

## **Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętność rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji**

### **Quality of life of schizophrenia patients and health related problem solving skills – comparison between the group of patients participated in social skills training and psychoeducation group**

Beata Kasperk, Katarzyna Spiridonow,  
Małgorzata Chądzyńska, Joanna Meder

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie  
Kierownik: dr n. med. J. Meder

#### **Summary**

**Aim:** The aim of this study was to obtain answers to the following questions:

1. Are there differences in the level of knowledge among the patients divided into two groups t. i. social skills training group (SSTG) and psychoeducation group (SG)?

2. Do the differences correlate with the level of subjective quality of life (SQOL)?

3. Does the participation at two groups influence SQOL and whether this correlates with two different methods of running of rehabilitation activities such as social skills training and psychoeducation?

**Method:** The group of 47 patients diagnosed with schizophrenia by DSM-IV were tested. They were divided into two groups: SSTG (24 persons) and SG (23 persons).

**Results:** The increase of knowledge in coping with schizophrenia symptoms was significant in the whole tested group but it was significantly higher in the training group. The SQOL and the level of knowledge in schizophrenia do not correlate. The level of SQOL decreased after taking part in social skills training.

**Conclusions:** 1) The participation at any of tested rehabilitation activities causes an increase in the knowledge of coping with the problems resulting from schizophrenia. 2) The level of knowledge in schizophrenia does not directly influence SQOL. The level of SQOL significantly decreased in SSTG. It suggests that clinicians should concentrate on the stage just after the training cycle in order to support the patients by

*Słowa klucze:* jakość życia, rehabilitacja, schizofrenia

*Key words:* quality of life, rehabilitation, schizophrenia

#### **Wstęp**

Przewlekła schizofrenia jest chorobą, która najczęściej przebiega z powtarzającymi się okresami remisji i pogorszeń, co powoduje, że pacjenci są często narażeni na wpływ

przedłużającego się i silnego stresu oraz na narastające i powtarzające się objawy chorobowe. Schizofrenia stawia pacjentów przed wieloma bardzo trudnymi problemami, często w ich pojęciu nierozwiązywalnymi, np. bezradność wobec nawrotów, poczucie braku kontroli nad tym, co się z nimi dzieje w sytuacji doświadczania silnych objawów psychotycznych, trudności w komunikowaniu swoich dolegliwości lekarzowi i rodzinie [1, 2]. Wielokrotne hospitalizacje powodują, że chorzy nie potrafią pełnić ról społecznych, tzn. tracą pracę, rodzinę, przyjaciół lub nigdy ich nie mieli. W konsekwencji poziom jakości życia w ocenie subiektywnej pacjentów jest znacznie niższy niż w populacji ogólnej [3, 4, 5]. Stosowanie leków antypsychotycznych w leczeniu i rehabilitacji osób psychicznie chorych nie rozwiązuje w pełni tych problemów. Zajęcia mające na celu uczenie rozwiązywania problemów związanych z chorobą stwarzają możliwość poprawy społecznej funkcjonowania chorych. Dotychczasowe badania wskazują, iż behawioralne treningi umiejętności społecznych są skuteczną metodą rehabilitacji osób przewlekle chorych na schizofrenię. Trening radzenia sobie z objawami psychozy istotnie zwiększa wiedzę pacjentów na temat mechanizmów choroby oraz poprawia ich umiejętności rozwiązywania problemów, jakie w związku z nią napotykają, zwiększa także umiejętności komunikacji międzyludzkiej oraz podnosi umiejętność korzystania z placówek psychiatrycznej służby zdrowia [6, 7].

Trudności pacjentów przewlekle chorych psychicznie w rozwiązywaniu problemów są ściśle związane z obrazem klinicznym chronicznej formy schizofrenii, tzn., że takie jej objawy, jak np. stale utrzymujące się zaburzenia myślenia objawiające się kłopotami z koncentracją uwagi oraz trudnościami w tworzeniu pojęć [8, 9], prowadzą do nieadekwatnego spostrzegania rzeczywistości [10], rozumienia zależności rządzących nią, a co za tym idzie trudności w rozwiązywaniu problemów.

Obraz kliniczny schizofrenii, w tym szczególnie objawy negatywne (wycofanie się społeczne, bierność, apatia) wpływają na umiejętność myślenia problemowego [11]. Niekiedy deficyty poznawcze, polegające na trudnościach w rozwiązywaniu problemów, poprzedzają wybuch choroby [12]. Najskuteczniejszą formą pracy z pacjentami mającymi tego typu objawy są metody treningowe [13] zorientowane na rozwiązywanie konkretnych problemów interpersonalnych mających aktualny odnośnik społeczny, np. sytuacja rodzinna. Dzięki treningom pacjenci mają możliwość zrozumienia wielu sytuacji społecznych i wytworzenia nowych wzorców zachowań [14]. Z badań Sawickiej wynika, że osoby uczestniczące w treningu umiejętności społecznych wyraźnie zwiększyły swoje zdolności rozwiązywania problemów w sytuacjach społecznych [15, 16].

