odzyskanie wiary w cel życia.

Dotychczasowe obserwacje form życia uczuciowego osób z diagnozą schizofrenii wymagają jednak dalszych, pogłębionych badań.

2.2. Deficyty poznawcze.

Orientacja w otaczającym świecie możliwa jest dzięki zdolności organizmu do odbierania i analizowania docierających do niego bodźców. Tę możliwość dają człowiekowi *procesy poznawcze (pamięć, uwaga, myślenie, mowa)*.

Przez długi okres czasu uważano, że proces chorobowy w schizofrenii przebiega na tle nienaruszonych funkcji poznawczych. Badania wskazują jednak, że u ponad 85% leczonych z powodu schizofrenii występują cechy deficytu poznawczego, a u wszystkich chorych następuje indywidualne osłabienie funkcji poznawczych w pierwszym epizodzie psychozy. Członkowie rodzin osób chorych na schizofrenię (ponad 50%) również wykazują ten typ deficytu (Borkowska, 2001).

Współczesna hipoteza dotycząca etiopatogenezy deficytów poznawczych zakłada, że ich podłoże stanowią zaburzenia rozwojowe mózgu, a zwłaszcza anomalie czynnościowe i strukturalne w obrębie kory mózgowej, głównie kory asocjacyjnej

odpowiedzialnej za złożone czynności psychiczne, która kształtuje się najpóźniej i jest jednocześnie najbardziej narażona na zaburzenia rozwojowe (Rybakowski, Borkowska, 2001).

Według Firtha (1979) obecny jest w schizofrenii defekt mechanizmu kontrolującego i ograniczającego treść świadomości (nadmierna samoświadomość). W tej sytuacji funkcje poznawcze, takie jak: mowa, myślenie, postrzeganie lub ich rezultaty stają się świadome, podczas gdy u osób zdrowych pozostają w większości poza świadomością. Można zatem przypuszczać, że w schizofrenii ulega załamaniu selekcyjna zdolność świadomości. Chorzy nie są w stanie wybrać i utrzymać właściwego kierunku działania, a procesy automatyczne obejmowane są kontrolą właściwą procesom świadomym (za: Hunca – Bednarska, 1997).

Według Borkowskiej (2001) przebieg deficytów poznawczych w trakcie trwania procesu schizofrenicznego jest następujący:

1. deficyty utrwalone, stwierdzone w dzieciństwie,
2. nasilenie dysfunkcji poznawczych w okresie prodromalnym,
3. pogorszenie funkcjonowania poznawczego w czasie pierwszego epizodu schizofrenii,
4. możliwość pogłębiania się deficytów poznawczych w każdym kolejnym zaostrzeniu się objawów chorobowych.

Deficyty poznawcze w schizofrenii dotyczą w szczególności procesów związanych z przetwarzaniem informacji, rozwiązywaniem problemów, planowaniem i myśleniem abstrakcyjnym (Rybakowski, Borkowska, 2001).

Obecnie poprawa funkcjonowania poznawczego jest jednym z priorytetowych celów klinicznych w leczeniu schizofrenii.

Pamięć operacyjna i funkcje wykonawcze:

Pamięć operacyjna odpowiada za prawidłowe włączanie informacji zależnie od sytuacji, przechowywanie przez pewien czas informacji na temat kryteriów aktualnie wykonywanych czynności, zdolności „przełączania się” na nowe zasady działania (Baxter, Liddle, 1998, za: Rybakowski, Borkowska, 2001).

Deficyt pamięci operacyjnej prowadzi do zaburzeń funkcji wykonawczych, warunkujących przebieg złożonych procesów poznawczych to jest:

- planowania i umiejętności zastosowania planu w trudnej sytuacji,
- plastyczności procesów psychicznych.

Hartman i inni (2003) na podstawie przeprowadzonych analiz wysuwają wniosek, że u chorych na schizofrenię bardziej zaburzona funkcją w zakresie pamięci operacyjnej jest szybkość przetwarzania uzyskanych informacji aniżeli sam proces ich zapamiętywania.

Park i inni (2003) opierając się na własnych doświadczeniach dowodzą, że stopień upośledzenia pamięci operacyjnej nie zależy od nasilenia objawów psychopatologicznych.

Inteligencja

Dotychczasowe prace empiryczne wskazują, że iloraz inteligencji ulega wyraźnemu obniżeniu w okresie co najmniej dwóch lat od momentu wystąpienia pierwszego epizodu choroby (Davidson i inni, 1999; Frith, 1995, za: Rybakowski, Borkowska, 2001). Deficyt ten pogłębia się wraz z trwaniem psychozy. Jest on większy u mężczyzn niż u kobiet. Poprawa objawowa indukuje lepszą sprawność intelektualną (z wyjątkiem inteligencji słownej).

Borkowska i inni (1996) posługując się nową wersją skali Wechslera zauważyli, że wartość ilorazu inteligencji u chorych na schizofrenię była niższa średnio o 20 pkt., niż w grupie osób zdrowych.

Na obniżenie ilorazu inteligencji w omawianej populacji chorych psychicznie wskazuje Grzywa (1997) dodając, że u niektórych pacjentów zaburzenia intelektualne mogą być porównywalne do tych spotykanych w demencji.

Uwaga

W opinii Borkowskiej i innych (1996) deficyty uwagi u osób z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej wynikają z dysfunkcji jąder podstawy mózgu.

Grupa psychologów brytyjskich (Mc Ghie, Chapman, 1961) traktuje defekty selektywnego i hamującego funkcjonowania uwagi jako podstawowe zaburzenie będące źródłem innych trudności poznawczych, a także zmian w życiu emocjonalnym (za: Hunca – Bednarska, 1997).

Defekty uwagi we wczesnej fazie schizofrenii są wynikiem braku możliwości poradzenia sobie z natłokiem informacji zarówno z powodu nadwrażliwości na bodźce, jak i braku umiejętności różnicowania ich na ważne, nieważne i nowe. Taki defekt mechanizmu selekcji sygnałów powoduje ciągle rozproszenie uwagi, uniemożliwiając trafne postrzeganie i rozwiązywanie sytuacji trudnych (Motak, 1997). Podobne spostrzeżenia wysunęli Hagh – Shenass i inni (2002). Uczestnicy przeprowadzonych

przez nich badań wykazywali zaburzenia w zakresie selektywności, koncentracji i przerzutności uwagi.

Deficyt uwagi bywa często bardziej nasilony u osób z pierwszym epizodem choroby niż u chorych przewlekłe. Potwierdza to wcześniejsze sugestie, że zaburzenia funkcji poznawczych, w tym także uwagi występują od początku choroby, a być może już w okresie prodromalnym. Zaobserwowane zjawisko może stanowić przejaw specyficznych procesów adaptacyjnych u osób chorujących od wielu lat.

Pamięć

Randolph i inni (1993) sugerują, że zaburzenia zapamiętywania leżą u podstaw choroby. Zakłócone są zarówno procesy kodowania, przechowywania jak i odtwarzania śladów pamięciowych. Ma to zasadnicze znaczenie dla wielu form terapeutycznych i może oznaczać, że w niektórych przypadkach wskazane byłoby stosowanie przede wszystkim oddziaływań o charakterze zadaniowym, behawioralnym czy treningów umiejętności (za: Wrońska i inni, 1999).

Deficyty pamięci ograniczają w znacznym stopniu możliwość uzyskania zadowalających wyników terapii.

Funkcje werbalne

Nieprawidłowości w zakresie funkcji werbalnych są ściśle związane z zaburzeniami procesów przetwarzania informacji. W pierwszym okresie choroby charakterystyczne są zaburzenia w zakresie pamięci werbalnej. Większy deficyt funkcji werbalnych stwierdza się u mężczyzn. Wyniki uzyskane przez Alemana i innych (1999) dowodzą trwałego charakteru zaburzeń, które dotyczą wielu aspektów pamięci słownej i tylko w nieznacznym stopniu zależą od czasu trwania choroby, czy stanu klinicznego (za: Rybakowski, Borkowska, 2001).

Wrońska i inni (1999) wykazali istotne zaburzenia w zakresie zapamiętywania materiału werbalnego, a zwłaszcza wyraźny deficyt zdolności do zapamiętywania słów i przechowywania śladów pamięciowych (deficyt procesów uczenia się).

Ciekawych spostrzeżeń w zakresie procesów uczenia się dostarczają w swoich badaniach Danion i inni (2001). Autorzy na podstawie otrzymanych wyników doszli do wniosku, że schizofrenia upośledza wykonywanie zadań pamięciowych związanych ze świadomym przypominaniem sobie zaistniałych faktów, lecz nie upośledza pamięci związanej z nie uświadomionym przechowywaniem informacji na temat zdolności percepcyjnych i motorycznych. Fakt ten wskazuje, że świadomość podczas procesu

odtworzenia stanowi krytyczną determinantę pamięci zarówno w zakresie kodowania jak i odtwarzania.

Borkowska (1996) wskazuje ponadto u chorych na schizofrenię na globalne osłabienie fluencji słownej i liczne persewercje.

Myślenie i działanie:

Już wyniki badań Namysłowskiej (1972) ujawniają zaburzenia procesów myślenia i tworzenia pojęć u chorych na schizofrenię. Według autorki są one niezależne od zaostrenia się procesu chorobowego, co pozwala potwierdzać przypuszczenie, że podłoże ich stanowią wczesne, trwałe uszkodzenia mózgu (za: Wrońska i inni, 1999).

Myślenie osób z diagnozą psychozy schizofrenicznej cechuje się rozluźnioną dyscypliną, utrudniającą śledzenie jego toku, nie podlega regulacji i nie zmierza ku określonemu celowi. Objawami zaburzonego myślenia są takie cechy mowy chorych, jak: zaburzona składnia, zawiłość, niezrozumiałość, niekonwencjonalne używanie słów, podążanie za przypadkowymi skojarzeniami (Hunca – Bednarska, 1997).

Reasumując, zaburzenia poznawcze stanowią trwały i istotny element psychozy schizofrenicznej. Stanowisko to popierają liczne badania z zastosowaniem metod obrazowania.

Chorzy na ogół cechują się:

- niższym ilorazem inteligencji,
- deficytami uwagi i pamięci,
- tendencją do popełniania błędów językowych,
- deficytami w zakresie rozwiązywania problemów abstrakcyjnych (Meder, Sawicka, 2001).

Zaburzenia funkcji poznawczych wpływają w dużym stopniu na efektywność różnych form terapii, a przez to współdecydują o szybkości i jakości zaadaptowania się chorego do warunków i wymogów środowiska pozaszpitalnego.

Warto dodać, że funkcje poznawcze odgrywają również istotną rolę w procesie indywidacji, którego efektem jest wykształcenie się poczucia tożsamości. Indywidacja warunkuje kształtowanie się dojrzałych zachowań społecznych.

2.3. Deficyty w zakresie funkcjonowania społecznego.

Jakość funkcjonowania społecznego w opinii wielu klinicystów (Srauss, Carpenter, 1987; Ciompi, 1976; Bluer, 1972) stanowi, obok częstości nawrotów psychozy schizofrenicznej kryterium świadczące o ciężkości przebiegu choroby i decyduje o rokowaniu (za: Górna, Rybakowski, 1995).

Ocena zdolności do samodzielnego funkcjonowania jest podstawą planowania alternatywnych wobec hospitalizacji metod leczenia, możliwych dzięki deinstytucjonalizacji lecznictwa i rozbudowy różnych form psychiatrycznej opieki środowiskowej (Załuska, 1997; Pużyński, Langiewicz, 2001).

Funkcjonowanie społeczne obejmuje wiele dziedzin życia, między innymi:

- pracę zawodową,
- udział w życiu rodzinnym,
- czas wolny,
- samodzielność w zaspokajaniu potrzeb codziennych,
- zainteresowania i inne.

Przyjmuje się, że termin ten oznacza „*jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki*

w jakimkolwiek jej społecznym układzie odniesienia” (Załuska, 1995, s. 632).

Białyszewski (1967) i Szmátka (1974) rozpatrują funkcjonowanie społeczne w kategoriach pełnionych przez człowieka ról. Szmátka określa rolę społeczną jako funkcję uczestniczenia osoby, wyznaczoną przez społeczny układ odniesienia, do którego należy. Rogiewicz (1981) wyróżnia następujące elementy, charakteryzujące funkcjonowanie w roli społecznej:

1. aktywność w zakresie pełnienia obowiązków,
2. aktywność w zakresie korzystania z przywilejów,
3. harmonizacja roli,
4. satysfakcja związana z pełnieniem roli (za: Załuska, 1995).

Wśród chorych na schizofrenię funkcjonowanie społeczne uwarunkowane jest w znacznym stopniu wielkością deficytów poznawczych (Addington, Addington D., 2000). Deficyty te powodują upośledzenie zdolności radzenia sobie w środowisku pozaszpitalnym na skutek:

- osłabienia lub braku umiejętności rozwiązywania problemów międzyludzkich,

- zmniejszonych możliwości nabywania umiejętności psychospołecznych,
- ograniczonych zdolności uczenia się społecznie akceptowanych zachowań,
- trudności w zaplanowaniu oraz kontynuowaniu nauki i aktywności zawodowej (Borkowska, 2001).

Anthony i Liberman (1986) w swoim wielopoziomowym modelu dysfunkcji w schizofrenii zwracają uwagę w pierwszej kolejności na zmiany patologiczne, dotyczące poziomu molekularnego, które powodują zaburzenia narządowe (defekty strukturalne) lub funkcjonalne i są w efekcie przyczyną niesprawności w złożonych aktywnościach (jak np. komunikowanie, podejmowanie decyzji). Jej przejawem są deficyty umiejętności społecznych oraz upośledzenie w dbałości o higienę, żywienie, estetykę wyglądu własnego i otoczenia, wykonywaniu pracy zawodowej czy utrzymaniu więzi interpersonalnych. Jako następstwa niesprawności Liberman (1986) podaje sytuacje skrajnego wyobcowania chorych z życia społecznego, takie jak:

- bezdomność,
- bezrobocie,
- brak kontaktów społecznych,
- brak dostępu do rozrywki i kultury,
- odrzucenie poza margines danej społeczności (za: Załuska, 2000).

Tak więc umiejętności społeczne wyznaczają poziom funkcjonowania w tym aspekcie i stanowią „narzędzia” znajdujące zastosowanie w kontaktach z innymi ludźmi. Służą osiągnięciu konkretnych celów, jak również zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych i społecznych z uwzględnieniem praw i potrzeb drugiej osoby.

Z tych powodów Bennet (1983) w postępowaniu z osobami z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej kładzie szczególny nacisk na radzenie sobie i na poprawę funkcjonowania, a nie na wyleczenie. Skoncentrowanie się wyłącznie na fizycznym wymiarze choroby jest niewystarczające, gdyż wiele innych aspektów życia ma ogromny wpływ na poziom ich funkcjonowania czy samoocenę (za: Ekdawi, Conning, 1995).

Chorzy na schizofrenię osiągają gorszy poziom umiejętności społecznych niż osoby zdrowe czy cierpiące z powodu innych zaburzeń psychicznych (por. Górna, Rybakowski, 1995; Górna i inni, 2000; Załuska, 1997; Załuska, 2000).

Badania, jakie przeprowadzili Gibbons i inni (1984) wśród osób mieszkających z rodziną wykazały, aż u 78% uczestników obniżony poziom funkcjonowania społecznego (za: Ekdawi, Conning, 1995).

W katamnesticznych pracach Górnej (1995) czy Masona (1995) blisko połowa badanych prezentowała istotne problemy w zakresie społecznego funkcjonowania. Strauss i Carpenter (1977) wykazali ponadto, że funkcjonowanie w kontaktach międzyludzkich i aktywność zawodowa chorych psychicznie wiąże się ściśle z poziomem funkcjonowania w tych obszarach, w okresie przedchorobowym.

Fenton (1996) dokonując analizy prac Zubina (1977) i Stephensa (1978) przyznaje słuszność regule „jednej trzeciej”. Zgodnie z nią 1/3 chorych po leczeniu uzyskuje pełną remisję i powraca do przedchorobowego poziomu funkcjonowania, 1/3 uzyskuje częściową remisję i funkcjonuje gorzej niż przed pojawieniem się psychozy. U pozostałych, postępujący przebieg schizofrenii doprowadza do całkowitej niesprawności społecznej (za: Załuska, 2000).

Wciórka (2002) sugeruje, że trudności społeczne, charakteryzujące osoby z diagnozą schizofrenii dotyczą zwłaszcza:

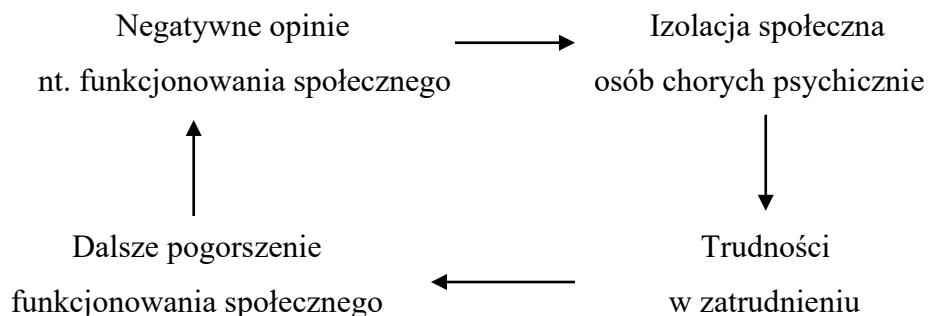
- 1) kompetencji społecznej (ograniczenie umiejętności rozwiązywania prostych i złożonych zadań społecznych),
- 2) oparcia społecznego (niedostosowanie, ograniczenie lub brak sieci społecznych).

Ich efektem jest:

- niesprawne odgrywanie ról społecznych,
- degradacja społeczna,
- zależność od instytucji, które na co dzień bądź w sytuacjach kryzysowych świadczą różnorodne formy pomocy.

Bezradność otoczenia, stygmatyzacja lub bardziej skrajne przejawy dyskryminacji chorych psychicznie pełnią często rolę czynników potęgujących i utrwalających tego typu konsekwencje schizofrenii.

Powyższą sytuację uwidocznili Crisp i inni (2000) badając postawy populacji osób zdrowych wobec chorych psychicznie (Wielka Brytania). Opinie badanych eksponowały na pierwszym miejscu zakłócone funkcjonowanie towarzyszące chorobie psychicznej. Konsekwencją tego stanu jest wytworzenie się objawu „błędnego koła”, co można przedstawić w następujący sposób (ryc. własna poniżej)



Platt i Spivack (1989) zwracają uwagę na istotne problemy w rozwiązywaniu sytuacji interpersonalnych. Vaccro i inni (1992) potwierdzają powyższe spostrzeżenia uzupełniając, że chorzy na schizofrenię mają szczególne trudności w prezentowaniu zachowań asertywnych, które częściej zastępuje agresja lub pasywność. Drat – Ruszczak (1991) dodaje, że specyficzną właściwością postępowania tych osób jest rezygnacja z wartościowania jakichkolwiek sytuacji życiowych. Konsekwencją tego jest spadek motywacji do poszukiwania konstruktywnych rozwiązań i przeprowadzania jakichkolwiek zmian (za: Sawicka, 2001).

W odniesieniu do osób leczonych psychiatrycznie duże znaczenie dla funkcjonowania społecznego ma praca. Tymczasem, jednym z najbardziej upośledzonych obszarów funkcjonowania jest właśnie aktywność zawodowa.

W ostatnim okresie zwraca uwagę w obserwowanych grupach chorych na schizofrenię wzrost odsetka osób nie pracujących. W latach 70 – tych donoszono o 24 do 38% bezrobotnych, a w latach 90 – tych już o 44 do 90% (Załuska, 2000).

Przyczyn tego zjawiska można dopatrywać się w przeszkodach:

- a) obiektywnych, wynikających z aktualnej sytuacji panującej na rynku pracy,
- b) subiektywnych, jak:
 - nieufność i niechęć pracodawców przejawiana w stosunku do osób po przebytym kryzysie psychicznym,
 - przeświadczeniu wielu chorych o ich niewydolności fizycznej i umysłowej będącej następstwem procesu psychotycznego.

Problem bezrobocia wśród leczonych z powodu psychozy schizofrenicznej dotyczy również społeczeństw o zupełnie odmiennej niż Polska sytuacji społeczno – ekonomicznej.

Badania prowadzone w Norwegii (kraju o niskim wskaźniku bezrobocia) dowodzą, że blisko 95% obserwowanych pozbawionych było pracy, a 1/3 tej grupy straciła zatrudnienie w czasie kontynuowanych badań, tj. w okresie 7 lat. Słabsze wyniki społecznego funkcjonowania wynikały generalnie z mniejszego zatrudnienia (Melle i inni, 2000).

Istotną rolę dla losów pacjenta odgrywa też czas, jaki upłynie od momentu wystąpienia objawów do chwili rozpoczęcia leczenia. „Okres nie leczonej psychozy” (Carbone i inni, 1999) ma znaczenie nie tylko dla rozpoznania ale i dla przebiegu choroby, w tym dla odzyskania dobrego poziomu zawodowego i społecznego (za: Jarema, 2001).

Podsumowując zaprezentowane spostrzeżenia na temat funkcjonowania społecznego osób z rozpoznaniem schizofrenii należy podkreślić, że na skutek zaburzeń intrapsychicznych pojawiają się problemy w codziennym funkcjonowaniu, utrudnienia w aktywności zawodowej, zakłócenia w relacjach interpersonalnych, zwłaszcza rodzinnych.

Świadomość choroby psychicznej, długo trwająca hospitalizacja psychiatryczna i wiążąca się z nią izolacja społeczna oraz pogorszenie statusu socjalno – bytowego mogą odgrywać w tym obszarze życia znamienne rolę (Ryn, Zawadzka, 1999).

Nierzadko, na skutek dezadaptacyjnej reakcji na sytuację choroby psychicznej osoby te tracą poczucie pewności siebie i w obawie przed jakąkolwiek ekspozycją na stres pogrążają się w całkowitej apatii, wycofaniu (Shepherd, 1999).

Rozdział 3. Rehabilitacja chorych na schizofrenię.

3.1. Farmakoterapia i rehabilitacja osób z diagnozą schizofrenii.

Długoterminowe leczenie podtrzymujące w schizofrenii to jedna z interwencji procesu rehabilitacji psychiatrycznej. Jej celem jest zmniejszenie ryzyka nawrotu ostrych objawów psychotycznych, a poprzez to profilaktyka powstawania i utrwalania

się przewlekłych zmian psychopatologicznych oraz ograniczenie rozmiarów życiowych następstw choroby.

W opinii Wciórki (2002) czas kontynuowania leczenia podtrzymującego po pierwszym epizodzie psychozy powinien wynosić 1 – 2 lat, po każdym kolejnym lat 5. W sytuacji wielokrotnych nawrotów farmakoterapia powinna być bezterminowa. Wiadomo, że odstawienie leków p/psychotycznych podnosi kilkakrotnie ryzyko słabo kontrolowanego nawrotu choroby (z ok. 15 do 60%).

W celach profilaktycznych stosuje się najczęściej 1/3 – 1/4 dawki podawanej w okresie zaostrzenia się psychozy. Wprowadzenie neuroleptyków o przedłużonym czasie działania stanowiło znaczny postęp w zakresie prowadzenia długotrwałej farmakoterapii. Taki sposób kontynuowania leczenia daje możliwość uzyskania stabilnego stężenia leku w surowicy krwi oraz gwarantuje, że chory otrzymał dawkę wystarczającą na określoną długość czasu (Rybakowski, 1992).

Nie bez znaczenia dla efektów rehabilitacji w psychozach schizofrenicznych pozostaje leczenie intensywne, prowadzone w okresie zaostrzenia choroby. Jego forma, przebieg i wynik decydują o skuteczności późniejszych działań terapeutycznych i ostatecznym rokowaniu.

Liberaman i inni (1996, za: Jarema, 2001) twierdzą, że leczenie przeciwpsychotyczne we wczesnym stadium choroby zmniejsza prawdopodobieństwo pojawienia się objawów ubytkowych, mało podatnych na leczenie.

Niezwykle ważny jest „okres nie leczonej psychozy”, tj. czas od pojawienia się pierwszych objawów choroby do momentu rozpoczęcia leczenia. Im jest on dłuższy, tym wolniej uzyskuje się poprawę stanu zdrowia, jakość poprawy jest gorsza, występują częstsze nawroty, pogarsza się funkcjonowanie społeczne chorych (Jarema, 2001).

Prawidłowo dobrany lek to warunek wstępny prowadzenia kompleksowej terapii schizofrenii.

U osób z nasilonymi objawami ubytkowymi, przy poprawnie prowadzonej farmakoterapii łatwiej realizować elementy treningu behawioralnego (dostępnej i szeroko stosowanej metody rehabilitacji), nastawionego na aktywację społecznie pożądanых zachowań (Rybakowski, 1992).

Oddziaływania farmakologiczne i psychospołeczne powinny być prowadzone równocześnie. Zapobiega to degradacji osób leczonych z powodu schizofrenii w wielu obszarach funkcjonowania.

W leczeniu farmakologicznym, tak jak i w innych metodach terapii schizofrenii szczególny nacisk położony jest na współpracę chorego. Gdy ustąpią ostre objawy psychotyczne, czytelne i ważne klinicznie są elementy subiektywne, zawarte w postawach chorych wobec leczenia i leków, wyrażone w:

- rozumieniu choroby,
- sposobie jej wartościowania,
- strategiach radzenia sobie z psychozą (Wciórka, 2002).

Szafrński i Murawiec (1996, za: Murawiec, 2001) podjęli próbę usystematyzowania zjawisk związanych z odczuciami chorych przyjmujących neuroleptyki. Są one następujące:

1. subiektywna reakcja na neuroleptyk pojawia się w ciągu pierwszych 48 godzin od momentu jego podania,
2. nastawienie do neuroleptyków determinują w dużej mierze dotychczasowe doświadczenia pacjenta z lekami, poglądy jego rodziny, relacja z lekarzem, ocena korzyści i strat związanych z przyjmowaniem leku,
3. samopoczucie w trakcie farmakoterapii – uznawane jako jeden ze wskaźników oceny jakości życia chorych.

Pozyskanie czynnego uczestnictwa chorego nie zawsze okazuje się zadaniem łatwym. Wskaźniki niestosowania się do reżimu lekowego są w schizofrenii zdecydowanie wyższe, aniżeli w innych chorobach przewlekłych. Szacuje się, że wśród leczonych ambulatoryjnie 50% nie przestrzega zaleceń lekarza oraz 5 – 30% hospitalizowanych (Meder i inni, 1995). Jedną z częstych przyczyn tego stanu są działania uboczne przyjmowanych farmaceutyków (a zwłaszcza standardowych leków przeciwpsychotycznych), spośród których największy dyskomfort powodują:

- objawy ze strony układu pozapiramidowego (dystonia, dyskinezy, parkinsonizm, akatyzja),
- sedacja (Ciranowicz i inni, 1995).

Efekt sedacyjny może manifestować się w sposób:

1. „specyficzny” – (senność, ospałość, uczucie znużenia),
2. „niespecyficzny” – (pobudzenie, agresja, niepokój psycho – ruchowy) (Lewender, 1994).

Lindström (1994) twierdzi, że wynikiem leczenia neuroleptykami typowymi obok sztywności mięśniowej jest analogiczny efekt, dotyczący funkcjonowania psychicznego, który proponuje nazwać „emocjonalnym i poznawczym parkinsonizmem”.

Autor podkreśla zmianę, jaka następuje po zastosowaniu neuroleptyków atypowych traktując ją jako „przebudzenie” i wiąże ją z ustąpieniem „poznawczego i emocjonalnego parkinsonizmu” (za: Murawiec, 2001).

Atypowe leki przeciw psychotyczne (ALA) powinny stanowić powszechnie dostępną opcję leczenia schizofrenii ze względu na ich skuteczność nie tylko w procesie leczenia ale przede wszystkim w oddziaływaniach z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej.

Stanowisko to determinuje między innymi pozytywny wpływ ALA na deficyty poznawcze, które jak wynika z dotychczasowych doświadczeń mają związek z:

- ogólnymi trudnościami leczenia schizofrenii,
- problemami dotyczącymi społecznego funkcjonowania chorych, gdyż szereg umiejętności decydujących o jakości funkcjonowania w tym wymiarze opiera się na poprawnie działających procesach poznawczych (Kasper, 1999).

Powołując się na aktualną wiedzę, można przypuszczać, że neuroleptyki II generacji działają przyczynowo na zaburzenia poznawcze, ponieważ normalizują przepływ krwi i metabolizm glukozy w obszarze kory przedczołowej, odpowiedzialnej za złożone czynności psychiczne (np. funkcje wykonawcze). Dodatkową ich zaletę stanowi fakt, że tylko w niewielkim stopniu mogą powodować występowanie pozapiramidowych objawów niepożądanych (EPS) i sedację polekową (Gerlach, 1999).

Dziś w Polsce nowoczesną farmakoterapię stosuje zaledwie 17% osób z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej - podczas, gdy w Stanach Zjednoczonych aż 79% (Wysocka, 2003).

Borkowska (2001) potwierdza, że usprawnienie funkcjonowania poznawczego ułatwia rehabilitację i w dużym zakresie determinuje jej efektywność, umożliwiając choremu:

- zrozumienia informacji,
- trafną ocenę sytuacji,
- lepsze pojmowanie istoty choroby.

Poprawa procesów poznawczych to również:

- większa wrażliwość na informacje pozawerbalne,
- świadomość potrzeby kompleksowej terapii.

Podsumowując niniejszy rozdział należy wysunąć następujące stwierdzenia:

1. podstawowa trudność w procesie farmakoterapii polega na uzyskaniu wytrwałej współpracy chorego,
2. obecność deficytów poznawczych oraz często występujące objawy uboczne standardowych leków przeciw psychotycznym dowodzi, że ich miejsce powinny stopniowo zajmować neuroleptyki atypowe,
3. leczenie farmakologiczne schizofrenii stanowi uzupełnienie oddziaływań psycho – socjoterapeutycznych.

3.2. Teoretyczne podstawy i zasady rehabilitacji psychiatrycznej.

Rehabilitacja (z łac. re – znów, habilitatio – zdolny, przywrócony) w ogólnym rozumieniu oznacza przywrócenie utraconych wartości, np. praw, miejsca w społeczeństwie mimo istniejącego w dalszym ciągu kalectwa (Kirejczyk, 1891, s. 168, za: Sowa, 1997). Mówiąc o rehabilitacji w psychiatrii mamy na myśli „proces pomagania w wykorzystaniu możliwości i umiejętności osoby dotkniętej przewlekłą chorobą psychiczną dla jak najlepszego jej funkcjonowania w możliwie normalnym kontakcie społecznym” (Bennet, 1978, za: Ryn, Zawadzka, 1999, s.13).

Celem rehabilitacji jest więc wyposażenie chorego w umiejętności fizyczne, intelektualne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy w społeczności przy jak najmniejszym wsparciu ze strony osób zawodowo zajmujących się pomaganiem. Staje się to możliwe dzięki rozwijaniu umiejętności pacjenta, a nie tylko w wyniku remisji objawów psychotycznych (Meder, 1999).

Wing (1980) dodaje, że oddziaływania rehabilitacyjne w psychiatrii to również interwencje zmierzające do identyfikowania i rozwijania talentów oraz mocnych stron jednostek chorych psychicznie, by zapewnić im poczucie pewności siebie i podnieść ich samoocenę (za: Ekdawi, Conning, 1995).

Wagę rehabilitacji w psychiatrii podkreśla artykuł 15 Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego, który wskazuje, że należy ją traktować na równi z leczeniem farmakologicznym i innymi metodami terapeutycznymi (Ryn, Zawadzka, 1999).

W myśl niniejszej Ustawy, postępowanie rehabilitacyjne to nie tylko oddziaływania realizowane w bezpośrednim kontakcie z chorym, ale także kształtowanie

warunków i postaw otoczenia, tak by istniała możliwość pełnej integracji społecznej (Dz. U. Ustawa o Ochronie Zdrowia Psychicznego, rozdz.1 art. 2).

Axer i Beckett (1999, str. 368) mówią o szczególnej roli terapeuty w procesie rehabilitacji, który „ma inspirować pacjenta do podejmowania ryzyka, uczyć go pokonywania przeszkód na drodze ku coraz większej samodzielności i wspierać w obliczu przeciwności nie zaś zmuszać do posłuszeństwa”. Działania rehabilitacyjne są umacniane przekonaniem o możliwości przywrócenia choremu wiary we własne siły pomimo upośledzających objawów chorobowych.

W zależności od stopnia zaawansowania procesu psychotycznego Stańczak (1989) wyróżnia rehabilitację:

1. wczesną – której celem zasadniczym jest zapobieganie:
 - „chronizacji choroby”,
 - objawom instytucjonalizmu,
 - trwałej utracie zdolności do pracy,
2. późną – nastawioną na:
 - opanowanie objawów „hospitalizmu”,
 - pozyskanie udziału chorego w użytecznej działalności społecznej.

Pużyński (1993) dodaje, że rehabilitacja późna przynosi najlepsze efekty, gdy jest prowadzona wśród osób zdrowych lub w otoczeniu krócej i lżej chorych, którzy pomagają w tworzeniu środowiska terapeutycznego i dostarczają prawidłowych wzorców zachowań.

Shepherd (1999) sugeruje, że optymalne warunki dla prowadzenia rehabilitacji osób psychicznie chorych stwarza środowisko pozaszpitalne. Podstawą prezentowanego stanowiska jest fakt, że pobyt w szpitalu „zwalnia” hospitalizowanego ze zwyczajowych obowiązków, odpowiedzialności za siebie i innych, zmniejsza motywację do aktywności i samodzielności oraz utrwała postawę i rolę „chorego” czy „pacjenta”.

Model rehabilitacji środowiskowej o którym mowa, nie jest w Polsce tak powszechny jak w innych krajach Europy Zachodniej. Tworzone są jednak formy pośrednie, m.in. dzienne oddziały rehabilitacyjne, które ułatwiają adaptację społeczną po okresie hospitalizacji.

Stańczak (1989) uważa, że opracowując program rehabilitacji należy uzyskać informacje dotyczące:

1. diagnozy i prognozy medycznej (tj. rodzaj i nasilenie zmian psychicznych i fizycznych, dotychczasowy przebieg choroby i leczenia, rokowanie),

2. diagnozy psychologicznej (możliwości adaptacyjne, związki uczuciowe, aspiracje, zainteresowania, postawa wobec choroby, leczenia, rehabilitacji),
3. danych o środowisku społecznym,
4. oceny zawodowej (wykształcenie, przebieg pracy zawodowej, postawa pacjenta wobec pracy, zachowane umiejętności, możliwości zatrudnienia panujące w środowisku chorego),
5. sytuacji ekonomicznej,
6. środowiska materialnego.

Autor wymienia również trzy grupy czynników, które w jego opinii determinują skuteczność procesu rehabilitacji:

- I grupa obejmuje: cechy osobowości, umiejętności zawodowe, wykształcenie, nawyki, system wartości,
- II grupa dotyczy czynników związanych bezpośrednio z obrazem psychopatologicznym,
- III grupa to czynniki „wtórne” - spowodowane niekorzystną sytuacją psychospołeczną (stereotyp choroby psychicznej, klimat rodzinny).

Oddziaływania rehabilitacyjne powinny być:

- zindywidualizowane,
- oparte na elastycznym, często długotrwałym programie.

Ustalając indywidualny plan interwencji rehabilitacyjnych należy mieć na uwadze zasady obowiązujące w rehabilitacji psychiatrycznej, wśród których znajdują się (por. Meder, Cechnicki, 2002; Pużyński, 1993; Kaczmarczyk, 1999):

1. zasada optymalnej stymulacji – zakłada, że niewskazana jest nadmierna lub zbyt uboga stymulacja chorego. Stawiając przed pacjentem wymagania zbyt wysokie, pojawia się rezygnacja, apatia a nawet odmowa udziału w dalszej rehabilitacji. Niedobór bodźców wywołuje natomiast: utratę zainteresowań, bierność, spływanie związków emocjonalnych, brak planów na przyszłość, upośledzenie napędu. Przyczyną patologicznych reakcji na nadmierną jak i niedostateczną stymulację jest obniżony u większości chorych psychicznie próg możliwości adaptacyjnych.
2. zasada jedności metod – polega na kompleksowym stosowaniu leczenia biologicznego, oddziaływań psychoterapeutycznych i psychospołecznych. Wynika to z braku w psychiatrii wyraźnej granicy pomiędzy leczeniem a rehabilitacją. Przy planowaniu zajęć aktywizujących niezbędna jest dokładna

znajomość rodzaju i dawki przyjmowanych leków psychotropowych, objawów niepożądanych i ogólnej wydolności chorego.

3. zasada stopniowania trudności – jej realizacja wymaga zastosowania różnych form pomocy dostosowanych do zmieniających się możliwości chorego, począwszy od zastępowania go w działaniach, decyzjach aż do pozostawienia mu pełnej swobody i samodzielności.
4. zasada wielostronności oddziaływań – oznacza konieczność prowadzenia jednoczesnych interwencji w różnych sferach życia codziennego (rodzinnej, zawodowej, towarzyskiej),
 - a) zasada powtarzalności oddziaływań – dotyczy zwłaszcza tych osób u których proces chorobowy przebiega z okresowymi zaostrzeniami i po każdym należy powtórzyć nabyte już poprzednio umiejętności.
 - b) zasada partnerstwa – odwołuje się do współpracy z chorym i wychodzi z założenia, że nie można go rehabilitować bez jego czynnego udziału. Rehabilitacja jest prawem a nie obowiązkiem chorego psychicznie, dlatego nie należy jej prowadzić wbrew jego woli i bez jego zgody. Nie podlega w tym miejscu dyskusji kwestia poszanowania godności i indywidualności chorego

Reasumując zagadnienia odnoszące się do w/w zasad można stwierdzić, że rehabilitacja psychiatryczna sprowadza się do:

- kształtowania motywacji do akceptowanych przez otoczenie zachowań,
- wyrabiania nawyków celowej aktywności,
- treningu w sposobie życia zbliżonym do zwyczajowych norm (Meder, 1999).

„Powodzenie procesu rehabilitacji powinno zatem być mierzone stopniem, w jakim chory jest w stanie samodzielnie pracować, wypełniać codzienne obowiązki domowe i rodzinne oraz w sposób przyjemny i twórczy wykorzystywać swój wolny czas” (Shepherd, 1999, s. 97).

3.3. Wybrane formy i metody rehabilitacji stosowane w schizofrenii.

3.3.1. Metody rehabilitacji.

Trening umiejętności społecznych.

Leczenie farmakologiczne, które w znacznym zakresie zmniejsza nasilenie objawów psychotycznych, niewystarczająco poprawia funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię. Dobre efekty daje dopiero w połączeniu z uczeniem umiejętności radzenia sobie w codziennym życiu (Meder, Stołowska, 1994). Możliwość osiągnięcia samodzielności w funkcjonowaniu pozaszpitalnym stwarzają *treningi umiejętności*, w których wykorzystywane są metody behawioralne, oparte na teoriach uczenia się (Meder, 1999).

Treningi umiejętności społecznych wdrożone do programów rehabilitacji psychiatrycznej w roku 1989 przez Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie stosowane są obecnie przez wiele placówek lecznictwa psychiatrycznego i stanowią wyjątkowo efektywną metodą w przypadku:

- trudności w komunikowaniu,
- problemów w rozwiązywaniu sytuacji interpersonalnych,
- niskiej asertywności,
- nieumiejętności radzenia sobie w ważnych sytuacjach życiowych,
- trudności w aktywnościach dotyczących samodzielnej egzystencji w życiu codziennym (Meder, 1995).

O skuteczności ćwiczonych umiejętności stanowi ich *generalizacja*, to jest zastosowanie w praktyce. Z tego powodu niezbędne jest zachęcanie do wykorzystywania umiejętności, czyli przenoszenia ich z kontekstu, w którym zostały nauczone na sytuacja naturalne (Lieberman, Fuller, 2000). Do czynników warunkujących generalizację umiejętności w naturalnym środowisku zalicza się:

- poziom motywacji,
- zaangażowanie rodziny,
- wsparcie środowiskowe,
- funkcjonowanie przedchorobowe,
- przestrzeganie zasad leczenia.

Jak wcześniej zaznaczono, treningi umiejętności opierają się na metodach edukacyjnych, w których wykorzystywane są następujące techniki:

- modelowanie,
- dawanie instrukcji,
- powtarzanie,
- nakłanianie,
- dostosowanie reakcji,
- przeuczenie,
- wygaszanie (Lieberman, Fuller, 2000).

Realizując zajęcia treningowe należy pamiętać nie tylko o zasadach obowiązujących w rehabilitacji osób psychicznie chorych (o których była mowa w rozdziale 3.1.), ale również przestrzegać zasad ogólnych dotyczących realizacji treningów umiejętności.

Zasadą generalną jest stosowanie pozytywnych wzmocnień. Wymóg stosowania takich wzmocnień wynika z obserwacji stosunków interpersonalnych ludzi dotkniętych chorobą psychiczną. Nierzadko negatywna ocena chorego, jego zachowań powoduje, że z czasem tego typu bodźce stają się dla niego obojętne. Opinie pozytywne są czymś nowym, nieznanym, budzącym zaciekawienie i co najważniejsze motywują do dalszej pracy.

Wybór treningu zależy od:

- rodzaju i wielkości deficytu społecznego,
- sprawności funkcji poznawczych,
- potrzeb i zainteresowań pacjenta,
- stanu klinicznego (zwłaszcza od obecności i nasilenia objawów pozytywnych, objawy negatywne nie wykluczają udziału chorego w zajęciach, o ile nie powodują nadmiernego rozproszenia uwagi).

Ze względu na to, że trenowane umiejętności dotyczą różnych sfer życia możemy je podzielić na:

1. treningi dotyczące samoobsługi:
 - trening w zakresie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej,
 - trening kulinarny,
 - trening techniczny,
 - trening umiejętności praktycznych,
 - trening budżetowy,

2. treningi psychoedukacyjne:

- trening aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym,
- trening rozpoznawania wczesnych objawów nawrotu choroby,

3. treningi umiejętności społecznych:

- trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich,
- trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy,
- trening przygotowania do pracy.

Z uwagi na wielość zajęć treningowych, w sposób bardziej szczegółowy zostaną opisane jedynie te, które wydają się być bardziej złożone w realizacji i wymagają większego doświadczenia w pracy z osobami przewlekłe chorymi psychicznie.

Nie należy jedna zapominać, że dla pacjenta trening każdej umiejętności jest tak samo ważny, gdyż ułatwia mu odzyskać niezależność.

