

Lekarz psychiatra w procesie leczenia i zdrowienia osób chorych na schizofrenię

The role of a psychiatrist in treatment and recovery process of persons suffering from schizophrenia

Maryla Sawicka¹, Katarzyna Charzyńska²

¹ Instytut Psychologii Stosowanej Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

² Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. hum. M. Sawicka

Summary

Objectives: Research results indicate that possibility of building a therapeutic relationship in schizophrenia treatment facilitates better functioning, more effective reduction in psychotic symptoms and fulfillment of patients' personal goals. The aim of the present study was to investigate whether patients systematically cooperating with psychiatrists are more scrupulous in complying with doctors' orders and whether their social and clinical functioning is more effective, while compared to noncompliant patients.

Methods: 300 patients suffering from schizophrenia were included in the study. Patients were divided into two groups: experimental group including patients systematically cooperating with their doctors, and control group including non-cooperative patients. Data was collected during single interview with the use of the Questionnaire of Pharmacological Treatment Assessment, Life Satisfaction Scale, Emotions Control Scale, Life Orientation Scale, General Self-Efficacy Scale, The positive and negative syndrome scale for schizophrenia and Socio-demographic Questionnaire.

Results: While compared to non-cooperative patients, patients systematically cooperating with their psychiatrists were more compliant with treatment, had wider knowledge about their treatment and were more satisfied with its effects. They also demonstrated better social functioning, more frequent professional activity and better assessment of their lives in terms of being in control, optimism and life satisfaction.

Conclusions: Results indicate that systematic cooperation with a doctor facilitates better functioning of patients with schizophrenia.

Słowa klucze: psychiatra, zdrowienie, schizofrenia

Key words: psychiatrist, recovery, schizophrenia,

Wstęp

Manfred Bleuler, opisując sytuację psychologiczną osób chorych na schizofrenię, podkreśla ich trudności w tworzeniu trwałych związków, co istotnie wpływa na brak poczucia bezpieczeństwa, a nawet przeżywanie zagrożenia [1]. Brak kontaktów i związków interpersonalnych powoduje poczucie bezradności, poczucie bycia na marginesie i nieuczestniczenia w podziale dóbr i korzyści wynikających z życia społecznego. Stąd tak ważne staje się tworzenie warunków umożliwiających powrót osób chorujących na schizofrenię do społeczeństwa. Jednym z najważniejszych warunków jest współpraca z psychiatrą. [2].

Badania wskazują, że w przypadku leczenia osób chorych na schizofrenię ważne jest, aby budowanie związku terapeutycznego rozpoczęło się jeszcze podczas hospitalizacji pacjenta, tak aby można było wytworzyć między głównymi postaciami relację nazwaną „przedzwiązkową”. Jest to szczególnie potrzebne pacjentom z bardziej nasilonymi objawami psychotycznymi i pacjentom o chronicznym przebiegu psychozy [3]. Jest to powolny proces, który podzielony jest na kolejne fazy. W pierwszej pacjent poznaje osobę leczącą, w drugiej podejmuje decyzję o współpracy, a następnie, po blisko półrocznej fazie wstępnej, rozpoczyna się powolne budowanie „sojuszu”. W przypadku osób chorych na schizofrenię samo budowanie dobrego i skutecznego związku może trwać nawet przez kilka lat [4].

Możliwość zbudowania związku terapeutycznego w leczeniu schizofrenii sprzyja lepszemu funkcjonowaniu [5, 6], skuteczniejszemu zmniejszeniu nasilenia objawów psychotycznych [5] oraz realizacji celów osobistych pacjentów [7]. Zwiększa się także skrupulatność w przestrzeganiu zaleceń medycznych [8, 9].

Cel

Celem prezentowanego badania było udzielenie odpowiedzi na pytania: Jak przebiega systematyczna współpraca pacjentów chorych na schizofrenię z leczącym psychiatrą na przestrzeganie zaleceń medycznych? Czy ci pacjenci lepiej funkcjonują społecznie i klinicznie? Czy lepiej oceniają siebie i swoje życie w wymiarach: satysfakcji, poczucia sprawstwa, optymizmu, autokontroli emocji negatywnych?