### Trening radzenia sobie z objawami choroby

Trening ten jest przeznaczony dla osób z zaburzeniami psychotycznymi, na przykład w przebiegu schizofrenii. Prowadzony jest technikami behawioralnymi, tj. za pomocą: modelowania, informacji zwrotnych, odgrywania scenek, pozytywnych wzmocnień, powtarzania. Zawiera 4 zakresy umiejętności:

- rozpoznawanie zwiastunów nawrotu choroby
- radzenie sobie ze zwiastunami nawrotu i opracowanie planu kryzysowego
- radzenie sobie z objawami przewlekłymi

- unikanie alkoholu i narkotyków.

Pacjenci dowiadują się, jakie są najczęstsze zwiastuny i objawy przewlekłe w chorobach psychicznych, uczą się rozpoznawać i monitorować własne sygnały ostrzegawcze i objawy stale utrzymujące się, uczą się technik radzenia sobie z objawami choroby i uzyskiwania pomocy od bliskich i personelu służby zdrowia, poznają skutki picia alkoholu i brania narkotyków oraz sposoby unikania i odmawiania ich użycia. Na podstawie uzyskanych informacji pacjenci przy pomocy terapeutów opracowują plan kryzysowy, czyli kolejne kroki, jakie należy podjąć, gdy objawy psychozy zaczynają się nasilać.

Trening radzenia sobie z objawami choroby odbywa się dwa razy w tygodniu po 45 minut i trwa 4 do 5 miesięcy.

#### Podobieństwa i różnice między treningiem umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą (TPRP) a psychoedukacją

Podobieństwa między treningiem a psychoedukacją dotyczą głównie prezentowanych treści. Na jednych i drugich zajęciach poruszane są następujące tematy:

- przyczyn choroby
- jej przebiegu
- rodzaju objawów
- leczenia
- sposobów radzenia sobie z chorobą.

Różnice dotyczą sposobu przekazu wyżej wymienionych treści. W czasie treningu są stosowane metody dyrektywne opisane wyżej, mające na celu nauczenie konkretnych umiejętności. W trakcie zajęć psychoedukacyjnych wymiana treści odbywa się na zasadzie dyskusji, zachęcania do niej, dzielenia się własnym doświadczeniem oraz emocjami. Jest to metoda niedyrektywna, nie korzystająca ze specyficznych technik uczenia.

Niniejsza praca stanowi kontynuację badań nad jakością życia osób przewlekle chorych psychicznie rozpoczętych w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w 1995 roku.

#### Cel

Doświadczenie przewlekłej choroby psychicznej jest czymś, co sprawia pacjentom wiele trudności w codziennym życiu: proszenie bliskich o pomoc w sytuacji zbliżającego się nawrotu psychozy, rozmowy z lekarzem na temat swoich objawów i leczenia. W związku z tym w niniejszej pracy postawiono problem dotyczący powszechnie stosowanych form uczenia osób przewlekle chorych psychicznie umiejętności radzenia sobie z chorobą i ich wpływu na poczucie jakości życia. Celem pracy była odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy istnieją różnice w poziomie nabywanych umiejętności u pacjentów otrzymu-

- jących w różnym stopniu ustrukturowane informacje na temat swojej choroby?
2. Czy różnice te są związane z różnicami w poziomie ich subiektywnej jakości życia?
  3. Czy uczestnictwo w zajęciach wpływa na subiektywny poziom jakości życia pacjentów i czy ma ona związek ze stylem prowadzenia zajęć?

### Opis badanej grupy

W badaniach wzięło udział 47 pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię podzielonych na 2 grupy:

I grupa – pacjenci uczestniczący w behawioralnym treningu rozwiązywania problemów związanych z chorobą (24 osoby),

II grupa – pacjenci uczestniczący w zajęciach psychoedukacyjnych (23 osoby).

Do badań były kwalifikowane osoby z rozpoznaniem schizofrenii wg DSM-IV, w wieku od 18 do 60 lat, z co najmniej 5-letnim stażem choroby, mających w wywiadzie co najmniej dwie hospitalizacje psychiatryczne; bez cech uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego i uzależnienia od alkoholu.

Wszyscy pacjenci byli przebadani dwukrotnie – przed zajęciami i po ich zakończeniu.

Tabele 1 i 2 przedstawiają charakterystykę badanych grup. W zakresie zmiennych demograficznych nie różnią się one między sobą. Zbadano łącznie 26 mężczyzn i 21 kobiet, o średniej wieku 38 lat, średnim czasie chorowania prawie 15 lat i liczbie hospitalizacji – średnio – 12.

Tabela 1

Porównanie jednorodności grup pod względem zmiennych niezależnych

Zmienna	Frekwencja wyników w grupie		Ciepłota	Wartość p*
	behawioralnej	psychoedukacyjnej		
Płeć mężczyźni kobiety	16 9	11 12	20 21	0,312
Wykształcenie podstawowe/wzrostkowe średnie/wyższe	0 16	12 11	21 20	0,312
Status cywilny kawaler/panna żona lub w związku wzrostkowy	10 5	12 5	37 10	0,04
Współmieszkanie z rodziną lub sam z własną rodziną	22 2	10 4	41 8	0,352

\* równoważność grup badano za pomocą testu Chi<sup>2</sup>

Tabela 2

Porównanie jednorodności grup pod względem zmiennych niezależnych

Zmienna	Średnie wyniki w grupie		Ogółem	Uartbocep*
	behawioralnej	psychoedukacyjnej		
Wiek	36,50	39,57	38,00	0,268
Czas choroby(w latach)	14,54	15,39	14,96	0,719
Liczba hospitalizacji	10,96	13,26	12,09	0,346

\* różnice między grupami badano za pomocą testu t-Studenta

Stan psychiczny

Średnia ogólnych objawów patologicznych mierzonych skalą PANSS przed zajęciami wynosiła w całej grupie 41,57, a po zajęciach 37,09. Poziom nasilenia objawów obniżył się po zajęciach w badanej grupie.