Oto krótka charakterystyka treningów umiejętności społecznych.

Trening przygotowania do pracy ma na celu minimalizację stresu, jaki towarzyszy poszukiwaniu nowego miejsca pracy. W efekcie ma doprowadzić do całkowitego usamodzielnienia się chorego dzięki znalezieniu zatrudnienia, a tym samym źródła dochodów finansowych.

Trening obejmuje naukę i ćwiczenie:

- umiejętności uzyskiwania informacji o wolnych miejscach pracy,
- udzielania krótkich, istotnych informacji podczas rozmowy telefonicznej,
- umówienia się z przyszłym pracodawcą na wstępne spotkanie,
- umiejętnego prowadzenia rozmowy i przekazywania najważniejszych informacji o sobie,
- kompletowania dokumentów niezbędnych do rozpoczęcia pracy (Meder, Stołowska, 1994).

Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy przeznaczony jest dla osób, które wykazują braki w nawiązywaniu i/lub podtrzymywaniu kontaktów interpersonalnych.

Zagadnienia dotyczące treningu podzielone zostały na następujące zakresy:

1. zachowania werbalne i niewerbalne (ich rozpoznawanie oraz świadome używanie),
2. rozpoczynanie rozmowy (wybór odpowiedniego miejsca, rozmówcy i tematu rozmowy),
3. podtrzymywanie rozmowy (aktywne słuchanie, udzielanie informacji zwrotnych, zadawanie pytań),

4. kończenie rozmowy (uświadomienie związku między sposobem zakończenia rozmowy a późniejszą skłonnością rozmówców do podejmowania kolejnych tematów) (Sawicka, 1999).

Celem *treningu rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich* jest nauczenie pacjenta radzenia sobie z trudnymi sytuacjami, które napotyka w codziennym życiu poprzez:

1. dokładną analizę okoliczności, w których zaistniała sytuacja,
2. opisanie problemu w kategoriach celu i przeszkody,
3. poszukiwanie wielu możliwości rozwiązań,
4. wybór rozwiązania optymalnego,
5. wprowadzanie rozwiązań do codziennego życia (Morawiec i inni, 1999).

Przed przystąpieniem do omawiania treningów psychoedukacyjnych, warto przytoczyć stanowisko Eckemana i innych (1992, za: Meder, 1995), którzy zakładają wzrost efektywności leczenia poprzez przekaz wiedzy o chorobie, metodach leczenia i skutkach ich działania, dostosowany do poznawczych i emocjonalnych możliwości chorych.

W planowaniu zajęć treningowych z tego zakresu należy uwzględnić:

- „wyjściowy” poziom wiedzy pacjentów na temat istoty choroby,
- motywację do leczenia,
- sprawność procesów poznawczych .

Edukacją należy również objąć członków rodziny chorego (to zagadnienie zostanie poruszone w dalszej części pracy).

Trening aktywnego udziału we własnym leczeniu farmakologicznym ma za zadanie stworzenie takiej sytuacji, w której pacjent będzie zdolny do trwałego, aktywnego współdziałania z personelem w farmakoterapii. Trening ten, jak większość innych, prowadzony jest z wykorzystaniem prostych instrukcji, modelowania, odgrywania ról czy powtarzania zachowań. Obejmuje cztery zasadnicze zagadnienia:

1. informacje na temat korzyści wynikających z przyjmowania neuroleptyków,
2. zasady samodzielnego przyjmowania leków i ocenę ich działania,
3. zwiększanie umiejętności rozpoznawania objawów ubocznych i przeciwdziałania im (zdarza się, że objawy psychotyczne mylone są z działaniem niepożądanym niektórych leków psychotropowych, co może istotnie wpływać na współpracę w zakresie ich przyjmowania oraz na nastawienie rodziny pacjenta do terapii),

4. nabywania umiejętności negocjowania z lekarzem spraw związanych z własną farmakoterapią (Meder, 1995).

Trening rozpoznawania wczesnych objawów choroby ma nauczyć pacjentów, w jaki sposób zapobiegać objawom choroby lub minimalizować ich nasilenie (Meder, 1995). Staje się to możliwe m.in. dzięki rozpoznawaniu objawów przepowiadających nawrót psychozy.

W czasie zajęć chorzy uczą się:

- identyfikować objawy ostrzegające przed nawrotem choroby oraz prowadzić ich obserwację,
- rozpoznawać objawy chroniczne i zapobiegać ich negatywnemu wpływowi na funkcjonowanie w życiu codziennym.

Uczestnicy treningu poznają również zagrożenia wynikające z przyjmowania alkoholu i narkotyków.

Efektywność powyższych zajęć powinna wyrażać się zrozumieniem istoty swojej choroby, większą wrażliwością na zmiany w nasileniu objawów, wiedzą gdzie i w którym momencie szukać profesjonalnej pomocy (Meder, Cechnicki, 2002).

Posumowaniem i zachętą do wykorzystywania metod behawioralnych w postępowaniu z chorymi na schizofrenię mogą być obserwacje Eckemana i Libermana (1990, za: Meder, 1995) odnoszące się do wyników uczenia pacjentów z problemami zdrowia psychicznego określonych zachowań. Przeprowadzone obserwacje potwierdziły, że treningi umożliwiają poprawę umiejętności społecznych. Ponadto, intensywny, zaplanowany trening zachowań sprzyja ustępowaniu objawów klinicznych i zmniejsza prawdopodobieństwo nawrotu choroby (Meder, 1995). Inne zalety treningu, o których warto wspomnieć to: łatwość ich realizacji, brak nakładów finansowych, możliwość przeprowadzenia w różnych warunkach, również przez osoby nie posiadające specjalistycznego przygotowania psychoterapeutycznego (Meder i inni, 1995).

Rehabilitacja zajęciowa.

Praca zawsze zajmowała istotne miejsce w historii rehabilitacji psychiatrycznej (Shepherd, 1999).

Już w 1854 r. Bartłomiej Frydreich pisał, że „w miarę jak się chory uspokaja, należy wybrać dla niego zatrudnienie, bo wszyscy muszą pracować” (za: Meder, Cechnicki, 2002, s. 137).

U podstaw terapii i rehabilitacji pracą znajdują się następujące przesłanki:

1. każdy niepełnosprawny zachowuje określone funkcje i dyspozycje, które po ich zidentyfikowaniu, ukierunkowaniu i usprawnieniu stają się podstawą do podjęcia szkolenia zawodowego a później pracy zawodowej,
2. żadna z prac nie wymaga od osoby, która ją wykonuje, zaangażowania wszystkich jej sprawności psycho – społecznych (Zabłocki, 1995, za: Kaszyński, 2000).

Praca umożliwia jednostce pełne uczestnictwo w życiu społecznym. Jej brak prowadzi do:

- depresji,
- utraty perspektyw życiowych,
- dezorientacji w rzeczywistości,
- stopniowej izolacji społecznej (por. Antonovsky, 1995; Ekdawi, Conning, 1995; Mikulska – Meder, 1992).

Terapia zajęciowa (ergoterapia) stanowi jedną z najstarszych metod oddziaływania stosowanych w rehabilitacji psychiatrycznej. Stopniowo angażuje pacjenta w życie społeczne poprzez udział w celowej aktywności, zwykle z pogranicza pracy użytkowej i twórczości artystycznej. Jest okazją do bezsłownej ekspresji przeżyć i poczucia przynależności do grupy, skłaniając do integrowania się z jej członkami i współdziałania z nimi.

Celem terapii zajęciowej jest również stopniowe rozumienie własnych potrzeb, możliwości i co najważniejsze - odzyskanie wiary w siebie.

Terapia zajęciowa powinna być stosowana przede wszystkim w odniesieniu do osób, u których proces chorobowy przebiega niepomyślnie, prowadząc do znacznej degradacji w wielu obszarach życia (Kaczmarczyk, 1999).

Większość pracowni oferuje zajęcia, które wymagają zróżnicowanego poziomu sprawności manualnych i jednocześnie rozwijają zainteresowania pacjentów.

Tradycyjne prace to: malowanie, haftowanie, układanie obrazów mozaikowych, szycie ręczne i maszynowe, drobne prace stolarskie, metaloplastyka, ozdobne wyroby ludowe, dziewiarstwo, tkactwo itp. (Meder, Cechnicki, 2002).

Ergoterapia, jako wstępna rehabilitacja zawodowa uczy:

1. punktualności,
2. umiejętności współdziałania,
3. wykonywania poleceń,
4. pokonywania trudności (Kaczmarczyk, 1999).

Wing i Brown (1970, za: Ekdawi, Conning, 1995) w studiach nad instytucjonalizmem, podkreślają, że dla chorych na schizofrenię praca jest jedyną, dostępną w szpitalu aktywnością korelującą dodatnio z poprawą stanu psychicznego, redukuje apatię, poziom społecznego wycofania, ubóstwo językowe. Jak dotąd nie ma jednoznacznej odpowiedzi, w jaki sposób praca wpływa istotnie na zmniejszenie objawów schizofrenii, jednak ten wpływ istnieje, co potwierdzają obserwacje wszystkich programów opieki psychiatrycznej, w których praca została zintegrowana z szerszym systemem leczenia i rehabilitacji chorych (Bennet, 1987; Ciompi, 1982, za: Kaszyński, 2000).

Terapia zajęciowa stanowi obecnie najczęściej spotykaną formę rehabilitacji nie tylko w oddziałach dziennych czy oddziałach stacjonarnych zajmujących się rehabilitacją osób chorych psychicznie ale również w oddziałach szpitali ogólnopsychiatrycznych.

Reasumując, rehabilitacyjne walory pracy polegają głównie na:

- odtwarzaniu zdolności do udziału w życiu społecznym,
- poczuciu statusu społecznego,
- kontaktach i wsparciu społecznym,
- strukturyzacji i organizacji czasu,
- pozytywnym wzmocnieniu poprzez wynagradzanie finansowe (Shepherd, 1999).

Kępiński (1992, s. 292) pisał w „Schizofrenii”: *„Opuszczając szpital, chory zazwyczaj znajduje się w bardzo trudnej sytuacji. To co u zwykłego człowieka jest pozytywane jako objaw złego humoru, chwilowego nastroju, rozdrażnienia, to u byłego pacjenta jest brane jako nawrót choroby. Choremu trudno wrócić w dawne środowisko pracy. Kończy się zwykle tym, że zostaje z pracy zwolniony, przełożeni*

nie mają do niego zaufania, idzie na rentę, a to jest zwykle początkiem jego degradacji społecznej”.

Psychoterapia w schizofrenii.

Psychoterapia w ujęciu Sillamy (1989, s. 241) polega na „metodycznym stosowaniu określonych technik psychologicznych w celu doprowadzenia chorego do stanu równowagi emocjonalnej”. W opinii Sterlau (2000, s. 600) psychoterapia jest nastawiona na „kształtowanie i utrwalanie pozytywnych zachowań, wpływających na prawidłowe funkcjonowanie życiowe”.

Oddziaływania psychoterapeutyczne są niezbędnym elementem kompleksowego programu oddziaływań rehabilitacyjnych w schizofrenii. Pomagają pacjentowi w uzyskaniu motywacji do współudziału w procesie rehabilitacji oraz w podejmowaniu ról społecznych, nierzadko trudniejszych i mniej satysfakcjonujących niż dotychczas pełnione (Stańczak, 1989).

Interwencje psychoterapeutyczne w znacznym stopniu warunkują przebieg choroby poprzez:

- zapobieganie nawrotom,
- poprawę zdolności radzenia sobie,
- lepsze funkcjonowanie społeczne i zawodowe.

W stosunku do osób leczonych z powodu psychozy schizofrenicznej wykorzystuje się zarówno psychoterapię indywidualną jak i grupową.

W *psychoterapii indywidualnej*, jedynym czynnikiem leczącym jest terapeuta, który stanowi źródło bodźców nadających zaistniałej sytuacji charakter terapeutyczny.

Psychoterapia indywidualna tylko pozornie wydaje się być interakcją między pacjentem i jego terapeutą. W rzeczywistości bierze w niej udział więcej osób. Terapeuta bardzo często korzysta z superwizji, a niekiedy sam superwizor spotyka się z pacjentem. Ze strony chorego w proces terapii włączone jest na ogół jego najbliższe środowisko (Aleksandrowicz, 1994).

Wyróżnia się dwa rodzaje psychoterapii indywidualnej:

1. podtrzymującą (wspierającą),
2. zorientowaną na wgląd.

W praktyce wykorzystuje się najczęściej kombinację lub połączenie obu rodzajów.

Psychoterapia wspierająca jest najbardziej akceptowaną i najszerzej stosowaną formą psychoterapii indywidualnej w schizofrenii (Lehman, 1995, za: Murawiec, Taflński, 2001). Opiera się na:

- empatycznym porozumieniu z pacjentem ,
- rozwiązywaniu sytuacji problemowych pojawiających się w życiu codziennym,
- edukacji dotyczącej istoty choroby i metod jej leczenia,
- indywidualnych czynnikach wyzwalających nawrót choroby.

Główną jej cechą stanowi stały, wspierający kontakt z terapeutą.

Psychoterapia zorientowana na wglądzie jest efektywną metodą leczenia w odniesieniu do osób, które uzyskały stabilizację w zakresie ostrych objawów psychotycznych.

Dla tego rodzaju psychoterapii bardzo istotna jest:

- współpraca chorego w procesie farmakoterapii,
- motywacja do kontynuacji leczenia,
- gotowość przyjęcia nowych treści, dostarczanych w trakcie terapii,
- zdolność kontroli zachowań agresywnych (Murawiec, Taflński, 2001).

W opinii Foulkesa (1957) celem psychoterapii grupowej jest „promowanie rozwoju każdego członka grupy od indywidualizmu do nastawienia prospołecznego” (za: Hobbs, 1998, s. 18).

Prace Kosteckiej i innych (1980) ujmują cele psychoterapii grupowej w schizofrenii wielopoziomowo. Są to:

1. na poziomie obrazu klinicznego – poprawa wglądu w odniesieniu do objawów i „tolerowanie” rzeczywistości,
2. na poziomie intrapsychicznym – zmiana funkcjonowania psychicznego (mechanizmów obronnych, struktury i funkcji psychicznych),
3. na poziomie relacji chorego z otoczeniem – poprawa funkcjonowania w społeczeństwie.

Nieco inaczej formułowane są cele psychoterapii schizofrenii w pradygmacie humanistyczno – egzystencjalnym. W tym podejściu interwencje psychoterapeutyczne ułatwiają choremu znaleźć taki sposób istnienia w rzeczywistości, dzięki któremu będzie miał możliwość dokonywania samodzielnych wyborów i podejmowania niezależnych decyzji. Istotne jest więc stworzenie pacjentowi odpowiednich warunków, w których będzie mógł doświadczać w pełni swej egzystencji. Reorientacja chorego

wobec własnej osoby i świata stwarza możliwość zastąpienia egzystencjalnej pustki, objawów choroby i wycofującego sposobu bycia - dążeniem do odnajdywania sensu w swym życiu, autentyczności i otwartości (Grzesiuk, 1995).

Reasumując, o efektywności psychoterapii decyduje dobór odpowiedniej metody do problemów, potrzeb i stanu klinicznego pacjenta.

Skuteczności interwencji psychoterapeutycznych dowodzi:

- poprawa funkcjonowania psychicznego i społecznego,
- odnalezienie celu i sensu życia w sytuacji wyznaczonej stanem zdrowia,
- akceptacja choroby i metod jej leczenia.

Oddziaływania psychoterapeutyczne wobec rodzin osób chorych na schizofrenię.

Praca z rodzinami pacjentów leczonych z powodu psychozy schizofrenicznej jest obecnie ważną częścią programu terapeutycznego. Wynika to z:

1. obciążenia rodziny (zwłaszcza jeśli choroba trwa dłuższy czas),
2. problemów nierzadko spotykanych u innych członków rodziny, których podstawą jest lęk wywołany dekompensacją psychotyczną osoby chorej.

Ponadto terapia rodzin ma szczególne znaczenie dla tych pacjentów, którzy założyli własne rodziny.

Już Wynne (1958, za: Kasperek i inni, 2000) uważał, że zachorowanie na schizofrenię wiąże się z problemami całej rodziny, a wyniki leczenia zależą częściowo od atmosfery panującej w rodzinie i wewnątrzrodzinnych postaw.

W niniejszym rozdziale zostaną krótko scharakteryzowane dwie formy pracy z rodziną:

1. Terapia systemowa.
2. Psychoedukacja.

W podejściu systemowym zaburzenia psychiczne uwarunkowane są zakłóceniami funkcjonowania całej rodziny. „Chory” to system, rodzina a nie konkretny jej członek, choć tylko u niego manifestują się symptomy psychozy. Celem działań diagnostycznych w tym wypadku jest:

- opis zasad funkcjonowania rodziny,
- opis wzorców komunikacji itp.

Terapia zmierza do modyfikacji systemu rodzinnego poprzez zmiany strukturalne, wyrażające się wprowadzeniem nowych typów relacji między członkami rodziny.

W terapii systemowej istotne znaczenie przypisuje się okolicznościom, które towarzyszyły początkowej fazie choroby (Pużyński, 1993).

W programach psychoedukacyjnych przyjmuje się następujące założenia:

1. schizofrenia jest chorobą,
2. rodzina nie jest przyczyną zachorowania,
3. rodzina stanowi istotne wsparcie dla chorego,
4. interwencje rodzinne są częścią kompleksowego programu terapeutycznego (Kasperek i inni, 2000).

Psychoedukacja definiowana jest jako „określony model oddziaływań terapeutyczno – edukacyjnych wobec pacjenta i jego rodziny, w którym zakłada się długotrwałość i zróżnicowanie form oddziaływania, w zależności od charakteru relacji rodzinnych i fazy choroby” (Barbaro i inni, 1986, za: Taflński, 2000, s. 151). Ma dwa znaczenia. W węższym rozumieniu to kilka sesji szkoleniowych, w trakcie których rodzina pacjenta otrzymuje zestaw informacji na temat istoty choroby i metod jej leczenia. W szerszym znaczeniu – to wielomiesięczne oddziaływania na rodzinę, których istotą jest uczynienie rodzica (bądź innego członka rodziny) osobą kompetentną w praktycznej opiece nad chorym (Tomczyk, 1999).

Podsumowując, zaprezentowane formy terapii mają na celu:

1. dostarczenie rodzinom chorych wiedzy na temat natury schizofrenii,
2. wyposażenie członków rodziny w umiejętności radzenia sobie w okresie nasilonych objawów psychotycznych (np. z lękiem),
3. ułatwienie rodzinie wyzbycia się poczucia odpowiedzialności za chorobę czy poczucia bezradności wobec niej (Strelau, 2000).

Na zakończenie należy dodać, że efektywność przedstawionych form terapii zdeterminowana jest w znacznym stopniu klimatem emocjonalnym rodziny, określanym za pomocą wskaźnika ekspresji emocji (EE). Im wyższa jest jego wartość – tym bardziej krytyczne nastawienie członków rodziny, wyższy poziom emocjonalnego uwikłania, a to oznacza częstsze nawroty psychozy i bardziej niepomyślne rokowanie (Leff, Vaughn i inni, 1984, za: Kasperek i inni, 2000).

Terapie kreatywne.

„Nie cały bowiem człowiek jest chory gdy choruje, ale także w chorobie zachowuje pewne momenty zdrowia, których wzmocnienie przyczynia się do przeciwstawienia się chorobie” (cyt. za: Kowal, 1996).

Tworzenie (twórczość, kreatywność) to specyficzny rodzaj aktywności człowieka, związany z jego wyobraźnią, która nie tyle odtwarza i naśladuje rzeczywistość, ale tworzy coś nowego.

Terapie kreatywne wzmacniają zdrowie na drodze twórczego działania, którego rezultatem, obok ewentualnych dzieł sztuki jest poprawa jakości życia.

Najważniejszą rolę w omawianej metodzie rehabilitacji odgrywa „medium”, tj. środek artystyczny, w którym chory chce i umie się wypowiedzieć. Jeśli wybrane medium pozwala pacjentowi komunikować się z otoczeniem i poprawia jego samopoczucie, to niewątpliwie nastąpi w nim oczekiwana zmiana (w jego emocjach, zachowaniu).

Terapie kreatywne pomagają zatem odnaleźć się człowiekowi w jego starym świecie, ale w nowy dla niego sposób. Wprowadzają go w nieznane mu dotąd obszary przeżywania, myślenia, działania by mógł poznawać, badać wewnętrzne konflikty, objaśniać je i zmieniać z nowej perspektywy (Kowal, 1996).

W programie terapii kreatywnej można wyróżnić trzy fazy:

1. akumulacyjną – w której jednostka zdobywa orientację w sposobie własnego przeżywania i reagowania, wyznacza cele życiowe i ustala hierarchię wartości,
2. transformacji – gdzie ma miejsce korekta oraz modyfikacja dotychczasowych reakcji, prowadząca do obniżenia poczucia lęku, agresji, osamotnienia, rezygnacji i poprawy samopoczucia,
3. twórczej aktywności – na tym etapie pacjent zaczyna traktować otoczenie jako środowisko mu przyjazne, akceptuje je, zajęcia w tej fazie określane jako „praca nad sobą” opierają się na autorefleksji i autoidentyfikacji (Grochmal – Bach, 2001).

Kreatywność odgrywa w procesie rehabilitacji osób z diagnozą psychozy schizofrenicznej funkcję:

1. ekspresyjną – polegającą na wyrażaniu stanów emocjonalnych, myśli czy innych wytworów wyobraźni, które trudno jest wypowiedzieć słowami, przynosząc w efekcie emocjonalną ulgę, rozładowanie napięcia,
2. komunikacyjną (poprzez rysunek, wiersz) – ułatwia wzajemne poznanie myśli, przeżyć,
3. szukania, wzbudzania i rozszerzania potencjału – to uwalnianie zablokowanej energii, budzenie jej do życia - bardzo istotne w okresie utrwalenia się negatywnych objawów schizofrenii (Bielańska, 2000).

Bomba (1998) mówi o dwóch możliwościach korzystania ze sztuki w rehabilitacji chorych na schizofrenię:

1. „receptywnej” – w której kontakt ze sztuką porusza w pacjencie dotychczas nieświadome dla niego i terapeuty treści psychiczne, odbiór i obcowanie ze sztuką otwiera perspektywę budowania wglądu emocjonalnego,
2. „kreatywnej” – jej celem jest rozbudzenie i wspieranie twórczych możliwości chorego, kreatywność w aktywny sposób porządkuje to, co wewnątrz jest niejasne a niejednokrotnie bardzo ważne, ponadto:
 - otwiera i pobudza zdrowe zasoby „ja”,
 - toruje drogę energii życiowej,
 - wzbudza motywację do życia.

Możemy wyróżnić następujące formy terapii kreatywnych:

1. dramaterapię (teatr),
2. terapię sztuką (malarstwo, poezja, rzeźba),
3. muzykoterapię,
4. choreoterapię (taniec) (Kowal, 1996).

Dramoterapia – Teatr stanowi środek wyrażania siebie i grupowych interakcji (Johanson, 1982, za: Bielańska, 2000). Jako najbardziej społeczna ze sztuk, stwarza bardzo duże możliwości dla osób, u których choroba ma przebieg chroniczny. Jej zadaniem jest:

- wzmocnienie i rozwój całej osoby,
- pomoc w rozwiązywaniu sytuacji trudnych,
- poprawa kompetencji społecznej.

W rezultacie, praca w grupie teatralnej ma ułatwić codzienne funkcjonowanie dzięki wyposażeniu chorego w konkretne umiejętności.

Pracując nad sztuką teatralną (tekstem, rolą, sceną) pacjenci mają okazję:

- lepszego rozumienia siebie, innych ludzi i wzajemnych relacji,
- ćwiczenia funkcji poznawczych (pamięć, myślenie, uwaga),
- wyrażania siebie (ekspresji „ja”),
- doświadczania współpracy z innymi i czerpania od nich oparcia.

Warto w tym miejscu zwrócić uwagę na elementy, które posiadają największą moc terapeutyczną, a są to:

1. *struktura* (scenariusz spektaklu, stałość miejsca spotkań grupy teatralnej, czas prób itp.) – tworzy wyraźne granice czasowe, przestrzenne i osobowe dające bezpieczne oparcie dla grupy,
2. *umowność* (istnieje tylko podczas realizacji spektaklu) – pozwala pacjentom/aktorom zasłonić się grą i jednocześnie wyeksponować (chorym łatwiej jest pokazać pewne emocje poprzez grę aktorską), umowność daje więc swobodę ekspresji,
3. *kreowanie roli* – wydaje się najbardziej terapeutycznym dla pacjenta i najbardziej twórczym dla aktora procesem, pacjent/aktor poszukując najlepszego sposobu wyrażenia odgrywanej przez siebie postaci staje się bardziej aktywny intelektualnie, emocjonalnie i fizycznie (porusza to cały jego organizm), ponadto rola wyzwala nie tylko ukryte wcześniej uczucia ale także wspomnienia, marzenia i sny,
4. *kreowanie sceny* – to twórcza współpraca pacjentów/aktorów i terapeutów/reżyserów, wymaga współdziałania i wzajemnego wyczuwania się,
4. *zabawa* – jest sposobem na tworzenie bezpiecznego klimatu w trakcie spotkań, zwłaszcza w późniejszym etapie można wprowadzić humor, lekkość, dla większości to okazja odzyskania większej elastyczności w zachowaniu, uczenie się nowych sposobów kontaktów międzyludzkich (Bielańska, 2000).

Malarstwo – przedstawia wartość:

1. ekspresyjną (poprzez kompozycję, kolor),
2. asocjacyjną (zrekonstruowane obrazy przeżyć psychicznych),
3. projekcyjną (rzutowanie osobowości, łączenie z konfliktami, urazami, lękami).

Psychoterapeutyczna funkcja rysunku polega na wyzwoleniu napięć psychicznych, a także na odwróceniu uwagi, którą pacjent koncentruje na samym sobie (Grochmal – Bach, 2001).

Malarstwo to także poczucie satysfakcji, to nauka przyjmowania krytyki, wyrabiania cierpliwości.

Kępiński (1992, s. 77 - 78) tak pisał o roli twórczości plastycznej osób leczonych z powodu schizofrenii:

„Podobnie jak zdrowi artyści dzięki swym talentom dają wyraz przeżyciom wielu ludzi, którzy nie potrafią ich twórczo sformułować, i dzieła takie budzą żywy oddźwięk, tak uzdolniony artystycznie chory na schizofrenię tworzy niejako syntezę przeżyć wielkiej rzeszy chorych dotkniętych psychozą, która obcuje ze swymi niezwyklejmi doznaniem, nie umiając dla nich znaleźć wyrazu”.

Poezja – to najbardziej dostępna i popularna wśród chorych forma twórczości. Stanowi niejednokrotnie najszybszy sposób ujawnienia swych przeżyć – zwłaszcza u osób wycofanych, pobawionych kontaktu z innymi (Bieleńska, 2000).

Muzykoterapia – każdy z nas doświadcza w swym życiu wpływu muzyki na emocje. Muzyka pobudza do działania, może też relaksować, uspokajać czy nasuwać pewne wspomnienia.

Według koncepcji norweskiej, o której mówi Szulc (2000) terapia muzyką:

- wzmacnia siły witalne,
- nadaje i umacnia sens życia,
- przynosi poczucie koherencji,
- przyczynia się do poczucia wspólnoty i przynależności.

Szulc analizując powyższą koncepcję dodaje, że czynnikiem, który wywołuje odpowiednią reakcję, działanie nie jest relacja między terapeutą a pacjentem, lecz sama muzyka będąca sposobem wewnętrznej mobilizacji organizmu do lepszej jakości życia.

Muzykoterapia grupowa może być realizowana w formie receptywnej i aktywnej. Receptywność w muzykoterapii polega na słuchaniu celowo dobranych utworów muzycznych w sposób swobodny lub zadaniowy, a następnie na przedyskutowaniu w grupie doznanych w czasie trwania utworu przeżyć. W tej formie wykorzystuje się techniki projekcyjne, których działanie polega na uruchamianiu procesów wyobrażeniowych, co ułatwia choremu ujawnianie emocji, często nieuświadomionych, dotyczących nierzadko treści konfliktowych, patogenicznych przeżyć (Galińska, 1990).

W obrębie form aktywnych wykorzystuje się techniki oparte na dowolnej improwizacji, polegające na wyrażeniu siebie i swoich emocji za pomocą różnych instrumentów muzycznych (np. granie swojego nastroju).

W muzykoterapii grupowej – najważniejszą metodą jest śpiew. W koncepcji Schwabego (1972, za: Grochmal – Bach, 2001) śpiew ułatwia społeczne przystosowanie, rozluźnia napięcie mięśniowe, łagodzi niepokój.

„Porozumienie człowieka z człowiekiem jest jak wspólny taniec. Gra muzyka, jej rytm zapada się w głęb świadomości, przenika w ciało i przejawia się wspólnym harmonijnym ruchem. Kto tańczy, nie potrzebuje mówić o tańcu.”

Tizner, 1996, s. 52, (za: Wojciechowska, Bielańska, 2001)

Choreoterapia to metoda oddziaływania terapeutycznego poprzez taniec, korzystająca z bogatych możliwości jakie daje improwizacja ruchowa (Aleszko, Janke – Klimaszewska, 2001). Podstawowe elementy tańca, tj. rytm i ruch ułatwiają wyrazić to co dzieje się we wnętrzu człowieka i odzyskać harmonię w różnych obszarach życia. W znaczący sposób wpływa na nastrój, poprawia samopoczucie, umożliwia pokonywać nieśmiałość i stawać się coraz bardziej spontanicznym.

Tak więc, choreoterapia oddziałuje na wiele sfer własnego „Ja”:

- emocjonalną: pozwala lepiej zrozumieć emocje i wyrazić je w sposób kontrolowany, daje poczucie radości i odprężenia,
- kognitywną: ułatwia obiektywną ocenę siebie, poczucie własnej wartości, lepsze rozumienie integralności ciała, ducha i umysłu,
- fizjologiczną: umożliwia adekwatny obraz własnego ciała, uczenie się odprężenia,
- społeczną: sprzyja lepszym kontaktom z innymi ludźmi, współdziałaniu w grupie, empatii,
- motywacyjną: uczy wytrwałości, przejmowania inicjatywy.

W doświadczeniach Aleszko i Janke – Klimaszewskiej (2001) choreoterapia przyczynia się również do łagodzenia ubocznych działań farmakoterapii i lepszego wchłaniania neuroleptyków.

Podsumowując, terapia kreatywna dąży do rozwoju osobowości i coraz lepszego przystosowania społecznego. Siła i sens tej metody oddziaływania na chorego tkwi

w tym, że odwołuje się bezpośrednio do pozaświadomości (Bomba, 1998).

Celem kreatywności w rehabilitacji chorych leczonych z powodu psychozy schizofrenicznej jest:

- osiągnięcie przez chorego wewnętrznej harmonii, spokoju,
- wzmocnienie wiary w siebie i swoje umiejętności (wzrost samooceny),
- poprawa kompetencji społecznych.

Kępiński (1992, s. 172) opisywał rozdarcie między światem zewnętrznym i wewnętrznym w schizofrenii słowami: *„Obca staje się ta część własnej osoby, która bezpośrednio ze światem tym się styka, a więc ekspresja, stąd poczucie krępującej maski i sztuczności, rozszczepienia między tym co wewnątrz się czuje, a tym, co się na zewnątrz manifestuje”*.

Zmniejszenie tego rozdarcia poprzez stwarzanie choremu możliwości pełniejszego wyrażania siebie jest głównym zadaniem dla kreatywnych metod terapii.

3.3.2. *Formy rehabilitacji.*

Rehabilitacja osób chorujących psychicznie jest najczęściej realizowana w: oddziałach dziennego pobytu, stacjonarnych lub dziennych oddziałach rehabilitacji, środowiskowych domach samopomocy, hostelach czy warsztatach terapii zajęciowej (Dąbrowski i inni, 1998; Drożdżowicz, 1992; Meder, Stołowska, 1995). W zależności od zaplecza materialnego i personalnego realizuje się ją w wymienionych placówkach w różnym wymiarze.

Warto zwrócić uwagę na rzadziej spotykane formy rehabilitacji, cieszące się jednak ze strony chorych dużą aprobatą. Są to turnusy rehabilitacyjne i obozy terapeutyczne.

W Polsce organizowane są dwa typy obozów:

1. terapeutyczno – rehabilitacyjne, charakteryzujące się z góry ustalonym programem, w którym zajęcia treningowe i rekreacyjne służą procesowi psychoterapii i są świadomie do niego włączone,
2. rehabilitacyjno – wypoczynkowe, głównym ich celem jest stworzenie warunków sprzyjających rekreacji i wypoczynkowi.

Efekty oddziaływań rehabilitacyjnych w omawianych formach przejawiają się przede wszystkim w:

- lepszych kontaktach społecznych,
- poprawie umiejętności życiowych,
- bardziej swobodnej ekspresji uczuć,
- większym zaangażowaniu w dalszy proces leczenia.

Ich osiągnięcie ułatwiają różnego rodzaju treningi społeczne realizowane w naturalnych warunkach oraz kreatywna atmosfera.

Czynniki kształtujące specyfikę środowiska obozu terapeutycznego to:

1. struktura obozu,
2. aktywność i dostępność terapeutów i pacjentów,
3. naturalne środowisko.

O specyfice obozu decyduje również zwiększona intensywność działań angażujących całą osobę, zarówno na poziomie fizycznym, emocjonalnym jak i intelektualnym.

Od początku lat 80 – tych, w obozach uczestniczą także członkowie rodzin pacjentów, co ułatwia wzajemną komunikację oraz zmianę w utrwalonych wzorcach zachowań (Meder, Cechnicki, 2002).

Lekarze, mający doświadczenie psychoterapeutyczne podkreślają szczególnie wpływ atmosfery obozu na poprawę w zakresie objawów psychotycznych (Horzelski, 1984). W ocenie klinicznej zwracała również uwagę większa sprawność procesów poznawczych (koncentracji uwagi, myślenia) i wzrost samooceny. Kowal, Łukasik - Kowal (1986) dowodzą, że osoby uczestniczące w turnusach, trafiały dwukrotnie rzadziej do leczenia szpitalnego, a jeśli były hospitalizowane, to ich pobyt w oddziale był o połowę krótszy od dotychczasowych (za: Pobielski, 2000).

Przejdźmy teraz do krótkiej charakterystyki zasad funkcjonowania Warsztatów Terapii Zajęciowej (WTZ), które stanowią formę pośrednią między oddziałem dziennym a zakładem pracy chronionej. WTZ przeznaczone są dla osób, w stosunku do których orzeczono niezdolność do pracy, a które zakwalifikowano do rehabilitacji w formie terapii zajęciowej w WTZ (Meder, Stołowska, 1995).

Czas uczestnictwa w WTZ limitowany jest stanem zdrowia uczestników oraz przebiegiem terapii. Niezwykle ważnym elementem rehabilitacji realizowanej przez WTZ jest fakt, że osoby rehabilitowane tracą swój statut „pacjenta” a stają się

„uczestnikiem”. Oznacza to, że mają okazję do kierowania własną aktywnością i pełnienia innych ról niż dotychczasowa, cechująca się w dużej mierze zależnością i biernością. Funkcjonowanie WTZ przypomina bardziej zakład pracy niż oddział dzienny, czemu służą m.in. podpisywanie listy obecności, rozliczanie czasu pracy, samodzielne organizowanie posiłków i rozrywek oraz niewielka comiesięczna zapłata (Meder, Cechnicki, 2002).

Nadrzędnym celem oddziaływań oferowanych przez Warsztaty Terapii Zająciowej jest:

- wszechstronny rozwój każdego z uczestników,
- poprawa zaradności osobistej i sprawności psycho-fizycznej,
- ułatwienie adaptacji społecznej.

Realizacja w/w celów odbywa się poprzez zajęcia, które podzielić można na trzy grupy:

1. zajęcia nastawione na podniesienie ogólnej sprawności, poprawę przystosowania i funkcjonowania społecznego, a są to:
 - a) indywidualnie dostosowane do potrzeb pacjentów elementy treningów z zakresu:
 - samoobsługi,
 - umiejętności społecznych (radzenia sobie w trudnych sytuacjach międzyludzkich, przygotowujący do podjęcia pracy),
 - aktywnego udziału we własnej farmakoterapii,
 - b) psychoterapia,
2. terapie zajęciowe (szycie, haftowanie itd.) – omówione szerzej w rozdziale dotyczącym ergoterapii,
3. przygotowanie do pracy – obejmuje m.in. obsługę komputera, kserokopiarki, kalkulatora, naukę języka angielskiego, maszynopisanie, drobne prace manualne, jak klejenie torebek, foliowanie dokumentów (Meder, Stołowska, 1995).

Ostatecznym i najbardziej wymiernym efektem rehabilitacji w WTZ jest podjęcie i utrzymanie pracy w warunkach chronionych. Jak pokazuje doświadczenie, jest to jednak udziałem tylko nielicznej grupy pacjentów. Powiększająca się w Polsce przepaść pomiędzy WTZ a zakładami pracy chronionej stanowi jedną z największych zagrożeń dla utrzymania pozytywnych wyników rehabilitacji (Kaszyński, 2000).

Pomijając obiektywne trudności panujące na polskim rynku pracy, należy zwrócić uwagę na fakt częstego przyznawania grupy inwalidzkiej osobom z rozpoznaniem

schizofrenii w młodym wieku i brak proporcjonalnego zwiększania się odsetka tych osób wraz z upływem lat. Różni się to w istotny sposób od progresywnego wzrostu ogółu osób niepełnosprawnych wraz ze wzrostem wieku (Borowski, 1985). Błądności takiego postępowania dowodzi Shepherd (1984, za: Ekdawi, Conning, 1995) stwierdzając, że niepełnosprawnym z powodu chorób psychicznych należy ułatwić możliwość funkcjonowania w określonych rolach społecznych, dostarczanych m.in. przez pracę. Jeśli te możliwości są niewystarczające, chorzy powinni zostać pozbawieni ich na końcu, a nie na początku choroby.

Z pewnością źródło utrzymania w postaci renty inwalidzkiej wpływa demobilizująco na aktywność zawodową i staje się przyczyną ubogich sieci społecznych.

Jahoda i inni (1972, za: Ekdawi, Conning, 1995) dodają, że brak pracy prowadzi do pogarszania się poziomu społecznego funkcjonowania, braku poczucia czasu, a w ekstremalnych wypadkach do braku podejmowania jakiejkolwiek aktywności.

3.4. Oferta terapeutyczna Ośrodka profilaktyczno – rehabilitacyjnego „Szkoła Życia”.

W „Szkołe Życia” realizowane są następujące formy terapii:

1. opieka lekarsko – farmakologiczna,
2. opieka psychologiczna (psychoterapia indywidualna i grupowa – obie formy są superwizowane),
3. psychoedukacja dla pacjentów i ich rodzin,
4. terapie kreatywne:
 - a) zajęcia plastyczne, tj. interakcja barw, kolaż, psychorysunek, indywidualne zajęcia w pracowni plastycznej,
 - b) biblioterapia,
 - c) dramoterapia,
5. zajęcia treningowe oparte na metodach behawioralnych:
 - a) treningi z zakresu samoobsługi:
 - kulinarny,
 - budżetowy,
 - umiejętności praktycznych,

b) treningi umiejętności społecznych:

- komunikowania się,
- asertywności,
- rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich,

6. spotkania integracyjne.

Zajęcia odbywają się do południa i po południu. Prowadzone są w małych grupach przez jednego bądź dwóch terapeutów. Pacjenci uczestniczą w wybranych, zależnie od głębokości deficytu poznawczego, emocjonalnego, społecznego oraz stosownie do celów, jakie wyznaczyli sobie do zrealizowania podczas pobytu w Ośrodku podpisując Kontrakt terapeutyczny.

W Aneksie pracy prezentowana jest krótka charakterystyka przebiegu zajęć – udostępniona przez osoby je prowadzące.

Rozdział 4. Badania własne

4.1. Cel badań i hipotezy badawcze.

Celem przeprowadzonych badań było:

1. określenie związku funkcjonowania społecznego z:
 - a) przebiegiem psychozy schizofrenicznej,
 - b) samooceną jakości własnego życia i choroby,
2. ocenienie wpływu kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej na funkcjonowanie społeczne osób leczonych z powodu schizofrenii.

Uściślenie celów pozwoliło wysunąć następujące hipotezy badawcze:

1. Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię zależy od przebiegu choroby oraz wybranych wskaźników socjo – demograficznych.
2. Lepsze funkcjonowanie społeczne jest związane z bardziej pozytywną oceną własnego życia oraz akceptacją choroby.
3. Rehabilitacja psychiatryczna poprawia funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię.

4.2. Materiał i metody badań.

4.2.1. Osoby badane.

Grupę wyjściową stanowiło 75 osób z problemami zdrowia psychicznego, objętych opieką ambulatoryjną Specjalistycznego Szpitala im. dr J. Babińskiego w Krakowie. Z badań wyłączono czterech chorych nie spełniających założonych kryteriów wieku i rozpoznania klinicznego.

Blisko połowa (tj. 34 osoby) uczestniczących w badaniach stanowiła grupę kontrolną. Jej uczestnicy nie brali udziału w programie rehabilitacyjnym. Pozostałe 37 osób to grupa rehabilitowana. Badani tej grupy korzystali w trybie stacjonarnym z oferty ośrodka profilaktyczno – rehabilitacyjnego „Szkoła Życia” przez okres od 3 do 6 miesięcy.

4.2.2. Charakterystyka Ośrodka profilaktyczno – rehabilitacyjnego „Szkoła Życia”.

Badania osób poddawanych rehabilitacji przeprowadzono w Ośrodku profilaktyczno – rehabilitacyjnym „Szkoła Życia” w Krakowie, który funkcjonuje od 1997 roku dzięki współpracy Fundacji Polsko – Niemieckiej przy Specjalistycznym Szpitalu im. dr Józefa Babińskiego w Krakowie. Charakterystyka Ośrodka.

„Szkoła Życia” jest oddziałem stacjonarnym. W odniesieniu do nielicznych chorych pełni również funkcję placówki leczenia dziennego. W przeciwieństwie do innych oddziałów znajdujących się na terenie szpitala - pacjenci mogą wychodzić na zewnątrz budynku oraz korzystać z przepustek na wyjścia poza teren szpitala jak i przepustek weekendowych.

Posiada 32 – miejsca męskie i żeńskie. Dysponuje nowocześnie wyposażonymi salami terapii, pracownią plastyczną, biblioteką, salą konferencyjną, świetlicą oraz pomieszczeniem kawiarniano – klubowym.