Material

Do celów badania wykorzystano następujące kwestionariusze:

1. Kwestionariusz Oceny Leczenia Farmakologicznego – perspektywa pacjenta. Narzędzie opracowane w Klinice Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii do oceny współpracy pacjenta z lekarzem w następujących zakresach: skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, wiedzy na temat leków i zasad ich przyjmowania, umiejętności rozpoznawania objawów psycho-

- tycznych i różnicowania ich z objawami ubocznymi farmakoterapii, częstości wizyt w poradni [10];
2. Skala Satysfakcji z Życia, Skala Kontroli Emocji (ocena subiektywnej kontroli: gniewu, lęku, przygnębienia), Test Orientacji Życiowej (ocena poziomu optymizmu), Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (poczucie sprawstwa) [11];
 3. Kwestionariusz Danych Społeczno-Demograficznych – opracowanie własne;
 4. Rodzina pacjenta lub osoby bliskie były jednorazowo proszone o wypełnienie Skali Funkcjonowania Społecznego, w wersji dla opiekuna lub rodziny, autorstwa M. Birchwooda. Skala umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorych na schizofrenię w następujących siedmiu zakresach: wychodzenie z izolacji, komunikacja i więzi interpersonalne, kontakty społeczne, rekreacja i rozrywka, samodzielność, aktywność zawodowa [12];
 5. Skala Pozytywnych i Negatywnych Objawów Schizofrenii autorstwa Kay, Fiszbein i Opler w opracowaniu Rzewuskiej [13].

Istotność różnic między średnimi sprawdzano za pomocą testu t-Studenta i jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA), a w przypadku zmiennych nieparametrycznych testu U Manna–Whitneya. Zgodność rozkładów zmiennych niezależnych, które były mierzone na skalach nominalnych, oceniano za pomocą testu χ^2 . Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Metoda

W badaniu wzięło udział 300 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, zgodnie z klasyfikacją ICD-10.

Pierwsza grupa, właściwa, składała się ze 150 pacjentów, którzy spełniali następujące kryteria: wiek od 25 do 55 lat, rozpoznanie schizofrenii, opieka i leczenie ambulatoryjne sprawowane przez jednego psychiatrę od minimum 3 lat, systematyczny kontakt z psychiatrą przynajmniej raz w miesiącu, nasilenie objawów psychotycznych w momencie badania najwyższe na poziomie umiarkowanie ciężkim (PANSS), brak zmian organicznych mózgu stwierdzony na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej, utrzymywanie częstych kontaktów z rodziną lub innymi osobami bliskimi.

Druga grupa, kontrolna, obejmowała 150 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, którzy spełniali następujące kryteria: leczenie w określonej poradni od przynajmniej 3 lat, bez wyraźnie wyodrębnionego, jednego lekarza prowadzącego oraz nieregularny kontakt z poradnią. Pozostałe kryteria kwalifikacji dotyczące wieku, sytuacji społeczno-demograficznej i klinicznej były podobne jak w grupie właściwej.

W badaniu wzięły udział także rodziny lub osoby bliskie pacjentów oraz lekarze psychiatrzy leczący pacjentów z grupy właściwej.

Wyniki

Charakterystyki społeczno-demograficzne i kliniczne badanych grup

Obydwie grupy różniły się pomiędzy sobą ze względu na płeć oraz wykształcenie. Ponadto w grupie właściwej 29% osób badanych nie posiadało orzeczonej grupy inwalidzkiej, w grupie kontrolnej takich osób było mniej – 17%. Aktualnie pracowało ponad 37% osób w grupie właściwej i tylko 9% w grupie kontrolnej. W ciągu ostatnich 6 miesięcy przed badaniem pacjenci z grupy właściwej byli u psychiatry średnio 7 razy, a z grupy kontrolnej raz (tab. 1).