Metody

W badaniach wykorzystano następujące skale i kwestionariusze:

A. Kwestionariusz Rozwiązywania Problemów Związanych z Chorobą, KRP (skonstruowany na podstawie Symptom Self-Management Module R.P. Libermana), składający się z dziewięciu sytuacji problemowych; w przypadku pięciu z nich zadaniem badanego jest określenie celu bohatera występującego w tej sytuacji (jest nim zazwyczaj pacjent), przeszkody stojącej na drodze do celu i podanie wszystkich możliwych rozwiązań tego problemu. Oto przykładowa sytuacja: „Proszę sobie wyobrazić, że jest Pan/i w następującej sytuacji. Rozmawia Pan/i z osobą, która zgodziła się pomóc Panu/i w zidentyfikowaniu zwiastunów (sygnałów ostrzegawczych) Pana/i choroby. Po chwili rozmowy osoba ta dochodzi do wniosku, że właśnie występują u Pana/i owe zwiastuny. Pan/i sądzi, że to jest nieprawda”. W przypadku czterech pozostałych sytuacji zadaniem badanego jest jedynie podanie możliwych rozwiązań lub sposobu, w jaki należy się w danej sytuacji zachować. Nie ma w tym kwestionariuszu górnej granicy punktów, gdyż ich liczba zależy od liczby podawanych przez badanego rozwiązań.

B. Kwestionariusz do Badania Jakości Życia R.P. Libermana – składa się z 17 pytań dotyczących różnych sfer życia pacjenta, np.: Jak czuje się Pan/i myśląc ogólnie o swoim życiu? Na każde pytanie badany odpowiada korzystając z 7-punktowej skali, w której 1 oznacza „okropnie, strasznie”, a 7 – „zachwycony, wspaniale”. Badany może uzyskać od 17 do 119 punktów.

C. PANSS (Positive and Negative Syndrom Scale) – do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych.

D. Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych.

Wyniki

Nabywanie umiejętności w radzeniu sobie z problemami związanymi z chorobą

W celu odpowiedzi na pierwsze pytanie przeprowadzono porównania średnich wyników uzyskanych w Kwestionariuszu Rozwiązywania Problemów Związanych

z Chorobą (tabela 3). Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami wykazały istotne efekty interakcji czynników: grupa i pomiar ( $F_{3,17,77}$ ;  $p < 0,01$ ). Przed rozpoczęciem zajęć grupy badane nie różniły się istotnie statystycznie między sobą pod względem umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą (tabela 3). Po zajęciach poziom badanych umiejętności wzrósł w obu grupach i była to zmiana istotna statystycznie, przy czym wzrost ten był istotnie wyższy w grupie behawioralnej (tabela 3a, 3b, wykres 1).

Tabela 3

Kwestionariusz Rozwiązywania Problemów Związanych z Chorobą (KRP)

Grupa	Obecnie wyników w grupach	
	przed zajęciami	po zajęciach
Behawioralna	41,83	47,40
Psychoedukacyjna	41,20	47,87
Cała grupa	41,55	47,61

Tabela 3a

Różnice między grupami w poszczególnych pomiarach

	Wynik testu t	Uwahoosp
Przed zajęciami	0,14	0,887
Po zajęciach	3,46	0,00 *

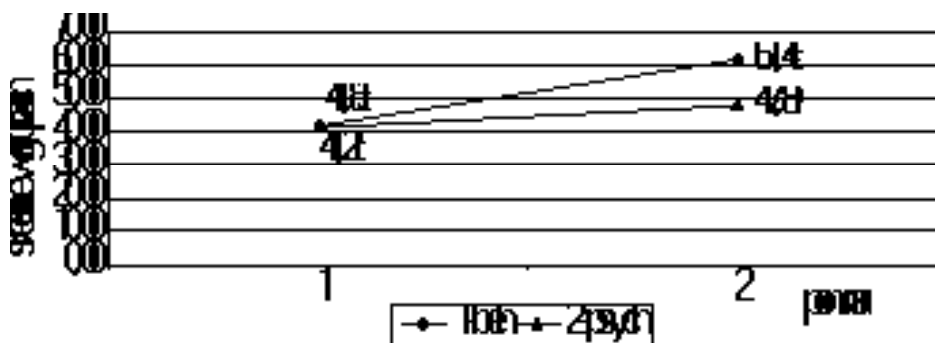
\* badane grupy różnią się istotnie pod względem poziomu nabytej wiedzy po zajęciach

Tabela 3b

Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach

Grupa	Wynik testu t	Uwahoosp
Behawioralna	7,20	0,000 *
Psychoedukacyjna	4,86	0,000

\*poziom nabytej wiedzy wzrósł istotnie bardziej w grupie behawioralnej w porównaniu z grupą psychoedukacyjną



Wykres 1 Nabywanie wiadomości w grupie behawioralnej i psychoedukacyjnej

Umiejętności radzenia sobie z objawami choroby a jakość życia

Odpowiedź na drugie pytanie badawcze uzyskano licząc współczynniki korelacji między poziomem jakości życia pacjentów przed zajęciami i po zajęciach a poziomem ich wiedzy na temat radzenia sobie z problemami związanymi z chorobą. Okazało się, że zarówno w całej badanej grupie, jak i w grupach behawioralnej i psychoedukacyjnej poziom subiektywnej jakości życia pacjentów i poziom ich wiedzy nie wiązały się ze sobą istotnie (przy poziomie istotności  $p < 0,05$ ). Wszystkie współczynniki korelacji między tymi zmiennymi zamieszczono w tabeli 4.