Cele Ośrodka:

- minimalizacja objawów negatywnych,
- poprawa funkcjonowania:
 - emocjonalnego,
 - poznawczego,
 - społecznego,

- edukacja w zakresie radzenia sobie z chorobą,
- wsparcie i poradnictwo dla rodzin.

Warunki przyjęcia i pobytu:

Do Ośrodka przyjmowane są osoby, które otrzymały diagnozę:

- schizofrenii,
- psychozy schizoafektywnej,
- psychozy urojeniowej,
- zaburzeń schizotypowych.

Czas trwania choroby oraz jej przebieg jest zróżnicowany. Pacjenci generalnie kierowani są do „Szkoły Życia” z oddziałów ogólnopsychiatrycznych po uzyskaniu remisji w zakresie ostrych objawów psychotycznych. Rzadziej przyjmowani są chorzy z Oddziałów Dziennych, Poradni Zdrowia Psychicznego czy osoby w sytuacjach kryzysowych (np. ze względów socjalnych).

Decydując się na pobyt w placówce, pacjenci podpisują na wstępie tzw. Kontrakt terapeutyczny (Aneks), co potwierdza ich świadomą zgodę na podjęcie terapii.

Kontrakt terapeutyczny informuje ponadto o :

- długości pobytu w Ośrodku,
- celach, jakie osoba nowoprzyjęta wyznacza sobie do realizacji w trakcie terapii,
- warunkach opuszczenia oddziału w czasie rehabilitacji.

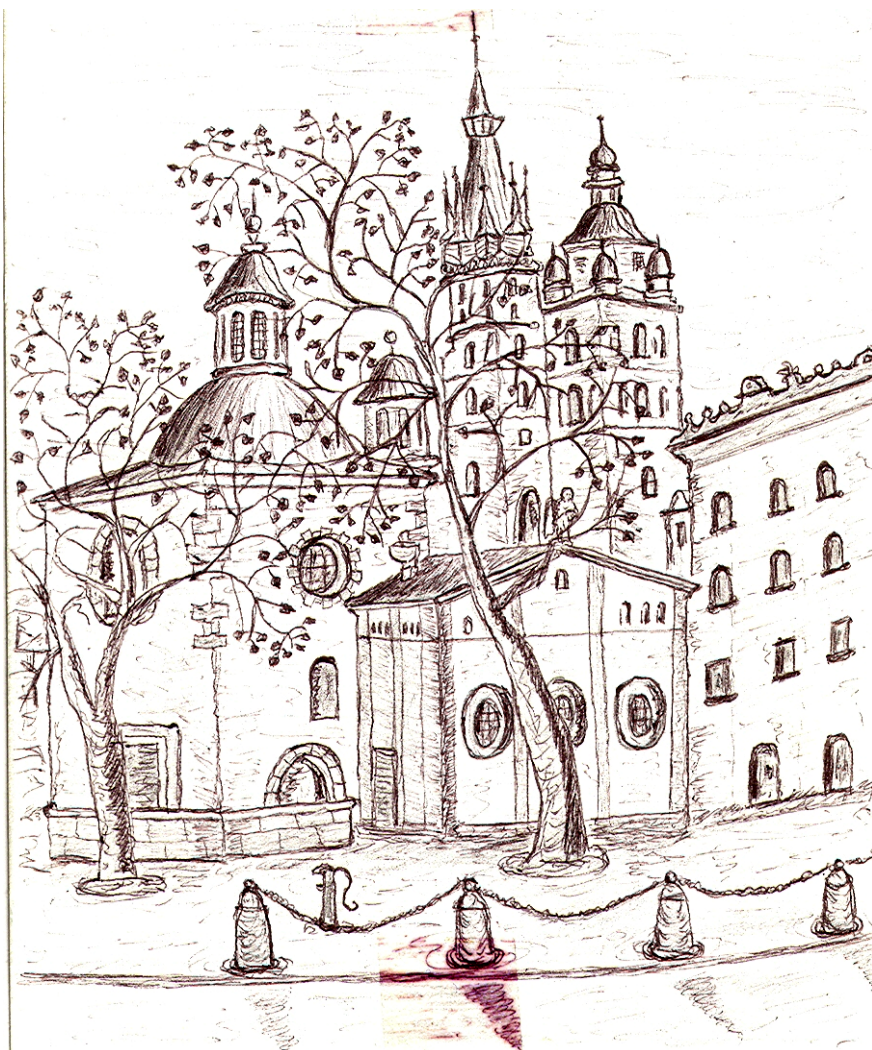
Kontrakt terapeutyczny podpisuje również opiekun indywidualny pacjenta. Jest nim w zależności od potrzeb chorego: lekarz, pielęgniarka, psycholog, pedagog czy pracownik socjalny. Opiekun indywidualny zna sytuację zdrowotną i społeczną swojego podopiecznego i pomaga mu w rozwiązywaniu sytuacji trudnych.

Oferta Ośrodka:

Ustrukturyzowane metody terapii realizowane w „Szkołe Życia” scharakteryzowano szczegółowo i zamieszczono w Aneksie.

Oprócz zajęć codziennych odbywają się także imprezy o wymiarze artystyczno – rozrywkowym. Raz w roku, z pomocą osób prywatnych i instytucji społecznych, organizowany jest przez Ośrodek plener malarski dla artystów chorujących psychicznie. Uczestnicy pleneru to chorzy między 20 a 60 rokiem życia. Część z nich zaczęła tworzyć, gdy pojawiła się psychoza, inni mają za sobą wiele lat pracy artystycznej. Poplenerowe prace są wystawiane w Galerii na ul. Siennej w Krakowie bądź w Galerii „Klubu pod Czwórką” znajdującej się przy oddziale „Szkoła Życia”.

Poniżej zaprezentowano rysunek osoby chorej psychicznie, która swoje plastyczne uzdolnienia odkryła podczas pobytu w „Szkole Życia” i rozwinęła je uczestnicząc w plenerach malarskich.



Z. Turbak

Organizowane są również wieczorki poetyckie z udziałem artystów krakowskich oraz pacjentów, którzy chcą publicznie zaprezentować swoją twórczość. Oto wiersz osoby rehabilitowanej w „Szkole Życia”.

Ikar

*Wzleciałem wysoko w radość euforyczną
przestrzenie dalekie szarej codzienności
olśniony leciałem podwajając szybkość
przestworem nieznany ku nieskończoności.
Z lekkością niezwykłą przestwór poznawałem
niesiony radością w nowe horyzonty
jasnością umysłu, którą otrzymałem
daleki rozpaczy i destrukcji zwątpień.*

*Granice przepadły kiedyś niespodzianie
nadmorską radością płonę nieustannie,
absolut osiągnę i boskość zdobędę!*

*Ikarze! Los ścigasz! Próżnyś niesłuchanie,
Zachwiałeś się nagle, snu pragnąc zachłannie,
runąłeś na ziemię rażony obłędem.*

S. Garbarz

Warto wspomnieć o osiągnięciach dokonywanych w ramach nieobowiązkowych zajęć teatralnych, prowadzonych dopiero od dwóch lat. Przedstawienia grupy teatralnej opierają się między innymi na dziełach komediowych Konstantego Ildefonsa Gałczyńskiego, Jeremiego Przybory.

Personel Ośrodka z inicjatywy i przy współpracy pensjonariuszy „Szkoły Życia” organizuje ponadto ogniska i imprezy okolicznościowe, jak również wycieczki – zarówno do pięknych, zabytkowych miejsc Krakowa i dalsze wyjazdy (Zakopane, Szczawnica).

Szczególne rolę w „Szkołe Życia” pełni wspomniana klubo – kawiarnia, gdzie dwoje chorych znalazło zatrudnienie. Jest to również miejsce terapii dla innych podopiecznych Ośrodka, którzy pełniąc dyżur wraz z osobą tam pracującą – już kompetentną w swoich obowiązkach, uczą się, rozwijają bądź utrwalają podstawowe umiejętności kulinarne, komunikowania się i współdziałania.

Integralnie związane są z oddziałem inne placówki znajdujące się na terenie szpitala:

1. hostel (mający do dyspozycji pięć miejsc),
2. mieszkanie chronione (dysponujące trzema miejscami).

Kierowani są do nich pacjenci, którzy po przebyciu pełnego programu rehabilitacyjnego wymagają dalszego wsparcia czy czasowej separacji od środowiska rodzinnego.

Wielu pacjentów „Szkoły Życia” jeszcze w trakcie pobytu lub po zakończonej rehabilitacji uczęszcza na zajęcia prowadzone w Warsztatach Terapii Zajęciowej, co stanowi istotny element rehabilitacji zawodowej i remotywuje do podjęcia aktywności zarobkowej. Jest również źródłem niewielkiego wsparcia finansowego.

Efekty oddziaływań prowadzonych w „Szkołe Życia” są zróżnicowane, uwarunkowane stopniem „wyniszczenia” przez chorobę, sytuacją socjalną i rodzinną chorego. Dotychczasowe obserwacje wskazują, że hospitalizacja na oddziale ogólnopsychiatrycznym, zakończona rehabilitacją, widocznie poprawia funkcjonowanie społeczne chorych i ułatwia im powrót do środowiska lokalnego.

4.2.3. Metody badań.

Dla zweryfikowania hipotez badawczych wybrano:

- zmienne funkcjonowania społecznego,
- zmienne samooceny jakości własnego życia,
- zmienne postawy wobec doświadczenia choroby,
- zmienne opisujące aktualny stan psychiczny badanych osób,
- zmienne dotyczące przebiegu choroby,
- zmienne socjo – demograficzne.

Narzędzia badawcze.

1. Do oceny poziomu funkcjonowania społecznego posłużyła **Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS)** autorstwa Maxa Birchwooda, dostosowana do warunków polskich przez Marię Załuską (Załuska, 1997).

Skala składa się z dwóch identycznych części. Każda z nich obejmuje siedem podskal zawierających od kilku do kilkunastu pytań. Jedną część wypełnia badany, drugą osoba opiekująca się nim.

W opinii Weissman (1981, za: Załuska, 1997) funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię powinno być oceniane w oparciu o podstawowe sprawności ze

względu na to, że wielu spośród chorych nie pełni ogólnie przyjętych ról społecznych (współmałżonek, rodzic, pracownik). SFS jest skalą, która uwzględnia tę specyfikę ponieważ obejmuje sfery funkcjonowania decydujące o utrzymaniu się badanego w środowisku pozaszpitalnym, niezależnie od pełnionych przez niego ról.

Warto dodać, że wykazano przydatność SFS nie tylko przy diagnozowaniu deficytów funkcjonowania społecznego ale również przy planowaniu postępowania rehabilitacyjnego (Załuska, 1995).

SFS składa się z następujących podskal:

- Wychodzenie z izolacji (W) (max 15 punktów) – ocenia czy pacjent skłania się bardziej ku społecznemu zaangażowaniu, czy wręcz przeciwnie – izoluje się,
- Komunikacja i więzi (INTER) (max 9 punktów) – ocenia umiejętności komunikowania się z otoczeniem oraz nawiązywania i podtrzymywania bliskich więzi,
- Samodzielność realizowana (IP) (max 39 punktów) – ocenia stopień samodzielności i aktywności w zakresie realizowania codziennych potrzeb,
- Samodzielność możliwa (IC) (max 39 punktów) – ocenia potencjalne możliwości samodzielnej egzystencji,
- Rekreacja i rozrywka (R) (max 36 punktów) – ocenia zainteresowania i umiejętności zagospodarowania sobie czasu wolnego,
- Kontakty społeczne (P) (max 50 punktów) – ocenia kontakty międzyludzkie, społeczne, rodzinne i kulturalne,
- Praca – zatrudnienie (E - Q) (max 10 punktów) – ocenia aktywność zawodową lub udział w innych ustrukturyzowanych zajęciach codziennych (jak uczestnictwo w WTZ, kursach wieczorowych itp.).

Miernikiem funkcjonowania społecznego może być sumaryczny wynik skali przeliczony według klucza (sięga on od 55 do 145 punktów) lub ogólny uśredniony wynik, powstały poprzez zsumowanie punktów uzyskanych przez badanych w kolejnych podskalach, podzielony przez 7 (tj. liczbę podskal SFS).

$$\text{ogólny uśredniony wynik SFS} = \frac{W + \text{INTER} + \text{IP} + \text{IC} + \text{R} + \text{P} + \text{E/Q}}{7}$$

Niższy wynik świadczy o gorszym poziomie społecznego funkcjonowania. Można również posługiwać się wynikami częściowymi, tj. uzyskiwanymi w określonych podskalach.

W opracowaniu statystycznym wykorzystano ogólny uśredniony wynik SFS oraz wyniki częściowe poszczególnych podskal.

W prezentowanych badaniach skalę SFS uzupełniała tylko osoba chorująca psychicznie. Fakt ten wynikał z następujących względów:

- a) uczestnicy badań – to pacjenci pozostający w leczeniu ambulatoryjnym, w remisji objawowej,
- b) część badanych (tj. 25,3%) mieszkała samotnie, dlatego znalezienie osoby, która mogłaby w sposób obiektywny ocenić funkcjonowanie badanego w warunkach pozaszpitalnych stanowiłoby istotny problem,
- c) dotychczasowe badania polskie (Załuska, 1997; Górna i inni, 2000) i angielskie (Birchwood i inni, 1990, za: Załuska, 1997) z zastosowaniem SFS potwierdziły zgodność ocen opiekunów z ocenami chorych, co oznacza, że SFS może być stosowana jako skala samooceny.

1. Do samooceny jakości życia wykorzystano polską wersję **Kwestionariusza „SF – 36”** autorstwa J. E. Ware (1992).

Kwestionariusz SF – 36 jest objęty prawami autorskimi, z tego powodu został włączony do badań dopiero po uzyskaniu pisemnej zgody autora.

Zgodnie z zaleceniami obliczono wartości poszczególnych składowych jakości życia, tj.:

- funkcjonowanie fizyczne (PF) (min 10 – max 30 punktów),
- ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról (RP) (min 5 – max 13 punktów),
- ból (BP) (min 1 – max 6 punktów),
- zdrowie ogólne (GH) (min 1 - max 5 punktów),
- witalność (V) (min 5 – max 30 punktów),
- funkcjonowanie społeczne (SF) (min 2 – max 10 punktów),
- ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról (RE) (min 3 – max 6 punktów),

- zdrowie psychiczne (MH) (min 4 – max 24 punkty),
- zmiana stanu zdrowia w przeciągu ostatniego roku (RT) (min 1 – max 5 punktów).

W analizie posługiwano się tak wynikiem globalnym kwestionariusza (sięga on od 36 do 149 punktów), jak i wynikami cząstkowymi wyróżnionych przez autora podskal. W opracowaniu statystycznym pominięto podskalę dotyczącą bólu. Ból pomimo, że jest odczuciem subiektywnym nie jest zjawiskiem typowym dla chorób psychicznych.

2. Postawę wobec choroby określano przy pomocy skali ***Moje Doświadczenie Choroby (MDC)*** (Wciórka, 1996).

Skala obejmuje sześć twierdzeń, które tworzą wymiary postawy:

- poznawczy (sposób utożsamiania choroby z sobą) – pozwala na umiejscowienie czynników, które w opinii badanego stanowią przyczynę psychozy oraz na ich rozróżnienie na czynniki zależne i niezależne (zewnętrzne) od jego osobowości,
- emocjonalny (sposób wartościowania choroby) – umożliwia zidentyfikować wartości przypisywane doświadczeniom wynikającym z choroby,
- behawioralny (refleksyjność) – ocenia gotowość do rozmowy na temat choroby, koncepcję choroby według subiektywnych odczuć.

W górnej części skali MDC usytuowana jest ramka, w którą należy wpisać wybrane i najbardziej trafne zdaniem chorego określenie przebytego doświadczenia choroby psychicznej (np. „nerwowość”, „cierpienie”, „klatka”), które stanowi punkt odniesienia do umieszczonych poniżej twierdzeń, składających się na wymiary postawy. Ponadto, na podstawie podawanego określenia starano się zidentyfikować kontekst, w jakim chory rozpatruje swoje doświadczenia związane z psychozą (np. medyczny, osobowościowy, społeczny lub inny).

Badany, ustosunkowując się wobec każdego z twierdzeń wyraża swoją opinię na pięciostopniowej skali.

Analizę MDC poprzedziło przekształcenie sumy czynnikowej (tj. sumy dwóch skal dotyczących jednego wymiaru postawy) w następujący sposób:

- 2 punkty = 1,
- 3 – 4 punkty = 2,
- 5 – 6 punktów = 3,

7 – 8 punktów = 4,

9 – 10 punktów = 5.

Analogicznie przekształcono sumę całkowitą, tj. uzyskaną w 6 – ciu podskalach MDC.

I tak:

6 – 9 punktów = 1,

10 – 15 punktów = 2,

16 – 20 punktów = 3,

21 – 26 punktów = 4,

27 – 30 punktów = 5.

W obydwóch przypadkach:

1 – ozn. całkowitą izolację,

2 – ozn. izolację częściową,

3 – ozn. niezdecydowanie,

4 – ozn. częściową integrację,

5 – ozn. integrację całkowitą.

Do analizy korelacyjnej wyników uzyskanych w skali MDC z innymi zmiennymi uwzględnionymi w badaniu wykorzystano wyniki uproszczone, tj. powstałe na skutek połączenia ze sobą dwóch skrajnych przedziałów przekształconych skal (1 + 2 oraz 4 + 5). Tym sposobem uzyskano 3 grupy chorych:

1. całkowicie lub częściowo izolującą doświadczenie choroby psychicznej od innych doświadczeń życiowych (1 + 2),
2. całkowicie lub częściowo skłonną do integrowania tych dwóch doświadczeń (4 + 5),
3. przejawiającą niezdecydowanie (3).

4. Dla uzyskania danych społeczno – demograficznych wykorzystano własny ***Inwentarz Socjo – Demograficzny*** obejmujący następujące informacje:

- wiek,
- płeć,
- wykształcenie,
- stan cywilny,
- źródło utrzymania,
- miejsce zamieszkania,
- zamieszkiwanie,
- obecność chorób psychicznych w rodzinie,
- przynależność do grup wsparcia.

5. Oceny aktualnego stanu psychicznego dokonał lekarz prowadzący badanego, stosując skalę pozytywnych i negatywnych objawów schizofrenii – **PANSS (*Positive and Negative Syndrom Scale*)** autorstwa Kay, Fiszbein i Opler (1987, za: Wciórka, 1998) w opracowaniu Rzewuskiej. PANSS jest rozbudowaną skalą zawierającą 30 pozycji, przygotowaną do badania dwuwymiarowego modelu zespołu schizofrenicznego. Skala bada nasilenie 7 – objawów pozytywnych, 7 – objawów negatywnych i 16 objawów ogólnopsychopatologicznych. Na podstawie PANSS można również ocenić nasilenie depresji – sumując punktację objawów depresyjnych (tj. troska o zdrowie fizyczne – pyt.15, lęk – pyt. 16, poczucie winy - pyt. 17, depresja – pyt.20). Im wyższy wynik zbiorczy skali, tym gorszy stan kliniczny badanego (każdy objaw oceniany jest według 7 – stopniowej skali, gdzie 1 oznacza brak danego symptomu, a 7 - krańcowe jego nasilenie).

Globalny wynik PANSS sięga od 30 do 210 punktów.

Analiza dokumentacji umożliwiła określenie:

1. wskaźników przebiegu choroby, tj.:
 - rozpoznanie kliniczne,
 - czas trwania choroby,
 - wiek pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej,
 - średni czas remisji w zakresie objawów psychotycznych,
 - współwystępowanie przewlekłych chorób somatycznych,
2. wskaźników pobytu w placówkach leczenia psychiatrycznego, tj.:
 - liczba hospitalizacji psychiatrycznych,
 - łączny czas trwania hospitalizacji,
 - względny czas hospitalizacji (tj. stosunek łącznego czasu hospitalizacji do długości trwania psychozy),
 - średni czas jednorazowego pobytu w szpitalu,
 - udział w terapii oferowanej przez oddział dzienny,
 - pobyt w innych placówkach (hostel, mieszkanie chronione).

Analizie poddano dotychczasowe historie leczenia szpitalnego oraz karty leczenia ambulatoryjnego.

4.2.4. Procedura badań.

Przed przystąpieniem do pracy złożono Wniosek do Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego w sprawie uzyskania zgody na przeprowadzenie badań dotyczących wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię.

Na zebraniu w dniu 19 kwietnia 2001 roku Komisja pozytywnie zaopiniowała realizację wnioskowanych badań.

Badania miały charakter przekrojowy. Pacjentów o ich realizacji informowano osobiście w czasie jednej z wizyt kontrolnych. Wszyscy potencjalni ankietowani przed przystąpieniem do badań otrzymali informacje na temat celu badań oraz skal, o uzupełnienie których zostaną poproszeni. Pacjenci zostali również uświadomieni, że osoba przeprowadzająca badania ma wgląd w dokumentację związaną z dotychczasowym przebiegiem ich leczenia.

Ze względu na metody badawcze: sondaż diagnostyczny, analiza dokumentacji – badania nie mogły być anonimowe. W związku z tym zagwarantowano osobom, które wyraziły chęć uczestnictwa, że w żadnych publikacjach ani sprawozdaniach nie znajdzie się nic takiego, co umożliwiłoby ich identyfikację, a dane osobowe będą kodowane.

Po zapoznaniu z powyższymi warunkami, chorych poproszono o pisemne potwierdzenie podjętej przez nich decyzji (wzór zgody pacjenta – Aneks).

Przyjęto następujące kryteria włączenia do badań:

1. rozpoznanie kliniczne: choroba psychiczna z grupy psychoz schizofrenicznych (F20 – F29 wg ICD 10),
2. wiek badanego między 20 a 55 rokiem życia,
3. czas trwania choroby minimum 2 lata,
4. liczba hospitalizacji ogólnopsychiatrycznych – minimum 2,
5. brak zmian organicznych w Centralnym Systemie Nerwowym,
6. świadoma zgoda na udział w badaniu,
7. stan remisji w zakresie ostrych objawów psychotycznych.

Pacjenci samodzielnie lub z pomocą przeprowadzającego badanie wypełniali:

1. Skalę Funkcjonowania Społecznego Maxa Birchwooda,
2. Kwestionariusz jakości życia SF – 36,

3. Skalę Moje Doświadczenie Choroby,
4. Inwentarz Socjo – Demograficzny.

Jednocześnie lekarz prowadzący posługując się skalą PANSS dokonywał oceny stanu klinicznego.

Po zakończeniu sondażu diagnostycznego, dokonano analizy udostępnionej dokumentacji badanych celem poznania wskaźników przebiegu choroby oraz wskaźników intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego.

Uzyskane informacje opracowano statystycznie.

4.2.5. Zastosowane metody statystyczne.

1. Analizę statystyczną wyników badań przeprowadzono wykorzystując program Statistica wersja 5.5.
2. Dla wszystkich zmiennych sprawdzono zgodność ich rozkładu z rozkładem normalnym przy pomocy testu W Shaprio – Wilka. Jako krytyczny poziom istotności przyjęto $p = 0,05$.
3. Dla wszystkich parametrów obliczono następujące statystyki opisowe: średnią arytmetyczną, medianę, minimum, maksimum, odchylenie standardowe, pierwszy oraz trzeci kwartył (w zależności od potrzeb są one prezentowane graficznie lub w tabelach).
4. Istotność różnic wartości średnich w dwóch populacjach (np. między grupą kontrolną a rehabilitowaną) dla zmiennych o rozkładzie normalnym sprawdzono testem t – Studenta.
5. Dla zmiennych o rozkładach różnych od normalnego, istotność różnic pomiędzy rozkładami w porównywanych grupach sprawdzono testem U Manna – Whitneya, który jest najmocniejszym odpowiednikiem testu t dla prób niepowiązanych.
6. Istotność różnic pomiędzy rozkładami w więcej niż dwóch populacjach sprawdzono przy pomocy testu Kruskala – Wallisa (nieparametryczny odpowiednik analizy wariancji) oraz testu mediany (mniej dokładana wersja testu ANOVA Kruskala – Wallisa – gdzie obliczana jest wartość χ^2 w oparciu o tablicę kontyngencji powstałą przez zliczenie w każdej z prób przypadków, które wypadają powyżej oraz poniżej mediany).

7. Dla zmiennych o rozkładzie:

- a) normalnym – obliczono współczynnik korelacji r – Pearsona,
- b) różnym od normalnego – współczynnik korelacji rang Spearmana.

Przyjmuje się (za: Stanisław, 1998), że:

- $0 < r < 0,1$ – korelacja nikła,
- $0,1 \leq r < 0,3$ – korelacja słaba,
- $0,3 \leq r < 0,5$ – korelacja przeciętna,
- $0,5 \leq r < 0,7$ – korelacja wysoka,
- $0,7 \leq r < 0,9$ – korelacja bardzo wysoka,
- $0,9 \leq r < 1$ – korelacja prawie pełna.

8. Dla zbadania związków między cechami nominalnymi (jak np. płeć, postawa wobec choroby) zastosowano test Chi2.

9. Dla zbadania różnicy między częstością występowania badanej cechy zastosowano Test proporcji.

10. W celu oszacowania łącznego wpływu wybranych wskaźników na zmianę funkcjonowania społecznego (tj. zmiennej zależnej) przeprowadzono analizę regresji wielokrotnej. Metoda ta umożliwiła wykazanie najsilniejszych spośród rozważanych w badaniu predyktorów zmian funkcjonowania społecznego.

W analizie regresji ważne jest aby model nie był zdeterminowany przez nadmierną liczbę zmiennych niezależnych, dlatego na wstępie zaznaczono, że obejmuje on te wskaźniki, które w świetle dotychczasowych analiz statystycznych istotnie łączyły się ze zmiennymi społecznego funkcjonowania.

Rozdział 5. Wyniki badań własnych.

5.1. Charakterystyka badanych osób.

Na wstępie przeanalizowano informacje demograficzno – społeczne osób uczestniczących w badaniu oraz dane na temat dotychczasowego przebiegu ich choroby.

Tabela 1. Podstawowe informacje demograficzno – społeczne

Analizowane zmienne			Badana grupa		
			kontrolna (N = 34)	rehabilitowana (N = 37)	ogół grup (N = 71)
Wiek	średnia $\pm$ SD		39,3 $\pm$ 9,8	35,7 $\pm$ 8,7	37,4 $\pm$ 9,4
	max - min		20 - 54	22 - 52	20 - 54
Płeć [^]	męska	N	16	28	44
		%	47,1	75,6	61,9
	żeńską	N	18	9	27
		%	52,9	24,4	38,1
Wykształcenie	podstawowe	N	5	5	10
		%	14,7	13,5	14,1
	zawodowe	N	11	14	25
		%	32,4	37,8	35,2
	średnie	N	15	14	29
		%	44,1	37,8	40,8
	wyższe	N	3	4	7
		%	8,8	10,8	9,8
Stan cywilny	wolny	N	20	28	48
		%	58,8	75,6	67,6
	związek małżeński	N	11	4	15
		%	32,3	10,8	21,1
	inne sytuacje*	N	3	5	8
		%	8,8	13,5	11,3
Źródło utrzymania [^]	renta inwalidzka	N	29	30	59
		%	85,3	81,0	83,1
	praca zawodowa	N	2	-	2
		%	5,8	-	2,8
	inne sytuacje#	N	3	7	10
		%	8,2	18,9	14,1
Zamieszkiwanie [^]	z rodziną pochodzeniową	N	17	19	36
		%	50,0	51,4	50,7
	z rodziną własną	N	14	3	17
		%	41,2	8,1	23,9
	samotnie	N	3	15	18
		%	8,8	40,5	25,3
Obciążenie genetyczne	występuje	N	17	16	33
		%	50,0	43,2	46,5
Przynależność do grup wsparcia	tak	N	3	4	7
		%	8,8	10,8	9,8

[^] - różnica między grupami istotna na poziomie $p \leq 0,05$,

* (rozwód, separacja, wdowieństwo, konkubinat),

(renta inwalidzka oraz praca w niepełnym wymiarze godzin, pozostaje na utrzymaniu opiekunów).

1. Średnia wieku w grupie kontrolnej okazała się nieistotnie wyższa ($p = 0,1$).
2. Wśród osób rehabilitowanych przeważali mężczyźni (75,6%). W grupie kontrolnej liczba kobiet i mężczyzn była zbliżona. Grupy różniły się istotnie ($p = 0,01$).
3. W obydwu grupach dominowały osoby z wykształceniem zawodowym i średnim. Nieznaczny odsetek badanych (8,8% w grupie kontrolnej oraz 10,8%

w grupie osób rehabilitowanych) osiągną wykształcenie wyższe. Grupy nie różniły się statystycznie pod względem omawianej zmiennej ($p = 0,9$).

4. Blisko 76% uczestniczących w rehabilitacji i 59% badanych grupy kontrolnej była stanu wolnego. W związku małżeńskim przebywało 32,3% osób nie rehabilitowanych i tylko 10,8% ankietowanych grupy interwencyjnej. Nie odnotowano między grupami różnicy istotnej statystycznie ($p = 0,2$).
5. Grupy nie różniły się zasadniczo pod względem źródła utrzymania ($p = 0,2$). Nieistotnie większy odsetek badanych w grupie kontrolnej twierdził, że jedyne źródło utrzymania stanowi dla nich renta inwalidzka (94,1%).
6. Połowa uczestników każdej z grup zamieszkiwała z rodziną pochodzeniową. Aż 40,5% osób rehabilitowanych mieszkało samotnie. Zbliżona liczba badanych z grupy kontrolnej (41,2%) i zaledwie 8,1% osób z grupy rehabilitowanej zamieszkiwała z rodziną własną (tj. założoną przez siebie). Grupy różniły się statystycznie ($p = 0,00$).
7. Na obecność chorób psychicznych wśród członków rodziny wskazywało 50% respondentów znajdujących się w grupie kontrolnej oraz 43,2% uczestników rehabilitacji. Grupy nie różniły się istotnie ($p = 0,6$).

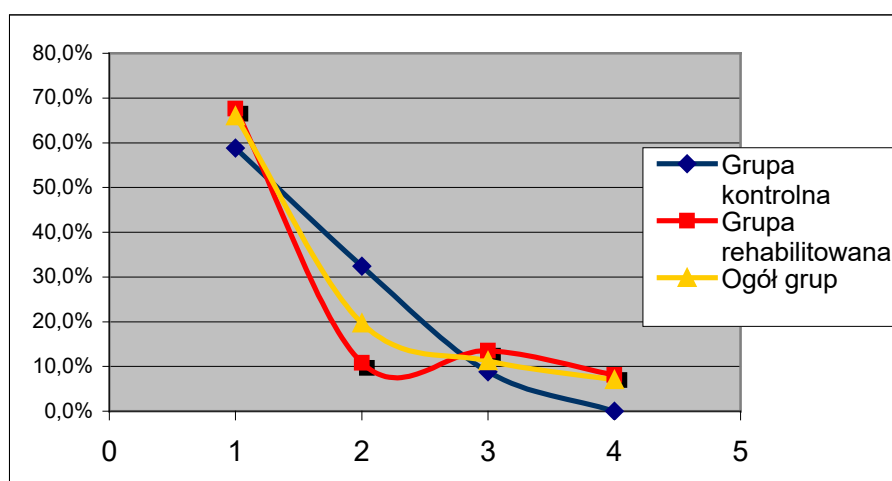
Badanych pytano również o miejsce zamieszkania oraz korzystanie z dostępnych form wsparcia. Okazało się, że większość w obydwu grupach mieszkała w mieście – łącznie 86%. Również zdecydowana większość w obydwu grupach (łącznie 90,1%) nie korzystała z żadnej formy wsparcia (np. grupy samopomocy). W zakresie omawianych zmiennych nie odnotowano istotnych różnic pomiędzy grupami.

Tabela 2. Rozpoznanie kliniczne, stan kliniczny, stosowane leczenie i przebieg choroby

Analizowane zmienne			Badana grupa		
			kontrolna (N = 34)	rehabilitowana (N = 37)	ogół grup (N = 71)
Rozpoznanie kliniczne	Schizofrenia	N %	20 58,8	25 67,6	44 62,0
	Zaburzenia paranoidalne	N %	11 32,4	4 10,8	14 19,7
	Zaburzenia schizoafektywne	N %	3 8,8	5 13,5	8 11,2
	Zaburzenia schizotypowe	N %	-	3 8,1	3 7,0
Stan kliniczny (nasilenie objawów mierzone w punktach)	objawy pozytywne	średnia ± SD	14,1 ± 5,4	13,0 ± 4,4	13,6 ± 4,9
	objawy negatywne		16,4 ± 5,4	16,0 ± 7,1	16,3 ± 6,2
	ogólnopsychopatologiczne		30,4 ± 10,1	32,8 ± 11,0	31,5 ± 10,5
	objawy depresyjne		7,0 ± 2,7	9,5 ± 3,3	8,3 ± 3,2
	ogólny stan kliniczny		60,1 ± 19,6	60,8 ± 20,6	61,4 ± 19,9
Stosowane leczenie	neuroleptyki standardowe	N %	19 63,3	18 56,2	37 52,1
	neuroleptyki atypowe	N %	4 13,3	4 12,5	8 11,3
	terapia skojarzona	N %	7 23,3	10 31,2	17 23,9
Wiek badanych w czasie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej		średnia ± SD max-min	26,3 ± 9,0 15 – 50	25,0 ± 5,4 16 – 40	25,6 ± 7,3 15 – 50
Czas trwania choroby (lata)		średnia ± SD max-min	14,3 ± 9,0 2 – 32	12,7 ± 7,0 2 – 26	13,4 ± 8,0 2 – 32
Czas trwania remisji (lata)		średnia ± SD max-min	3,5 ± 3,4 0,4 – 14,7	3,0 ± 2,3 0,5 – 9,9	3,3 ± 2,9 0,4 – 14,7
Choroby współistniejące		N %	7 20,5	10 27,0	17 24,0

Rozkład danych dotyczących rozpoznania oraz oceny stanu klinicznego przedstawiają również poniższe wykresy.

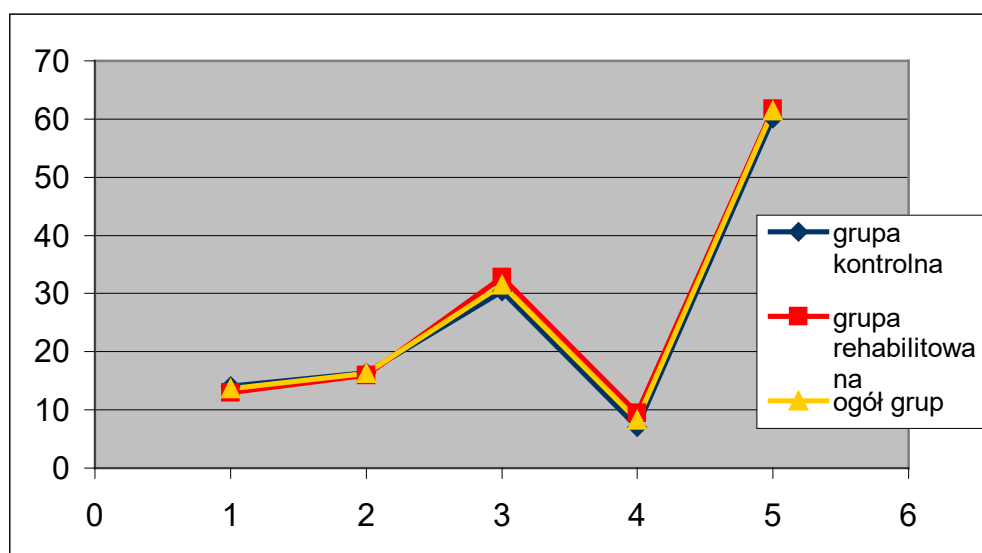
Wykres 1. Rozpoznanie kliniczne badanych osób



- 1 – schizofrenia,
 2 – zaburzenia paranoidealne,
 3 – zaburzenia schizoafektywne,
 4 – zaburzenia schizotypowe.

Wśród jednostek klinicznych przeważało rozpoznanie schizofrenii (58,8% w grupie kontrolnej oraz 67,6% w grupie rehabilitowanej). U znacznej części respondentów nie uczestniczących w rehabilitacji (32,4%) zdiagnozowano zaburzenia paranoidealne. Badane grupy nie różniły statystycznie się pod względem omawianej zmiennej ($p = 0,2$).

Wykres 2. Stan kliniczny uczestników badań



- 1 – nasilenie objawów pozytywnych,
 2 – nasilenie objawów negatywnych,
 3 – nasilenie objawów ogólnopsychopatologicznych,
 4 – nasilenie objawów depresyjnych,
 5 – ogólny stan kliniczny.

Ogólny stan kliniczny jak i nasilenie poszczególnych objawów psychopatologicznych (tj. pozytywnych, negatywnych, depresyjnych, ogólnopsychopatologicznych) mierzonych skalą PANSS było zbliżone wśród badanych obydwu grup.

1. Większość osób objętych badaniami (52,1%) stosowała farmakoterapię standardową. Tylko czterech badanych w każdej z grup otrzymywało neuroleptyki atypowe. Brak istotnej różnicy pomiędzy grupami ($p = 0,8$).
2. U około $\frac{1}{4}$ grupy kontrolnej jak i rehabilitowanej współwystępowały przewlekłe choroby somatyczne (najczęściej nadciśnienie tętnicze i choroba niedokrwienna serca).
3. Uczestnicy badań byli po raz pierwszy hospitalizowani psychiatrycznie mając średnio 25,6 lat. Wiek badanych w czasie pierwszego pobytu w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym był nieistotnie wyższy w grupie kontrolnej ($p = 0,9$).
4. Czas trwania choroby psychicznej wynosił przeciętnie 13,4 roku. Grupy nie różniły się statystycznie pod względem omawianej zmiennej ($p = 0,6$).
5. Remisja w zakresie objawów psychotycznych utrzymywała się średnio przez 3,3 roku. Wśród uczestników grupy kontrolnej średni czas remisji objawowej okazał się nieistotnie wyższy ($p = 0,7$).

5.2. Analiza zależności między przebiegiem psychozy schizofrenicznej i zmiennymi społeczno - demograficznymi a funkcjonowaniem społecznym.

Hipoteza 1.

Funkcjonowanie społeczne osób chorych na schizofrenię jest związane z przebiegiem choroby i wybranymi zmiennymi społeczno – demograficznymi.

W celu sprawdzenia przytoczonej hipotezy badano związki między wskaźnikami funkcjonowania społecznego a zmiennymi:

- a) przebiegu choroby psychicznej,
- b) intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego,
- c) społeczno – demograficznymi.

Poniższe tabele zawierają wyniki przeprowadzonych w tym zakresie analiz.

Tabela 4. Związki między zmiennymi przebiegu choroby i wskaźnikami funkcjonowania społecznego

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	Wskaźniki przebiegu choroby												
	WH	CzCh	PANSS	OP	ON	OO	OD	RK		SL		ChW	
								wartość testu	poziom p	wartość testu	poziom p	wartość testu	poziom p
globalny wynik funkcjonowania społ.	0,06	-0,11	*-0,38	*-0,37	*-0,5	*-0,27	-0,02	4,76	0,31	0,74	0,69	-0,87	0,38
wychodzenie z izolacji	-0,07	0,12	-0,13	-0,16	*-0,26	-0,08	-0,03	1,46	0,83	0,88	0,64	-0,67	0,50
komunikacja i więzi	-0,02	0,10	-0,24	*-0,26	*-0,36	-0,15	0,00	3,44	0,48	1,70	0,42	-0,68	0,49
samodzielność realizowana	*0,31	0,03	*-0,29	*-0,27	*-0,32	*-0,27	-0,00	4,21	0,37	1,61	0,44	-0,07	0,94
samodzielność możliwa	0,20	-0,09	*-0,32	-0,24	*-0,4	*-0,27	-0,01	5,68	0,22	0,45	0,79	-1,38	0,16
rekreacja/rozrywka	-0,09	-0,01	-0,23	-0,17	*-0,37	-0,12	-0,03	6,61	0,15	1,19	0,90	-0,08	0,92
kontakty społeczne	-0,07	*-0,24	*-0,25	*-0,27	*-0,28	-0,18	-0,04	3,53	0,47	0,00	0,99	-0,35	0,72
praca/zatrudnienie	0,02	-0,13	-0,03	-0,10	-0,14	0,09	0,15	5,78	0,21	0,66	0,71	-1,08	0,28
	Współczynniki korelacji rang Spearmana							ANOVA rang Kruskala - Wallisa				Test U – Manna Whitneya	

WH – wiek pierwszej hospitalizacji,
CzCh – czas trwania choroby,
PANSS – ogólny stan kliniczny,

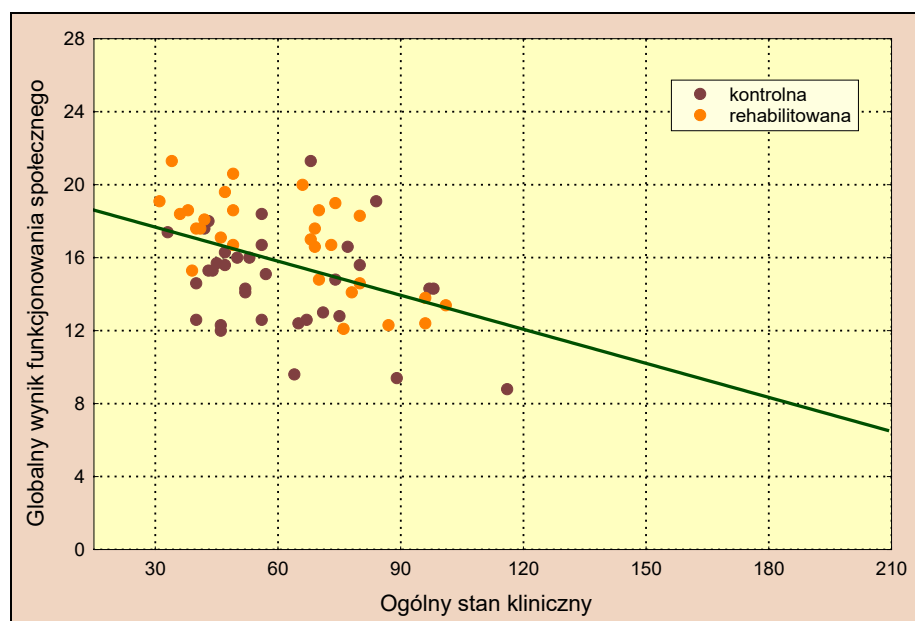
OP – objawy pozytywne,
ON – objawy negatywne,
OO – objawy ogólnopsychopatologiczne,

OD – objawy depresyjne,
RK – rozpoznanie kliniczne,
SL – stosowane leczenie,

ChW – choroby współistniejące,
* - wartość istotna na poziomie $p \leq 0,05$,

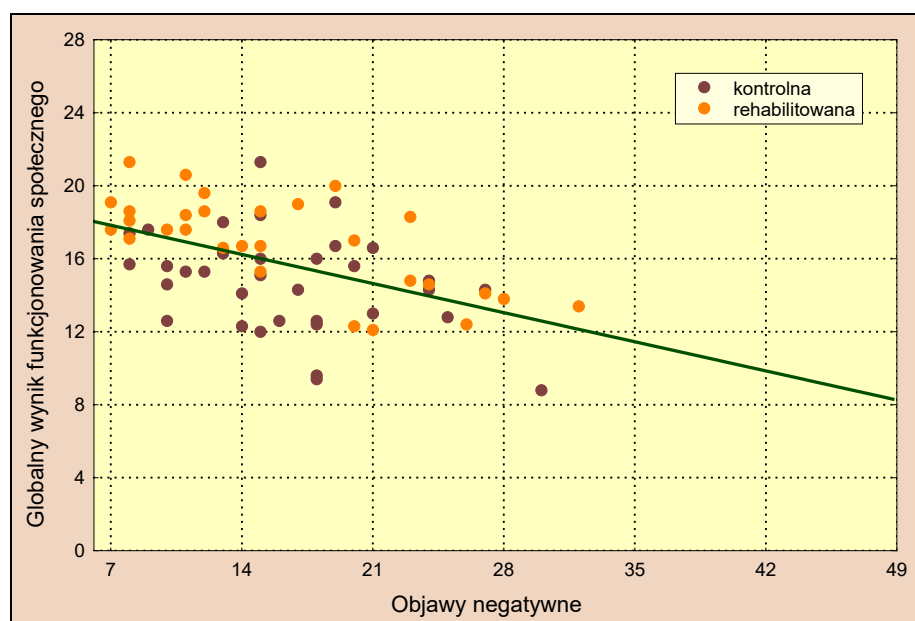
Wyniki zamieszczone w tabeli nr 4 wskazują najwięcej istotnych zależności pomiędzy zmiennymi funkcjonowania społecznego a stanem klinicznym badanych osób. Zależności te zilustrowano poniżej.