Tabela 1. Dane społeczno-demograficzne i kliniczne (N = 300)

Zmienne społeczno-demograficzne i kliniczne	Grupa właściwa N = 150	Grupa kontrolna N = 150
Płeć		
Kobiety	89 (59%)	67 (45%)
Mężczyźni	61 (41%)	83 (55%)
Wiek (średnia)	41 lat	40,6 roku
Status osobisty		
Osoby niebędące w związkach	112 (75%)	118 (79%)
Osoby będące w związku	38 (25%)	32 (21%)
Wykształcenie		
podstawowe	25 (16,7%)	48 (32%)
średnie	85 (56,7%)	71 (47,3%)
wyższe	40 (26,6%)	31 (20,7%)
Czas trwania choroby (średnia)	15,9 roku	14,7 roku
Liczba hospitalizacji (średnia)	7	7
Brak grupy inwalidzkiej	43 (29%)	26 (17%)
Zatrudnienie	56 (37,3%)	14 (9,3%)
Liczba wizyt u psychiatry w ciągu ostatnich 6 miesięcy (średnia)	7	1

Ocena leczenia farmakologicznego – perspektywa pacjenta

Otrzymane wyniki wskazują, że pacjenci z grupy właściwej dysponowali istotnie większą wiedzą na temat dawek przyjmowanych przez siebie leków aniżeli pacjenci z grupy kontrolnej. Ponad połowa badanych z grupy pacjentów będących w trwałej relacji z lekarzem psychiatrą oceniała pozytywnie skuteczność swoich leków jako „większość pomaga” i „wszystkie pomagają”. Także w tej grupie pacjenci deklarowali przyjmowanie leków na poziomie ponad 75% i nikt z badanych nie przejawiał

tendencji do odstawienia leków, przeciwnie niż to miało miejsce w grupie kontrolnej. Szczegółowe dane przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Ocena leczenia farmakologicznego.
Porównanie dwóch grup (liczebność, wartość procentowa; N = 300)

	Grupa właściwa	Grupa kontrolna	Wartość statystyki	p
Rozpoznanie				
– nie jest znane	40 (26,7%)	50 (33,3%)	$\chi^2 = 1,5$	n.s.
– znane	110 (73,3%)	100 (66,7%)		
Nazwy leków				
– nie są znane	12 (8%)	13 (8,7%)	$\chi^2 = 5,3$	n.s.
– znana 1 nazwa	52 (34,7)	35 (23,3%)		
– znane 2 nazwy	55 (36,7)	64 (42,7%)		
– znane 3 nazwy	22 (14,7%)	30 (20%)		
– znane 4 nazwy	8 (5,3%)	7 (4,7%)		
– znanych 5 i więcej	1 (0,7%)	1 (0,7%)		
Dawki leków				
– nie są znane	25 (16,7%)	63 (42%)	$\chi^2 = 26,03$	p = 0,000
– znane dawki 1 leku	121 (80,7%)	85 (56,7%)		
– znane dawki 2 leków	2 (1,3%)	1 (0,7%)		
– znane dawki 3 leków	0	1 (0,7%)		
– znane dawki 4 leków	2 (1,3%)	0		
Skuteczność leków				
– brak	3 (2%)	12 (8%)	$\chi^2 = 17,1$	p = 0,004
– niektóre	6 (4%)	11 (7,3%)		
– część z nich	24 (16%)	40 (26,7%)		
– większość	51 (34%)	35 (23,3%)		
– wszystkie	66 (44%)	52 (34%)		
Zażywanie leków				
– nie zażywa	0	4 (2,7%)	$\chi^2 = 23,05$	p = 0,000
– zażywa 25%	1 (0,7%)	3 (2%)		
– zażywa 50%	2 (1,3%)	21 (14%)		
– zażywa 75%	29 (19,3%)	23 (15,3%)		
– zażywa 100%	118 (78,7%)	99 (66%)		
Identyfikowanie objawów polekowych				
– brak	81 (54%)	83 (55,3%)	$\chi^2 = 0,88$	n.s.
– 1 objaw	38 (25,3%)	38 (25,3%)		
– 2 objawy	16 (10,7%)	16 (10,7%)		
– 3 objawy	10 (6,7%)	7 (4,7%)		
– 4 objawy	4 (2,7%)	4 (2,7%)		
– 5 objawów	1 (0,7%)	2 (1,3%)		

n.s. – niestotnie statystycznie

Funkcjonowanie społeczne

Wyniki dotyczące ocen osób bliskich pokazały, że porównywane grupy różniły się istotnie statystycznie między sobą pod względem wszystkich wymienionych zakresów funkcjonowania społecznego (tab. 3).