Tabela 4

Współczynniki korelacji r-Pearsona między wynikami w Kwestionariuszu do Badania Jakości Życia i w Kwestionariuszu Rozwiązywania Problemów Związanych z Chorobą (KRP)

	Cała grupa N=47		Gr. behawioralna N=24		Gr. psychoedukacyjna N=23	
	Jakość życia I	√ II	√ I	√ II	√ I	√ II
KRPbad. I	-0,012	-0,182	0,148	-0,250	-0,172	-0,118
KRPbad. II	-0,026	-0,117	0,131	-0,032	-0,157	0,030
KRPEL I**	-0,011	0,145	0,079	0,186	-0,054	0,007
KRPEL II**	-0,012	0,111	-0,128	-0,076	0,045	0,217
KRPPRZ* I	-0,030	0,145	0,040	0,010	0,038	0,141
KRPPRZ II	-0,126	-0,060	-0,206	-0,139	-0,105	0,015
KRPRZUJ* I	0,036	-0,285	0,157	-0,398	-0,123	-0,126
KRPRZUJ II	-0,037	-0,201	0,136	-0,055	-0,267	-0,172

\*PRZ – przeszkoda w sytuacji problemowej; \*\*ROZW – liczba rozwiązań; \*\*\*CEL I – określenie celu w sytuacji problemowej w badaniu I; \*\*\*\*CEL II – określenie celu w sytuacji problemowej w badaniu II

Styl prowadzenia zajęć a jakość życia

W celu odpowiedzi na trzecie pytanie porównano wyniki w Kwestionariuszu do Badania Jakości Życia w grupie behawioralnej i psychoedukacyjnej przed zajęciami i po zajęciach. Wyniki analizy wariancji z powtarzanymi pomiarami wykazały istotne statystycznie różnice między pomiarami ( $F_{2,5,05} = 5,03$ ;  $p = 0,03$ ). Okazało się, że poziom jakości życia obniżył się istotnie w grupie behawioralnej po zajęciach treningowych (tabela 5, 5a, wykres 2).

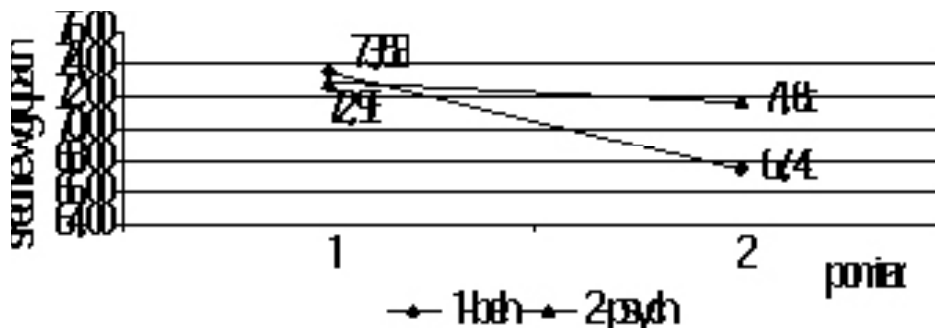
Tabela 5

Jakość życia

Grupa/ pomiar	Obecnie wyniki jakości życia w grupach	
	przed zajęciami	po zajęciach
Behawioralna	73,58	67,40
Psychoedukacyjna	72,00	71,05
Cała grupa	73,28	69,51

Tabela 5a

Różnice między pomiarami w poszczególnych grupach		
Grupa	wynik testu t	wartość p
Behawioralna	2,30	0,021
Psychoedukacyjna	0,02	0,503



Wykres 2 Jakość życia

### Omówienie wyników

Drugie pytanie badawcze postawione w niniejszej pracy dotyczy związku między różnicami w poziomie wiedzy nabywanej przez pacjentów a różnicami w poziomie jakości życia w ich ocenie własnej. Odpowiedzi na nie udzielono analizując współczynniki korelacji między wynikami w Kwestionariuszu do Badania Jakości Życia i w Kwestionariuszu Rozwiązywania Problemów Związanych z Chorobą (KRP). W badanej grupie poziom subiektywnej jakości życia nie wykazywał związku z poziomem umiejętności radzenia sobie z objawami choroby, zarówno w grupie pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym, jak i w grupie uczęszczającej na zajęcia psychoedukacyjne. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie radzenia sobie z objawami choroby nie wzrastał poziom jakości życia. Stało się tak, mimo iż poziom wiedzy w obu grupach pacjentów istotnie wzrósł. Rozważania nad skutecznością treningu behawioralnego i psychoedukacji w rehabilitacji osób przewlekle chorych psychicznie nie są przedmiotem rozważań w niniejszym doniesieniu, a pierwsze pytanie badawcze zostało przedstawione w celu zobrazowania czytelnikowi procesu nabywania wiedzy dotyczącej choroby w badanych grupach (tabele: 3, 3a, 3b). Niektórzy autorzy badający współzależność między poziomem funkcjonowania chorych na schizofrenię a ich jakością życia uzyskują analogiczne wyniki. Arns i Linney [17] w badanej przez siebie grupie pacjentów zauważyli, iż poziom funkcjonowania społecznego nie wykazuje związku z poczuciem własnej wartości i satysfakcją z życia. Corten, Mercier i Pelc [18], na podstawie wyników swoich badań, twierdzą, iż programy nastawione na samodoskonalenie różnią się od tych, które nastawione są na zwiększenie satysfakcji z życia. W związku z tym, jak piszą, lepsze funkcjonowanie społeczne, w tym również radzenie sobie z objawami choroby, niekoniecznie musi wiązać się ze wzrostem jakości życia.