Wykres 3. Graficzna prezentacja korelacji wyników ogólnego stanu klinicznego i globalnej samooceny funkcjonowania społecznego



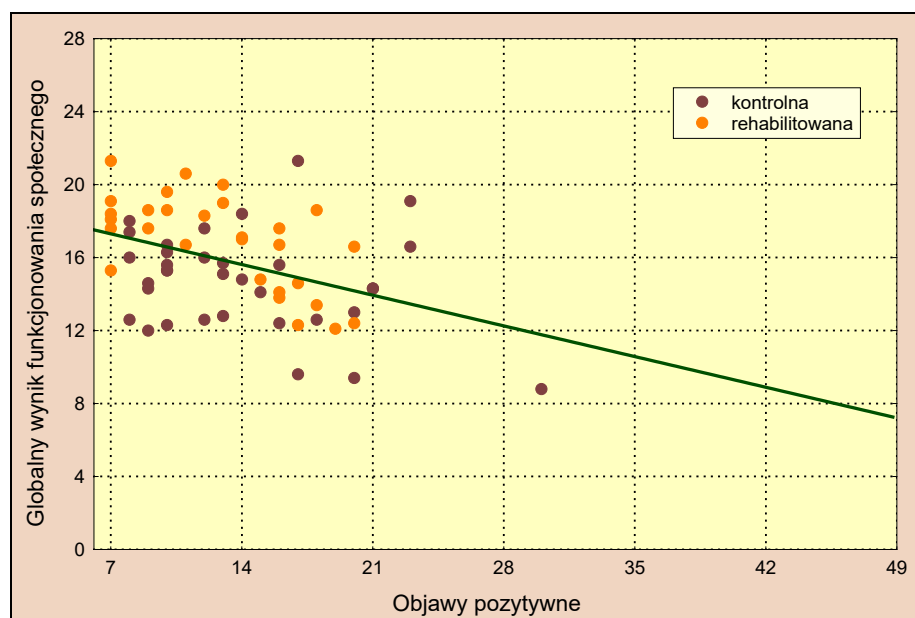
Ogólny stan kliniczny (PANSS) korelował negatywnie ($r = -0,38$) z globalnym wynikiem uzyskanym w Skali Funkcjonowania Społecznego. Można sądzić, że lepszy stan kliniczny towarzyszył wyższej samoocenie funkcjonowania społecznego.

Wykres 4. Graficzna interpretacja korelacji wyników nasilenia objawów negatywnych i globalnej samooceny funkcjonowania społecznego



Objawy negatywne (ON) korelowały wysoko ujemnie ($r = -0,5$) z globalnym wynikiem funkcjonowania społecznego. Mniejsze natężenie tych objawów łączyło się z wyższą samooceną funkcjonowania społecznego.

Wykres 5. Graficzna prezentacja korelacji wyników nasilenia objawów pozytywnych i globalnej samooceny społecznego funkcjonowania

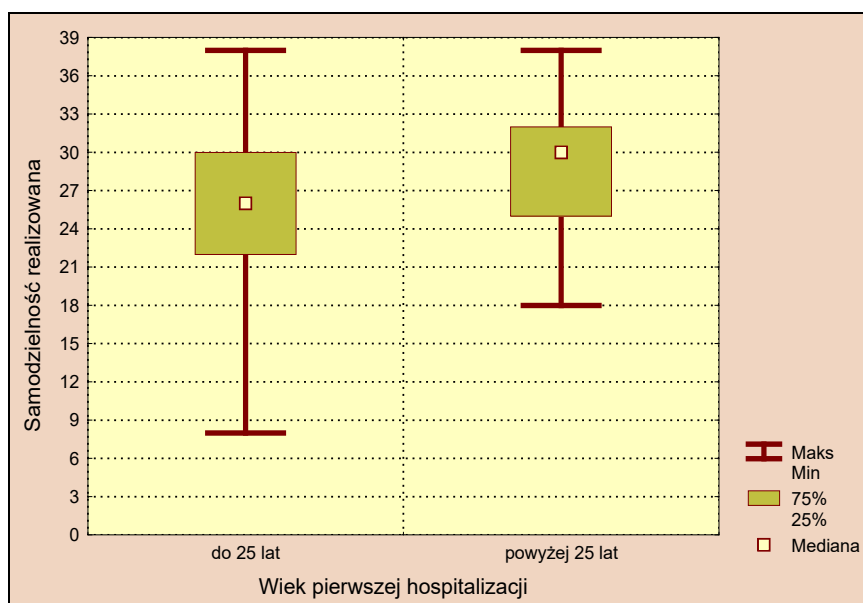


Objawy pozytywne (OP) wykazywały istotną korelację negatywną ($r = -0,37$) z ogólnym wynikiem społecznego funkcjonowania. Również w tym wypadku mniej nasilonym objawom towarzyszyła wyższa samoocena społecznego funkcjonowania.

Dane zamieszczone w tabeli nr 4 informują ponadto o korelacji pozytywnej ($r = 0,31$) pomiędzy wiekiem pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej a subiektywną oceną samodzielności realizowanej. Aby dokładniej przeanalizować związek, jaki pojawił się pomiędzy tymi dwiema zmiennymi – dokonano kategoryzacji wyników wskaźnika „wiek pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej”. Badanych przydzielono do dwóch grup. Jedną z nich obejmowała osoby, u których pierwszy pobyt w oddziale ogólnopsychiatrycznym miał miejsce przed ukończeniem 25 r. ż. Drugą grupę stanowili chorzy hospitalizowani psychiatrycznie po raz pierwszy już po ukończeniu 25 r. ż.

Uzyskane w tym zakresie wartości liczbowe ilustruje rysunek nr 1.

Rysunek 1. Wiek pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej a wyniki podskali „samodzielność realizowana”



Przedstawione graficznie dane informują o wyższym średnim wyniku wskaźnika „samodzielność realizowana” wśród osób leczonych pierwszy raz w stacjonarnym oddziale psychiatrycznym po ukończeniu 25 r. ż., a także pokazują, że 25% tej grupy osiągnęło co najwyżej 25 punktów w skali 36 – punktowej, podczas gdy taka sama liczba ankietowanych grupy przeciwnej uzyskała 22 punkty. Wartość mediany również

różnicuje obie grupy. W pierwszej z nich mediana wynosi 30 punktów, natomiast w drugiej – punktów 26.

Na podstawie zaprezentowanych wyników można zauważyć, że im później nastąpiła pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, tym chorzy byli bardziej samodzielni w wykonywaniu codziennych zajęć (jak np. zakupy, gotowanie, sprzątanie itp.).

Z przytoczonych danych wynika, że:

1. najliczniejsze i najwyższe korelacje wystąpiły pomiędzy wskaźnikami stanu klinicznego (tj. ON, OP, OO, PANSS) a zmiennymi funkcjonowania społecznego – objawy negatywne korelowały najczęściej i najsilniej, gorszy stan kliniczny (w tym większe nasilenie wyszczególnionych objawów psychopatologicznych) towarzyszył niższej samoocenie społecznego funkcjonowania,
2. wiek, w którym badani byli po raz pierwszy pacjentami oddziału psychiatrycznego korelował istotnie ($r = 0,31$) z wynikami podskali dotyczącej samodzielności w życiu codziennym – późniejsza hospitalizacja łączyła się z większym stopniem samodzielności w zaspokajaniu podstawowych potrzeb,
3. czas trwania choroby psychicznej wykazywał słabą korelację ujemną ($r = -0,24$) z samooceną kontaktów społecznych – im badani dłużej chorowali, tym gorzej oceniali swoje kontakty społeczne (towarzyskie, rodzinne),
4. rozpoznanie kliniczne, rodzaj zastosowanej farmakoterapii oraz obecność lub brak chorób dodatkowych nie wiązały się statystycznie z żadnym, uwzględnionym wskaźnikiem społecznego funkcjonowania.

Analizowano także zależności między funkcjonowaniem społecznym a intensywnością pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego.

Tabela 5. Związki między wskaźnikami intensywności pobytów w placówkach
lecznictwa psychiatrycznego i zmiennymi funkcjonowania społecznego

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	<i>Wskaźniki intensywności pobytów w placówkach lecznictwa psychiatrycznego</i>						
	ŁCZH	WCZH	ŚDH	ŚDR	PWOD	LH	
						wartość testu	poziom p
globalny wynik funkcjonowania społ.	-0,01	0,01	-0,03	-0,04	0,03	1,94	0,58
wychodzenie z izolacji	-0,01	-0,15	0,00	*0,27	0,03	4,49	0,21
komunikacja i więzi	0,14	-0,02	-0,01	-0,05	0,05	5,64	0,13
samodzielność realizowana	-0,09	-0,15	-0,12	0,03	-0,01	2,20	0,53
samodzielność możliwa	-0,05	-0,11	-0,15	-0,02	-0,19	0,46	0,92
rekreacja i rozrywka	*0,24	*0,25	0,07	-0,20	0,18	3,32	0,34
kontakty społeczne	-0,02	0,13	0,05	-0,08	-0,06	0,73	0,86
praca/zatrudnienie	-0,07	0,07	0,05	-0,04	*0,29	±6,80	0,07
	Współczynniki korelacji rang Spearmana					ANOVA rang Kruskala - Wallisa	

ŁCZH – łączny czas trwania hospitalizacji,

WCZH – względny czas hospitalizacji (tj. odsetek czasu spędzonego w oddziale
stacjonarnym w stosunku do czasu trwania choroby),

ŚDH – średnia długość hospitalizacji,

ŚDR – średnia długość remisji,

PWOD – pobyt w oddziale dziennym,

LH – liczba hospitalizacji w oddziale ogólnopsychiatrycznym,

* - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$,

± - Test mediany.

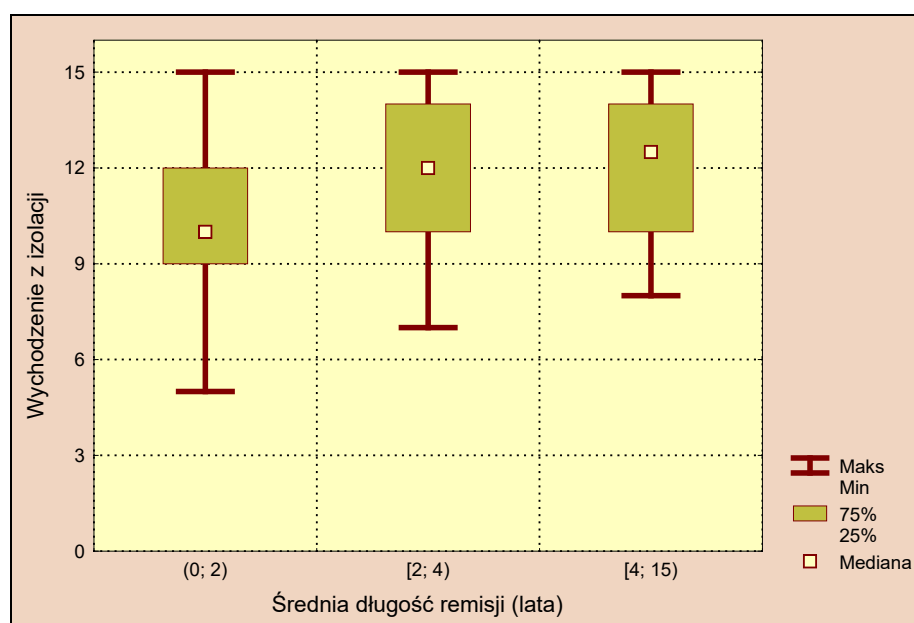
Z analizy danych przedstawionych w powyższej tabeli wynika, że średni czas trwania remisji koreluje istotnie pozytywnie ($r = 0,27$) ze stopniem izolacji społecznej.

W celu dokładniejszego prześledzenia związku, jaki zaistniał między omawianymi zmiennymi – skategoryzowano wyniki wskaźnika „średnia długość remisji” w następujący sposób:

1. kategoria – obejmowała badanych, których średni czas remisji w zakresie objawów psychiatrycznych trwał nie dłużej niż 2 lata (26 osób),
2. kategoria – dotyczyła chorych, których remisja utrzymywała się średnio powyżej 2 lat do 4 lat włącznie (27 ankietowanych),
3. kategoria – to osoby, o najdłuższej średniej remisji, trwającej powyżej 4 lat (16 badanych).

Po przeprowadzeniu powyższej kategoryzacji, obliczono wybrane parametry statystyki opisowej dla każdej, wyróżnionej kategorii osób i przedstawiono je graficznie na rysunku nr 2.

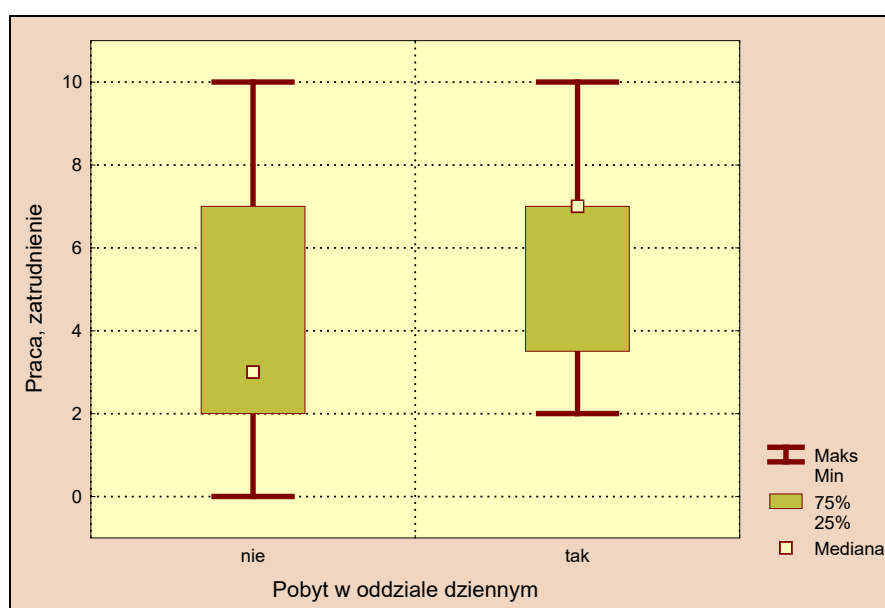
Rysunek 2. Związek średniego czasu trwania remisji i samooceny izolacji społecznej



Zaprezentowane wyniki sugerują, że krótszy średni czas trwania remisji objawowej towarzyszył większej izolacji społecznej. Z danych wynika, że 25% ankietowanych, których czas remisji nie przekraczał 2 lat - osiągnęło co najwyżej 9 punktów w skali 15 punktowej.

Wyniki zamieszczone w tabeli nr 5 wskazują również na istotną korelację pozytywną ($r = 0,29$) pomiędzy aktywnością zawodową a pobytem w placówkach leczenia dziennego. Również i w tym wypadku, dokonano podziału badanych na osoby, które w trakcie choroby psychicznej korzystały z tej formy terapii oraz na osoby, które nigdy nie brały w niej udziału. Kolejny rysunek ilustruje najważniejsze parametry statystyczne w obu grupach.

Rysunek 3. Pobyt w oddziale dziennym a aktywność zawodowa



Osoby, które w czasie trwania psychozy korzystały z oferty terapeutycznej oddziału dziennego osiągały lepsze wyniki w podskali dotyczącej pracy zawodowej lub innej działalności zarobkowej. Wśród chorych nie uczestniczących w zajęciach oddziału dziennego - 25% uzyskało co najwyżej 2 punkty w skali 10 punktowej. Ponadto, wartość mediany w omawianej grupie wynosiła tylko 3 punkty, podczas gdy w grupie przeciwnej – punktów 7. Wyniki badań sugerują korzystny wpływ terapii realizowanej w oddziale dziennym na aktywności związane z pracą zarobkową.

Reasumując, tylko nieliczne wskaźniki przebiegu choroby wiązały się z funkcjonowaniem społecznym uczestników badań.

1. Średnia długość remisji korelowała istotnie pozytywnie ($r = 0,27$) z wynikami uzyskanymi w podskali określającej stopień nasilenia izolacji społecznej. Osoby z dłuższą remisją objawową cechowały się mniejszym wycofaniem społecznym.
2. Badani będący w przeszłości pacjentami oddziału dziennego różnili się statystycznie aktywnościami związanymi z pracą/zatrudnieniem od osób nie korzystających z tej formy leczenia. Terapia realizowana w placówkach dziennego pobytu korzystnie wpływała na zachowania dotyczące zatrudnienia lub innych ustrukturyzowanych form pracy zarobkowej.
3. Łączny i względny czas trwania hospitalizacji korelował istotnie dodatnio z wynikami podskali dotyczącej rekreacji i rozrywki. Dane wskazują, że badani dłużej hospitalizowani dokonywali w tym aspekcie funkcjonowania wyższej samooceny.
4. Pozostałe, uwzględnione w badaniu wskaźniki przebiegu choroby, tj. średnia długość hospitalizacji oraz liczba hospitalizacji psychiatrycznych nie wiązały się istotnie z żadnym wskaźnikiem społecznego funkcjonowania.

W hipotezie I – szej założono również, że funkcjonowanie społeczne może być związane nie tylko z nasileniem objawów, przebiegiem choroby ale także z niektórymi zmiennymi społeczno-demograficznymi. Wyniki takich analiz są przedstawione poniżej.

Tabela 6. Związki pomiędzy badanymi wskaźnikami socjo – demograficznymi i zmiennymi funkcjonowania społecznego

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	Wskaźniki socjo - demograficzne											
	wiek	W	SC		Z		Płeć		OG		ŻU	
			wartość testu	poziom p	wartość testu	poziom p	wartość testu	poziom p	wartość testu	poziom p	wartość testu	poziom p
globalny wynik funkcjonowania społ.	-0,13	0,11	0,95	0,61	0,03	0,98	-0,62	0,53	-1,16	0,24	[^] -1,06	0,11
wychodzenie z izolacji	0,04	-0,07	3,10	0,21	2,48	0,28	-1,23	0,21	-1,65	0,09	-1,65	0,09
komunikacja/więzi	-0,04	0,10	1,89	0,38	0,30	0,85	-0,71	0,47	-1,57	0,11	0,18	0,85
samodzielność realizowana	0,13	0,04	2,62	0,26	5,89	*0,05	-1,90	0,06	-1,73	0,08	0,06	0,94
samodzielność możliwa	0,02	0,12	3,43	0,17	2,71	0,25	-0,61	0,53	-2,17	*0,03	0,32	0,74
rekreacja/rozrywka	-0,10	0,18	2,00	0,36	1,01	0,60	-0,37	-0,10	0,63	0,52	[^] -0,22	0,82
kontakty społeczne	*-0,29	0,10	1,93	0,38	5,83	*0,05	-0,18	0,85	1,03	0,29	-1,70	0,08
praca/zatrudnienie	-0,12	-0,06	1,79	0,40	3,87	0,14	1,95	0,10	-1,64	0,10	-3,15	*0,00
	Współczynniki korelacji rang Spearmana		ANOVA rang Kruskala - Wallisa				Test U Manna – Whitney					

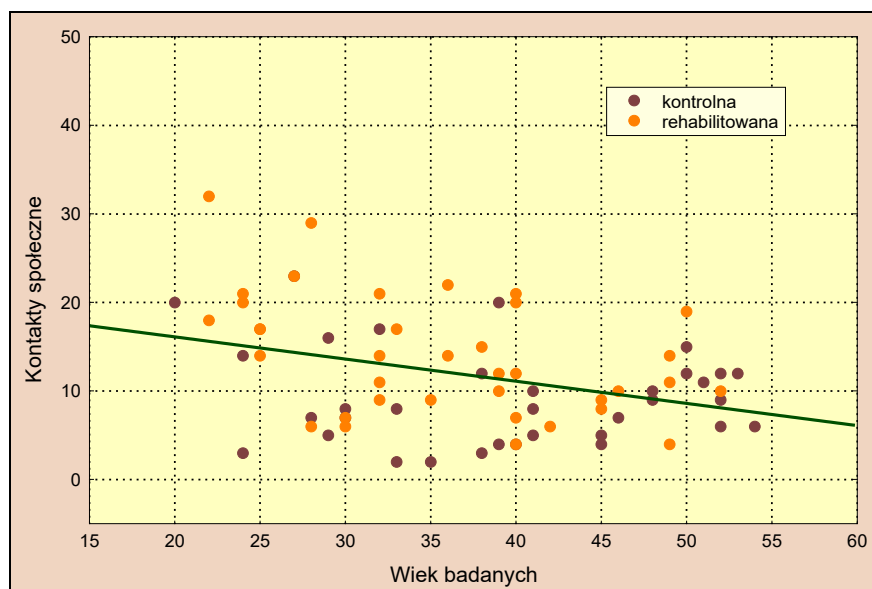
W – wykształcenie,
S.C. – stan cywilny,
Z – zamieszkiwanie,

OG – obciążenie genetyczne,
ŻU – źródło utrzymania,
***** - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$,

[^] - test t – Studenta,

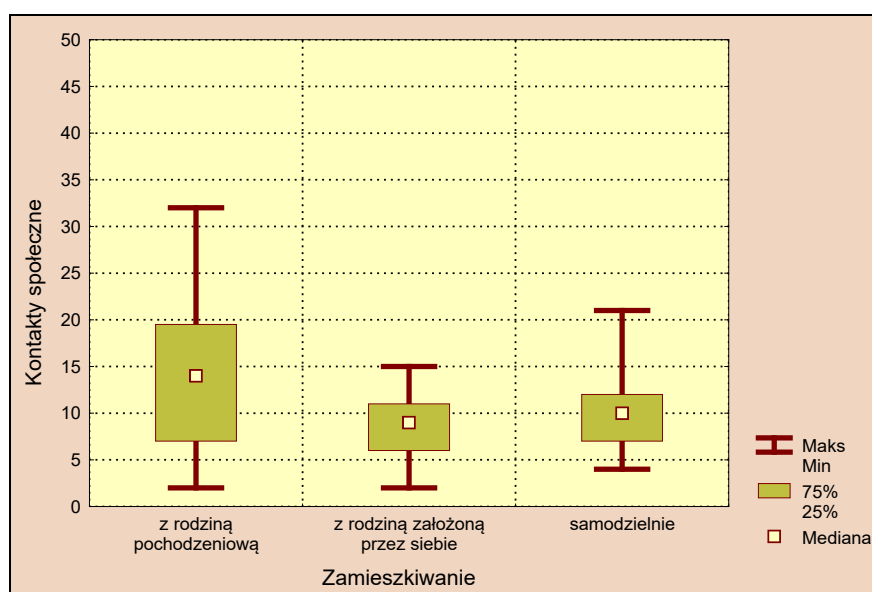
Przedstawione rezultaty badań wskazują na nieliczne zależności pomiędzy wskaźnikami społecznego funkcjonowania a zmiennymi socjo – demograficznymi. Związki istotne statystycznie zilustrowano poniżej.

Wykres 6. Graficzna interpretacja korelacji wyników wieku badanych i samooceny kontaktów społecznych



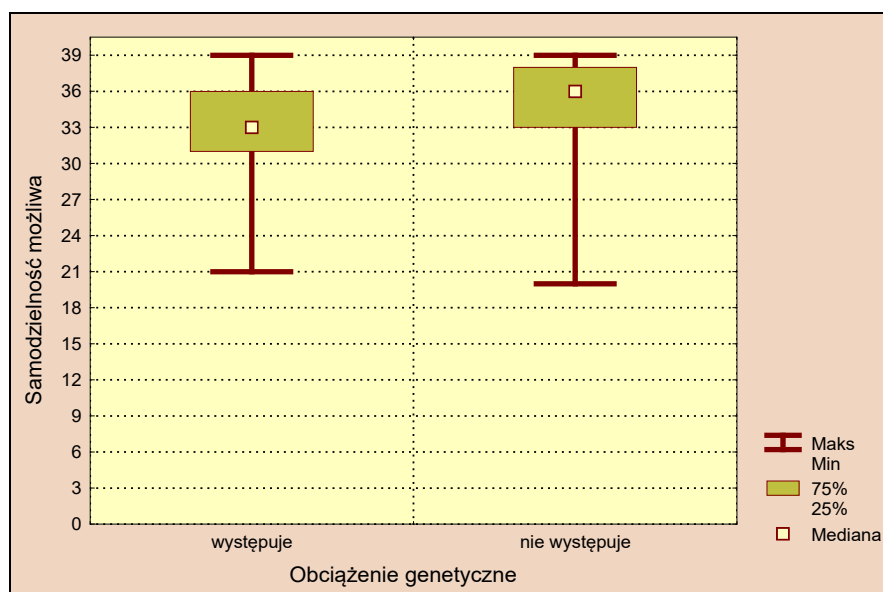
Wiek badanych osób korelował istotnie negatywnie ($r = -0,29$) z wynikami podskali „kontakty społeczne”. Starszy wiek badanych towarzyszył niższej samoocenie tego obszaru życia społecznego.

Rysunek 4. Zamieszkiwanie a kontakty społeczne



Opierając się na przedstawionych graficznie wynikach, można przypuszczać, że podtrzymywanie kontaktów społecznych miało związek z najbliższym otoczeniem chorego. Osoby zamieszkujące z rodziną założoną przez siebie cechowały najniższe parametry statystyki opisowej, uzyskane w podskali „kontakty społeczne”. Wartość mediany w omawianej grupie badanych wynosiła 9 punktów, podczas gdy w pozostałych grupach osiągnęła odpowiednio 14 oraz 10 punktów.

Rysunek 5. Obciążenie genetyczne a samodzielność możliwa



Badani, którzy wskazywali na obecność przewlekłej choroby psychicznej wśród członków najbliższej rodziny istotnie niżej oceniali swoje możliwości funkcjonowania w codziennym życiu ($p = 0,03$).

W konkluzji zaprezentowanych wyników należy stwierdzić, że:

1. wiek osób objętych badaniami korelował istotnie ujemnie ($r = -0,29$) z samooceną kontaktów społecznych, osoby starsze charakteryzowały uboższe kontakty społeczne,
2. zamieszkiwanie łączyło się ze – stopniem samodzielności w realizowaniu zajęć codziennych ($p = 0,05$),
– aktywnościami towarzyszącymi kontaktom społecznym ($p = 0,05$),

Najniższej samooceny kontaktów społecznych dokonywały osoby posiadające własną rodzinę (tj. założoną przez siebie).

3. istotny okazał się związek pomiędzy obciążeniem genetycznym a możliwościami samodzielnej egzystencji ($p = 0,03$), osoby wskazujące na obecność chorób psychicznych wśród członków najbliższej rodziny niżej oceniały swoje potencjalne możliwości samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu,
4. poziom zdobytego wykształcenia, stan cywilny oraz płeć badanych nie wiązały się istotnie z żadnym, z uwzględnionych wskaźników funkcjonowania społecznego,
5. źródło utrzymania wykazywało istotną zależność z wynikami podskali „praca/zatrudnienie” ($p = 0,00$).

Aby wskazać najbardziej istotne dla funkcjonowania społecznego zmienne występujące w hipotezie I – szej stworzono model regresji wielokrotnej.

I MODEL REGRESJI WIELOKROTNEJ

Model obejmował wskaźniki:

- a. przebiegu choroby,
- b. intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego,
- c. socjo – demograficzne, które w świetle dotychczasowych analiz wiązały się istotnie ze wskaźnikami społecznego funkcjonowania. Nie można stworzyć modelu dla wszystkich wskaźników zawartych w powyższej hipotezie, ze względu na ich liczebność, stosunkowo dużą w odniesieniu do liczebności zbadanej grupy. Zmienną zależną (określaną) stanowił ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego.

Model I przeprowadzono dla wszystkich uczestników badań (tj. dla 71 osób).

Na wstępie zawierał następujące zmienne:

1. objawy pozytywne (OP),
2. objawy negatywne (ON),
3. objawy ogólnopsychopatologiczne (OO),
4. wiek badanych (W),
5. czas trwania choroby (CzCh),
6. średnią długość remisji (ŚDR),
7. wiek badanych, w którym miała miejsce pierwsza hospitalizacja psychiatryczna (WIH),
8. źródło utrzymania (ŻU),
9. pobyt w oddziale dziennym (PWOD),

10. zamieszkiwanie (Z)

W tabeli nr 7 zaprezentowano wyniki analizy pełnego modelu, tj. obejmującego wszystkie wymienione powyżej zmienne.

Tabela 7. Związek wskaźników przebiegu choroby, intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego oraz zmiennych socjo – demograficznych z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego

N = 71

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	OP	-0,17	0,10	0,12
	ON	-0,22	0,08	*0,01
	OO	0,08	0,06	0,16
	W	-0,19	0,12	0,11
	CzCh	0,12	0,12	0,31
	ŚDR	-0,06	0,11	0,61
	WIH	0,13	0,10	0,21
	ŻU	1,02	0,97	0,29
	PWOD	0,90	0,75	0,23
	Z1	1,38	1,05	0,19
	Z2	0,39	0,83	0,63
	Wyraz wolny	19,44	2,41	0,00

* - wartość istotna na poziomie $p \leq 0,05$,

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,37$, wartość $p < 0,01$

Współczynnik determinacji określa, jaka część ogólnej zmienności zmiennej zależnej jest wyjaśniona przez regresję liniową.

Odnosząc otrzymaną wartość R^2 do powyższego zdania otrzymujemy model wyjaśniający 37% zaobserwowanej zmienności wyników funkcjonowania społecznego.

Eliminując krokowo zmienne najmniej istotne uzyskano model, w którym jedyną zmienną istotną dla prognozowania funkcjonowania społecznego było nasilenie objawów negatywnych (współczynnik regresji -0,17, błąd standardowy 0,07, wartość $p=0,01$).

Nasuwa się więc wniosek, że mniej nasilone objawy negatywne towarzyszą wyższej samoocenie funkcjonowania społecznego.

Tabela 3. Wskaźniki intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego

Analizowane zmienne		Badana grupa		
		kontrolna (N = 34)	rehabilitowana (N = 37)	ogół grup (N = 71)
Liczba hospitalizacji psychiatrycznych	średnia $\pm$ SD max-min	6,4 $\pm$ 6,2 2 - 28	5,7 $\pm$ 4,8 2 - 26	6,0 $\pm$ 5,5 2 - 28
Łączny czas trwania hospitalizacji (miesiące)	średnia $\pm$ SD max-min	9,3 $\pm$ 8,1 0,5 – 42,3	10,7 $\pm$ 11,8 1,0 – 56,4	10,0 $\pm$ 10,2 0,5 – 56,4
Względny czas trwania hospitalizacji	średnia $\pm$ SD max-min	0,06 $\pm$ 0,05 0,01 – 0,22	0,07 $\pm$ 0,06 0,00 – 0,24	0,07 $\pm$ 0,05 0,00 – 0,24
Czas jednorazowej hospitalizacji (miesiące)	średnia $\pm$ SD max-min	1,7 $\pm$ 0,9 0,3 – 5,0	2,1 $\pm$ 2,0 0,5 – 12,0	1,9 $\pm$ 1,6 0,3 – 12,0
Pobyt w oddziale dziennym	N % max-min	6 17,6 0 - 12	13 35,1 0 - 10	19 26,7 0 - 12

1. W czasie trwania psychozy badani byli przeciętnie 6 razy pacjentami rejonowych oddziałów ogólnopsychiatrycznych. Nie odnotowano w zakresie analizowanej zmiennej różnicy statystycznej ($p = 0,9$).
2. Łączny średni czas trwania hospitalizacji wynosił 10 miesięcy, natomiast jednorazowy pobyt w szpitalu – 1,9 miesiąca. Wśród uczestników grupy rehabilitowanej łączny czas pobytu w oddziale był nieistotnie wyższy ($p = 0,8$).
3. Respondenci średnio jednokrotnie brali udział w leczeniu realizowanym przez oddziały dzienne. Nie zanotowano w tym zakresie statystycznych różnic.

Ponadto, w grupie rehabilitowanej – trzy osoby po zakończonej terapii w ośrodku „Szkoła Życia” przebywały w mieszkaniu chronionym. Ośmiu chorych (w tym siedmiu w grupie rehabilitowanej i jedna w grupie kontrolnej) korzystało z oferty Hostelu, znajdującego się na terenie Specjalistycznego Szpitala im. dr J. Babińskiego.

5.3. Analiza zależności między samooceną jakości życia oraz postawą wobec choroby a funkcjonowaniem społecznym.

Hipoteza 2

Lepsze funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię jest związane z bardziej pozytywną oceną własnego życia i akceptacją choroby.

Aby zweryfikować powyższą hipotezę badano związki między wskaźnikami funkcjonowania społecznego i zmiennymi:

- samooceny jakości życia,
- postawy wobec doświadczenia choroby.

Wyniki tych analiz przedstawione są poniżej.

Tabela 8. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami samooceny jakości życia i zmiennymi społecznego funkcjonowania

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	<i>Wskaźniki samooceny jakości życia</i>								
	<i>SF - 36</i>	<i>PF</i>	<i>RP</i>	<i>GH</i>	<i>VT</i>	<i>MH</i>	<i>RT</i>	<i>SF</i>	<i>RE</i>
globalny wynik funkcjonowania społ.	^P *0,46	^s 0,23	^s *0,38	^s *0,31	^P *0,38	^P *0,53	^s *-0,24	*0,01	*0,01
wychodzenie z izolacji	^s *0,37	^s 0,03	^s 0,15	^s *0,30	^s *0,45	^s *0,48	^s -0,18	*0,004	*0,006
komunikacja /wężi	^s *0,41	^s *0,24	^s *0,35	^s *0,40	^s *0,38	^s *0,43	^s -0,16	*0,003	*0,003
samodzielność realizowana	^s *0,26	^s 0,17	^s *0,23	^s 0,21	^s *0,26	^s *0,36	^s -0,15	*0,05	*0,003
samodzielność możliwa	^s *0,32	^s *0,27	^s *0,32	^s 0,19	^s 0,23	^s *0,35	^s -0,13	0,74	0,11
rekreacja i rozrywka	^P *0,22	^s 0,06	^s 0,16	^s 0,17	^P *0,28	^P *0,27	^s -0,10	0,91	0,75
kontakty społeczne	^s *0,28	^s 0,05	^s 0,21	^s 0,22	^s 0,20	^s *0,35	^s -0,09	*0,009	0,30
praca/zatrudnienie	^s *0,29	^s 0,22	^s 0,23	^s 0,07	^s *0,24	^s *0,31	^s -0,15	0,28	0,37

^P – współczynnik korelacji r – Pearsona,

^s – współczynnik korelacji rang Spearmana,

SF – 36 – globalny wynik samooceny jakości życia,

PF – funkcjonowanie fizyczne,

RP – ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról,

GH – ogólna ocena zdrowia,

VT – witalność,

MH – samoocena zdrowia psychicznego,

RT – ocena zmiany stanu zdrowia w ostatnim roku,

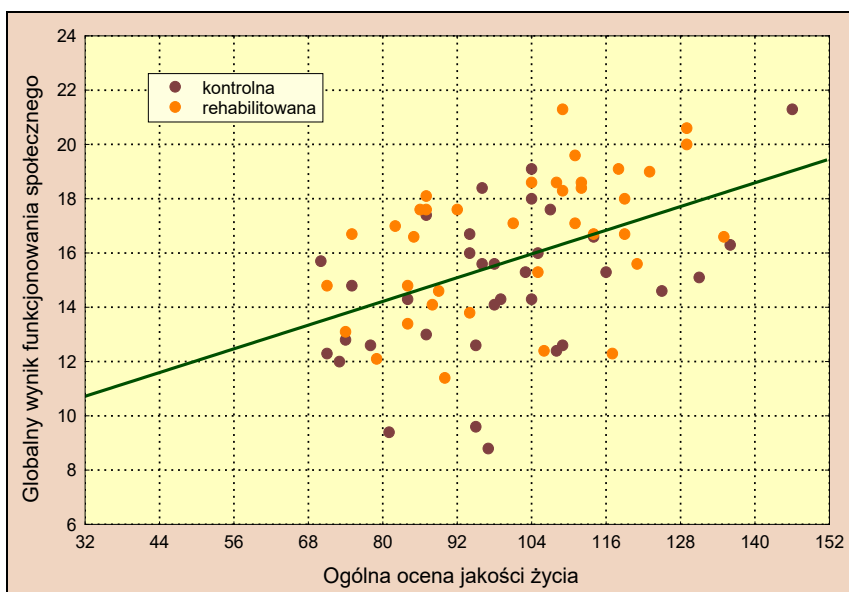
SF – społeczne funkcjonowanie,

RE – emocjonalne ograniczenia w pełnieniu ról,

* - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$.

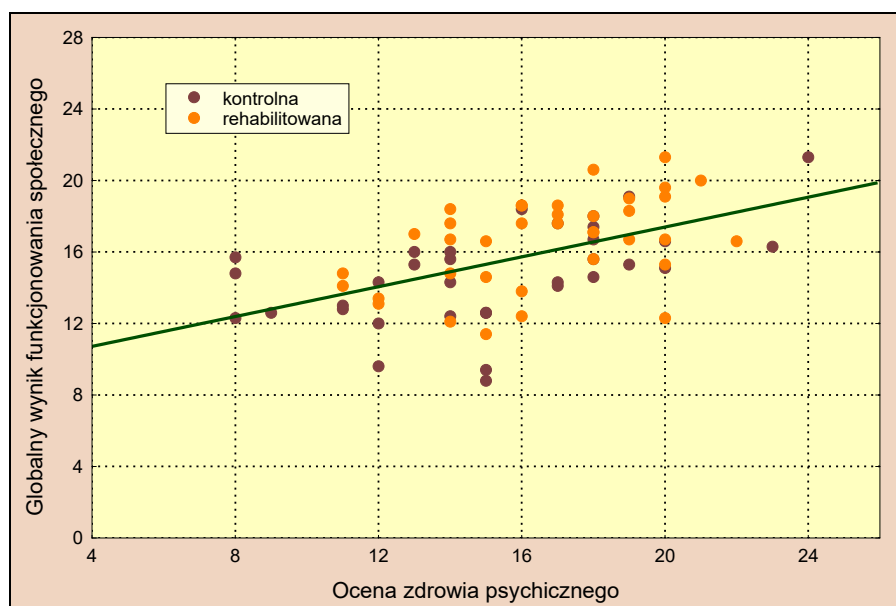
Analiza zebranego materiału w tabeli nr 8 wskazuje na liczne, istotne statystycznie zależności, jakie pojawiły się pomiędzy wskaźnikami samooceny jakości życia i zmiennymi funkcjonowania społecznego. Wyniki najwyższych korelacji zilustrowano poniżej.

Wykres 7. Graficzna interpretacja korelacji wyników samooceny jakości życia i globalnej oceny funkcjonowania społecznego



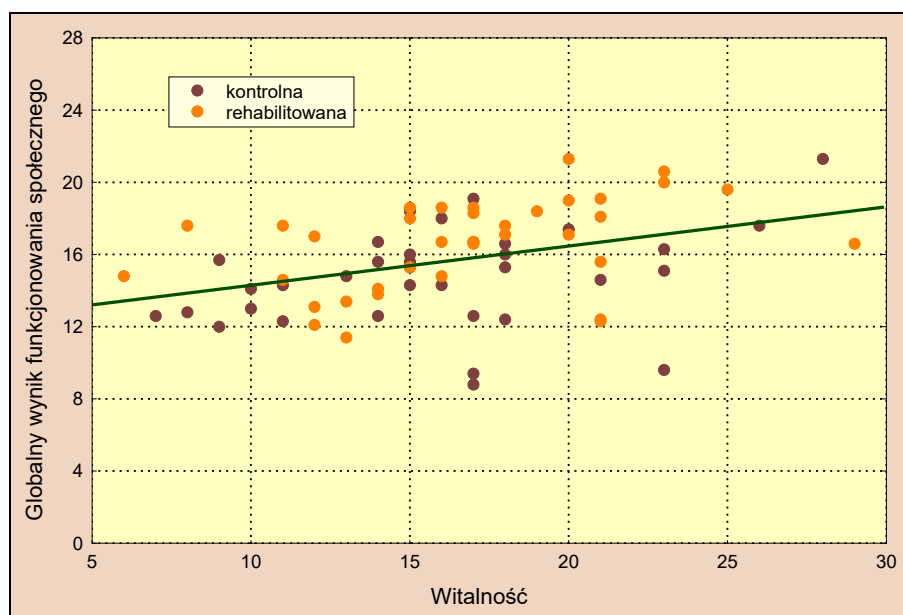
Ogólna samoocena jakości życia korelowała pozytywnie ($r = 0,46$) z globalnym wynikiem funkcjonowania społecznego. Oznacza to, że chorzy wyżej oceniający jakość własnego życia lepiej funkcjonowali w społeczeństwie.