Odpowiedź na trzecie pytanie badawcze uzyskano porównując wyniki w poziomie jakości życia w ocenie własnej pacjentów przed zajęciami i po zajęciach w obu grupach. Grupy nie różniły się istotnie statystycznie pod względem poziomu jakości życia przed zajęciami. Zaskakujący, choć tylko pozornie, wydaje się końcowy wynik w Kwestionariuszu do Badania Jakości Życia, szczególnie w grupie uczestniczącej w treningu behawioralnym. W grupie tej istotnie obniżył się poziom jakości życia w ocenie subiektywnej pacjentów. Można by się spodziewać, że dzięki umiejętności radzenia sobie z objawami choroby jakość życia pacjentów wzrośnie. W niniejszych badaniach wynik wykazuje przeciwną tendencję, prawdopodobnie z co najmniej dwóch powodów. Po pierwsze – umiejętności czy też wiedza pacjentów oraz ich jakość życia były badane po zakończeniu cyklu zajęć. Pacjenci, którzy otrzymali i przyswoili stosunkowo dużą ilość wiedzy, nie zdołali jeszcze w wystarczającym stopniu przetestować jej w życiu codziennym i w pełni zweryfikować jej użyteczności. Niezbędne wydaje się więc zbadanie poziomu jakości życia po kolejnych kilku miesiącach. W celu sprawdzenia, jak kształtuje się poziom jakości życia, warto byłoby zbadać pacjentów po raz trzeci, w kilka miesięcy po zakończeniu zajęć, gdy nabyte umiejętności zostaną bardziej utrwalone. Po drugie – nie bez znaczenia pozostaje fakt, że pacjenci wchodzący w fazę coraz lepszej remisji, ze stopniowo wzrastającym krytycyzmem i wiedzą na temat swojej choroby, zaczynają prawdopodobnie porównywać się z ludźmi zdrowymi, zdając sobie lepiej sprawę ze swoich deficytów i trudności [19]. Zanim wprowadzą w życie nowe sposoby radzenia sobie z nimi ich subiektywna jakość życia może pogarszać się.

### Dyskusja

W zakresie badań nad wpływem różnych form terapii na poziom jakości życia przewlekle chorych psychicznie najwięcej prac dotyczy porównania jakości życia pacjentów szpitali psychiatrycznych z jakością życia chorych objętych odpowiednią opieką środowiskową oraz zmian jakości życia osób, które opuściły szpital. W badaniach Pinkeya i wsp. [19] oceniano skuteczność dwóch programów rehabilitacyjnych, stworzonych na Uniwersytecie w Bostonie. Oba koncentrowały się raczej na uczeniu pacjentów umiejętności radzenia sobie w różnych trudnych sytuacjach życiowych niż na uczeniu radzenia sobie z objawami choroby. Aż 96% pacjentów biorących udział w tym programie stwierdziło, że ich jakość życia wzrosła w wyniku opuszczenia szpitala. Halford i wsp. [20] sprawdzali skuteczność uczestnictwa w programie rehabilitacji psychoedukacyjnej, aby ocenić, czy spowodowało ono zmniejszenie m.in. poziomu jakości życia. U większości badanych spowodował on poprawę ich jakości życia. Praca Simpsona i wsp. [21] odkrywa różnice w jakości życia pacjentów przebywających w trzech różnych ośrodkach: na oddziale psychiatrycznym szpitala ogólnego, skoncentrowanym na leczeniu ostrych epizodów choroby, w hostelu należącym do szpitala, zorientowanym behawioralnie, oraz w mieszkaniach grupowych dających większą niezależność. Wystąpiła tu tendencja do wyższego poziomu jakości życia osób przebywających w mieszkaniach grupowych. Wyniki badań wskazują, że ich mieszkańcy mają większe zadowolenie z sytuacji życiowej oraz kontaktów społecznych.

Większość prac nad wpływem różnych form terapii na jakość życia pacjentów

koncentruje się na obszernych programach rehabilitacyjnych obejmujących różnorodne formy oddziaływań. W niniejszej pracy skoncentrowano się na wpływie pojedynczej specyficznej umiejętności na subiektywną jakość życia pacjentów, tj. umiejętności radzenia sobie z objawami psychozy. Wydaje się, że ta umiejętność może mieć szczególnie wpływ na podniesienie jakości życia pacjentów, gdyż pomaga w zapobieganiu nawrotom w schizofrenii, a tym samym zmniejsza ryzyko hospitalizacji na oddziale pełnodobowym [22].

W badaniach omawianych w niniejszej pracy poziom umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach związanych z chorobą podniósł się istotnie zarówno w grupie pacjentów uczestniczących w modelu behawioralnym rehabilitacji, jak i psychoedukacyjnym, lecz jednocześnie obniżył się poziom jakości życia, przy czym w grupie behawioralnej istotnie. Mogło mieć na to wpływ pogłębienie wglądu w chorobę związane ze wzrostem krytycyzmu. Ułatwienie akceptacji choroby lub niepełnosprawności uznawane jest w literaturze za podstawowy sposób podtrzymywania jakości życia w obliczu stresujących wydarzeń, jakie niesie ze sobą choroba [20, 21]. W związku z tym w programach rehabilitacyjnych stworzonych dla osób borykających się z przewlekłą schizofrenią powinny być zawarte moduły mające na celu pomoc chorym w radzeniu sobie z psychozą [23]. Akceptacja choroby psychicznej powoduje zmniejszenie odczuwania negatywnych stanów uczuciowych, frustracji i złości, niemniej zaakceptowanie choroby psychicznej jest bardzo problematyczne, gdyż dla niektórych pacjentów oznacza obniżenie poczucia własnej wartości i statusu społecznego [20]. Taka sytuacja mogła mieć miejsce w badanej grupie pacjentów. Wymaga to dalszych badań. Pogłębiony wgląd w chorobę i brak jej akceptacji mógł obniżyć jakość życia pacjentów. Warner uważa [20], że jest bardzo ważne, aby terapeuci pomagali pacjentom w rozwijaniu poczucia kontroli i wglądu we własną chorobę. Wiedza o tym, jak radzić sobie z konsekwencjami choroby psychicznej, może być bardzo pomocna w procesie rehabilitacji, gdyż łączy się z większą efektywnością leczenia, a co za tym idzie – obniża poziom objawów i dzięki temu zmniejsza odrzucenie społeczne [20]. Powstaje pytanie, czy pacjenci, którzy nie uczestniczą w programach rehabilitacyjnych nastawionych na radzenie sobie z objawami choroby, mają wyższe subiektywne poczucie jakości życia.

### **Wnioski**

1. Uczestnictwo w zajęciach powoduje nabywanie umiejętności i wiedzy na temat radzenia sobie z problemami wynikającymi z choroby. Trening behawioralny wydaje się bardziej efektywny od zajęć psychoedukacyjnych.
2. Poziom umiejętności i wiedzy na temat rozwiązywania problemów związanych z chorobą nie ma bezpośredniego wpływu na poziom subiektywnie odczuwanej jakości życia przez pacjentów przewlekle chorych psychicznie.
3. Uczestnictwo w zajęciach na temat rozwiązywania problemów związanych z chorobą wpływa na poziom subiektywnie odczuwanej jakości życia. Może mieć to związek ze stylem prowadzenia zajęć. Poziom jakości życia obniżył się istotnie w grupie pacjentów prowadzonych metodą treningu behawioralnego. Może to

oznaczać, że terapeuci prowadzący zajęcia powinni uwzględnić etap tuż po ich zakończeniu – gdy uczestnicy konfrontują się z nabytymi umiejętnościami – polegający na wzmocnieniu pacjentów oraz udzieleniu im pomocy i wsparcia.

**Er=lnnâi cęcic aieuiúo řęçodlicie č nd'niainn' ec drçdrlie d'diaele, na' çriiúo n aielçiuť  
- ndrâilic adod'd' d'roclina, o-rnnaoçucó  
â aloracidreüine ndlicdiael č d'ncôiyaoeröcč**

**Niãdçriçl**

**Çrârilçl çnnelaiaricé:** Çrârilçl drânü áue inãln íf nêlaotuçl aíd'dinü:

1. Nóulnnaoçn ec drçec=ç' â oðiaíl d'dciadlnrléúo nd'niainnle ó aieuiúo, d'ieo=řtucó â drçec=iie nãl'dlic, nãdoenodiuł çioðeröcč íf nleó nãile aielçie?

2. Bãe' tñn' ec ynç drçec=ç' nã' çriiueč n drçec=ç' ec â oðiaíl cö nóáuleñçaiie iölięç er=lnnâr cęcic ?

3. Aec' ln ec o-rnncł â çri' nç' ö íf nóáuleñçaiiue oðialiü er=lnnâr cęcic d'roclina č nóulnnaoçn ec nã' çü ni nncelè d'dialalic' çri' nçé?

**Èlnia:** A çnnelaiaricé' ö d'çei' ei' o-rnncł 47 d'roclina aieuiúo řęçodlicie, drçaleliiúo íf aal adod'd'u: d'roclinu, d'çieçtucó o-rnncł â aloracidreüine ndlicdiael drçä' çuâric' d'diaele, na' çriiúo n aielçiuť (24 ÷leiãler) č adod'd'r, o-rnnaoçur' â d'ncôiyaoeröcçiuúo çri' nç' ö (23 ÷leiãler).

**Dçöeünrñü:** Dçiadlnlicl nd'niainnle â drçdrlie d'diaele, na' çriiúo n aielçiuť, nóulnnałii aiçdinèi â ialçó adod'd'rö, iãirçei ynř nd'niainnñü áuer aieurle â aloracidreüine adod'd'l. Ai anle çnnelaiaricé adod'd'l erç aloracidreüine, nrç č d'ncôiyaoeröcçiuúe oðialiü nóáuleñçaiie iölięç er=lnnâr cęcic çnnelaiaricé adod'd' č oðialiü çiricé íl áueč nóulnnałiueč.