Wykres 8. Graficzna interpretacja korelacji wyników samooceny zdrowia psychicznego i subiektywnej oceny funkcjonowania społecznego



Samoocena zdrowia psychicznego korelowała wysoko dodatnio ($r = 0,53$) z globalnym wynikiem funkcjonowania społecznego. Otrzymane dane informują, że w subiektywnym odczuciu badanych poprawie zdrowia psychicznego towarzyszyło lepsze społeczne funkcjonowanie.

Wykres 9. Graficzna interpretacja korelacji wyników poczucia witalności i samooceny funkcjonowania społecznego



Również i witalność korelowała pozytywnie ($r = 0,38$) z ogólnym uśrednionym wynikiem uzyskanym w Skali Funkcjonowania Społecznego. Można zatem

przypuszczać, że lepsze funkcjonowanie społeczne wiązało się z większym potencjałem sił witalnych w subiektywnej ocenie uczestników badań.

Podsumowanie:

Obliczenia statystyczne przedstawione w tabeli nr 8 wskazują na istotny związek globalnych wyników funkcjonowania społecznego i jakości życia, jak i na bardzo liczne zależności wskaźników obydwu zmiennych.

Warto zwrócić uwagę, że samoocena jakości życia (SF – 36), podobnie jak samoocena zdrowia psychicznego (MH) korelowały statystycznie ze wszystkimi, uwzględnionymi w badaniu, wskaźnikami funkcjonowania społecznego. Poczucie witalności (VT) – to trzeci aspekt jakości życia korelujący istotnie z większością badanych wskaźników funkcjonowania społecznego.

Zmienne jakości życia korelowały najrzadziej z samooceną:

- kontaktów społecznych,
- aktywności związanych z pracą zawodową,
- rekreacji i rozrywki,
- samodzielności możliwej.

Ocena zmiany stanu zdrowia w czasie ostatniego roku wykazywała słabą korelację negatywną ($r = -0,24$) z globalnym wynikiem funkcjonowania społecznego. Lepsze funkcjonowanie charakteryzowało badanych, w odczuciu których nastąpiła poprawa stanu ich zdrowia w przeciągu ostatniego roku.

Zakładano również, że funkcjonowanie społeczne badanych osób związane jest z prezentowaną przez nich postawą wobec doświadczeń wynikających z przewlekłego procesu psychiatrycznego jakim jest schizofrenia.

Tabela 9. Związki pomiędzy wskaźnikami postawy wobec doświadczenia choroby psychicznej i zmiennymi społecznego funkcjonowania

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	Wskaźniki postawy wobec doświadczenia choroby psychicznej									
	<i>PO</i>		<i>WP</i>		<i>WB</i>		<i>WE</i>		<i>RCH</i>	
	wartość testu	wartość p	wartość testu	wartość p	wartość testu	wartość p	wartość testu	wartość p	wartość testu	wartość p
globalny wynik funkcjonowania społecznego	6,05	<i>*0,04</i>	0,85	0,62	1,01	0,60	15,39	<i>*0,00</i>	0,17	0,99
wychodzenie z izolacji	1,69	0,42	1,13	0,56	0,29	0,86	4,34	0,11	4,96	0,29
komunikacja i więzi	3,42	0,18	0,37	0,82	0,65	0,72	4,88	0,08	2,64	0,61
samodzielność realizowana	0,47	0,79	0,01	0,99	0,53	0,76	2,91	0,23	2,32	0,67
samodzielność możliwa	2,90	0,23	0,44	0,80	1,96	0,37	4,47	0,10	3,79	0,43
rekreacja i rozrywka	5,72	0,06	5,28	0,07	1,91	0,38	11,47	<i>*0,00</i>	0,80	0,93
kontakty społeczne	1,65	0,43	0,57	0,75	0,84	0,65	6,85	<i>*0,03</i>	2,52	0,63
praca/zatrudnienie	5,93	<i>*0,05</i>	0,07	0,96	1,40	0,49	8,45	<i>*0,01</i>	2,18	0,70
ANOVA rang Kruskala - Wallisa										

PO – postawa wobec doświadczenia choroby psychicznej,

WP – wymiar poznawczy postawy,

WB – wymiar behawioralny postawy,

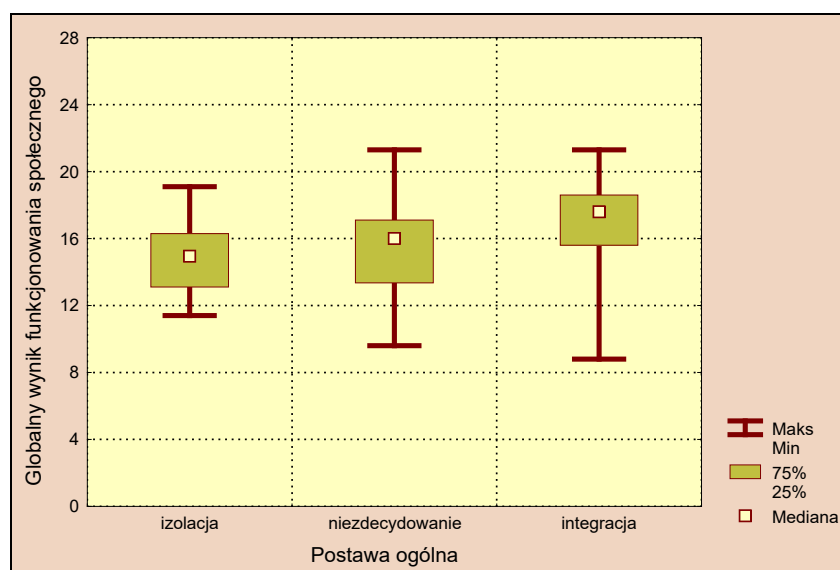
WE – wymiar emocjonalny postawy,

RCH – sposób rozpatrywania choroby psychicznej,

***- wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$,

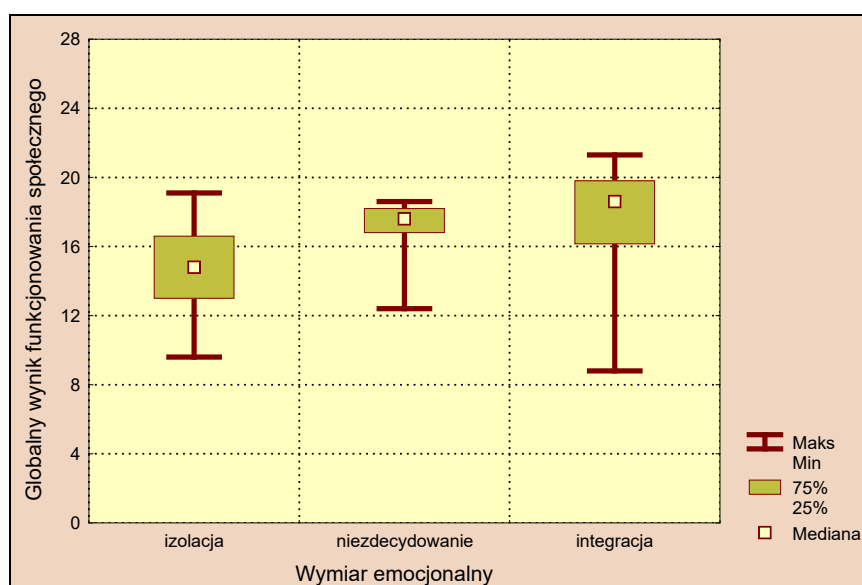
Jak wynika z analizy powyższej tabeli, spośród wskaźników postawy wobec doświadczenia choroby psychicznej jedynie postawa ogólna i jej wymiar emocjonalny tworzą istotne zależności ze zmiennymi funkcjonowania społecznego. Wybrane związki zaprezentowano w formie graficznej.

Rysunek 6. Związek postawy wobec choroby i globalnego wyniku społecznego funkcjonowania



Postawa wobec doświadczenia choroby psychicznej łączyła się istotnie z globalnym wynikiem społecznego funkcjonowania ($p = 0,04$). Osoby izolujące doświadczenie choroby od innych doświadczeń życiowych cechowały najniższe uśrednione wyniki Skali Funkcjonowania Społecznego.

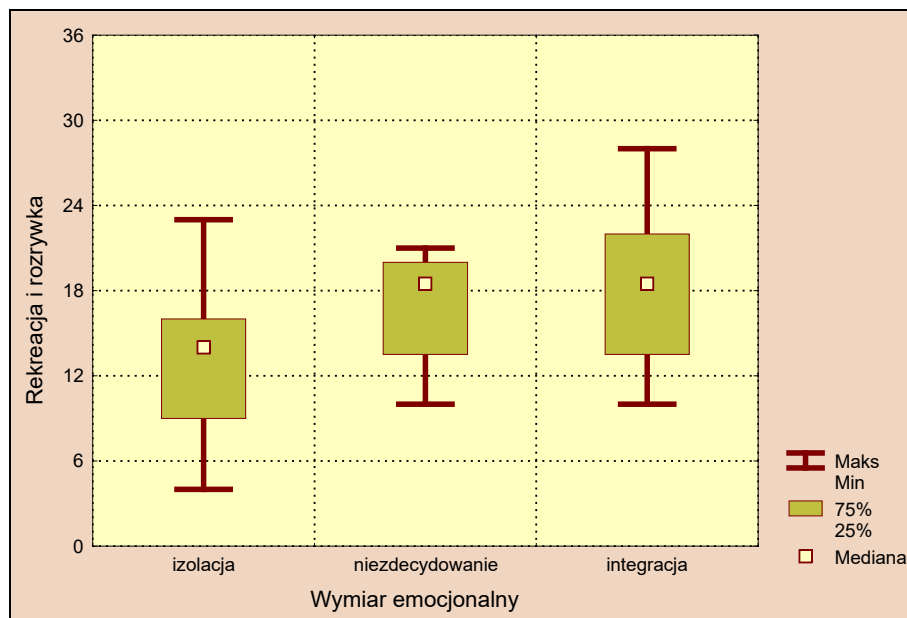
Rysunek 7. Emocjonalny wymiar postawy wobec doświadczenia choroby a globalny wynik społecznego funkcjonowania



Sposób wartościowania doświadczenia jakim jest choroba psychiczna wiązał się istotnie z globalną samooceną społecznego funkcjonowania ($p = 0,00$). Osoby prezentujące emocjonalną aprobatę psychozy najlepiej oceniały swoje funkcjonowanie

w społeczeństwie. Co najmniej 20 punktów w skali 28 – punktowej uzyskało 25% tej grupy badanych.

Rysunek 8. Wymiar emocjonalny postawy a rekreacja i rozrywka



Emocjonalny aspekt postawy wobec choroby tworzył statystyczny związek z wynikami uzyskanymi w podskali „Rekreacja i rozrywka” ($p = 0,00$). Uczestnicy badań deklarujący pozytywne emocje związane z doświadczeniem choroby schizofrenicznej wyżej oceniali aktywności dotyczące rekreacji i rozrywki.

Na podstawie analizy zebranego materiału badawczego stwierdza się, że:

1. emocjonalna integracja własnej choroby łączyła się istotnie z:
 - a. lepszym ogólnym funkcjonowaniem społecznym ($p = 0,00$),
 - b. większą gotowością do rekreacji i rozrywki ($p = 0,00$),
 - c. większą aktywnością zawodową ($p = 0,01$),
 - d. lepszymi kontaktami społecznymi ($p = 0,03$),
2. refleksyjność reakcji na chorobę (aspekt behawioralny) i sposób jej utożsamiania (aspekt poznawczy) w świetle powyższej analizy nie łączyły się z żadnym, badanym wskaźnikiem społecznego funkcjonowania,
3. ogólna postawa wobec doświadczenia choroby psychicznej wiązała się istotnie z wynikami uzyskanymi przez badanych w podskali „praca/zatrudnienie” ($p = 0,05$) oraz z globalnym miernikiem społecznego funkcjonowania ($p = 0,04$).

Również i w tym wypadku, uczestnicy badań, których charakteryzowała postawa integrująca doświadczenia z okresu choroby z innymi doświadczeniami życiowymi okazywali się bardziej aktywni zawodowo i generalnie wyżej oceniali swoje społeczne funkcjonowanie.

W celu wyłonienia najważniejszych, spośród rozważanych w hipotezie II – giej predyktorów funkcjonowania społecznego stworzono model regresji wielokrotnej.

II MODEL REGRESJI WIELOKROTNEJ

Model obejmował:

- 1) składowe jakości życia:
 - a. ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról (RP),
 - b. ogólną ocenę zdrowia (GH),
 - c. poczucie vitalności (VT),
 - d. społeczne funkcjonowanie (SF),
 - e. ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról (RE),
 - f. ocenę zdrowia psychicznego (MH),
- 2) składowe postawy wobec choroby:
 - a. wymiar poznawczy (WP),
 - b. wymiar behawioralny (WB),
 - c. wymiar emocjonalny (WE),
 - d. sposób rozpatrywania choroby (RCH)

W tabeli nr 10 zaprezentowano wyniki analizy pełnego modelu, tj. uwzględniającego wszystkie powyższe zmienne niezależne.

Tabela 10. Związek zmiennych samooceny jakości życia i postawy wobec choroby z ogólnym wskaźnikiem społecznego funkcjonowania

N = 71

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	RP	0,15	0,12	0,22
	GH	-0,13	0,35	0,70
	VT	-0,01	0,09	0,92
	SF	-0,16	0,17	0,36
	RE	0,37	0,29	0,20
	MH	0,32	0,12	*0,01
	WP	0,01	0,26	0,99
	WB	-0,07	0,18	0,68
	WE	0,44	0,22	*0,05
	RCH	-0,07	0,20	0,70
	Wyraz wolny	8,78	2,71	0,01

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,37$, $p < 0,01$

* - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$,

Jak widać, już w pełnym modelu znajdujemy zmienne określające, istotne dla modelu. Są to samoocena zdrowia psychicznego ($p = 0,01$) oraz emocjonalny aspekt postawy wobec choroby ($p = 0,05$).

Eliminując krokowo zmienne najmniej istotne dla modelu – uzyskano następujące wyniki (tab. nr 11).

Tabela 11. Podsumowanie modelu regresji wielokrotnej dla wskaźników subiektywnych

N = 71

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	MH	9,31	1,27	0,01
	WE	0,37	0,17	0,04
	Wyraz wolny	9,30	1,27	0,00

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,33$, $p < 0,00$

W końcowej wersji II modelu regresji wielokrotnej, dotyczącego subiektywnych odczuć badanych w zakresie jakości własnego życia i choroby - 33% zaobserwowanej zmienności ogólnego wskaźnika funkcjonowania społecznego wyjaśnia zmienność samooceny zdrowia psychicznego (MH) oraz sposobu wartościowania choroby (WE).

5.4. Analiza wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na funkcjonowanie społeczne, ocenę jakości życia i postawę wobec choroby wśród osób leczonych na schizofrenię.

Hipoteza 3.

Rehabilitacja psychiatryczna poprawia funkcjonowanie społeczne osób z diagnozą schizofrenii.

Dla zweryfikowania powyższej hipotezy porównywano wyniki wskaźników funkcjonowania społecznego, uzyskane przez osoby korzystające z oferty ośrodka rehabilitacyjnego „Szkola Życia” z wynikami chorych nie uczestniczących w rehabilitacji.

Tabela 12. Średnie a optymalne wyniki wskaźników funkcjonowania społecznego w grupie osób uczestniczących w rehabilitacji

N = 37

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	<i>wyniki średnie</i>	<i>średnia ogółu</i>	<i>wynik optymalny</i>
globalny wynik funkcjonowania społ.	16,6	15,7	28,0
wychodzenie z izolacji	11,5	11,3	15,0
komunikacja i więzi	6,4	6,3	9,0
samodzielność realizowana	28,0	27,0	36,0
samodzielność możliwa	34,6	34,0	36,0
rekreacja i rozrywka	15,7	14,8	39,0
kontakty społeczne	14,0	11,7	50,0
praca/zatrudnienie	5,6	4,5	10,0

Porównując średnie i optymalne wyniki badanych wskaźników funkcjonowania społecznego w grupie osób uczestniczących w rehabilitacji łatwo zauważyć, że w ocenie badanych najbardziej upośledzonymi dziedzinami życia społecznego okazały się: „kontakty społeczne”, „rekreacja i rozrywka” oraz „praca i zatrudnienie”. Najwyższą samoocenę odnotowano w podskalach: „samodzielność możliwa” i „samodzielność realizowana”.

Tabela 13. Średnie a optymalne wyniki wskaźników funkcjonowania społecznego w grupie kontrolnej

N = 34

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	<i>wyniki średnie</i>	<i>średnia ogółu</i>	<i>wynik optymalny</i>
globalny wynik funkcjonowania społ.	14,7	15,7	28,0
wychodzenie z izolacji	11,1	11,3	15,0
komunikacja i więzi	6,1	6,3	9,0
samodzielność realizowana	25,9	27,0	36,0
samodzielność możliwa	33,3	34,0	36,0
rekreacja i rozrywka	13,9	14,8	39,0
kontakty społeczne	9,3	11,7	50,0
praca/zatrudnienie	3,3	4,5	10,0

Dane liczbowe zawarte w powyższej tabeli wskazują, że wśród badanych grupy kontrolnej, podobnie jak w grupie osób rehabilitowanych, najniższe średnie wyniki wskaźników funkcjonowania społecznego odnotowano w podskalach: „kontakty społeczne”, „rekreacja i rozrywka” oraz „praca - zatrudnienie”. Warto dodać, że różnice punktowe pomiędzy średnimi a optymalnymi wartościami wymienionych podskal są większe niż w grupie kontrolnej. Również i w tej grupie badani najwyżej oceniali aktywności związane z samodzielnością możliwą i realizowaną.

Tabela 14. Istotność statystyczna różnic w zakresie wskaźników społecznego funkcjonowania między badanymi grupami

N = 71

<i>Wskaźniki funkcjonowania społecznego</i>	<i>wartość testu</i>	<i>wartość p</i>
globalny wynik funkcjonowania społ.	-2,96	[^] *0,004
wychodzenie z izolacji	-0,61	#0,53
komunikacja i więzi	-0,59	#0,54
samodzielność realizowana	-1,13	#0,25
samodzielność możliwa	-1,01	#0,31
rekreacja i rozrywka	-1,54	[^] 0,12
kontakty społeczne	-3,02	[^] *0,002
praca/zatrudnienie	-3,22	[^] *0,001

* - różnica między średnimi istotna na poziomie $p \leq 0,05$,

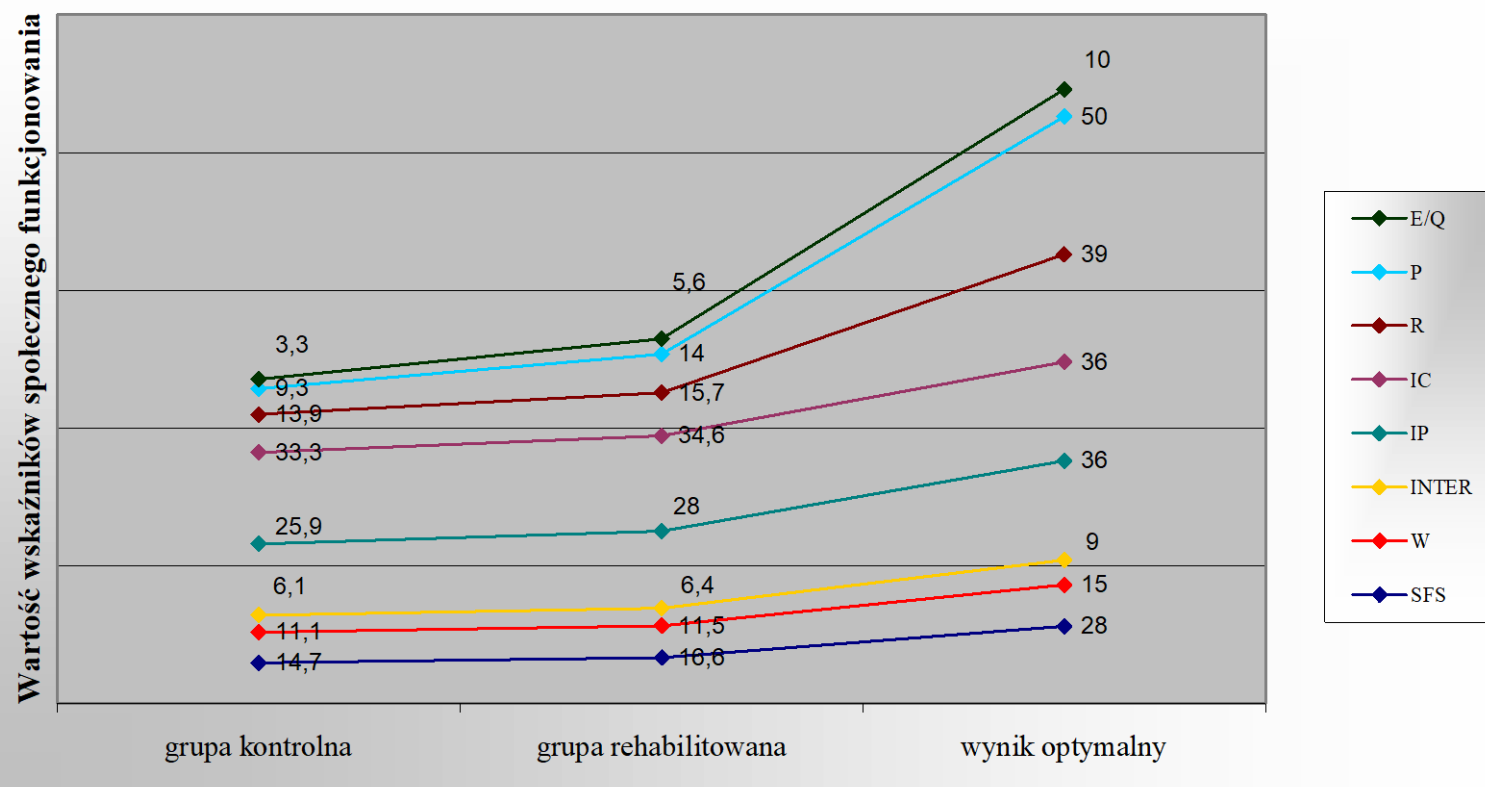
- test U Manna – Whitneya,

[^] - test T – studenta,

Wyniki zamieszczone w tabeli nr 14 nasuwają ciekawe spostrzeżenie, istotne różnice między porównywanymi grupami dotyczą generalnie tych aspektów życia społecznego, które w obu grupach zostały ocenione najniżej, tj. kontaktów społecznych ($p = 0,002$) oraz pracy i zatrudnienia ($p = 0,001$). Badani różnili się statystycznie również pod względem globalnego wyniku funkcjonowania społecznego ($p = 0,004$). W pozostałych podskalach SFS nie odnotowano różnic istotnych statystycznie.

Graficzną interpretację poruszanych kwestii zaprezentowano poniżej.

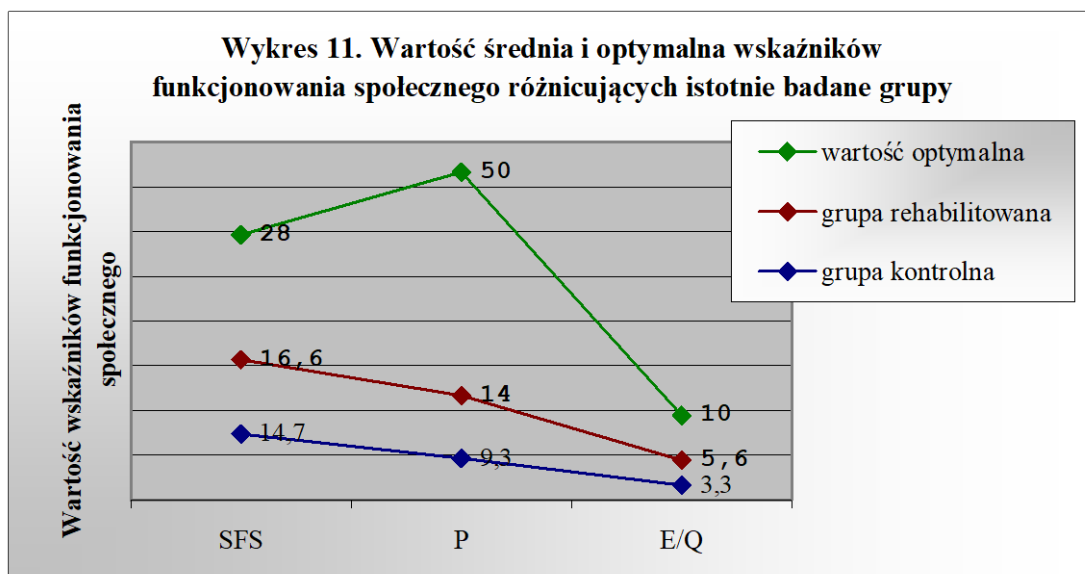
Wykres 10. Średnie wartości wskaźników społecznego funkcjonowania a ich wartość optymalna



Wskaźniki społecznego funkcjonowania:

E-Q - praca/za trudnienie,
 P - kontakty społeczne,
 R - rekreacja/rozrywka,
 IC - samodzielność możliwa,

IP - samodzielność realizowana,
 INTER - komunikacja i więzi,
 W - wychodzenie z izolacji,
 SFS - globalny wskaźnik funkcjonowania społ.



SFS – globalny wynik funkcjonowania społecznego,

P – kontakty społeczne,

E-Q – praca/zatrudnienie.

Uczestnicy rehabilitacji uzyskali statystycznie wyższy, średni wynik funkcjonowania społecznego. Różnica między grupami w zakresie tej zmiennej okazała się istotna na poziomie $p = 0,004$. Istotnie wyższe wyniki wśród osób rehabilitowanych odnotowano także w podskalach SFS dotyczących kontaktów społecznych ($p = 0,002$) oraz aktywności zawodowej ($p = 0,001$).

Uzyskane wyniki badań upoważniają do stwierdzenia, że:

1. najbardziej upośledzonymi dziedzinami funkcjonowania społecznego w obydwu grupach okazały się:
 - rekreacja i rozrywka,
 - kontakty społeczne,
 - praca zawodowa,
2. badane grupy chorych różniły się istotnie wynikami samooceny kontaktów społecznych ($p = 0,002$) oraz aktywnościami związanymi z pracą i zatrudnieniem ($p = 0,001$), wyższa samoocena wymienionych obszarów funkcjonowania społecznego charakteryzowała uczestników grupy rehabilitowanej,
3. wśród osób rehabilitowanych statystycznie wyższy okazał się również globalny wynik funkcjonowania społecznego ($p = 0,004$),

4. średnie wyniki pozostałych podsakl (tj. „wychodzenie z izolacji”, „komunikacja i więzi”, „samodzielność realizowana”, „samodzielność możliwa”) SFS były nieistotnie wyższe w grupie osób uczestniczących w rehabilitacji.

Próbowano także ustalić wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na subiektywne wskaźniki przebiegu schizofrenii, tj. na jakość życia oraz postawę wobec choroby, porównując wyniki uzyskane w tym zakresie przez uczestników obu grup.

Dane na ten temat zamieszczają kolejne tabele.

Tabela 15. Średnie a optymalne wartości wskaźników samooceny jakości życia w grupie rehabilitowanej i kontrolnej oraz istotność różnic między badanymi grupami

N = 71

<i>Wskaźniki samooceny jakości życia</i>	<i>wartości średnie</i>		<i>średnia ogółu</i>	<i>wynik optymalny</i>	<i>wartość testu</i>	<i>wartość p</i>
	<i>K</i>	<i>R</i>				
globalny wynik samooceny jakości życia	98,6	101,6	100,2	149	^ -0,69	0,48
funkcjonowanie fizyczne	26,2	25,4	25,8	30	^ 0,36	0,71
ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról	10,1	9,9	10,0	13	^ 0,45	0,64
ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról	4,3	4,3	4,3	6	^ -0,29	0,77
funkcjonowanie społeczne	6,0	6,8	6,5	10	^ -1,47	0,13
ogólna ocena zdrowia	2,4	2,4	2,4	5	^ -0,25	0,80
witalność	15,5	16,9	16,4	30	^ -0,82	0,41
ocena zdrowia psychicznego	15,1	16,6	15,9	24	^ -1,77	0,08
zmiana stanu zdrowia w ostatnim roku	2,6	2,6	2,6	5	^ 0,13	0,89

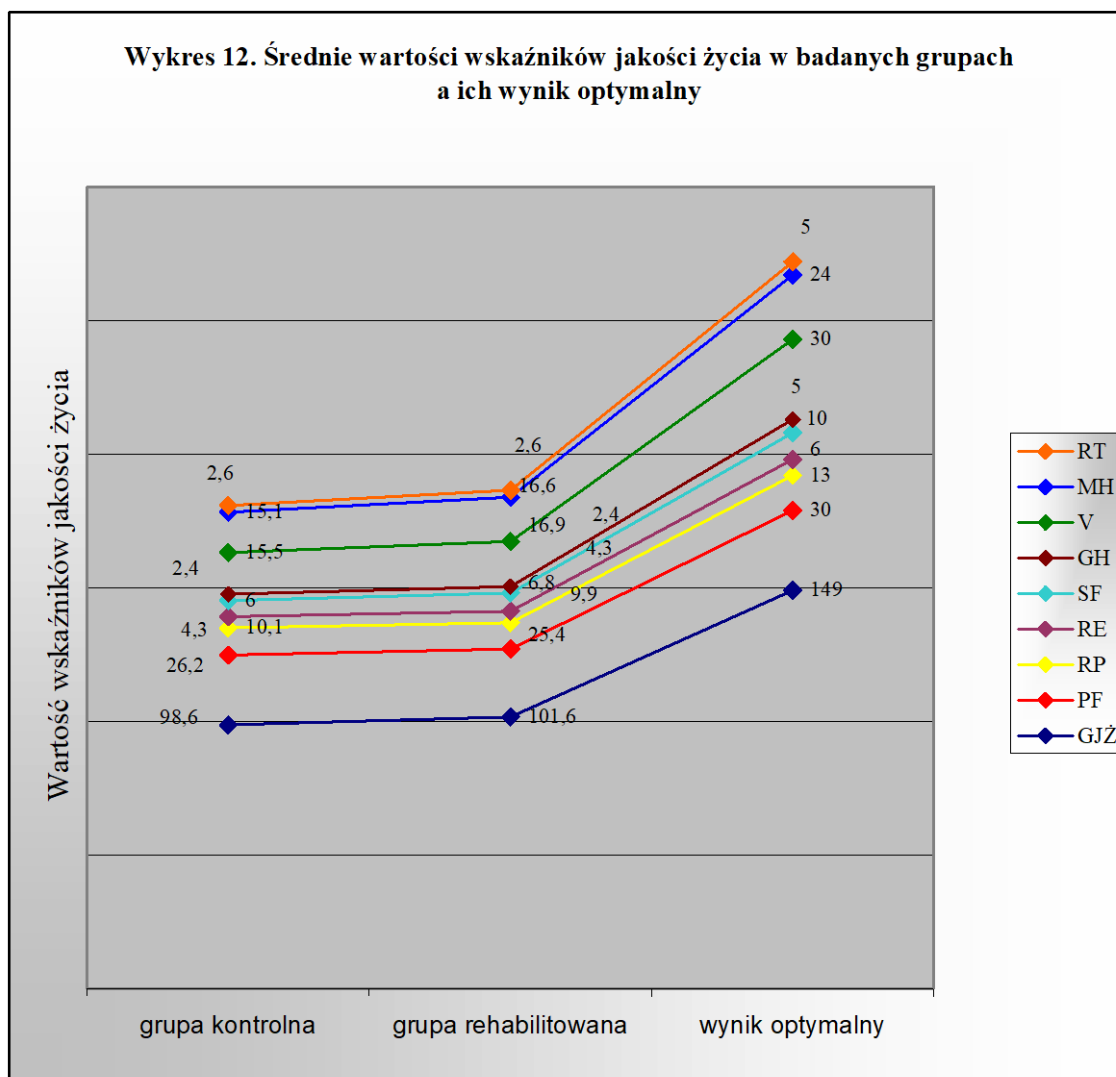
K – grupa kontrolna,

R – grupa osób uczestniczących w rehabilitacji,

^ - Test T – studenta,

^ - Test U Manna – Whitneya.

Jak widać, wartości wyszczególnionych wskaźników jakości życia są zbliżone w obu grupach. Badani generalnie najniżej oceniali: zdrowie psychiczne, siły witalne, zdrowie ogólne oraz zmianę jaka zaszła w stanie ich zdrowia w przeciągu ostatniego roku. W subiektywnym odczuciu chorych, ograniczenia wynikające ze stanu fizycznego



sprawiły najmniej problemów w pełnieniu dotychczasowych ról. Globalny wynik samooceny jakości życia, witalność, ocena zdrowia psychicznego, to trzy wskaźniki, których wartość była nieistotnie wyższa wśród osób uczestniczących w rehabilitacji. Rezultaty badań przedstawiono graficznie.

RT – zmiana stanu zdrowia w ostatnim roku,

MH – ocena zdrowia psychicznego,

V – witalność,

GH – ogólna ocena zdrowia,

SF – społeczne funkcjonowanie,

RE – ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról,

RP – ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról,

PF – funkcjonowanie fizyczne,

GJŻ – globalna ocena jakości życia.

Osoby uczestniczące w badaniach nie różniły się zasadniczo wartościami wskaźników jakości życia. Jedynie różnica w samoocenie zdrowia psychicznego (MH) okazała się bliska istotności statystycznej ($p = 0,08$). Wyższy wynik tej zmiennej cechował grupę osób rehabilitowanych w „Szkole Życia”.

Kolejna tabela zawiera dane dotyczące postawy wobec doświadczenia choroby psychicznej.

Tabela 16. Porównanie wartości wskaźników postawy wobec choroby uczestników badań oraz istotność różnic w tym zakresie między grupą kontrolną i rehabilitowaną

N = 71

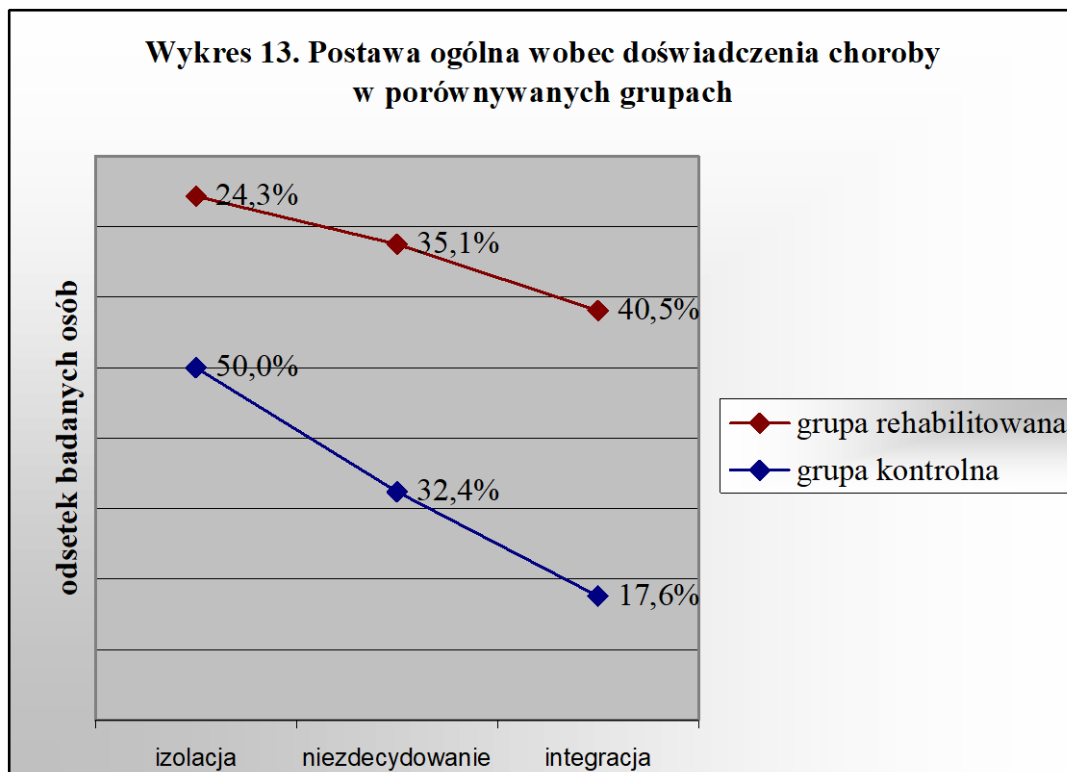
<i>Wskaźniki postawy wobec choroby</i>		<i>grupa kontrolna</i>		<i>grupa rehabilitowana</i>		<i>istotność różnic</i>	
		%	N	%	N	wartość testu #	wartość p
<i>postawa ogólna</i>	izolacja	50,0	17	24,3	9	6,37	<i>*0,04</i>
	niezdecydowanie	32,4	11	35,1	13		
	integracja	17,6	6	40,5	15		
<i>wymiar poznawczy</i>	izolacja	5,9	2	5,4	2	0,04	0,97
	niezdecydowanie	20,6	7	18,9	7		
	integracja	73,5	25	75,7	28		
<i>wymiar behawioralny</i>	izolacja	55,8	19	43,2	16	2,34	0,31
	niezdecydowanie	20,6	7	16,2	6		
	integracja	23,5	8	40,5	15		
<i>wymiar emocjonalny</i>	izolacja	82,4	28	51,3	19	7,61	<i>*0,02</i>
	niezdecydowanie	5,8	2	16,2	6		
	integracja	11,8	4	32,4	12		

- Test Chi2,

* - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$.

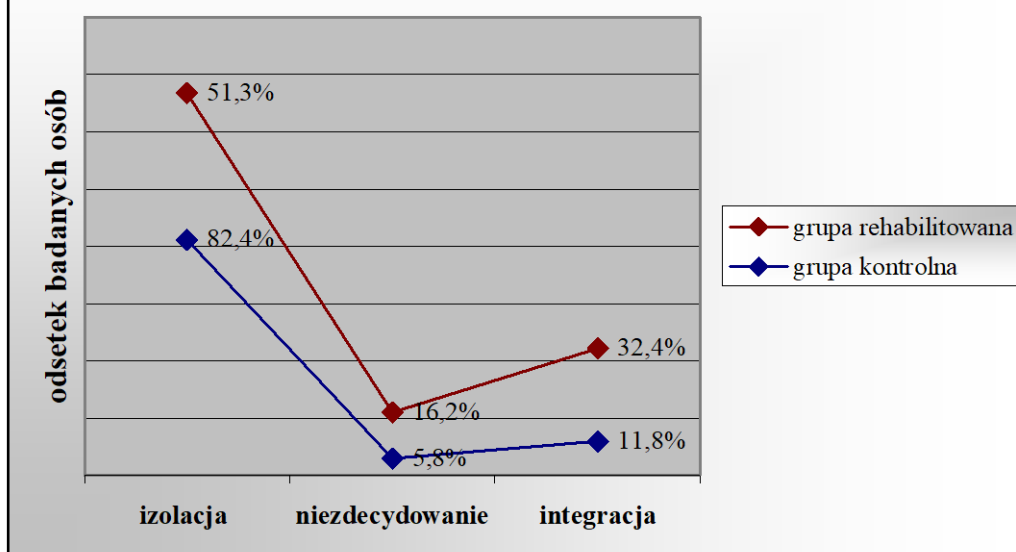
Analiza wyników zamieszczonych w tabeli nr 16 wskazuje, że porównywane grupy chorych różniły się między sobą postawą ogólną wobec doświadczenia choroby psychicznej ($p = 0,04$) oraz jej wymiarem emocjonalnym ($p = 0,02$). Poznawczy i behawioralny aspekt postawy nie różnicował osób z grupy kontrolnej i rehabilitowanej.

Poniższe wykresy ilustrują zaistniałe, istotne statystycznie różnice między badanymi grupami.



Badani różnili się istotnie postawą wobec choroby psychicznej ($p = 0,004$). Aż połowę uczestników grupy kontrolnej charakteryzowała postawa izolująca doświadczenia wynikające z psychozy, podczas gdy w grupie rehabilitowanej izolację w tym zakresie wykazywało 24,3%. Widoczna różnica dotyczyła również integrowania się z chorobą. Tylko 17,6% osób nie biorących udziału w rehabilitacji integrowało doświadczenie choroby psychicznej z innymi doświadczeniami życiowymi (w grupie rehabilitowanej – 40,5%).

Wykres 14. Wymiar emocjonalny postawy wobec choroby w badanych grupach



Porównywane grupy różniły się istotnie sposobem wartościowania doświadczenia choroby ($p = 0,02$). Przedstawione rezultaty badań wskazują, że zdecydowana większość grupy kontrolnej (82,4%) i ponad połowa (51,3%) badanych rehabilitowanych przypisywała negatywne wartości doświadczeniom wynikającym z ich choroby psychicznej.

Dane zamieszczone na wykresie pozwalają stwierdzić, że emocjonalne ustosunkowanie się wobec doświadczenia choroby jest tym aspektem postawy, w którym osobom badanym najtrudniej było wykazać integrację, ale równocześnie istotnie częściej zdarzało się to w grupie rehabilitowanej.

Sposób postrzegania przewlekłej choroby psychicznej był również przedmiotem niniejszych badań. Pomimo tego, że w omawianym zakresie nie pojawiła się między uczestnikami obu grup różnica istotna statystycznie ($p = 0,19$), warto poświęcić temu zagadnieniu więcej uwagi.

Chorzy ujmowali swoją chorobę w kontekście:

1. *medycznym*: „po prostu choroba psychiczna, choroba wymagająca leczenia, coś nieuleczalnego, psychoza, schizofrenia, nerwica”,
2. *osobowościowym*: „coś nieprzyjemnego, cierpienie psychiczne, rezygnacja, moja słabość, niemożność samodecydowania”,
3. *społecznym*: „utrudnienia w codziennym życiu, izolacja społeczna, uciążliwość życiowego funkcjonowania”,
4. *egzystencjalnym*: „klęska, nieszczęście, krzyż, kara za złe życie, ciekawe doświadczenie, pozytywne doświadczenie, przykre doświadczenie, piekło, męczarnia,

coś z czym nie można się pogodzić, klatka zagrożenia aby dostąpić głębokiego nawrócenia”.