Oðialiü er=lnnâr cęcic nóulnnałiue iãdçie niçççen' ó alor-ãlçerüine adod'd'l d'ineł ndlicdiai=iúo çri' nçé.

**Áuaiaü:** 1. O-rnncł â çri' nç' ö dçaiãç ç d'çiadlnlicť nd'niainnle č d'çiricé íf nleó drçdrlie cęcçliiúo d'diaele, çnôia' uçó çç ířç=ç' aielçie. Aloracidreüir' ndlicdiaer, d'i-ãcãçeiéó, aielł ýoðeñçair in d'ncôiyaoeröcçiuúo çri' nçé.

2. Oðialiü nd'niainnç č çiricé íf nleó drçdrlie d'diaele, na' çriiúo n aielçiuť, íl çelłn íldnãlãnnãłiãai aec' ic' íf oðialiü, nóáuleñçaii iölicãrlèiaí er=lnnâr cęcic d'roclinařč n öðiiç=lnęçč nã=licle d'ncöç=lnęçai d'rnãndieñnâr.

3. O-rnncł â çri' nç' ö íf nleó drçdrlie d'diaele, na' çriiúo n aielçiuť, aec' ln íf oðialiü nóáuleñçaii iöli' leiãr er=lnnâr cęcic. Yni eiçln áunü nã' çrii ni nncelè d'dialalic' çri' nçé. Oðialiü er=lnnâr cęcic nóulnnałii niçççen' â adod'd'l d'roclina d'diaicéúo elniãie aloracidreüine ndlicdiaeç. Yni eiçln nãcãlnleünnãiarñü i nne, =ni nldrd'lanü, d'diaia' ucl çri' nç' aieçiu ó-çnuãrñü ynřd' ndrçó el d'ineł cö ierj=ric', çiaar o-rnriçç çri' nçé eriodii- nçdöyn n d'çiadlnliiueč nd'niainn' ec, nãni' uççé íf d'iaãlçel d'roclina č ierçricç cö d'ieiuč č aiãlçé'.

**Lebensqualität der Schizophrenkranken und die Fähigkeit der Lösung der mit der Krankheit verbundenen Probleme – Vergleich der Patientengruppen, die an dem behavioralen Training und Psychobildung teilnehmen**

**Zusammenfassung**

**Ziel der Untersuchungen:** Das Ziel der Arbeit war, folgende Fragen zu beantworten:

1. Gibt es Unterschiede im Level der erworbenen Fähigkeiten bei den Patienten, die strukturalisierte Informationen über ihre Krankheit in unterschiedlichem Grad bekommen?
2. Sind diese Unterschiede mit den Unterschieden im Level ihrer subjektiven Lebensqualität verbunden?
3. Beeinflusst die Beteiligung an dem Training den subjektiven Level der Lebensqualität bei den Patienten und hat es einen Zusammenhang mit der Art und Weise der Trainingsführung?

**Methode:** An den Untersuchungen nahmen 47 Patienten teil, die chronisch krank an Schizophrenie waren. Sie wurden in 2 Gruppen geteilt: Patienten, die an dem behavioralen Training der Lösung der mit der Krankheit verbundenen Probleme teilnahmen (24 Personen) und die Gruppe, die an der Psychobildung teilnahm (23 Personen).

**Ergebnisse:** Die Erwerbung der Kenntnisse bei der Lösung der Probleme, die mit der Krankheit verbunden sind, stieg bedeutend in beiden Gruppen, wobei dieses Anwachsen viel größer in der behavioralen Gruppe war. In der ganzen untersuchten Gruppe und in den behavioralen Gruppen und Gruppe mit Psychobildung hing der Level der subjektiven Lebensqualität der untersuchten Patienten und der Wissenslevel nicht bedeutend zusammen.

Der Lebensqualitätlevel sank sehr in der behavioralen Gruppe nach dem Training.

**Schlussfolgerungen:** 1. Die Teilnahme an dem Training verursacht die Erwerbung der Kenntnisse und des Wissens über die Lösung der Probleme, die aus der Krankheit resultieren. Der behaviorale Training scheint effektiver zu sein als die Psychobildung.

2. Der Kenntniss- und Wissenslevel über die Lösung der mit der Krankheit verbundenen Probleme hat keinen direkten Einfluss auf den Level der subjektiv empfundenen Lebensqualität durch die chronisch psychisch kranken Patienten.

3. Die Teilnahme an dem Training zur Lösung der mit der Krankheit verbundenen Probleme beeinflusst den Level der subjektiv empfundenen Lebensqualität. Es kann auch mit der Art und Weise der Trainingsführung verbunden sein. Der Level der Lebensqualität sank sehr in der Gruppe der Patienten, die an dem behavioralen Training teilnahmen. Es kann bedeuten, dass die Therapeuten eine gewisse Etappe schon nach der Beendigung des Trainings berücksichtigen sollten, wenn die Teilnehmer mit den erworbenen Kenntnissen konfrontiert werden. Es soll die Patienten stärken, ihnen helfen und sie unterstützen.

### **La qualité de vie des schizophrènes et la capacité de solution des problèmes liés avec cette maladie – comparaison des groupes des patients suivant la thérapie du training social (social skills training) et de la psychoéducation**

#### **Résumé**

**Objectif:** On vise à répondre aux questions suivantes:

1. Les différences concernant le niveau des capacités acquises des patients informés sur leur maladie existent – elles?
2. Est-ce que ces différences se lient avec le niveau subjectif de leur qualité de vie?
3. Est-ce que la thérapie suivie influe sur le niveau subjectif de la qualité de vie et est-ce que ce niveau se lie avec les méthodes thérapeutiques?

**Méthode:** On examine 47 schizophrènes chroniques divisés en 2 groupes: a) 24 personnes suivant le training social, b) 23 personnes suivant la psychoéducation.

**Résultat:** Les capacités de résoudre les problèmes liés avec la maladie accroissent dans les deux groupes et elles accroissent beaucoup plus dans le groupe suivant le training social. Le niveau subjectif de la qualité de vie et le niveau d'information concernant la maladie ne se lient pas d'une façon importante.

**Conclusions:** 1. La participation aux thérapies examinées cause l'acquisition la connaissance et des capacités de résoudre les problèmes liés avec la maladie. Le training social semble être plus effectif que la psychoéducation.

2. Le niveau des capacités et de connaissance ne se lie pas avec le niveau subjectif de la qualité de vie des schizophrènes.

3. La participation aux thérapies liées avec la solution des problèmes causés par la maladie influe sur le niveau subjectif de la qualité de vie. Cela semble se lier avec les méthodes thérapeutiques. Dans le groupe suivant le training social le niveau de la qualité de vie diminue d'une manière importante. On suggère que les thérapeutes doivent se concentrer sur le dernier

étape de la thérapie pour renforcer les résultats et donner le support aux patients.

### Piśmiennictwo

1. Breier A, Strauss JS. *Self-control in psychotic disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40: 1141–1145.
2. Liberman RP, Fuller TR. *Generalizacja treningów umiejętności społecznych w schizofrenii*. W: Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
3. Lehman AF. *The well-being of chronic mental patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1983; 40: 369–373.
4. Lehman AF, Ward NC, Linn L. *Chronic mental patients: The quality of life issue*. Am. J. Psychiatry 1982; 139, 10: 1271–1276.
5. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. *Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych*. Psychiatr. Pol. 1998; 3: 297–306.
6. Meder J, Morawiec M, Sawicka M. *Sytuacje trudne w ocenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przebywających w psychiatrycznych oddziałach dziennych Warszawy*. Post. Psychiatr. Neurol. 1993; 22: 415–421
7. Meder J. *Osoby z zaburzeniami psychicznymi. W: Problem niepełnosprawności w poradnictwie zawodowym. Zeszyty informacyjno-metodyczne doradcy zawodowego*. Krajowy Urząd Pracy, Warszawa; 1998, s. 145–162.
8. Goldstein G, Shemansky WJ. *Influences on cognitive heterogeneity in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1995; 18: 59–69.
9. Goldstein G, Zubin J. *Neuropsychological differences between young and old schizophrenics with and without associated neurological dysfunction*. Schizophr. Res. 1990; 3: 117–126.
10. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia*. T1. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa; 1994.
11. Corrigan PW, Addis IB. *The effects of cognitive complexity on a social sequencing task in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1995; 16: 137–144.
12. Saykin AJ i wsp. *Neuropsychological deficits in neuroleptic naive patients with first episode schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 124–131.
13. Bender MP, Pilings S. *A study of the variables associated with underattendance at psychiatric day center*. Psychol. Med. 1985; 15: 102–109.
14. Belack AS i wsp. *Social problem solving in schizophrenia*. Schizophr. Bull 1989; 15: 101–116.
15. Sawicka M. *Wpływ treningów umiejętności społecznych na nabywanie kompetencji społecznych przez osoby przewlekle chore na schizofrenię*. Praca doktorska (maszynopis).
16. Sawicka M, Meder J. *Kompleksowa rehabilitacja pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię jako źródło zmian w zachowaniu i życiu emocjonalnym – wyniki wstępne*. Post. Psychiatr. Neurol. 1996; 5: 393–399.
17. Arns PG, Linney IA. *Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits*. Psychiatr. Serv. 1995; 46, 3: 260–265.
18. Corten P, Mercier C, Pelc I. *Subjective quality of life: clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry*. Psychiatr. Epidemiol. 1994; 29: 178–183.
19. Pinkey AA, Gerber GJ, Lafave HG. *Quality of life after psychiatric rehabilitation: the client's perspective*. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 93: 86–91.
20. Halford WK, Harrison C, Kalyansundram, Moutrey C, Simpson S. *Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients*. Psychiatr. Serv. 1995; 46, 11:

1189–1191.

21. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. *The mentally ill in community facilities. A study of quality of life*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 77–82.
22. Kravetz S, Faust M, David M. *Accepting illness label, perceived control over the illness, and quality of life*. Psychiatr. Reh. J. 2000; 23: 323–332.
23. Linkowski DC. *A scale to measure acceptance of disability*. Reh. Cons. Bull. 1971; 14: 236–244.

Otrzymano: 9.10.2001

Zrecenzowano: 28.11.2001

Przyjęto do druku: 8.03.2002

Adres: Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej  
IPiN