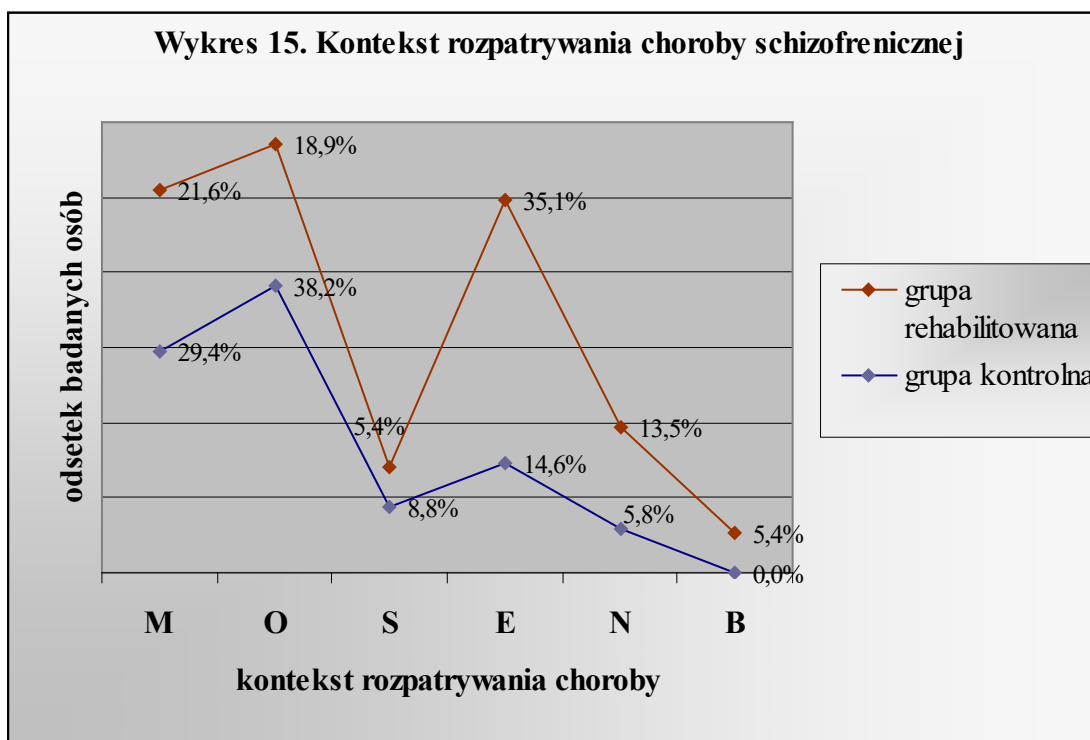
Tabela nr 17 zawiera dane na temat częstości występowania określonego sposobu rozpatrywania choroby oraz informuje o poziomie różnic statystycznych między grupą kontrolną i rehabilitowaną w zakresie każdego rozpatrywanego kontekstu ujmowania psychozy.

Tabela 17. Sposób rozpatrywania choroby w badanych grupach

N = 71

Sposób rozpatrywania choroby	Grupa kontrolna		Grupa rehabilitowana		poziom istotności różnic p
	N	%	N	%	
medyczny	10	29,4	8	22,8	0,53
osobowościowy	13	38,2	7	20,0	0,09
społeczny	3	8,8	2	5,7	0,62
egzystencjalny	6	17,6	13	37,1	0,07
inny	2	5,8	5	14,3	0,25

Dane zawarte w tabeli zamieszczono również na poniższym wykresie.



Kontekst rozpatrywania choroby psychicznej:

M – medyczny,
O – osobowościowy,
S – społeczny,
E – egzystencjalny,
N – niejednorodny,
B – brak odpowiedzi.

Analiza zamieszczonych wyników pozwala stwierdzić, że uczestnicy grupy kontrolnej i rehabilitowanej różnili się (choć nie istotnie statystycznie) osobowościowym ($p = 0,09$) oraz egzystencjalnym ($p = 0,07$) sposobem ujmowania własnej psychozy. Podejście egzystencjalne częściej cechowało osoby uczestniczące w rehabilitacji, które jednocześnie zdecydowanie rzadziej rozpatrywały swoją chorobę osobowościowo. Wydaje się, że dostrzeganie w chorobie przewlekłej, nie tylko o podłożu psychicznym – elementów egzystencjalnych, a zwłaszcza traktowanie sytuacji choroby jako nowego doświadczenia życiowego, które modyfikuje dalsze losy, może w przyszłości ułatwić akceptację psychozy i w efekcie poprawić funkcjonowanie społeczne.

Podsumowując wyniki analizy badań mających na celu wykazanie wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na społeczne funkcjonowanie osób biorących udział w takiej rehabilitacji można zaobserwować, że:

1. uczestnicy programu rehabilitacyjnego uzyskiwali istotnie wyższe globalne wyniki społecznego funkcjonowania (różnica między badanymi grupami istotna na poziomie $p = 0,004$),
2. znaczące statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami dotyczyły również następujących wskaźników tego wymiaru funkcjonowania:
 - praca i zatrudnienie ($p = 0,001$),
 - kontakty społeczne ($p = 0,002$) - wyższe wyniki wymienionych zmiennych cechowały osoby rehabilitowane,
3. w zakresie pozostałych, wyróżnionych wskaźników funkcjonowania społecznego różnice między badanymi grupami okazały się nieistotne statystycznie,

4. analizując średnie i optymalne wartości zmiennych związanych ze społecznym funkcjonowaniem zauważono, że osoby objęte badaniami generalnie najniżej oceniały aktywności związane z:
 - rekreacją i rozrywką,
 - pracą zawodową,
 - kontaktami społecznymi.
5. najwyższą samoocenę w obu badanych grupach odnotowano w podskalach dotyczących samodzielności możliwej i realizowanej w życiu codziennym.

Porównując wartości subiektywnych czynników, coraz częściej uważanych za ważne predykatory przebiegu i rokowania w psychozie schizofrenicznej zauważono, że:

- samoocena jakości własnego życia nie różniła się istotnie między badanymi grupami chorych, ocena zdrowia psychicznego była nieistotnie wyższa wśród uczestników grupy rehabilitowanej ($p=0,08$),
- postawa wobec doświadczenia choroby różnicowała statystycznie osoby rehabilitowane i chorych nie uczestniczących w programie rehabilitacji ($p = 0,04$), całkowitą lub częściową izolację w tym zakresie zadeklarowało 50% grupy kontrolnej i 24,3% osób rehabilitowanych, co ważne tylko 17,6% chorych nie rehabilitowanych integrowało swoją chorobę z innymi doświadczeniami życiowymi, podczas gdy w grupie przeciwnej aż 40,5%,
- porównywane grupy badanych różniły się zasadniczo pod względem emocjonalnego ustosunkowania się do swojej choroby ($p = 0,02$), zdecydowana większość grupy kontrolnej (82,3%) całkowicie lub częściowo izolowała doświadczenie choroby psychicznej w tym wymiarze, a w grupie rehabilitowanej - 51,3%,
- refleksyjność oraz sposób utożsamiania psychozy nie różniły się statystycznie między uczestnikami porównywanych grup,
- osoby uczestniczące w rehabilitacji częściej (choć nieistotnie) rozpatrywały swoją psychozę w kontekście egzystencjalnym.

Ze uwagi na to, że badane grupy różniły się w zakresie niektórych zmiennych, stworzono dla każdej z nich model regresji wielokrotnej. Umożliwiło to zarówno wyłonienie zmiennych najbardziej istotnych dla funkcjonowania społecznego w grupie kontrolnej i rehabilitowanej oraz sprawdzenie, czy zmienne te różnicują istotnie badanych.

III MODEL REGRESJI WIELOKROTNEJ

Podobnie jak w hipotezie I – szej, w modelu uwzględniono te zmienne, które statystycznie wiązały się ze wskaźnikami społecznego funkcjonowania, tj:

11. objawy pozytywne (OP),
12. objawy negatywne (ON),
13. objawy ogólnopsychopatologiczne (OO),
14. wiek badanych (W),
15. czas trwania choroby (CzCh),
16. średnia długość remisji (ŚDR),
17. wiek badanych, w którym miała miejsce pierwsza hospitalizacja psychiatryczna (WH),
18. źródło utrzymania (ŻU),
19. pobyt w oddziale dziennym (PWOD),
20. zamieszkiwanie (Z).

W tabeli 18 zaprezentowano wyniki analizy pełnego modelu, obejmującego wszystkie powyższe zmienne.

Tab. 18. Związek zmiennych przebiegu choroby, intensywności pobytów
w placówkach leczenia psychiatrycznego i socjo - demograficznych
z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego w grupie kontrolnej

N = 34

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	OP	-0,07	0,20	0,71
	ON	-0,25	0,18	*0,17
	OO	0,09	0,14	0,49
	W	-0,22	0,24	0,36
	CzCh	0,18	0,23	0,45
	ŚDR	-0,10	0,17	0,56
	WIH	0,16	0,18	0,39
	ŻU	-0,54	2,35	0,82
	PWOD	0,43	1,63	0,79
	Z1	2,16	2,12	0,32
	Z2	0,31	2,55	0,90
	Wyraz wolny	18,85	4,34	0,01

* - wartość istotna na poziomie $p \leq 0,05$,
Współczynnik determinacji $R^2 = 0,21$, $p < 0,88$.

Jak widać, już w pełnym modelu istotny jest współczynnik regresji dla objawów negatywnych ($p = 0,17$). Ponieważ wartość p dla modelu była statystycznie nieistotna ($p < 0,88$), usuwano z niego krokowo zmienne najmniej istotne aż do uzyskania wyłącznie istotnych predyktorów funkcjonowania społecznego. Jako jedyny spełniający ten warunek okazał się współczynnik regresji dla objawów negatywnych ($p = 0,04$), co upoważnia do stwierdzenia, że spośród rozważanych zmiennych właśnie nasilenie tych objawów było najsilniejszym determinantem funkcjonowania społecznego w grupie osób nie uczestniczących w rehabilitacji.

W grupie rehabilitowanej oprócz wskaźników uwzględnionych w modelu regresji wielokrotnej dla grupy kontrolnej wzięto również pod uwagę zmienną - pobyt w oddziale rehabilitacyjnym (PWOR).

Tabela 19 prezentuje wyniki analizy pełnego modelu.

Tabela 19. Związek wskaźników przebiegu choroby, intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego i socjo – demograficznych z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego w grupie rehabilitowanej

N = 37

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	<i>OP</i>	-0,26	0,13	0,06
	ON	-0,21	0,07	*0,01
	OO	0,01	0,06	0,99
	W	-0,06	0,13	0,65
	CzCh	-0,03	0,13	0,82
	ŚDR	0,15	0,16	0,35
	WIH	-0,06	0,14	0,65
	ŻU	0,39	0,89	0,66
	PWOD	1,60	0,76	*0,05
	Z1	0,18	1,41	0,89
	Z2	0,46	0,78	0,56
	PWOR	0,13	0,17	0,46
	Wyraz wolny	24,89	3,50	0,00

* - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$,

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,78$, $p < 0,01$.

Jak wskazują dane zamieszczone w tabeli 19, już w pełnym modelu występują zmienne niezależne istotne dla modelu, a są to objawy negatywne ($p = 0,01$) oraz pobyt w oddziale dziennym ($p = 0,05$). Eliminując krokowo zmienne najmniej istotne dla modelu uzyskano następujące wyniki (tab. nr 20).

Tabela 20. Wyniki końcowe regresji wielokrotnej w grupie osób rehabilitowanych

N = 37

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	OP	-0,25	0,08	0,007
	ON	-0,18	0,05	0,001
	W	-0,09	0,03	0,006
	PWOD	1,62	0,60	0,01
	Wyraz wolny	25,60	1,46	0,00

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,74$, $p < 0,00$

Uzyskany model wyjaśnia aż 74% zaobserwowanej zmienności ogólnego wskaźnika społecznego funkcjonowania wśród badanych uczestniczących w rehabilitacji. Dane zawarte w tabeli 20 świadczą o tym, że w grupie rehabilitowanej najsilniejszymi predyktorami społecznego funkcjonowania były następujące zmienne określające: nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych, wiek badanych oraz pobyt w oddziale dziennym. Wartość współczynnika regresji wymienionych zmiennych sugeruje, że lepsze funkcjonowanie społeczne charakteryzowało badanych w młodszym wieku, z mniej nasilonymi objawami pozytywnymi i negatywnymi w obrazie klinicznym, korzystających w przeszłości z terapii realizowanej w ramach oddziału dziennego.

Porównywane grupy nie różniły się istotnie pod względem zmiennych występujących w powyższym modelu regresji. Można zatem wnioskować, że otrzymane różnice między wartościami wskaźników społecznego funkcjonowania są wynikiem zastosowanej interwencji w postaci oddziaływań z zakresu rehabilitacji psychiatrycznej.

5.5. Predyktory funkcjonowania społecznego w badanej grupie chorych.

W celu wyłonienia najważniejszych predyktorów funkcjonowania społecznego wśród ogółu badanych (tj. 71 osób) stworzono model regresji wielokrotnej – podsumowujący dotychczasowe rozważania. W modelu uwzględniono następujące zmienne objaśniające:

1. objawy pozytywne (OP),
2. objawy negatywne (ON),
3. pobyt w oddziale dziennym (PWOD),
4. pobyt w oddziale rehabilitacyjnym (PWOR),
5. emocjonalny wymiar postawy wobec choroby (WE),
6. samoocena zdrowia psychicznego (MH),
7. wiek badanych (W).

W tabeli nr 21 zaprezentowano wyniki analizy pełnego modelu, tj. obejmującego wszystkie wyszczególnione powyżej zmienne.

Tabela 21. Pełny model regresji wielokrotnej

N = 71

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	OP	-0,12	0,07	0,11
	ON	-0,11	0,06	0,08
	PWOD	0,46	0,61	0,45
	WE	0,35	0,21	0,09
	MH	0,26	0,08	*0,01
	PWOR	0,85	0,56	0,12
	Wiek	0,01	0,03	0,91
	Wyraz wolny	13,49	2,32	0,00

* - wartość istotna statystycznie na poziomie $p \leq 0,05$,

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,45$, $p < 0,00$.

Analizując dane zebrane w tabeli nr 21 zauważamy, że już w wersji wstępnej modelu wyłania się zmienna zależna (określająca) istotna dla modelu na poziomie $p = 0,01$. Tą zmienną jest samoocena zdrowia psychicznego (MH).

Eliminując krokowo zmienne najmniej istotne dla modelu, w jego wersji końcowej uzyskujemy model zawierający jedynie zmienne, charakteryzujące się istotnością statystyczną (tab. nr 22).

Tabela 22. Predyktory funkcjonowania społecznego w grupie badanych

N = 71

Zmienna zależna	Zmienne niezależne	Współczynnik regresji	Błąd standardowy	Wartość p (prawdopodobieństwo testowe p)
Ogólny wskaźnik funkcjonowania społecznego	ON	-0,17	0,04	0,01
	MH	0,29	0,08	0,01
	PWOR	1,24	0,53	0,02
	Wyraz wolny	13,09	1,63	0,00

Współczynnik determinacji $R^2 = 0,43$, $p < 0,00$.

Zmienność zmiennych zawartych w tabeli nr 22 tj. nasilenie objawów negatywnych (ON), samoocena zdrowia psychicznego (MH) oraz pobyt w oddziale rehabilitacyjnym (PWOR) wyjaśnia aż 43% zmienności ogólnego wskaźnika funkcjonowania społecznego wśród osób biorących udział w badaniach.

Otrzymane wyniki stanowią więc podstawę do stworzenia tzw. „*syndromu dobrego funkcjonowania społecznego*”, o którym decyduje mniejsze nasilenie objawów negatywnych schizofrenii, lepsze subiektywne poczucie zdrowia psychicznego, a także udział w procesie rehabilitacji.

Rozdział 6. Dyskusja wyników.

Blisko połowa osób leczonych z powodu schizofrenii ma możliwość dobrego funkcjonowania w społeczeństwie (Huber i inni, 1980, Dziduszko, Słupczyńska - Kossobucka, 1989, za: Górna, Robakowski, 1995; Bilikiewicz, 1992.). Jakość

funkcjonowania społecznego uważana jest coraz częściej za ważny predyktor przebiegu i rokowania w psychozie schizofrenicznej.

Specyfika choroby jaką jest schizofrenia, polega m.in. na deformacji lub zaniku szeregu umiejętności niezbędnych dla samodzielnej egzystencji, powodując jednocześnie zależność od otoczenia w wielu dziedzinach życia.

Każda kolejna hospitalizacja pogłębia deficyt umiejętności społecznych, ale wydaje się, że uczestnictwo w programie rehabilitacji psychiatrycznej ułatwia chorym reintegrację społeczną.

Jednak problemy finansowe w połączeniu z ciągle aktualnym stereotypem choroby psychicznej utrudniają wielu osobom dostęp do usług świadczonych w tym zakresie.

Niekiedy wysiłki pacjenta i personelu medycznego pomimo udziału w rehabilitacji nie przynoszą oczekiwanych rezultatów lub uzyskane efekty są krótkotrwałe. Wynika to ze stopnia wyniszczenia przez chorobę, z braku wsparcia, czy wreszcie z warunków środowiska pozaszpitalnego, które nie sprzyjają generalizacji umiejętności nabytych w czasie rehabilitacji.

Na szczególne trudności napotykają chorzy w zakresie zatrudnienia. Nie do końca zrozumiałe jest dość powszechnie stosowane rozwiązanie tego problemu, polegające na przyznawaniu renty inwalidzkiej już na początku psychozy, co z całą pewnością osłabia motywację do podejmowania jakiejkolwiek aktywności społecznej.

W niniejszej pracy podjęto próbę identyfikacji czynników, które decydują o funkcjonowaniu społecznym osób leczonych z powodu psychozy schizofrenicznej.

W szczególności starano się wykazać wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na poziom funkcjonowania społecznego jak i na inne, subiektywne odczucia dotyczące jakości własnego życia i choroby.

6.1. Kliniczne i socjo-demograficzne determinanty deficytów społecznego funkcjonowania wśród badanych osób.

Na początkowym etapie badań starano się ustalić czynniki kształtujące poziom funkcjonowania społecznego wśród wszystkich badanych osób leczonych z powodu schizofrenii. Założono, że wśród takich czynników znajdują się zmienne opisujące przebieg choroby, intensywność pobyków w placówkach leczenia psychiatrycznego oraz niektóre

wskaźniki socjo-demograficzne. Aby zweryfikować przyjęte założenia wykorzystano następujące metody statystyczne: korelację rang Spearmana, test ANOVA Kruskalla – Wallisa, test U Manna Whitneya, test Mediany oraz test T – studenta. W celu wyłonienia zmiennych, najbardziej istotnych spośród wymienionych, stworzono model regresji wielokrotnej.

Analizując dane dotyczące przebiegu choroby okazało się, że funkcjonowanie społeczne chorych pozostawało w największej zależności od stanu klinicznego, a zwłaszcza od nasilenia objawów negatywnych, które korelowało istotnie ujemnie z uwzględnionymi zmiennymi społecznego funkcjonowania (z wyjątkiem wskaźnika „praca - zatrudnienie”). Objawy negatywne korelowały najsilniej z samooceną komunikacji i więzi międzyludzkich ($r = -0,36$), samodzielności realizowanej ($r = -0,32$) i możliwej ($r = -0,40$) oraz z aktywnościami dotyczącymi rozrywki i rekreacji ($r = -0,37$).

W przekonaniu o ważności natężenia objawów negatywnych dla funkcjonowania społecznego w schizofrenii utwierdzają wyniki modelu regresji wielokrotnej, uzyskane zarówno dla ogółu badanych (tj. 71 osób) jak i dla każdej z wyróżnionych grup (tj. rehabilitowanej i kontrolnej). Model obejmował zmienne przebiegu choroby, intensywności pobyków w placówkach leczenia psychiatrycznego oraz socjo - demograficzne, istotnie korelujące ze wskaźnikami społecznego funkcjonowania na poszczególnych etapach analizy statystycznej. Wśród wszystkich osób biorących udział w badaniu, z uwzględnionych w modelu zmiennych objaśniających istotne okazało się jedynie nasilenie objawów negatywnych (współczynnik determinacji $R^2 = 0,37$, wartość $p < 0,01$).

Podobne wyniki uzyskano w przypadku badanych grupy kontrolnej (współczynnik determinacji $R^2 = 0,21$, $p < 0,04$). Wśród osób uczestniczących w rehabilitacji, obok objawów negatywnych, pojawiły się dodatkowe zmienne kształtujące poziom społecznego funkcjonowania, tj.: nasilenie objawów pozytywnych, wiek chorych w momencie przeprowadzania badań oraz pobyt w oddziale dziennym (współczynnik determinacji $R^2 = 0,74$, $p < 0,00$).

Zaobserwowane zależności częściowo potwierdzają dotychczasowe doniesienia na temat stanu klinicznego, jako jednego z czynników modyfikujących funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię (Główczak i inni, 1997; Załuska, 1999; Górna i inni, 2000; Angell, Test, 2002). Jarema i inni (1997) i Motak (1997) podkreślają w swoich pracach priorytetowe znaczenie objawów negatywnych dla funkcjonowania w schizofrenii.

W opinii Grzywy (1997) powyższe objawy stanowią mechanizm obronny, najsilniej kształtujący jakość funkcjonowania społecznego. Należałoby zatem skupić się na innych

mechanizmach obronnych, bardziej racjonalnych, które pomogłyby odwrócić uwagę pacjenta od doznań chorobowych i jednocześnie poprzez wypracowanie nowych strategii radzenia sobie z chorobą, doprowadzić do zminimalizowania nasilenia objawów negatywnych, a tym samym do poprawy społecznego funkcjonowania.

Do innych wniosków doszli Mechanic i inni (1994, za Sawicka, 1998), którzy zauważyli, że pacjenci o podobnym obrazie klinicznym mieli w różnym stopniu zaburzone społeczne funkcjonowanie. Zbliżone stanowisko prezentują Bellack i inni (1983, za: Kukulska, 1999/2000), którzy na podstawie własnych badań stwierdzili upośledzenie funkcjonowania społecznego zarówno wśród pacjentów z objawami negatywnymi jak i bez nich. Również Birchwood (1999) uważa, że poprawie klinicznej nie towarzyszy lepsze funkcjonowanie psychospołeczne, co oznacza, że sfery te wymagają oddzielnych, specyficznym ukierunkowanych metod oddziaływania (za: Murawiec, Taflński, 2001).

Mimo pewnych rozbieżności na temat roli stanu klinicznego dla funkcjonowania społecznego, powyższe dane pozwalają sądzić, że mniejsze natężenie objawów negatywnych towarzyszy większej aktywności w zakresie społecznego funkcjonowania.

Analiza wyników badań wykazała również istotną zależność między wiekiem badanych, w którym miała miejsce pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, a subiektywną oceną samodzielności w codziennym życiu ($r = 0,31$). Osoby hospitalizowane po raz pierwszy już po ukończeniu 25 r. ż. okazały się bardziej samodzielne w zaspokajaniu swoich potrzeb (tj. w utrzymaniu higieny osobistej i otoczenia, odżywianiu itp.) Można więc sądzić, że pierwszy pobyt w oddziale psychiatrycznym w młodszym wieku stanowi krytyczną determinantę zakresu samodzielności realizowanej na co dzień. Wydaje się prawdopodobnym, że chorzy, którzy bardzo wcześnie (tj. przed ukończeniem 25 r. ż.) stają się pacjentami stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych mają mniejsze szanse na rozwinięcie i utrwalenie umiejętności warunkujących ich niezależne funkcjonowanie. Również w katamnetycznych badaniach Załuskiej (2000) osoby wykazujące problemy w samodzielnym radzeniu sobie z czynnościami dnia codziennego były młodsze od chorych nie ujawniających takich trudności. Zaobserwowane zjawisko sugeruje potrzebę wczesnych interwencji rehabilitacyjnych wśród hospitalizowanych przed 25 r. ż. Statystycznie istotny okazał się współczynnik korelacji między czasem trwania choroby psychicznej a podtrzymywaniem kontaktów społecznych ($r = -0,24$). Badani dłużej chorujący gorzej oceniali swoje kontakty rodzinne, towarzyskie, kulturalne. Jak można było przypuszczać,

dłuższy czas trwania psychozy to pogłębianie się deficytów specyficznych dla schizofrenii, które generalnie nie sprzyjają szerszym kontaktom społecznym.

Rodzaj zastosowanej farmakoterapii (standardowej, atypowej, skojarzonej) w świetle uzyskanych danych nie wiązał się istotnie z żadnym elementem funkcjonowania społecznego w skali Birchwooda. Zbieżne wyniki uzyskali w swoich pracach Glynn i inni (2001), którzy dokonując oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię przypisali losowo swoich badanych do grupy otrzymującej neuroleptyk klasyczny (haloperidol) lub II generacji (rispolept). Pomimo tego, że zastosowane leki psychotropowe różniły się zasadniczo, m.in. rodzajem i nasileniem działań niepożądanych, poziom funkcjonowania badanych osób nie wiązał się z farmakoterapią.

Górna i inni (2000) wykazali natomiast pozytywną korelację między przyjmowanym neuroleptykiem a wynikami uzyskanymi przez osoby badane w podskalach „praca - zatrudnienie”, „rekreacja i rozrywka” oraz globalnym miernikiem społecznego funkcjonowania. Chorych leczonych kłozapolem (lek atypowy) charakteryzowała lepsza samoocena wymienionych powyżej wskaźników funkcjonowania w stosunku do osób otrzymujących standardowe leczenie farmakologiczne.

W świetle przeprowadzonych badań, współwystępowanie chorób przewlekłych o podłożu somatycznym nie wiązało się z poziomem funkcjonowania społecznego. Dostępna literatura przedmiotu podaje jednak, że ogólny zły stan zdrowia fizycznego, a w tym także upośledzenie funkcji zmysłowych mają niekorzystny wpływ nie tylko na stan psychiczny i jakość życia, ale również na funkcjonowanie chorych psychicznie. Warto dodać, że badania Holmberg (1988) potwierdziły u znacznej części osób leczonych z powodu problemów ze zdrowiem psychicznym co najmniej jedną chorobę somatyczną. Najczęściej stwierdzano: schorzenia układu krążenia, cukrzycę, choroby tarczycy, otyłość. Wywierały one silny, negatywny wpływ na funkcjonowanie społeczne, a ponadto utrudniały rehabilitację psychiatryczną (za: Ekdawi, Conning, 1995).

Tylko nieliczne z przyjętych wskaźników intensywności pobyków w placówkach leczenia psychiatrycznego wiązały się statystycznie ze zmiennymi społecznego funkcjonowania. Najwyższy współczynnik korelacji odnotowano między pobytem w oddziale dziennym a wynikami uzyskanymi w obszarze „praca - zatrudnienie” ($r = 0,29$). Osoby, które korzystały z terapii realizowanej w oddziale dziennym cechowało lepsze funkcjonowanie w zakresie pracy, obejmujące także poszukiwanie pracy, udział w WTZ, szkoleniach i prowadzenie domu.

Liczba przebytych hospitalizacji psychiatrycznych, jak i średni czas trwania jednorazowego pobytu w oddziale psychiatrycznym w prezentowanych badaniach nie wiązały się z przyjętymi wskaźnikami społecznego funkcjonowania. Zaobserwowana natomiast zależność łącznego i względnego czasu trwania hospitalizacji oraz globalnego wskaźnika społecznego funkcjonowania uwidoczniła, że osoby o dłuższym, łącznym czasie pobytu w oddziale ogólnopsychiatrycznym wyżej oceniały zachowania związane z rekreacją i rozrywką. W oparciu o to zjawisko można sądzić, że chorzy pozostający dłużej w warunkach szpitalnych bardziej cenią sobie doświadczenia i zdarzenia, które dostarczają im okazji do rekreacji i rozrywki.

Otrzymane wyniki dowodzą również, że tylko niektóre spośród uwzględnionych zmiennych socjo – demograficznych wpływały na poziom społecznego funkcjonowania badanych osób.

Istotny statystycznie okazał się związek pomiędzy wiekiem badanych a subiektywną oceną kontaktów społecznych ($r = -0,29$). Osoby starsze cechowały się niższą samooceną aktywności związanych z utrzymywaniem kontaktów społecznych. Górna i inni (2000) zaobserwowali, że wiek biorących udział w badaniu wiązał się istotnie z funkcjonowaniem w zakresie pracy lub innego alternatywnego zajęcia. Młodszy wiek sprzyjał lepszej samoocenie tego obszaru.

Zaprezentowane wyniki badań wykazały także statystyczną zależność między zamieszkiwaniem a samodzielnością w zaspokajaniu codziennych potrzeb ($p = 0,05$) oraz kontaktami społecznymi ($p = 0,05$). Osoby posiadające rodzinę własną (tj. założoną przez siebie) cechowały się największą samodzielnością w życiu codziennym, a równocześnie najniżej oceniały swoje zachowania związane z utrzymaniem kontaktów społecznych.

W badaniach Górnej i wsp. (2000) pacjenci mieszkający z rodziną własną statystycznie wyżej oceniali swoje umiejętności dotyczące komunikacji i utrzymania więzi międzyludzkich.

Obciążenie genetyczne chorobami psychicznymi nie pozostawało bez wpływu na funkcjonowanie badanych, zwłaszcza jeśli chodziło o możliwości samodzielnej egzystencji ($p = 0,03$). Osoby wskazujące na obecność chorób psychicznych wśród członków najbliższej rodziny cechowała gorsza ocena tego wskaźnika funkcjonowania.

Nie stanowi zaskoczenia zależność jaka pojawiła się między wynikami podskali „praca - zatrudnienie” i źródłem utrzymania. W badaniach Górnej i wsp. (2000) posiadanie renty inwalidzkiej korelowało statystycznie negatywnie z wieloma wskaźnikami społecznego

funkcjonowania, jak: „wychodzenie z izolacji”, „kontakty społeczne”, „rekreacja i rozrywka” oraz „praca - zatrudnienie”. Badani aktywni zawodowo lepiej oceniali w/w obszary (z wyj. rekreacji i rozrywki). Doświadczenia Angella i Testa (2002) pokazują, że osoby aktywne zawodowo charakteryzowały szersze kontakty społeczne. Pozostałe zmienne środowiskowe: płeć, stan cywilny, wykształcenie, nie wpływały istotnie na poziom społecznego funkcjonowania. Zbliżone wyniki odnotowali w swoich badaniach Górna i wsp. (2000). Z kolei Usall i inni (2002) potwierdzili istotny związek płci i poziomu społecznego funkcjonowania. Ich doświadczenia pokazują, że mężczyźni gorzej funkcjonowali w społeczeństwie niż kobiety. Ponadto, na funkcjonowanie mężczyzn wpływało natężenie pozytywnych i negatywnych objawów schizofrenii oraz czas trwania choroby. Wśród kobiet istotną rolę dla funkcjonowania społecznego miał wiek podczas pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej i nasilenie objawów negatywnych. W badaniach Załuskiej (2000) stan cywilny oraz źródło utrzymania wiązały się istotnie z poziomem aktywności niezbędnych w realizacji codziennych obowiązków. Osoby samotne, nie pracujące miały poważne trudności w tym zakresie.

Podsumowując zebrany materiał badawczy należy stwierdzić, że zarówno przebieg choroby schizofrenicznej, jak i niektóre spośród wskaźników intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego oraz socjo – demograficznych kształtowały funkcjonowanie społeczne badanych osób. Istotnymi determinantami takiego funkcjonowania okazały się zmienne stanu klinicznego (tj. nasilenie objawów pozytywnych, negatywnych, ogólnopsychopatologicznych), wiek badanych podczas pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, łączny i względny czas trwania hospitalizacji, średnia długość utrzymywania się remisji oraz pobyt w oddziale dziennym. Spośród zmiennych socjo – demograficznych największe znaczenie odgrywały: wiek osób uczestniczących w badaniu, zamieszkiwanie i obciążenie genetyczne.

6.2. Społeczne funkcjonowanie a jakość życia i postawa wobec choroby w psychozie schizofrenicznej.

Coraz częściej zwraca się uwagę na jakość życia w różnych chorobach, choć wydaje się, że w psychiatrii zagadnienie to poruszane jest rzadziej aniżeli w innych dyscyplinach klinicznych mimo, że subiektywne odczucia pacjentów psychotycznych odgrywają i będą

odgrywać coraz większą rolę w ocenie powodzenia oddziaływań terapeutycznych (Jarema i inni, 2002).

W literaturze przedmiotu funkcjonuje wiele interpretacji pojęcia „jakość życia”. W niniejszej pracy przyjęto, że jakość życia to „subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości” (Jarema, s. 313, za Głowczak i inni, 1997). Sposób rozumienia jakości życia wyznacza metodę jej badania.

W dotychczasowych pracach empirycznych spotykane są najczęściej analizy porównawcze, dotyczące jakości życia chorych psychicznie oraz osób wykazujących inne problemy zdrowotne, a także ludzi zdrowych (Lehman i inni, 1982, za: Głowczak i inni, 1996; Spiridonow i inni, 1998; Górecka i inni, 2003). Badania te potwierdzają, że pacjenci z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej niżej oceniają jakość własnego życia niż osoby zdrowe lub leczone z powodu innych chorób o przewlekłym przebiegu.

Jednym z celów przeprowadzonych badań była weryfikacja założenia, że lepsze funkcjonowanie społeczne związane jest z bardziej pozytywną oceną własnego życia oraz integracją doświadczeń wynikających z choroby z innymi doświadczeniami życiowymi.

W badaniach własnych wykorzystano skalę samooceny jakości życia SF – 36, autorstwa J. E. Ware (1992). Zależności zmiennych funkcjonowania społecznego i wskaźników jakości życia określano stosując korelację rang Spearmana i korelację r – Pearsona.

Uzyskane wyniki wykazały liczne korelacje pozytywne między samooceną jakości życia (globalną jak i jej ocenami cząstkowymi) a ogólnym poziomem funkcjonowania oraz zachowaniami w badanych obszarach życia społecznego.

O podobnych spostrzeżeniach informują Załuska (1999), a także Górna i inni (2000). Odmienne stanowisko zajmują Barry i Crosby (1996) oraz Kasperek i inni (2000), którzy na podstawie przeprowadzonych obserwacji nie dostrzegają istotnego związku pomiędzy oceną jakości życia a funkcjonowaniem społecznym w przewlekłych chorobach psychicznych.

Analiza danych otrzymanych w moich badaniach, mająca na celu wyłonienie obszarów funkcjonowania najczęściej korelujących ze zmiennymi jakości życia uwidoczniła, że umiejętności komunikowania się z otoczeniem oraz nawiązywania i podtrzymywania bliskich więzi łączyły się statystycznie ze wszystkimi wyróżnionymi aspektami jakości życia, przy czym najwyższe współczynniki korelacji dotyczyły samooceny zdrowia psychicznego ($r = 0,43$), całościowej oceny jakości życia ($r = 0,41$), ogólnej oceny zdrowia ($r = 0,40$) oraz poczucia vitalności ($r = 0,38$).

Globalny wskaźnik społecznego funkcjonowania tworzył istotne związki z badanymi zmiennymi jakości życia (z wyjątkiem ogólnej oceny zdrowia) i podobnie jak w przypadku sytuacji omówionej powyżej, najwyższe współczynniki korelacji dotyczyły subiektywnej oceny zdrowia psychicznego ($r = 0,53$), globalnej oceny jakości życia ($r = 0,46$), sił witalnych ($r = 0,38$) oraz fizycznych ograniczeń w pełnieniu codziennych ról ($r = 0,38$). Wskaźnik ten jako jedyny korelował statystycznie negatywnie z samooceną zmiany stanu zdrowia w czasie ostatniego roku ($r = - 0,24$). Można więc przypuszczać, że subiektywne odczucia pogorszenia stanu zdrowia nie przekreślają dobrego funkcjonowania w społeczeństwie.

Wysokie, choć nie tak liczne jak poprzednio współczynniki korelacji pojawiły się pomiędzy samooceną społecznej izolacji a oceną zdrowia psychicznego ($r = 0,48$), witalności ($r = 0,45$) oraz globalnym miernikiem społecznego funkcjonowania ($r = 0,37$). Spośród elementów funkcjonowania, badanych w skali Birchwooda najrzadziej i najsłabiej korelowały ze wskaźnikami jakości życia „kontakty społeczne”, „praca - zatrudnienie”, „rekreacja i rozrywka”. W każdym przypadku znak współczynnika korelacji był dodatni. Oznacza to, że wyższej samooceny jakości życia (ogólnej i jej składowych) towarzyszyło lepsze funkcjonowanie społeczne (globalne i w wyszczególnionych obszarach). Zaistniałe zależności sugerują, że w odczuciu chorych na schizofrenię największe znaczenie dla funkcjonowania społecznego ma zdrowie psychiczne. Warto dodać, że spostrzeżenia innych (jak Skantze i inni, 1992; Zannotti i inni, 1996, za: Główniczak i inni, 1996) dowodzą, że stan zdrowia psychicznego był tym wskaźnikiem jakości życia, który wśród badanych wzbudzał największe niezadowolenie.

W badaniach Załuskiej (1999) rola jakości życia w schizofrenii okazała się nieistotna dla udziału w kontaktach społecznych (rodzinnych, towarzyskich, kulturalnych), a także dla zachowań dotyczących rekreacji i rozrywki. Być może wytłumaczeniem uzyskanych przez autorkę wyników mogą być doświadczenia Mercier i King (1994, za: Sawicka, 1998), którzy uważają, że bardziej znacząca w kontaktach społecznych chorych na schizofrenię jest jakość tych kontaktów, a nie sam fakt ich podtrzymywania. Wychodzenie z izolacji oraz komunikowanie się z otoczeniem, to w świetle pracy Załuskiej (1999) obszary funkcjonowania najsilniej związane z subiektywnym poczuciem jakości życia wśród badanych osób. W doświadczeniach Górnej i innych (2000) funkcjonowanie w pracy lub innym alternatywnym zajęciu, a także samodzielność w samoobsłudze nie wiązały się istotnie z subiektywną oceną jakości życia.

Przedmiotem niniejszych badań była również rola postawy wobec doświadczenia choroby dla społecznego funkcjonowania w schizofrenii. W opinii Wciórki (1998) subiektywne aspekty doświadczenia choroby mają ogromne znaczenie dla postępowania z chorymi na schizofrenię zarówno w zakresie psychoedukacji, terapii poznawczej i behawioralnej. Tak więc postawy wobec doświadczeń wynikających z choroby kształtują przebieg zaburzeń psychiatrycznych (Wciórka, 1988).

Mechanic i inni (1994, za Sawicka, 1998) sugerują, że wśród elementów warunkujących poziom społecznego funkcjonowania znajduje się sposób pojmowania natury swojej choroby, czyli nastawienie wobec niej. Choroba – zwłaszcza ta o przewlekłym przebiegu nigdy nie jest dla człowieka zjawiskiem neutralnym. Może w wyraźny sposób wpływać na samoocenę, poczucie koherencji, motywację do działań ułatwiających jej zaakceptowanie oraz na satysfakcję z życia.

Optymalnym momentem badania postawy w schizofrenii jest okres, gdy mijają ostre objawy psychiatryczne i pacjent próbuje ocenić swoje doświadczenia w kontekście egzystencjalnym. Uczuciowo – wartościujący stosunek do przedmiotu postawy (tu – choroby psychicznej), uważany jest za zasadniczy jej aspekt (Wciórka i inni, 1996). W prezentowanej pracy posłużono się kwestionariuszem samooceny „Moje Doświadczenie Choroby” (Wciórka, 1996). Użycie przez autora kwestionariusza terminu „doświadczenie” akcentuje subiektywne następstwa obiektywnego zdarzenia jakim jest choroba (Wciórka, 1998). Próbowano również ocenić, czy kontekst, w jakim badani rozpatrywali swoją psychozę wiąże się z ich funkcjonowaniem.

Aby wykazać związki między wskaźnikami postawy i zmiennymi społecznego funkcjonowania zastosowano test ANOVA Kruskalla – Wallisa.

Analiza zebranego materiału badawczego uwidoczniała istotne znaczenie dla funkcjonowania społecznego badanych osób sposobu wartościowania choroby (wymiar emocjonalny) oraz ogólnej postawy wobec doświadczeń będących jej efektem. Emocjonalny aspekt postawy wiązał się istotnie z globalnym wskaźnikiem społecznego funkcjonowania ($p = 0,00$), jak również z samooceną podskal: „rekreacja i rozrywka” ($p = 0,00$), „praca - zatrudnienie” ($p = 0,01$) oraz „kontakty społeczne” ($p = 0,03$). Osoby wykazujące emocjonalną aprobatę własnej choroby osiągały wyższy ogólny wskaźnik społecznego funkcjonowania, jak również lepiej oceniały swoje zainteresowania i umiejętności zagospodarowania sobie czasu wolnego, funkcjonowanie w pracy lub jej alternatywnych formach, a także kontakty międzyludzkie, towarzyskie, kulturalne. Dalsza analiza ujawniała ponadto, że postawa jako całość wiązała się statystycznie z globalnym wskaźnikiem

społecznego funkcjonowania ($p = 0,04$) oraz samooceną aktywności dotyczących pracy ($p = 0,05$). Utożsamianie choroby z sobą, rozwijanie refleksji na jej temat oraz akceptacja emocjonalna (integracja choroby) korzystnie wiązały się funkcjonowaniem chorych. Pozostałe wymiary postawy (tj. poznawczy i behawioralny) nie tworzyły statystycznych związków z żadnym, przyjętym w badaniu wskaźnikiem funkcjonowania. Kontekst, w jakim badani rozpatrywali swoje doświadczenia związane z chorobą także nie wpływał istotnie na społeczne funkcjonowanie badanych osób.

Z powodu braku doniesień na temat związku postaw wobec psychozy schizofrenicznej i społecznego funkcjonowania, trudno odnieść własne obserwacje do spostrzeżeń innych badaczy. Wciórka (1998) sugeruje, że charakter postawy wobec schizofrenii ma znaczenie prognostyczne i pozwala przewidzieć odległe funkcjonowanie życiowe – lepsze wśród osób prezentujących integrację doświadczenia choroby, gorsze u osób izolujących to doświadczenie. Dostępna literatura pozwala jedynie porównać częstość występowania postaw niezdecydowanych, izolujących lub integrujących doświadczenie choroby, jaką jest schizofrenia z innymi doświadczeniami życiowymi. Informacje te zostaną wykorzystane w dalszej części rozdziału.

Podsumowując znaczenie subiektywnych wskaźników przebiegu psychozy schizofrenicznej dla funkcjonowania społecznego, należy przytoczyć wyniki modelu regresji wielokrotnej, obejmującego zmienne jakości życia i postawy wobec choroby. Z wszystkich wyróżnionych wskaźników tylko samoocena zdrowia psychicznego i sposób wartościowania choroby pozostały istotne dla modelu (współczynnik determinacji $R^2 = 0,33$, $p < 0,00$). Zaprezentowane dane wskazują, że 33% zmienności funkcjonowania społecznego wśród badanych osób kształtowało subiektywne poczucie zdrowia psychicznego oraz emocjonalne nastawienie do choroby. Można zatem sądzić, że lepsze zdrowie psychiczne w odczuciu chorych oraz emocjonalna akceptacja choroby schizofrenicznej sprzyjają dobremu funkcjonowaniu w społeczeństwie.

Przeprowadzone badania potwierdziły przyjęte na wstępie stanowisko dotyczące znaczenia subiektywnych wskaźników choroby, takich jak: jakość życia i postawa wobec choroby dla funkcjonowania społecznego w schizofrenii. Osoby, które charakteryzowały się wyższymi wynikami badanych obszarów funkcjonowania społecznego lepiej oceniały jakość własnego życia. Również integracja psychozy (utożsamianie, refleksyjne zachowania na jej temat a zwłaszcza emocjonalna akceptacja) odgrywała dla takiego funkcjonowania znamioną, pozytywną rolę.

6.3. Wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na samoocenę społecznego funkcjonowania, jakość życia oraz postawę wobec doświadczenia choroby.

Populacja przewlekle chorujących psychicznie składa się z osób, których wspólną cechą jest długotrwały brak sprawności psychospołecznej. Jednocześnie jest to grupa niejednorodna pod względem objawów klinicznych, poziomu funkcjonowania społecznego i samodzielności, wzorców hospitalizacji oraz kontaktów ze służbami medycznymi (Ekdawi, Conning, 1995).

Zatrudnienie, funkcjonowanie społeczne oraz stan kliniczny są powszechnie uznanymi wskaźnikami skuteczności rehabilitacji (Ekdawi, Collins, 1987, za: Ekdawi, Conning, 1995). Już badania Gibbonsa i wsp. (1984, za: Ekdawi, Conning, 1995) dowiodły, że aż 78% pacjentów psychiatrycznych wykazywało znaczne problemy w zakresie funkcjonowania społecznego. Aby osoby leczone z powodu schizofrenii dobrze funkcjonowały w środowisku pozaszpitalnym, należy wyposażyć je w określone umiejętności psychospołeczne w procesie rehabilitacji.

Nadrzędny celem niniejszej pracy była próba określenia wpływu rehabilitacji realizowanej w stacjonarnym Ośrodku profilaktyczno – rehabilitacyjnym „Szkola Życia” na funkcjonowanie społeczne osób z rozpoznaniem schizofrenii.

Do oszacowania funkcjonowania społecznego wykorzystano Skalę Funkcjonowania Społecznego Maxa Birchwooda, która określa zachowania badanych, w wyszczególnionych przez autora obszarach. Wpływ rehabilitacji oceniano porównując średnie wyniki poszczególnych wskaźników społecznego funkcjonowania uzyskane przez osoby uczestniczące w procesie rehabilitacji przez okres 3 do 6 miesięcy z wynikami chorych, którzy nigdy w takiej rehabilitacji nie brali udziału. Szczegółowa analiza uzyskanych w tym zakresie danych uwidoczniała pewne, istotne różnice między porównywanymi grupami chorych.

Uczestnicy programu rehabilitacyjnego uzyskali statystycznie wyższe średnie wyniki trzech z ośmiu uwzględnionych w badaniu wskaźników funkcjonowania społecznego. Osoby te charakteryzowały się lepszą globalną oceną swojego funkcjonowania ($p = 0,004$), wyższą samooceną kontaktów społecznych ($p = 0,002$) i aktywności związanych z pracą zarobkową lub innym alternatywnym dla niej zajęciem ($p = 0,001$). W opinii Collins i Ekdawi (1984) osoby niepełnosprawne z powodu chorób psychicznych są szczególnie wrażliwe na brak rozkładu dnia, jaki daje im m.in. aktywność zawodowa. Z tego powodu w rehabilitacji psychiatrycznej kładzie się szczególny nacisk na utrzymanie chorego w roli zawodowej, oraz

na podtrzymanie jego kontaktów społecznych. Przyzwolenie na pozostanie w roli „pacjenta” jest sprzeczne z teoretycznymi założeniami rehabilitacji w psychiatrii (za: Ekdawi, Conning, 1995). Meder (2001) sugeruje, że grupę pacjentów pozbawionych zatrudnienia należy objąć szczególną troską. Brak stymulacji zewnętrznej do działania może w krótkim czasie doprowadzić do spadku wydolności psychofizycznej i ponownych zaburzeń w codziennym funkcjonowaniu lub spotęguje już istniejące.

Równie znaczące dla reintegracji społecznej są wspomniane już kontakty społeczne. Vaccro i inni (za: Sawicka, 2001) zaobserwowali na podstawie własnych badań, że chorzy na schizofrenię mieli trudności w prezentowaniu zachowań asertywnych, które częściej zastępowała agresja lub pasywność, a to z pewnością nie sprzyja kontaktom rodzinnym, towarzyskim itp. Mało satysfakcjonujące kontakty społeczne wśród leczonych z powodu schizofrenii zanotowali w swoich badaniach Zannotti i inni (1994, za: Główniczak i inni, 1996).

Warto dodać, że porównując średnie i optymalne wartości zmiennych społecznego funkcjonowania, badani najniżej oceniali te obszary, które różnicowały statystycznie obydwie grupy, tj. kontakty społeczne, pracę/zatrudnienie a także rekreację i rozrywkę.

Co ciekawe, najwyższą samoocenę tak wśród badanych grupy rehabilitowanej jak i kontrolnej odnotowano w podskalach „samodzielność możliwa” i „samodzielność realizowana”. Również doświadczenia Załuskiej (2000) wskazują, że najwięcej badanych dobrze radziło sobie z codziennymi czynnościami życiowymi. O podobnych spostrzeżeniach donoszą: Gunderson i Mosker, 1975, Ekdawi i Conning, 1995, Helgason, 1990 (za: Załuska, 2000). Można więc sądzić, że w psychozie schizofrenicznej dłużej i u większej liczby osób zachowana jest zdolność samodzielnego życia.

Elementy funkcjonowania społecznego w skali Birchwooda, tj.: wychodzenie z izolacji, komunikacja i więzi, samodzielność realizowana i możliwa oraz rekreacja i rozrywka były istotnie wyższe w grupie osób rehabilitowanych. Wskazuje to na zintensyfikowanie oddziaływań rehabilitacyjnych w wymienionych obszarach funkcjonowania.

W dalszej części pracy próbowano również ustalić wpływ rehabilitacji na subiektywne wskaźniki przebiegu schizofrenii, tj. na jakość życia oraz postawę wobec doświadczeń będących wynikiem przewlekłej choroby psychicznej. Realizując ten cel porównano wyniki uzyskane w tym zakresie przez uczestników obu grup wykorzystując test T – studenta, test U Manna – Whitneya oraz test χ^2 .

Globalna samoocena jakości życia jak i wartości jej składowych nie różniły się istotnie między porównywanymi grupami. Warto jedynie zwrócić uwagę, że największa różnica (choć

również nie istotna statystycznie) dotyczyła zdrowia psychicznego ($p = 0,08$), którego samoocena ściśle wiązała się z funkcjonowaniem społecznym (rozdz. 6.2.). Większe zadowolenie w tym zakresie prezentowali uczestnicy grupy rehabilitowanej. Badani w obydwu grupach najwyżej oceniali swoje funkcjonowanie fizyczne (średnia ogółu to 25,8 pkt na 30 możliwych), natomiast najniższe wyniki dotyczyły subiektywnego poczucia witalności (średnia ogółu to 16,4 pkt na 30 możliwych), zdrowia psychicznego (15,9 pkt na 24 możliwe) oraz zmiany w stanie zdrowia na przestrzeni ostatniego roku (2,6 pkt na 5 możliwych). Prace McClarego i innych (1989, za: Główniczak i inni, 1996) dowodzą jednak, że włączenie osób z rozpoznaniem schizofrenii do programu rehabilitacyjnego opartego na oddziaływaniach grupowych prowadzi do wzrostu wartości wskaźników jakości życia. Również z badań przytoczonych przez Lauera i Bachmanna (za: Główniczak i inni, 1996) wynika, że jakość życia chorych na schizofrenię podniosła się na skutek uczestnictwa w różnych programach rehabilitacyjnych. Brak pozytywnego wpływu oddziaływań rehabilitacyjnych na subiektywne poczucie jakości życia w przeprowadzonych badaniach można tłumaczyć małą liczebnością grupy badawczej oraz tym, że tylko nieliczne wskaźniki funkcjonowania społecznego różnicowały istotnie badanych.

Indywidualne reakcje na sytuację choroby mają ogromne znaczenie dla efektów rehabilitacji, a nie zawsze poświęca się im wystarczająco uwagi. Wg Kępińskiego (1972, za: Wciórka, 1996) abstrahowanie od subiektywności chorego, jego emocji, przekonań i zachowań w stosunku do przeżywanego stanu, jakim jest choroba psychiczna, ogranicza a nawet wyklucza szanse powodzenia oddziaływań terapeutycznych. Rehabilitację możemy uznać za efektywną w sytuacji, gdy leczeni z powodu psychozy schizofrenicznej przestają traktować swoją chorobę jako obciążenie, a szpital jak azyl i zaczynają uważać swoje „ja” realne za normalne.

Przeprowadzone badania potwierdziły pozytywny wpływ rehabilitacji na postawy wobec doświadczenia przewlekłej choroby psychicznej. Grupy różniły się statystycznie dwoma wskaźnikami: postawą jako całością ($p = 0,04$) oraz emocjonalnym jej wymiarem ($p = 0,02$). Postawy izolujące doświadczenie choroby od innych doświadczeń życiowych (nie utożsamiające, odrzucające, nie refleksyjne) prezentowało 50% badanych grupy kontrolnej i 24,3% osób rehabilitowanych. Co ważne, integrowało się z chorobą tylko 17,6% chorych nie uczestniczących w rehabilitacji oraz 40,5% badanych biorących w niej udział.

Analizując aspekt uczuciowo - wartościujący, emocjonalną dezaprobatę psychozy wykazywała zdecydowana większość grupy kontrolnej (tj. 82,3%) oraz 51,3% osób rehabilitowanych. W badaniach Bembenka i innych (1997) wśród chorych na schizofrenię

przeważali pacjenci wykazujący niezdecydowanie (39%). Chorobę integrowało z innymi doświadczeniami życiowymi 32% badanych. Doświadczenia Wciórki i Muskat (1996) wskazują na znaczną przewagę nastawień negatywnych nad pozytywnymi i niezdecydowanymi, które najsilniej wyrażały się właśnie w zakresie wartościowania. Blisko 70% badanych wykazywało emocjonalną izolację, podczas gdy tylko 7% - integrację. Najłatwiej było chorem wykazać jakieś refleksyjne, konstruktywne zachowania wobec psychozy. Chorobę utożsamiało z sobą 21%. Postawa jako całość, najczęściej, bo w 58% miała charakter izolacji doświadczeń choroby od innych doświadczeń życiowych, natomiast integracji tylko w 9%. W opinii autorów badań, przewaga postaw izolujących nie jest zaskoczeniem, gdyż uznanie choroby za coś zupełnie obcego, pozbawionego sensu, stanowi najprostszy mechanizm obronny w radzeniu sobie z jej intensywnym wpływem na świat, realia życiowe i poczucie tożsamości. Drat – Ruszczak (1991, za: Sawicka, 2001) podaje, że specyficzną właściwością postępowania osób leczonych z powodu schizofrenii jest rezygnacja z wartościowania jakichkolwiek sytuacji życiowych.

Refleksyjność reakcji na chorobę (wymiar behawioralny), sposób jej utożsamiania (wymiar poznawczy) nie różnicowały istotnie badanych, podobnie jak kontekst rozpatrywania psychozy. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że badani grupy kontrolnej rozpatrywali swoją chorobę najczęściej w kontekście osobowościowym, podczas gdy osoby rehabilitowane – egzystencjalnym. Psychoza stanowi więc dla nich nowe doświadczenie, choć jak wynika z wypowiedzi nie zawsze pozytywne. W badaniach katamnestycznych Wiórki (1998) chorzy najczęściej ujmowali doświadczenia związane z chorobą w kontekście egzystencjalnym.

Zaprezentowane wyniki upoważniają do stwierdzenia, że najtrudniejsza dla osób leczonych z powodu schizofrenii lub psychoz jej pokrewnych jest uczuciowa akceptacja choroby. Łatwiej o bardziej konstruktywne zachowania wobec niej czy utożsamianie jej z sobą.

Reasumując możemy stwierdzić, że rehabilitacja psychiatryczna realizowana w warunkach oddziału stacjonarnego korzystnie wpływała na te, spośród badanych obszarów społecznego funkcjonowania, które w samoocenie chorych uzyskały najniższe wartości punktowe (tj. praca – zatrudnienie i kontakty społeczne). Osoby uczestniczące w rehabilitacji charakteryzowały się również wyższym, globalnym miernikiem społecznego funkcjonowania. Ponadto, badane oddziaływania rehabilitacyjne miały istotny, pozytywny wpływ na subiektywną postawę wobec swojej choroby, zwłaszcza w wymiarze integrującym, prowadzącym do jej zaakceptowania

Całokształt zaprezentowanych rozważań, pozwolił wyodrębnić spośród uwzględnionych zmiennych te, które w największym zakresie decydowały o dobrym funkcjonowaniu społecznym. Okazało się, że do takich czynników należało: mniejsze nasilenie objawów negatywnych schizofrenii, lepsze poczucie zdrowia psychicznego oraz udział w procesie rehabilitacji.

6.4. Wnioski z badań.

Wyniki badań niniejszej pracy pozwalają na sformułowanie następujących wniosków:

1. Chorzy mający bardziej nasilone objawy negatywne (tj. utrudniony kontakt, bierność/apatia, społeczne wycofanie, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego i mowy spontanicznej, myślenie stereotypowe, błady efekt) istotnie częściej charakteryzowali się gorszym funkcjonowaniem społecznym w badanych obszarach życia społecznego (z wyjątkiem „pracy – zatrudnienia”).
2. Spośród wskaźników intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego tylko łączny i względny czas trwania hospitalizacji, średnia długość remisji oraz pobyt w oddziale dziennym kształtowały wybrane aspekty funkcjonowania społecznego:
 - a) badani dłużej chorujący statystycznie częściej korzystali z różnych form rekreacji i rozrywki,
 - b) osoby z dłuższą remisją objawową cechowały się mniejszym wycofaniem społecznym,
 - c) pobyt w oddziale dziennym pozytywnie wpływał na aktywność zawodową.
3. Wiek badanych, zamieszkiwanie i obciążenie genetyczne – to zmienne socjo – demograficzne istotnie oddziałujące na funkcjonowanie społeczne w badanej grupie:
 - a) chorych w starszym wieku cechowały uboższe kontakty społeczne,
 - b) osoby zamieszkujące z rodziną własną wykazywały się najlepszymi umiejętnościami w zaspokajaniu potrzeb codziennych, a jednocześnie najgorzej oceniały swoje kontakty towarzyskie, rodzinne, społeczne,
 - c) badani, w rodzinach których występowały przypadki chorób psychicznych niżej oceniali potencjalne możliwości samodzielnej egzystencji.

4. Ważną rolę dla funkcjonowania społecznego miała pozytywna ocena życia oraz integracja doświadczeń wynikających z choroby schizofrenicznej z innymi doświadczeniami życiowymi:
 - a) wśród wskaźników subiektywnego poczucia jakości życia najistotniejsze znaczenie odgrywała ocena zdrowia psychicznego, globalna ocena jakości życia i witalność,
 - b) odkryto istotny związek między wskaźnikami postawy wobec choroby a zmiennymi funkcjonowania społecznego:
 - osoby aprobuujące chorobę w jej wymiarze emocjonalnym lepiej oceniały swoje zachowania związane z rekreacją i rozrywką, kontaktami społecznymi oraz pracą lub jej alternatywnym odpowiednikiem, towarzyszyła im również wyższa globalna samoocena funkcjonowania społecznego,
 - postawa integrująca (tj. utożsamiająca, refleksyjna, pozytywnie wartościująca) doświadczenie choroby z innymi doświadczeniami życiowymi sprzyjała podejmowaniu aktywności związanych z pracą i jak w powyższym przypadku – wiązała się z lepszą subiektywną oceną społecznego funkcjonowania.
5. Rehabilitacja psychiatryczna realizowana w warunkach oddziału stacjonarnego korzystnie wpływała na funkcjonowanie badanych, zwłaszcza w tych obszarach życia społecznego, które w ich samoocenie okazały się najbardziej upośledzone:
 - a) osoby uczestniczące w rehabilitacji statystycznie lepiej oceniały własne umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych oraz funkcjonowania zawodowego,
 - b) grupa rehabilitowana cechowała się wyższymi globalnymi wskaźnikami funkcjonowania w porównaniu do uczestników grupy kontrolnej.
6. Otrzymane wyniki wskazują, że oddziaływania rehabilitacyjne sprzyjają podejmowaniu działań w kierunku przezwyciężania alienacji chorych z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej zarówno w wymiarze towarzyskim jak i zawodowym, mimo to badany proces rehabilitacji wymaga intensyfikacji oddziaływań w tym zakresie.
7. Rehabilitacja psychiatryczna korzystnie wpływała na wskaźniki postawy wobec doświadczenia choroby (tj. postawę ogólną i jej emocjonalny wymiar), które istotnie kształtowały funkcjonowanie społeczne w obszarach najniżej ocenianych przez badane osoby (tj. rekreacja i rozrywka, kontakty społeczne, praca i zatrudnienie).

8. O syndromie „dobrego funkcjonowania społecznego” decyduje mniejsze nasilenie objawów negatywnych, lepsze subiektywne poczucie zdrowia psychicznego oraz uczestnictwo w procesie rehabilitacji.

Streszczenie

Schizofrenia stanowi istotny problem kliniczny i społeczny. Decyduje o tym m.in. liczba chorych (blisko 1% populacji generalnej) oraz specyfika psychozy. Chroniczny przebieg, połączony z wielokrotnymi hospitalizacjami powoduje nowe i utrwała już istniejące deficyty w zakresie społecznego funkcjonowania.

Opierając się na dotychczasowych obserwacjach można przypuszczać, że proces degradacji społecznej leczonych z powodu schizofrenii ograniczają oddziaływania rehabilitacyjne, realizowane w oparciu o zaplanowany, kompleksowy program, uwzględniający indywidualne problemy pacjenta.

Dostępne doniesienia na temat funkcjonowania społecznego osób z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej analizują przede wszystkim trudności, jakie napotykają chorzy w życiu społecznym, zawodowym i osobistym. Część empiryczna niniejszej pracy próbuje wykazać wpływ rehabilitacji psychiatrycznej, realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego na funkcjonowanie społeczne w schizofrenii oraz zidentyfikować czynniki kształtujące jego poziom.

Badaniami objęto 2 grupy pacjentów pozostających w leczeniu ambulatoryjnym. Jedną z nich stanowiły osoby, które po ostatniej hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym korzystały przez okres 3 do 6 miesięcy z oferty rehabilitacyjnej Ośrodka „Szkoła Życia” funkcjonującego w ramach Specjalistycznego Szpitala imienia dr J. Babińskiego w Krakowie. Grupę kontrolną stanowili chorzy, którzy nie uczestniczyli w takiej rehabilitacji.

Dla celów pracy posłużyły: Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) Maxa Birchwooda, kwestionariusz jakości życia SF – 36 J. E. Ware, skala Moje Doświadczenie Choroby (MDC) J. Wciórki oraz własny Inwentarz Socjo – Demograficzny. Ponadto, lekarz prowadzący oceniał stan kliniczny osób biorących udział w badaniu posługując się skalą PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) autorstwa Kay, Fiszbein i Opler. Wykorzystano także dostępną dokumentację chorych (historie choroby oraz karty ambulatoryjne).

Szczegółowe opracowanie wyników badań wykazało, że dla społecznego funkcjonowania w schizofrenii dużą rolę odgrywa stan kliniczny, a zwłaszcza nasilenie objawów negatywnych (współczynnik regresji -0,17, błąd standardowy 0,07, wartość $p = 0,01$). Tylko nieliczne wskaźniki intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego (tj. łączny i względny czas hospitalizacji, średnia długość remisji, pobyt w oddziale dziennym) oraz dane socjo – demograficzne (tj. wiek badanych, zamieszkiwanie i obciążenie genetyczne) tworzyły istotne statystycznie związki z wyróżnionymi obszarami funkcjonowania. Okazało się, że funkcjonowanie społeczne w chorobie schizofrenicznej warunkowały w dużej mierze subiektywne odczucia badanych, związane z jakością ich życia i choroby. Aż 33% zmienności funkcjonowania społecznego kształtowała zmienność samooceny zdrowia psychicznego (współczynnik regresji 0,31, błąd standardowy 1,27, wartość $p = 0,01$) oraz uczuciowo – wartościującego aspektu postawy wobec doświadczenia choroby (współczynnik regresji 0,37, błąd standardowy 0,17, wartość $p = 0,04$). Udział w rehabilitacji psychiatrycznej nie pozostawał bez wpływu na społeczne funkcjonowanie. Osoby rehabilitowane, statystycznie wyżej oceniały swoje umiejętności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów społecznych (różnica między badanymi grupami była istotna na poziomie $p = 0,002$) oraz funkcjonowanie w zakresie pracy lub innego alternatywnego zajęcia (różnica między badanymi grupami była istotna na poziomie $p = 0,001$). Chorych rehabilitowanych cechowały również statystycznie wyższe, globalne mierniki społecznego funkcjonowania (różnica między grupami istotna na poziomie $p = 0,004$). Funkcjonowanie w pozostałych, uwzględnionych w badaniu obszarach było nieistotnie lepsze również w grupie osób rehabilitowanych.

W celu wyłonienia najważniejszych, spośród rozważanych w badaniu predyktorów funkcjonowania społecznego stworzono model regresji wielokrotnej dla ogółu badanych, w którym zmienne zależne istotne dla modelu określono „*syndromem dobrego funkcjonowania społecznego*”. W wersji końcowej obejmował on: nasilenie objawów negatywnych (współczynnik regresji -0,17, błąd standardowy 0,04, wartość $p = 0,01$), samoocenę zdrowia psychicznego (współczynnik regresji 0,29, błąd standardowy 0,08, wartość $p = 0,01$), pobyt w oddziale rehabilitacyjnym (współczynnik regresji -1,24, błąd standardowy 0,53, wartość $p = 0,02$). Otrzymane wyniki sugerują, że o dobrym funkcjonowaniu społecznym w schizofrenii w znacznym stopniu decyduje mniejsze nasilenie objawów negatywnych, lepsze subiektywne poczucie zdrowia psychicznego oraz uczestnictwo w programie rehabilitacji.

Niniejsza praca z pewnością nie wyczerpała zagadnień związanych z funkcjonowaniem społecznym i jego determinantami w chorobie schizofrenicznej.

Zaprezentowane obserwacje stanowią jednak podstawę do tego, by twierdzić, że rehabilitacja psychiatryczna odgrywa w nim znamioną rolę. Kompleksowy program, oparty na indywidualnej ocenie deficytów i potrzeb chorych, respektujący zasady rehabilitacji w psychiatrii z pewnością ułatwia chorym reintegrację społeczną.

BIBLIOGRAFIA

1. Addington J., Addington D.: *Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2,5 year follow - up study*. *Schizophrenia Research*, 2000, 44 (1), 47 – 56.
2. Aleksandrowicz J.: *Psychoterapia medyczna*. Wyd. PZWL, Warszawa 1994.
3. Aleszko Z., Janke – Klimaszewska B.: *Choreoterapia w psychiatrii*. *Psychoterapia*, 2001, 2 (117), 61 – 68.
4. Angell B. Test MA.: *The relationship of clinical factors and environmental opportunities to social functioning in young adults with schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin.*, 2002, 28 (2), 256 – 271.
5. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*. Fundacja IpiN, Warszawa 1995.
6. Axer A., Beckett R.: *Rehabilitacja psychiatryczna w zamkniętym ośrodku leczniczym*. *Psychiatria Polska*, 1999, 33, 3, 367 – 376.
7. Barry M. M., Crosby C.: *Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long – term psychiatric disorders*. *British Journal of Psychiatry* 1996, 168, 210 – 216.
8. Bembenek A., Schaeffer E., Wciórka J.: *Ocena i samoocena postaw pacjentów wobec przeżywanych zaburzeń psychotycznych*. *Psychiatria Polska*, 1997, 31, 3, 249 – 255.
9. Bielańska A.: *Kreatywność w rehabilitacji chorych z diagnozą schizofrenii*. W: Meder J. (red): *Rehabilitacja przewlekłe chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
10. Bilikiewicz A.: *Psychozy schizofreniczne*. W: Bilikiewicz A., Strzyżewski W. (red): *Psychiatria*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.

11. Bilikiewicz A.: *Psychiatria dla studentów medycyny*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1998.
12. Borkowska A.: *Porównanie wpływu klasycznych i atypowych neuroleptyków na zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Materiały konferencyjne „Bieszczadzkich Dni Psychiatrycznych”*, Polańczyk 2001.
13. Borkowska A., Rybakowski J., Piątkiewicz D., Dróżdż W., Linka M.: *Zaburzenia uwagi i pamięci oraz procesów uczenia się w okresie zaostrzenia się objawów chorobowych. Pamiętnik V Lubelskich Spotkań Naukowych 1996*, 26 – 32.
14. Borowski T.: *Czynniki sprzyjające zachowaniu lub podejmowaniu aktywności zawodowej u osób z rozpoznaniem schizofrenii*. *Psychiatria Polska*, 1985, 19, 1, 36 – 42.
15. Bomba J.: *Psychoterapia i poezja*. *Psychoterapia*, 1998, 3 (106), 5 – 11.
16. Cechnicki A.: *10 Tez o schizofrenii. Program Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego „Otwórzcie drzwi”*, Kraków 2001.
17. Cechnicki A.: *Założenia programu „Schizofrenia – otwórzcie drzwi”*, Kraków 2002.
18. Ciranowicz M., Doyle B.B., Gerhart J., Jantzi K. A. Meissner J. E.: *Psychiatric Disorders*. Springhouse Corporation, Pensylvania 1995.
19. Crisp A. H., Gelder M. G., Rix S., Meltzer H. I., Rowlands O.J.: *Stigmatization of people with mental illnesses*. *British Journal of Psychiatry*, 2000, 177, 4 – 7.
20. Danion J-M., Meulemans T., Kauffmann – Muller F., Vermaat H.: *Prawidłowe nie uświadomione uczenie się pacjentów ze schizofrenią*. *The American Journal of Psychiatry*, 2001, 158, 944 – 948.
21. Dąbrowski S., Brodniak W., Gierlacki J., Welbel S.: *Środowiskowe domy samopomocy jako forma oparcia społecznego*. *Psychiatria Polska*, 1998, 32, 4, 453 – 462.
22. Drożdżowicz L.: *Hostele dla pacjentów chorych psychicznie. Przegląd piśmiennictwa*. *Psychoterapia*, 1992, 1 (80), 47 – 55.
23. Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej Nr 111. *Ustawa z dn. 19 sierpnia 1994 O Ochronie Zdrowia Psychicznego, rozdz. 1, art. 2*
24. Ekdawi M. Y., Conning A. M.: *Rehabilitacja psychiatryczna*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
25. Gerlach J.: *Uczymy się od naszych pacjentów: główne zagadnienia długotrwałego*

- leczenia schizofrenii. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, suppl. 23 (60), 3 – 4.
26. Głowczak M., Kasperek B., Meder J., Spiridonow K.: *Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Psychiatria Polska*, 1997, 31, 3, 313 – 322.
 27. Głowczak M., Jarema M., Meder J., Morawiec M.: *Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. Psychiatria Polska*, 1996, 30, 3, 369 – 380.
 28. Górecka J., Szymona K., Ujma I.: *Porównanie jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzeń nerwicowych. Annales Universitatis Marie Curie – Skłodowska. Wyd. Uniwersytetu Marii Curie – Skłodowskiej, Lublin 2003.*
 29. Górna K., Hołoga N., Rybakowski J.: *Funkcjonowanie społeczne a stan psychiczny i jakość życia chorych na schizofrenię w środowisku pozaszpitalnym. Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka”, Kraków 7 – 8 września 2000 r.*
 30. Górna K., Rybakowski J.: *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię (badania katamnesticzne). Psychiatria Polska*, 1995, 29, 5, 619 – 630.
 31. Grzywa A.: *Mechanizmy „radzenia sobie” w schizofrenii paranoidalnej. Nowiny Lekarskie*, 1997, 66, 4, 444 – 452.
 32. Grochmal – Bach B.: *Art – terapia w rehabilitacji jako wyraz integralnego podejścia do pacjenta. Sztuka Leczenia*, 2001, 7, 4, 47 – 56.
 33. Grzesiuk L.: *Psychoterapia schizofrenii oraz zaburzeń z pogranicza nerwicy i psychozy. W: Grzesiuk L. (red): Psychoterapia. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1995*
 34. Galińska E.: *Muzykoterapia schizofrenii. Zeszyt Naukowy Akademii Muzycznej we Wrocławiu*, 1990, 57, 45 – 51.
 35. Hobbs M.: *Współczesna psychoterapia grupowa. Psychoterapia*, 1998, 4 (107), 17 – 25.
 36. Hooker C., Park S.: *Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenic patients. Psychiatry Research*, 2002, 112 (1), 41 – 50.
 37. Hunca – Bednarska A.: *Skojarzenia werbalne w schizofrenii. Wyd. Czelej, Lublin 1997.*
 38. Hunca – Bednarska A., Kucharska – Pietura K.: *Zachowania emocjonalne w schizofrenii i w jednostronnych uszkodzeniach mózgu – ekspresja i werbalizacja*

- emocji. *Asymetria półkul mózgowych. Część II. Psychiatria Polska*, 2002, 36, 3, 435 – 448.
39. Hartman M., Steketee M. C., Silva S., Lanning K., McCann H.: *Working memory and schizophrenia: evidence for slowed encoding. Schizophrenia Research*, 2003, 59 (2 – 3), 99 – 113.
40. Hagh – Shenass H., Toobai S., Makaremi A.: *Selective, sustained and shift in attention in patients with diagnoses of schizophrenia. Perceptual & Motor Skills*. 2002, 95 (30), 1987 – 1095.
41. *ICD – 10. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. IpiN, Kraków – Warszawa 1997.*
42. Jarosz M. (red): *Podstawy psychiatrii. Podręcznik dla studentów. Wyd. PZWL, Warszawa 1988.*
43. Jarema M.: *Farmakoterapia*. W: Jarema M. (red): *Pierwszy epizod schizofrenii. IpiN, Warszawa 2001.*
44. Jarema M., Koniecznyńska Z., Murawiec S., Szafranski T., Szaniawska A.: *Zmiana jakości życia i obrazu klinicznego w schizofrenii. Psychiatria Polska*, 2002, 36, 3, 393 – 402.
45. Jarema M., Bury L., Koniecznyńska Z., Zaborowski B., Cikowska G., Kunicka A., Bartoszewicz J., Muraszkiewicz L.: *Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. Psychiatria Polska* 1997, 31, 5, 585 – 594.
46. Jankowski K.: *Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej...dwadzieścia lat później. Agencja Wydawnicza Jacek Santorski & CO, Warszawa 1994.*
47. Kaczmarczyk K.: *Rehabilitacja jako nieodzowny element współczesnej psychiatrii. Zadania i czynności pielęgniarstwa w rehabilitacji psychicznie chorych. Praca specjalizacyjna, Łódź 1999.*
48. Kasper S.: *Pierwszy epizod schizofrenii: znaczenie wczesnej interwencji i subiektywnej tolerancji. The Journal of Clinical Psychiatry*, 1999, suppl. 23 (60), 5 – 9.
49. Kasperek B., Michałowska J., Sala P., Spiridonow K.: *Modele oddziaływań edukacyjnych dla rodzin osób chorych na schizofrenię. W: Meder J. (red): Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej,*

Kraków 2000.

50. Kaszyński H.: *Droga do pracy uczestników warsztatów terapii zajęciowej jako kryterium sukcesu w rehabilitacji*. W: Meder J. (red): *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000.
51. Kępiński A.: *Rytm życia*, Wyd. Literackie, Kraków 1992.
52. Kępiński A.: *Schizofrenia*. Wyd. Sagittarius, Kraków 1992.
53. Kępiński A.: *Lęk*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
54. Kostecka M., Malatyńska G., Namysłowska I., Zardecka – Mieścicka M.: *Psychoterapia grupowa chorych z psychozami*. W: Wardaszko – Łyskaowska H. (red): *Terapia grupowa w psychiatrii*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1980.
55. Kowal A. (red): *Moc sztuki. KSN im. dr J. Babińskiego*, Kraków 1996.
56. Kucharska – Pietura K., Kopacz G.: *Zaburzenia kontroli emocji w schizofrenii i w jednostronnych uszkodzeniach mózgu*. *Psychiatria Polska*, 2001, 35, 6, 965 – 977.
57. de Leon J., Simpson G. M.: *Measurement of negative symptoms in schizophrenia*. *Psychiat. Develop.* 1989, 3, 211 – 234, za: Kukulska D.: *Ocena sztywności emocjonalnej podczas leczenia neuroleptykami w schizofrenii*. *Badania nad schizofrenią*, 1999/2000, II, 2, 175 – 184.
58. Liberman R. P., Fuller T. R.: *Generalizacja treningów umiejętności społecznych w schizofrenii*. W: Meder J. (red): *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie. Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 2000.
59. Meder J.: *Zdaniem specjalisty*. *Rehabilitacja medyczna*, 1999, 3, 3, 11 – 12.
60. Meder J. (red): *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wyd. Naukowe „Śląsk”, Katowice 1999.
61. Meder J.: *Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym*. IpiN, Warszawa 1995.
62. Meder J.: *Rehabilitacja wczesnej schizofrenii*. W: Jarema M. (red): *Pierwszy epizod schizofrenii*. IpiN, Warszawa 2001.
63. Meder J., Cechnicki A.: *Rehabilitacja osób chorych psychicznie w Polsce*. W: Bilikiewicz A., Rybakowski J. (red): *Psychiatria w Polsce*. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2002.
64. Meder J., Morawiec M., Sawicka M.: *Rola pielęgniarek w prowadzeniu treningu aktywnego udziału we własnej farmakoterapii*. *Psychiatria Polska*, 1995,

29, 3, 395 – 404.

65. Meder J., Sawicka M.: *Ocena wybranych funkcji poznawczych u osób krótko chorujących na schizofrenię – doniesienie wstępne. Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2001, 10, 323 – 329.
66. Meder J., Stołowska A.: *Miejsce warsztatu terapii zajęciowej w kompleksowej rehabilitacji psychicznie chorych. Psychiatria Polska* 1995, 29, 3, 371 – 380.
67. Meder J., Stołowska A.: *Nowe formy w rehabilitacji przewlekle chorych psychicznie. Problemy rehabilitacji społecznej i zawodowej*, 1994, 3 (141), 19 – 24.
68. Mikulska – Meder J.: *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię pracujących i niepracujących. Psychiatria Polska*, 1992, 26, 1 – 2, 91 – 95.
69. Melle I., Friis S., Hauff E. Vaglum P.: *Social functioning of patients with schizophrenia in high – income welfare societies. Psychiatric Services*, 2000, 51 (2), 223 – 228.
70. Michałowska J.: *Sytuacja rodzin z osobą chorą na schizofrenię i jej rola w leczeniu i rehabilitacji. Problemy Rehabilitacji Społecznej i Zawodowej*, 1994, 3 (141), 45 – 48.
71. Morawiec M., Orzechowska Z., Wachowiak O.: *Trening rozwiązywania problemów w trudnych sytuacjach międzyludzkich. W: Meder J. (red): Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych. Wyd. Naukowe „Śląsk”, Katowice 1999.*
72. Motak E.: *Uwarunkowania umiejętności społecznych w schizofrenii. Psychiatria Polska*, 1997, 31, 3, 285 – 294.
73. Motak E.: *Cechy środowiska rodzinnego a umiejętności społeczne w schizofrenii. Psychiatria Polska*, 1997, 31, 3, 295 – 304.
74. Murawiec S.: *Psychosocjalne uwarunkowania farmakoterapii. W: Jarema M. (red): Pierwszy epizod schizofrenii. IpiN, Warszawa 2001.*
75. Murawiec S., Taflński T.: *Ogólne zasady stosowania psychoterapii. W: Jarema M. (red): Pierwszy epizod schizofrenii. IpiN, Warszawa 2001.*
76. Park S., Puschel J., Sauter BH, Rentsch M., Hell D.: *Visual object working memory function and clinical symptoms in schizophrenia. Schizophrenia Research*, 2003, 59 (2-3), 261 – 268.
77. Podbielski Z.: *Obozy terapeutyczne i turnusy rehabilitacyjne. Psychoterapia*,

2000, 4 (115), 49 – 54.

78. Pużyński S. (red): *Leksykon Psychiatrii*. Wyd. lekarskie PZWL, Warszawa 1993.
79. Pużyński S., Langiewicz W.: *Reforma leczenia psychiatrycznego w Polsce*. *Zdrowie Publiczne*, 2001, 111 (2), 105 – 108.
80. Rybakowski J.: *Farmakologiczna profilaktyka chorób psychicznych*. W: Bilikiewicz A., Strzyżewski W (red): *Psychiatria*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1992.
81. Rybakowski J., Borkowska A.: *Znaczenie zaburzeń czynności poznawczych w pierwszym epizodzie schizofrenii*. W: Jarema M. (red): *Pierwszy epizod schizofrenii*. IpiN, Warszawa 2001.
82. Ryn Z., Zawadzka K.: *Rehabilitacja w psychiatrii*. *Rehabilitacja Medyczna*, 1999, 3, 3, 13 – 15.
83. Sadock B. J., Sadock V. A.: *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry VII*. Lippincott Williams & Wilkins Publisher, 1999.
84. Sawicka M.: *Możliwość modyfikowania deficytów poznawczych obserwowanych w obszarze funkcjonowania społecznego u osób przewlekle chorych na schizofrenię*. *Psychiatria Polska*, 2001, 35, 6, 991 – 1004.
85. Sawicka M.: *Znaczenie umiejętności społecznych w ocenie satysfakcji z własnego życia pacjentów chorych na schizofrenię – przegląd literatury*. *Psychoterapia*, 1998, 3 (106), 47 – 53.
86. Sawicka M.: *Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy*. W: Meder J. (red): *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Wyd. Naukowe „Śląsk”, Katowice 1999.
87. Shepherd G.: *Rehabilitacja w psychiatrii*. Tow. Amici di Tworki, Pruszków 1999.
88. Skantze K., Malm U., Dencker S., J., May P. R. A., Corrigan P.: *Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out – patients*. *British Journal of Psychiatry* 1992, 161, 797 – 801.
89. Sillamy N.: *Słownik psychologii*. Wyd. Książnica, 1989, 241.
90. Sowa J. *Pedagogika specjalna w zarysie*. Wyd. Oświatowe FOSZE, Rzeszów 1999.
91. Spiridonow K., Kasperek B., Meder J.: *Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych*. *Psychiatria Polska*, 1998, 32, 3, 297 – 306.
92. Stańczak T.: *Rehabilitacja w zaburzeniach psychicznych*. W: Dąbrowski S., Jaroszyński J., Pużyński S. (red): *Psychiatria*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.

93. Stanisław A.: *Przystępny kurs statystyki w oparciu o STATISTICA PL na przykładach z medycyny*. Wyd. StatSoft Polska Sp. z o. o., Warszawa 1998.
94. Strelau J.: *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańskie Wyd. Psychologiczne, Gdańsk 2000.
95. Szulc W.: *Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Jakość życia w naukach medycznych”*, Poznań 2000.
96. Taflński T.: *Psychoedukacja*. W: Jarema M. (red): *Pierwszy epizod schizofrenii*. IpiN, Warszawa 2001.
97. Tomczyk U.: *Terapia rodzin pacjentów chorych na schizofrenię*. *Psychiatria Polska*, 1999, 33, 1, 15 – 24.
98. Usall J., Haro J. M., Ochoa S., Marquez M., Araya S. and the NEDES group.: *Influence of gender on social outcome in schizophrenia*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2002, 5 (106), 337 – 342.
99. Ware J. E., Sherbourne C. D.: *The MOS 36 – Item Short – Form Health Survey (SF – 36)*. *Medical Care*, 1992, 6 (30), 473 – 481 .
100. Wciórka J.: *Wartościowanie wybranych składników doświadczenia życiowego przez chorych schizofrenicznych*. *Psychoterapia*, 1988, 4 (67), 27 – 39.
101. Wciórka J.: *Współczesna diagnostyka schizofrenii*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1998, 7, 117 – 134.
102. Wciórka J.: *Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 2. Skala „Moje Doświadczenie Choroby” (MDC)*. *Psychiatria Polska*, 1996, 30, 3, 397 – 414.
103. Wciórka J.: *Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red): *Psychiatria*. Wyd. Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002.
104. Wciórka J., Muskat K.: *Postawy chorych wobec przeżywanej psychozy po wielu latach jej trwania*. *Psychiatria Polska*, 1996, 1 (30), 17 – 30.
105. Wciórka J. (red): *Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy*. *Biblioteka Psychiatrii Polskiej*, Kraków 1998.
106. Wrońska A., Jakubowska T., Anczewska M., Ślósarska M.: *Procesy koncentracji uwagi i uczenia się u pacjentów z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej. Część II. Procesy zapamiętywania materiału werbalnego*. *Psychiatria Polska*, 1999, 33, 5, 679 – 685.

107. Wrońska A., Jakubowska T., Anczewska M., Ślósarska M.: *Procesy koncentracji uwagi i uczenia się u pacjentów z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej. Część I. Zaburzenia uwagi. Psychiatria Polska, 1999, 33, 4, 667 – 677.*
108. Wysocka M.: *Trening zachowań społecznych ważną terapią dla pacjentów ze schizofrenią. Puls Medycyny, 21 (70).*
109. Załuska M.: *Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. Psychiatria Polska, 1995, 29, 5, 631 – 640.*
110. Załuska M.: „Skala Funkcjonowania Społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1997, 6, 237 – 251.*
111. Załuska M.: *Satysfakcja życiowa a stan psychiczny i funkcjonowanie społeczne w przewlekłej schizofrenii. Wiadomości Psychiatryczne, 1999, 2, 4, 405 – 411.*
112. Załuska M.: *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii. IpiN, Warszawa 2000.*

WYKAZ RYSUNKÓW

Rys. 1. Wiek pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej a wyniki podskali „samodzielność realizowana”.....	str. 86
Rys. 2. Związek średniego czasu trwania remisji i samooceny izolacji społecznej.....	str. 89
Rys. 3. Pobyt w oddziale dziennym a aktywność zawodowa.....	str. 90
Rys. 4. Zamieszkiwanie a kontakty społeczne.....	str. 93
Rys. 5. Obciążenie genetyczne a samodzielność możliwa.....	str. 94

Rys. 6.	Związek postawy wobec choroby i globalnego wyniku społecznego funkcjonowania.....	str. 103
Rys. 7.	Emocjonalny wymiar postawy wobec doświadczenia choroby a globalny wynik społecznego funkcjonowania.....	str. 103
Rys. 8.	Wymiar emocjonalny postawy a rekreacja i rozrywka.....	str. 104

WYKAZ WYKRESÓW

Wyk. 1.	Rozpoznanie kliniczne badanych osób.....	str. 79
Wyk. 2.	Stan kliniczny uczestników badań.....	str. 79
Wyk. 3.	Graficzna prezentacja korelacji wyników ogólnego stanu klinicznego i globalnej samooceny funkcjonowania społecznego....	str. 84
Wyk. 4.	Graficzna interpretacja korelacji wyników nasilenie objawów negatywnych i globalnej samooceny funkcjonowania społecznego.....	str. 85
Wyk. 5.	Graficzna prezentacja korelacji wyników nasilenia objawów pozytywnych i globalnej samooceny społecznego funkcjonowania.....	str. 85
Wyk. 6.	Graficzna interpretacja korelacji wyników wieku badanych i samooceny kontaktów społecznych.....	str. 93
Wyk. 7.	Graficzna interpretacja korelacji wyników samooceny jakości życia i globalnej oceny funkcjonowania społecznego.....	str. 99
Wyk. 8.	Graficzna interpretacja korelacji wyników samooceny zdrowia psychicznego i subiektywnej oceny funkcjonowania społecznego...	str. 100
Wyk. 9.	Graficzna interpretacja korelacji wyników poczucia witalności i samooceny funkcjonowania społecznego.....	str. 100
Wyk. 10.	Średnie wartości wskaźników społecznego funkcjonowania a ich wartość optymalna.....	str. 111
Wyk. 11.	Wartość średnia i optymalna wskaźników funkcjonowania społecznego różnicujących istotnie badane grupy.....	str. 112

Wyk. 12. Średnie wartości wskaźników jakości życia w badanych grupach a ich wynik optymalny.....	str. 114
Wyk. 13. Postawa ogólna wobec doświadczenia choroby w porównywanych grupach.....	str. 116
Wyk. 14. Wymiar emocjonalny postawy wobec choroby w badanych grupach.....	str. 117
Wyk. 15. Kontekst rozpatrywania choroby schizofrenicznej.....	str. 118

WYKAZ TABEL

Tab. 1. Podstawowe informacje demograficzno-społeczne.....	str. 76
Tab. 2. Rozpoznanie kliniczne, stan kliniczny, stosowane leczenie i przebieg choroby.....	str. 78
Tab. 3. Wskaźniki intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego.....	str. 81
Tab. 4. Związki między zmiennymi przebiegu choroby i wskaźnikami funkcjonowania społecznego.....	str. 83
Tab. 5. Związki między wskaźnikami intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego i zmiennymi funkcjonowania społecznego.....	str. 88
Tab. 6. Związki pomiędzy badanymi wskaźnikami socjo – demograficznymi i zmiennymi funkcjonowania społecznego.....	str. 92
Tab. 7. Związek wskaźników przebiegu choroby, intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego oraz zmiennych socjo - demograficznych z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego.....	str. 96
Tab. 8. Współczynniki korelacji pomiędzy wskaźnikami samooceny jakości życia i zmiennymi społecznego funkcjonowania.....	str. 98
Tab. 9. Związki pomiędzy wskaźnikami postawy wobec doświadczenia choroby psychicznej i zmiennymi społecznego funkcjonowania.....	str. 102
Tab. 10. Związek zmiennych samooceny jakości życia i postawy wobec choroby z ogólnym wskaźnikiem społecznego funkcjonowania.....	str. 106
Tab. 11. Podsumowanie modelu regresji wielokrotnej dla wskaźników	

subiektywnych.....	str. 106
Tab. 12. Średnie a optymalne wyniki wskaźników funkcjonowania społecznego w grupie osób uczestniczących w rehabilitacji.....	str. 108
Tab. 13. Średnie a optymalne wyniki wskaźników funkcjonowania społecznego w grupie kontrolnej.....	str. 109
Tab. 14. Istotność statystyczna różnic w zakresie wskaźników społecznego funkcjonowania między badanymi grupami.....	str. 110
Tab. 15. Średnie a optymalne wartości wskaźników samooceny jakości życia w grupie rehabilitowanej i kontrolnej oraz istotność różnic między badanymi grupami.....	str. 113
Tab. 16. Porównanie wartości wskaźników postawy wobec choroby uczestników badań oraz istotność różnic w tym zakresie między grupą kontrolną i rehabilitowaną.....	str. 115
Tab. 17. Sposób rozpatrywania choroby w badanych grupach.....	str. 118
Tab. 18. Związek zmiennych przebiegu choroby, intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego i socjo - demograficznych z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego w grupie kontrolnej.....	str. 122
Tab. 19. Związek wskaźników przebiegu choroby, intensywności pobytów w placówkach leczenia psychiatrycznego i socjo - demograficznych z ogólnym wskaźnikiem funkcjonowania społecznego w grupie rehabilitowanej.....	str. 123
Tab. 20. Wyniki końcowe regresji wielokrotnej w grupie osób rehabilitowanych.....	str. 124
Tab. 21. Pełny model regresji wielokrotnej.....	str. 125
Tab. 22. Predyktory funkcjonowania społecznego w grupie badanych.....	str. 126

**Opis wybranych metod oddziaływań realizowanych w Ośrodku
profilaktyczno – rehabilitacyjnym „Szkola Życia”.**

Opieka lekarsko – farmakologiczna.

autor: Beata Tarczoń (lekarz)

W większości przypadków leczenie farmakologiczne pacjentów przyjętych do ośrodka pozostaje zgodne z wcześniejszymi wskazaniem lekarzy prowadzących. W szczególnych przypadkach dokonywana jest niewielka korekta leczenia, w tym wprowadzenie leków z komponentą aktywizującą.

Psychoterapia indywidualna.

autor: Agnieszka Krupa (psycholog kliniczny)

Spotkania terapeutyczne obejmują indywidualne sesje trwające od 60 do 90 minut. Terapia prowadzona jest w pradygmacie systemowym z uwzględnieniem myślenia psychodynamicznego i poznawczo – behawioralnego.

Kwalifikacja do psychoterapii odbywa się na dwa sposoby:

1. opiekun indywidualny (lub inna osoba z zespołu) zauważywszy potrzebę tego typu pracy prosi terapeutę o rozmowę z pacjentem, decyzja o podjęciu terapii indywidualnej wymaga zgody zarówno terapeuty jak i pacjenta.
2. terapeuta sam proponuje spotkania w oparciu o obserwacje poczynione w trakcie rozmowy wstępnej lub prowadzonych przez niego zajęć grupowych, również w tym wypadku rozpoczęcie sesji uzależnione jest od zgody pacjenta.

Cele psychoterapii indywidualnej określone są w dialogu z konkretnym chorym, w oparciu o zgłaszany przez niego problem, a także możliwości intelektualne i emocjonalne.

Najczęściej sygnalizowane potrzeby to:

- osiągnięcie lepszego rozumienia aktualnej sytuacji życiowej,
- uzyskanie wglądu w mechanizmy choroby,
- identyfikacja i przepracowanie wcześniejszych doświadczeń, które mogą blokować, względnie stymulować nawroty choroby,
- praca nad akceptacją choroby i związanymi z nią ograniczeniami,

- osiąganie bardziej satysfakcjonujących sposobów radzenia sobie w rzeczywistości,
- praca nad korektą własnego obrazu, by autoportret nie stanowił źródła frustracji i poczucia niższej wartości,
- identyfikacja aktualnych obszarów problemowych i opracowanie sposobów ich rozwiązywania.

Psychoterapia grupowa.

autor: Agnieszka Krupa (psycholog kliniczny)

Zajęcia terapeutyczne prowadzone są w trzech grupach.

1. Grupa wstępna – jej uczestnicy to wszyscy pacjenci nowo przyjęci. Spotkania odbywają się raz w tygodniu i trwają przez okres jednego lub dwóch miesięcy. Stosownie do możliwości uzyskania wglądu po zakończeniu grupy wstępnej pacjenci kierowani są do grupy wglądowej lub końcowej.

W trakcie zajęć uczestnicy zapoznają się z normami grupy i zasadami pracy grupowej. Wprowadzanie technik integracyjnych sprzyja lepszemu zapoznaniu się uczestników i obniżeniu poziomu lęku przed mówieniem o sobie (elementy podejścia encounter, gestalt, stosowanie metafor i przypowieści). Prowadzone są również rozmowy teoretyczne na tematy zaproponowane przez uczestników (np. o rodzinie, poczuciu własnej wartości).

2. Grupa wglądowa – zajęcia prowadzone są w pradygmacie psychodynamicznym i poznawczym. Zakres i poziom wglądu uzależniony jest od możliwości i preferencji każdego z pacjentów. W zależności od problemów wnoszonych przez uczestników podejmowana jest praca w grupie lub praca na tle grupy dotycząca danego zagadnienia. Spotkania mają miejsce raz w tygodniu. Trwają przez okres ok. dwóch miesięcy, po czym pacjent przechodzi do grupy końcowej.
3. Psychoterapia realizowana w grupie końcowej ma na celu:
 - przygotowanie pacjentów do opuszczenia ośrodka,
 - wywołanie refleksji nad wykorzystaniem zdobytych doświadczeń,
 - dokonanie podsumowania dotyczącego realizacji celów postawionych przy przyjęciu i przeformułowanych w trakcie terapii.

Spotkania stanowią ostatni moment dla modyfikacji pracy terapeutycznej zarówno ze strony terapeutów jak i pacjenta.

Uczestnikami grupy końcowej są chorzy, którzy odbyli psychoterapię w grupie wstępnej i/lub wglądowej. Zajęcia odbywają się raz w tygodniu przez okres dwóch miesięcy.

Psychoedukacja

autor: Bernadetta Janusz (psycholog)

Psychoedukacja obejmuje podstawowe tematy dotyczące choroby i leczenia, tj.:

- przyczyny i objawy schizofrenii,
- leczenie farmakologiczne,
- leczenie pozafarmakologiczne,
- kryzysowy plan postępowania w czasie nawrotu,
- rola rodziny.

Zajęcia kładą szczególny nacisk na omawianie konkretnych spraw związanych z chorobą uczestników spotkań. Dzielenie się podobnymi doświadczeniami daje częściową możliwość obiektywizacji psychotycznych treści. Wątek edukacyjny pojawia się jako odpowiedź na problemy i pytania, które wcześniej wnieśli sami pacjenci.

Aby ułatwić mentalne zrozumienie poruszanych kwestii są one spisywane i porządkowane na tablicy, a w części – eksponowane na foliach. Daje to uczestnikom czas na zreflektowanie prezentowanego materiału.

Ostatnia część spotkania nastawiona jest na ocenę emocjonalnej reakcji uczestnika wobec konfrontacji z omawianym materiałem. Stwarza to możliwość późniejszej, indywidualnej rozmowy dotyczącej źródeł powstałych emocji podczas grupowego spotkania.

Celem zajęć jest więc:

- stworzenie poczucia wspólnoty przeżywania świata (również w sposób psychotyczny),
- przekaz informacji,
- wzbudzenie przekonania o problemie choroby, który ma już swoje wypracowane sposoby rozwiązywania,
- zrobienie bilansu zysków i strat w związku z przyjmowaniem neuroleptyków.

Metafory

autor: Bernadetta Janusz (psycholog)

Są to spotkania grupowe polegające na stworzeniu takiej sytuacji, w której uczestnik mówi o sobie odnosząc cechy własnego zachowania, temperamentu, osobowości do pewnej rzeczy, zjawiska czy idei. Opis siebie poprzez metaforę jest łatwiejszy niż robienie tego wprost, gdyż dostarcza ona gotowego materiału z którym można się w pewien sposób utożsamić. Wiele spotkań bazuje na interakcjach grupowych: wzajemne opisywanie siebie, wspólne poszukiwanie metafor zjawisk z którymi stykają się uczestnicy, jak choroba, przemoc – dzięki czemu w bezpieczniejszy sposób mogą się z nimi skonfrontować. Podobnie,

gdy usłyszą metaforyczny opis siebie, daje im to bodziec do refleksji, ale jest mniej zagrażające niż opinia wyrażona wprost (z metafory każdy bierze tyle ile chce). Grupa zwykle potrafi pozytywnie przeformułować określenia, które mogłyby być dla kogoś zagrażające.

Dynamika zajęć bazuje na efekcie zaskoczenia i niezwykłości. Każde kolejne spotkanie przebiega z pomocą innego tworzywa: słów, gestów, pisma, rysunku.

Efekt zaskoczenia jest ważny, gdyż wytrąca uczestników grupy ze stereotypowych odpowiedzi, rozśmiesza. Pozwala rozluźnić się, a przez to skłonić do nieoczekiwanych dla nich samych odpowiedzi ujawniających sposób przeżywania siebie i świata.

Terapia sztuką.

Interakcja barw.

autor: Małgorzata Bury (plastyk)

Interakcja barw, jak wszystkie inne metody stosowane w terapii sztuką opiera się na założeniu mówiącym, że uzyskanie ponownego, bezpośredniego przeżycia rzeczywistości oddziałuje integrująco na osobę.

Zajęcia przeznaczone są dla pacjentów chronicznych, wycofanych, wykazujących problemy z nawiązaniem kontaktu werbalnego. Kładą nacisk na efektywny proces wyzwalający emocje. Ułatwiają odkrycie własnego odczuwania i wyrażania siebie. Bardzo ważny jest też ich charakter, stwarzający możliwość zaangażowania się we wspólny proces, reprezentowania interesu całej grupy. Przeżycie wspólnoty częściowo uwalnia jednostkę z oddziaływania własnego „ja” na korzyść „my”. Konfrontacja nie zawsze przebiega harmonijnie, może przynieść konflikt lub ujawnić już istniejący. Dla niektórych pacjentów jest to jedyna, bezpieczna i możliwa – bo nieświadoma – forma wyrażenia swojego sprzeciwu.

Uczestnicy malują wspólny, bezprzedmiotowy obraz. Każdy wybiera dla siebie jeden kolor, którym posługuje się podczas całych zajęć. Może malować co chce i dowolną ilość razy przystępować do tworzenia pracy. Kiedy obraz jest gotowy, grupa ogląda a potem omawia powstały rezultat. Ostatni etap zajęć, kiedy uczestnicy podają własne skojarzenia ma podobną wartość jak test projekcyjny stosowany w badaniu psychologicznym.

Malowanie odbywa się w stałej grupie osób, daje więc możliwość obserwowania rozwijających się w niej procesów.

Psychorysunek

autor: Małgorzata Bury (plastyk)

Uczestnicy zajęć starają się w sposób rysunkowy przedstawić wspólny temat. Każdy pracuje indywidualnie mając do dyspozycji: ołówki, kredki, flamastry, farby plakatowe oraz papier.

Aby uzyskać jak najbardziej obiektywną interpretację, powstałe prace omawiane są kolejno przez: grupę, autora rysunku, osobę prowadzącą.

Celem zajęć jest poznanie chorego, ocena jego stanu psychofizycznego. Są także okazją do wyrażenia aktualnych problemów. Jest to szczególnie przydatne dla pacjentów z ubogą komunikacją werbalną i pozawerbalną.

Wartość terapeutyczna psychorysunku wiąże się ze wzbogacaniem doświadczeń chorego w zakresie ekspresji i relacji z innymi. Jest to sposób na wyrażanie uczuć, potrzeb, fantazji, szczególnie tych trudnych do wypowiedzenia. Poprzez nadanie im formy rysunkowej stają się bardziej realistyczne – widoczne i konkretne.

Do najważniejszych korzyści wynikających ze spotkań należy:

- zdobywanie umiejętności zauważania i uświadamiania sobie co dzieje się wewnątrz danej osoby i w jej otoczeniu,
- akceptacja uczuć, idei, zachowania jako części samego siebie,
- podjęcie odpowiedzialności za to kim się jest i co się robi.

Aby to osiągnąć, niezbędne jest stworzenie atmosfery, która umożliwi pacjentowi zaangażowanie się i podjęcie wysiłku, często kłopotliwego a nawet bolesnego.

Kolaż

autor: Edyta Targosz (pedagog)

Zajęcia ułatwiają wyrazić to, co trudno jest sformułować słowami, ilustrują uczucia, konkretyzują marzenia, pomagają w rozluźnieniu się oraz w otwartym wyrażaniu siebie.

Stanowią również proces twórczego rozwiązywania problemów, a ponadto:

- stymulują rozwój potencjału jednostki,
- integrują grupę,
- umożliwiają samopoznanie,
- ćwiczą koncentrację uwagi.

Spotkania z książką.

autor: Beata Trzaska (bibliotekarz)

„Spotkania z książką” są rodzajem zajęć biblioterapeutycznych. Opierają się na wspieraniu tego co zdrowe w pacjencie, uaktywnianiu ukrytych energii.

Podstawowy cel – to ogólna aktywizacja chorego, rozbudzenie zainteresowań, dostarczenie nowych wrażeń, ćwiczenie koncentracji i pamięci, próba oddziaływania na osobowość. Odpowiednio czytana lektura może we wglądzie w konflikty, sprzeczności wewnętrzne – zmienić stereotypy myślenia, wzbogacić osobowość i przyjąć pozytywną, akceptującą filozofię życia.

Czytelnik (tu słuchacz) dzięki odbiorowi literatury staje się bardziej wrażliwym. Akcja, problematyka utworu zmusza go do współprzeżywania, pozwala wyjść z egocentryzmu, zapatrzenia w swoje życie, a zarazem umożliwia dojrzeć odcinek własnego życia z perspektywy czasu i w kontekście społecznym. Intensywność przeżywania dzieła literackiego zależy od postawy czytelnika, jego aktywności psychicznej, wrażliwości uczuciowej i zdolności do refleksji.

Dobór lektury uzależniony jest od poziomu grupy. Jeśli składa się ona z pacjentów chronicznych, wycofanych – wybierana jest lektura prosta (często klasyka literatury dziecięcej), napisana łatwym językiem o niezbyt skomplikowanej fabule. W takiej grupie wybraną pozycję czyta się najczęściej w odcinkach. Gdy uczestnikami zajęć są osoby o większych możliwościach refleksowania, wglądu, na wyższym poziomie intelektualnym przedmiotem spotkań są krótkie opowiadania, nowele, a nacisk kładzie się na problem zawarty w opowiadaniu.

Obserwacje potwierdzają, że u części pacjentów chronicznych pojawia się bardziej aktywne uczestnictwo, spontaniczne reagowanie, ciekawsze i dłuższe wypowiedzi.

Inne zajęcia

Trening asertywności.

autor: Edyta Targosz (pedagog)

Zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu. Pomagają w konkretnym i zdecydowanym komunikowaniu potrzeb, chęci i uczuć innym ludziom, nie naruszając w żaden sposób ich praw.

Trening ułatwia otwarte i uczciwe wypowiadanie potrzeb. Jest procesem uczenia się adaptacji do rozmaitych sytuacji społecznych.

Cele:

- poznanie obszarów własnej asertywności,
- precyzyjne i logiczne werbalizowanie myśli,
- aktywne słuchanie,
- rozwój umiejętności negocjacyjnych,
- kształtowanie umiejętności wyrażania i przyjmowania krytyki,
- nabywanie umiejętności rozwiązywania konfliktów,
- próby swobodnego wypowiadania i przyjmowania komplementów.

Zajęcia integracyjne.

autor: Edyta Targosz (pedagog)

Zajęcia odbywają się raz w tygodniu. Ich uczestnikiem może być każdy z pacjentów. Jak sama nazwa wskazuje - zwiększają spójność grupy oraz gotowość do współdziałania. Mają korzystny wpływ na komunikację, wzajemne zrozumienie i poczucie bezpieczeństwa.

Celem tego typu oddziaływań jest:

- opanowanie umiejętności komunikowania się,
- tworzenie norm grupowych,
- rozwijanie umiejętności współdziałania w grupie,
- integracja grupy,
- budowanie i rozwijanie otwartości,
- aktywizowanie.

Kalambury.

autor: Edyta Targosz (pedagog)

Zajęcia odbywają się raz w tygodniu. Są adresowane (podobnie jak zajęcia integracyjne) do wszystkich uczestników rehabilitacji realizowanej w Ośrodku. Polegają na odgrywaniu krótkich scenek na określony temat.

Mają na celu:

- ćwiczenie koncentracji uwagi,
- stymulowanie procesów twórczych,
- pozawerbalne odzwierciedlanie emocji,
- ćwiczenie spontanicznej improwizacji (trening ten jest pewną formą zaufania

w grupie),

- przełamanie bariery wstydu i lęku.

Pozostałe zajęcia oparte na metodach behawioralnych (trening) omówiono w rozdziale poprzednim. Realizatorzy nie wyrazili zgody na umieszczenie ich opisu w niniejszej pracy.

Załącznik nr 2

REGULAMIN SZKOŁY ŻYCIA

„Życie pełne wady, kiedy warte są zasady”

Szkoła Życia jest oddziałem rehabilitacyjno – profilaktycznym, pomagającym osobom długo przebywającym w szpitalu powrócić do środowiska społecznego. Dlatego też aktywne uczestnictwo mieszkańców w zajęciach jest celem Ośrodka. Mieszkańcy przebywający w Ośrodku zobowiązani są do przestrzegania poniższego regulaminu.

1. Uczestniczenie w zajęciach.
2. Przestrzeganie ustalonych godzin zajęć.
3. Przestrzeganie zasad koleżeństwa.
4. Zgłaszanie wyjść i powrotów do Ośrodka.
5. Wyjścia poza teren szpitala ustala się rano na zebraniach.
6. Przestrzeganie ciszy nocnej w godzinach 22.00 – 6.00.
7. Palenie tytoniu tylko w miejscach do tego wyznaczonych.
8. Całkowity zakaz wnoszenia i spożywania napojów alkoholowych.
9. Osobom nietrzeźwym wstęp wzbroniony.
10. Odpowiedzialność materialną w pokojach, kuchniach, łazienkach ponoszą mieszkańcy Ośrodka.
11. Mieszkańcy zobowiązani są do utrzymywania w czystości zamieszkiwanych pomieszczeń i sprzętów.
12. Korzystanie z telefonu możliwe jest tylko za zgodą personelu (telefon dla mieszkańców Ośrodka i odwiedzających znajduje się w klubie).
13. Oszczędność energii elektrycznej.

14. Zachowanie spokoju i przyzwoitości.

NIEPRZESTRZEGANIE REGULAMINU POCIĄGA ZA SOBĄ KONSEKWENCJE
WŁĄCZNIE Z WYDALENIEM Z OŚRODKA.

Załącznik nr 3

ODDZIAŁ PROFILAKTYCZNO – REHABILITACYJNY (4 A)
KONTRAKT TERAPEUTYCZNY

Decyduję się na uczestniczenie w programie terapeutycznym Ośrodka profilaktyczno – rehabilitacyjnego „Szkola Życia”.

Wiem, że pobyt w Ośrodku trwa od 3 do 6 miesięcy i po upływie tego terminu będę wypisany.

Cele, które chcę poprzez ten pobyt zrealizować to:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

W związku z tym, zobowiązuję się do aktywnego uczestnictwa w zajęciach terapeutycznych, których harmonogram ustalę w ciągu pierwszego tygodnia pobytu z opiekunem indywidualnym.

Jestem poinformowany/a, że w przypadku niezrealizowania wymienionych przeze mnie celów terapii tzn. nieobecności na zajęciach lub braku w nich osobistego zaangażowania będę wypisany/a z Ośrodka przed za planowanym wcześniej terminem.

Wiadomo mi także, iż na własną prośbę mogę wypisać się z oddziału. Zobowiązuję się do utrzymania czystości w zajmowanym przeze mnie pokoju i kuchni, którą będę użytkować.

W przypadku wystąpienia ostrych objawów psychiatrycznych mogę zostać czasowo przesunięty do oddziału ogólnopsychiatrycznego.

.....	
.....	
<i>podpis Kandydata</i>	<i>podpis Opiekuna indywidualnego</i>

Załącznik nr 4

**PODSTAWA ŚWIADOMEJ ZGODY NA BYCIE
PODMIOTEM BADAŃ NAUKOWYCH**

Uczestnictwo w badaniach jest dobrowolne. Mam prawo zarówno do wyrażenia zgody na udział w badaniach jak również mam prawo odmowy wzięcia w nich udziału. Podjęta w tym względzie przeze mnie decyzja nie będzie mieć żadnego wpływu na mój status jako pacjenta.

.....	
Data badania	Podpis podmiotu badań
.....	
Podpis osoby odbierającej wyrażenie zgody	

INWENTARZ SOCJO – DEMOGRAFICZNY

1. wiek.....
2. płeć K M
3. wykształcenie
 - a) podstawowe
 - b) zasadnicze zawodowe
 - c) średnie
 - d) wyższe
4. stan cywilny
 - a) wolny
 - b) żonaty/zamężna
 - c) konkubinat
 - d) separacja
 - e) rozwiedziony/rozwiedziona
 - f) wdowiec/wdowa
5. źródło utrzymania
 - a) renta inwalidzka
 - b) praca zawodowa
 - c) renta inwalidzka oraz praca w niepełnym wymiarze godzin
 - d) pozostaje na utrzymaniu rodziców/opiekunów
6. miejsce zamieszkania
 - a) miasto
 - b) wieś
7. zamieszkiwanie
 - a) z rodziną pochodzeniową
 - b) z rodziną własną (tj. założoną przez siebie)
 - c) samotne
8. Choroby psychiczne w rodzinie
 - a) obecne
 - b) brak
9. przynależność do grup wsparcia
 - a) tak
 - b) nie

SKALA FUNKCJONOWANIA SPOŁECZNEGO

Maxa Birchwooda

Nazwisko i imię pacjenta

Ten kwestionariusz ma nam pomóc zorientować się jak radził/a sobie Pan/i w niektórych sytuacjach życiowych, w kontaktach z ludźmi i wykonywaniu określonych czynności w ciągu ostatniego miesiąca.

	W	INTER	IP	IC	R	P	E/ Q
Wynik surowy							
Wynik przeliczeniowy							

W

I. O której godzinie wstaje Pan/i rano z łóżka?

1. Zazwyczaj w dni powszednie.....
2. Zazwyczaj w wolne soboty i niedziele.....

II. Ile godzin dziennie spędza Pan/i samotnie? – np. samotnie w pokoju, samotnie spacerując po dworze, samotnie słuchając radia lub oglądając telewizję

1. 0 – 3 godz. praktycznie rzadko przebywam sam/a
2. 4 – 6 godz. niekiedy przebywam sam/a
3. 7 – 9 godz. dużo czasu spędzam sam/a
4. 10 – 12 godz. większość czasu spędzam sam/a
5. ponad 12 godz. praktycznie cały czas spędzam sam/a

III. Jak często rozpoczyna Pan/i z kimś rozmowę?

- | | | | |
|-----------------|-----------|------------|-----------|
| 1. Prawie nigdy | 2. Rzadko | 3. Czasami | 4. Często |
|-----------------|-----------|------------|-----------|

IV. Jak często wychodzi Pan/i z domu z jakiegokolwiek powodu?

- | | | | |
|-----------------|-----------|------------|-----------|
| 1. Prawie nigdy | 2. Rzadko | 3. Czasami | 4. Często |
|-----------------|-----------|------------|-----------|

V. Jak reaguje Pan/i na obecność innych osób?

1. Unikam ich
2. Czuję zdenerwowanie
3. Akceptuję ich
4. Lubię ich

INTER

- I. Ilu aktualnie ma Pan/i przyjaciół – osób, z którymi się Pan/i regularnie spotyka i wspólnie coś robi?

Wpisz liczbę takich osób.....

- II. Jeżeli jest Pan/i nieżonaty/niezamężna to czy ma Pan/i aktualnie dziewczynę/chłopaka?

1. Tak

2. Nie

- III. Jak często jest Pan/i w stanie rozmawiać z innymi ze wzajemnym zrozumieniem lub prowadzić z nimi racjonalną rozmowę?

1. Prawie nigdy
2. Rzadko
3. Czasami
4. Często

- IV. Na ile łatwo lub trudno jest Panu/i w tej chwili rozmawiać z ludźmi?

1. Bardzo łatwo
2. Raczej łatwo
3. Przeciętnie
4. Raczej trudno
5. Bardzo trudno

IP

Proszę za każdym razem zakreślić odpowiednią rubrykę i wskazać jak często wykonywał/a Pan/i wymienione czynności w ciągu ostatniego miesiąca:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Kupowanie czegoś w sklepie (samodzielnie)				
Zmywanie naczyń, sprzątanie, itp.				
Regularne mycie się lub kąpanie				
Pranie własnych rzeczy				
Poszukiwanie pracy (jeśli nie pracuje)				
Zakupy jedzeniowe				
Gotowanie posiłków				
Samodzielne wyjścia z domu				
Jeżdżenie autobusem, pociągiem, itp.				
Posługiwanie się pieniędzmi				
Gospodarowanie pieniędzmi odpowiednio do budżetu				
Wybieranie i kupowanie ubrań dla siebie				
Dbanie o swój wygląd zewnętrzny				

IC

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać na ile jest Pan/i zdolny/a do wykonywania następujących czynności:

	Potrafię sam/a	Potrafię przy czyjejs pomocy	Nie potrafię wcale	Nie wiem
Korzystać z komunikacji publicznej				
Posługiwać się pieniędzmi				
Gospodarować pieniędzmi odpowiednio do budżetu				
Gotować dla siebie				
Robić bieżące zakupy				
Poszukiwać pracy				
Prać swoje rzeczy				
Dbać o higienę osobistą				
Sprzątać, zmywać, itp.				
Zamawiać coś ze sklepu				
Samodzielnie wychodzić z domu				
Dobierać i kupować dla siebie ubrania				
Dbać o swój wygląd zewnętrzny				

R

Proszę zakreślić odpowiednie rubryki, aby wskazać jak często podejmował/a Pan/i wymienione czynności w ciągu ostatniego miesiąca:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Granie na instrumentach muzycznych				
Szycie, robótki ręczne				
Praca w ogródku, na działce Czytanie czegokolwiek (gazet, książek)				
Oglądanie telewizji				
Słuchanie radia, płyt, kaset				
Gotowanie				
Majsterkowanie				
Drobne naprawy (auta, roweru, sprzętu domowego)				
Spacery, wycieczki				
Jazda samochodem, rowerem dla rekreacji				
Pływanie				
Hobby (np. kolekcjonowanie czegoś)				
Chodzenie po mieście, oglądanie sklepów				
Czynności artystyczne, malowanie, rękodzielnictwo				

P

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatniego miesiąca brał/a Pan/i udział w następujących aktywnościach:

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często
Pójście do kina				
Pójście do teatru, na koncert				
Oglądanie imprez sportowych w pomieszczeniach (np. tenis, ping – pong)				
Oglądanie imprez sportowych na dworze(np. piłka nożna)				
Zwiedzanie galerii sztuki, muzeum Zwiedzanie wystaw				
Zwiedzanie ciekawych miejsc				
Spotkania dyskusyjne				
Kursy wieczorowe				
Odwiedzanie krewnych u nich w domu				
Przyjmowanie krewnych w odwiedzinach u siebie				
Odwiedzanie przyjaciół, w tym także swojej dziewczyny/chłopaka				
Przyjęcia				
Imprezy oficjalne				
Dyskoteka, itp.				
Klub nocny/klub towarzyski				
Uprawianie sportu w pomieszczeniu				
Uprawianie sportu na dworze				
Uczestnictwo w klubie, stowarzyszeniu				
Pójście do kawiarni				
Jedzenie na mieście				
Udział w życiu kościelnym				

E – Q

- I. Czy jest Pan/i aktualnie zatrudniony/a? – dotyczy także pracy chronionej i chałupnictwa, warsztatów terapii zajęciowej, kursów szkoleniowych itp. oraz pracy w domu w charakterze gospodyni domowej.

1. Mam zatrudnienie 2. Nie mam zatrudnienia

- 1 a) Jeżeli jest Pan/i zatrudniony/a to:

- a. Jaka to jest praca? Ile godzin w tygodniu?
b. Od jak dawna ma Pan/i tę pracę?.....

- 1 b) Jeżeli aktualnie nie jest Pan/i nigdzie zatrudniony/a, to:

- a. Kiedy ostatnio był/a Pan/i zatrudniony/a?
b. Jaka to była praca?
c. Ile godzin tygodniowo?

- II. Czy jest Pan/i aktualnie pacjentem/ką oddziału dziennego?

1. Tak 2. Nie

- III a. Czy czuje się Pan/i zdolny/a do wykonywania jakiejś pracy?

1. Zdecydowanie tak
2. Miałabym trudności
3. Zdecydowanie nie mogę pracować

- III b. Jak często zajmuje się Pan/i poszukiwaniem pracy, np. chodzeniem do pośrednictwa pracy, czytaniem ogłoszeń?

1. Prawie nigdy
2. Rzadko
3. Czasami
4. Często

KWESTIONARIUSZ SF – 36

INSTRUKACJA: poniżej znajdują się pytania dotyczące Państwa zdrowia. Udzielenie na nie odpowiedzi pomoże zorientować się jak się Państwo czują i jak Państwo potrafią wykonywać zwykłe czynności.

1. Ogólnie powiedzieliby Państwo, że ich zdrowie jest: (zакreśl jedno określenie)	
doskonałe	1
bardzo dobre	2
dobre	3
niezłe	4
złe	5

2. W porównaniu do okresu przed rokiem, jakby Państwo ocenili obecnie swoje zdrowie? (zакreśl jedno określenie)	
dużo lepsze niż przed rokiem	1
nieco lepsze niż przed rokiem	2
prawie takie samo jak przed rokiem	3
nieco gorsze niż przed rokiem	4
znacznie gorsze niż przed rokiem	5

3. Poniższe pytania dotyczą typowych czynności, które mogą Państwo wykonywać w zwykłym dniu. Czy stan zdrowia obecnie ogranicza Państwa w wykonywaniu tych czynności? Jeżeli tak, to w jakim stopniu? (zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)	Tak, bardzo ogranicza	Tak, nieco ogranicza	Nie, nie ogranicza
a. czynności wysiłkowe, np. bieganie, podnoszenie ciężkich przedmiotów, męczące zajęcia sportowe	1	2	3
b. umiarkowane czynności, np. przestawianie stołu, odkurzanie, gry ruchowe	1	2	3
c. noszenie zakupów	1	2	3
d. wychodzenie po schodach na kilka pięter	1	2	3
e. wychodzenie po schodach na jedno piętro	1	2	3
f. schylenie się lub klękanie	1	2	3
g. przejście ponad 1 km	1	2	3
h. przejście około 500 m	1	2	3
i. przejście około 100 m	1	2	3
j. mycie się lub ubieranie	1	2	3

4. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu stanu zdrowia fizycznego wystąpiły jakieś z poniższych problemów w Państwa pracy lub codziennych zajęciach? (zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)	Tak	Nie
a. skrócenie ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach	1	2
b. osiągnięcie mniej niżby się chciało	1	2
c. ograniczenie rodzaju wykonywanej pracy lub innych czynności	1	2
d. mieli Państwo trudności w wykonywaniu pracy lub innych czynności	1	2

5. Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni z powodu problemów emocjonalnych (np. depresji, lęku) wystąpiły któreś z poniższych problemów w Państwa pracy lub codziennych czynnościach? <i>(zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)</i>	Tak	Nie
a. ograniczenie ilości czasu spędzanego na pracy lub innych czynnościach	1	2
b. osiągnięcie mniej niżby się chciało	1	2
c. wykonywali Państwo swoją pracę lub inne czynności mniej dokładnie	1	2

6. W jakim stopniu, w ciągu ostatnich 4 tygodni zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne wpływały na Państwa aktywność społeczną w kręgu rodziny, przyjaciół, sąsiadów lub innych grup? <i>(zakreśl jedną odpowiedź)</i>	
wcale	1
nieznacznie	2
średnio	3
dosyć	4
bardzo	5

7. Jak bardzo odczuwali Państwo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból fizyczny? <i>(zakreśl jedną odpowiedź)</i>	
żadnego	1
bardzo łagodny	2
łagodny	3
średni	4
silny	5
bardzo silny	6

8. Jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból przeszkadzał Państwu w normalnej pracy (wliczając pracę poza domem i w domu)? (zakreśl jedną odpowiedź)	
wcale	1
nieznacznie	2
średnio	3
dosyć	4
bardzo	5

9. Poniższe pytania dotyczą tego, jak się Państwu wiodło w ciągu ostatnich 4 tygodni. Proszę podać dla każdego pytania jedną odpowiedź, która najbliższej określa, jak się Państwo czuli. Przez jaki czas w ciągu ostatnich 4 tygodni. (zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)	cały czas	większość czasu	spory okres czasu	pewien czas	prawie nigdy	nigdy
a. czuli się pełni radości	1	2	3	4	5	6
b. byli bardzo nerwowi	1	2	3	4	5	6
c. czuli się tak smutni, że nic nie mogło ich rozweselić	1	2	3	4	5	6
d. czuli się spokojni i łagodni	1	2	3	4	5	6
e. mieli mnóstwo energii	1	2	3	4	5	6
f. czuli się przybici i smutni	1	2	3	4	5	6
g. czuli się wyczerpani	1	2	3	4	5	6
h. byli osobami szczęśliwymi	1	2	3	4	5	6
i. czuli się zmęczeni	1	2	3	4	5	6

10. Przez jaki okres w ciągu ostatnich 4 tygodni zdrowie fizyczne lub problemy emocjonalne przeszkadzały w Państwa aktywności społecznej (jak np. wizyty przyjaciół, krewnych itp.) (zakreśl jedną odpowiedź)	
cały czas	1
większość czasu	2
pewien czas	3
mało czasu	4
nigdy	5

11. Jak prawdziwe lub fałszywe jest dla Państwa każde z poniższych twierdzeń? (zakreśl tylko jedną cyfrę w każdym wierszu)	zdecydowanie prawdziwe	przeważnie prawdziwe	nie wiem	przeważnie fałszywe	zdecydowanie fałszywe
a. wydaję się ulegać chorobom łatwiej niż inni	1	2	3	4	5
b. jestem tak samo zdrowy/a jak znane mi osoby	1	2	3	4	5
c. oczekuje pogorszenia mojego stanu zdrowia	1	2	3	4	5
d. moje zdrowie jest doskonałe	1	2	3	4	5

MOJE DOŚWIADCZENIE CHOROBY

.....

Poniżej przedstawiono sześć par zdań opisujących – w sposób celowo skontrastowany – stosunek, jaki mogą mieć ludzie do przebytych przez siebie doświadczeń chorobowych, które w przeszłości powodowały ich pobyt w szpitalu psychiatrycznym.

Chcielibyśmy poznać Pana/i stosunek do własnych, dziś już minionych doświadczeń tego rodzaju. W tym celu prosimy o wypełnienie kwestionariusza. Należy z każdej pary zdań wybrać to, które bardziej odpowiada Panu/i przekonaniu i postawić krzyżyk nad jedną z kresek oddzielających te zdania od siebie. Krzyżyk powinien znaleźć się tym bliżej wybranego przez Pana/ią zdania, im bardziej jest ono zgodne z Pana/i odczuciem.

Przykładowo:

Jeżeli odpowiada Panu/i całkowicie zdanie B, należy zaznaczyć:

X
A --- : ---: ---: --- : --- B

Jeżeli odpowiada Panu/i całkowicie zdanie A, należy zaznaczyć:

X
A --- : ---: ---: --- : --- B

Jeżeli zdanie A odpowiada Panu/i tylko częściowo, należy zaznaczyć:

X
A --- : ---: ---: --- : --- B

Jeżeli zdanie B odpowiada Panu/i tylko częściowo, należy zaznaczyć:

X
A --- : ---: ---: --- : --- B

Jeżeli trudno zdecydować lub oba zdania są w Pana/i odczuciu w przybliżeniu jednakowo odpowiednie, należy zaznaczyć:

X
A --- : ---: ---: --- : --- B

.....		
-------	--	--

miało wiele wspólnego z innymi moimi doświadczeniami życiowymi	A --- : ---: ---: --- : --- B	nie miało nic wspólnego z innymi moimi doświadczeniami życiowymi
staram się o nim w ogóle nie myśleć	A --- : ---: ---: --- : --- B	mogę o nim myśleć zupełnie swobodnie
zauważam w nim przewagę stron dodatnich	A --- : ---: ---: --- : --- B	zauważam w nim przewagę stron ujemnych
ono także należy do mojego życia	A --- : ---: ---: --- : --- B	ono właściwie nie należy do mojego życia
wpłynęło na moje życie korzystnie	A --- : ---: ---: --- : --- B	wpłynęło na moje życie niekorzystnie
wspomnień o nim zawsze staram się unikać	A --- : ---: ---: --- : --- B	wspomnień o nim nigdy nie staram się unikać

SKALA PANSS

Nazwisko i imię.....Wiek.....

Płeć K M

Oddział.....

Dzień badania:	0	14	28	42	56	70	84
Data badania:							
1. Urojenia							
2. Formalne zaburzenia myślenia							
3. Omamy zdradzające zachowanie							
4. Pobudzenie							
5. Postawa wielkościowa							
6. Podejrzliwość/prześladowanie							
7. Wrogość							
8. Błady afekt							
9. Emocjonalne wycofanie się							
10. Utrudniony kontakt/porozumienie							
11. Bierność/apatia, społeczne wycofanie							
12. Zaburzenia myślenia abstrakcyjnego							
13. Mowa spontaniczna i urywana							
14. Myślenie stereotypowe							
15. Troska o zdrowie fizyczne							
16. Lęk							
17. Poczucie winy							
18. Napięcie							
19. Manieryzmy i postawy							
20. Depresja							
21. Zahamowanie ruchowe							
22. Brak współpracy							
23. Niezwykłe treści myślowe							
24. Dezorientacja							
25. Zaburzenia uwagi							
26. Brak krytycyzmu							
27. Zaburzenia woli							
28. Drażliwość							
29. Zaabsorbowanie własnymi myślami							
30. Czynne unikanie kontaktów społecznych							
RAZEM							