Tabela 3. Ocena funkcjonowania społecznego – wartości średnie (N = 300)

	Grupa właściwa	Grupa kontrolna	Wartość statystyki	p
Wychodzenie z izolacji	117,6 (SD = 13,33)	97,16 (SD = 11,17)	t = 14,4	0,000
Więzi międzyludzkie	117,4 (SD = 19,84)	102,4 (SD = 17,12)	t = 6,99	0,000
Kontakty społ.	109,5 (SD = 15,87)	98,4 (SD = 26,6)	Z = -9,25	0,000
Rekreacja i rozrywka	97,5 (SD = 16,74)	82,2 (SD = 13,94)	t = 8,6	0,000
Samodzielność realizowana	106,2 (SD = 17,79)	95 (SD = 23,04)	t = 2,1	0,000
Samodzielność możliwa	108,8 (SD = 16,11)	97,8 (SD = 12,82)	t = 6,5	0,000
Praca i role społ.	103,5 (SD = 9,81)	97 (SD = 7,32)	t = 6,3	0,000

t – test t-Studenta, Z – test U Manna-Whitneya, SD – odchylenie standardowe

Psychologiczne czynniki determinujące ocenę siebie i własnego życia

Otrzymane wyniki wskazują, że pacjenci systematycznie współpracujący z lekarzem psychiatrą opisywali siebie i swoje życie jako bardziej satysfakcjonujące. Siebie oceniali jako osoby bardziej optymistycznie patrzące na świat i skuteczniej radzące sobie z problemami – w porównaniu z grupą kontrolną (tab. 4).

Tabela 4. Psychologiczne czynniki oceny siebie i własnego życia – wartości średnie (N = 300)

	Grupa właściwa	Grupa kontrolna	Wartość statystyki	Istotność
Skala kontroli gniewu	19,15 (SD = 5,64)	19 (SD = 7,14)	F = 0,015	n.s
Skala kontroli przygnębienia	17,7 (SD = 4,77)	18,3 (SD = 5,98)	F = 1,09	n.s
Skala kontroli lęku	18,3 (SD = 5,73)	18,3 (SD = 6,66)	F = 0,002	n.s
Sprawstwo	25 (SD = 5,16)	20,3 (SD = 5,64)	F = 11,78	0,000
Optymizm	29,9 (SD = 6,58)	23,3 (SD = 7,19)	F = 59,4	0,000
Satysfakcja z życia	20,3 (SD = 6,6)	15,8 (SD = 5,91)	F = 39,28	0,000

F – ANOVA, n.s. – nieistotnie statystycznie, SD – odchylenie standardowe

Nasilenie objawów psychotycznych

Otrzymane wyniki pokazują, że grupy różniły się istotnie statystycznie pod względem nasilenia objawów pozytywnych schizofrenii oraz pod względem średniej wartości ogólnego wyniku skali (tab. 5).

Tabela 5. Nasilenie objawów psychotycznych – wartości średnie (N = 300)

Objawy schizofrenii	Grupa właściwa	Grupa kontrolna	Wartość statystyki	p
Pozytywne	12,9 (SD = 2,9)	13,5 (SD = 1,49)	t = -2,88	0,004
Negatywne	11,5 (SD = 2,6)	11,7 (SD = 1,7)	t = -0,56	n.s
Wynik ogólny	56,3 (SD = 8,8)	58,2 (SD = 5,2)	t = -2,29	0,02

t – test t-Studenta, n.s – wynik nieistotny statystycznie, SD – odchylenie standardowe

Omówienie wyników

W badanej grupie znalazło się więcej kobiet niż mężczyzn, co odzwierciedla opisywaną w literaturze przedmiotu tendencję do szybszego powrotu do środowiska kobiet w porównaniu z dłużej hospitalizowanymi mężczyznami, którzy stopniowo przechodzą przez kolejne etapy leczenia i rehabilitacji szpitalnej [14]. Jednak szczegółowe analizy pokazały, że grupy istotnie różniły się pod względem proporcji kobiet i mężczyzn – więcej kobiet było w grupie właściwej, wyodrębnionej ze względu na systematyczny kontakt z lekarzem psychiatrą. Większa liczba kobiet w leczeniu ambulatoryjnym jest prawdopodobnie wynikiem ich szybszego powrotu do środowiska po kryzysie psychotycznym. Na to zjawisko może się składać wiele czynników związanych z nieco odmiennym sposobem dochodzenia do zdrowia kobiet aniżeli mężczyzn. Przede wszystkim wydaje się, że więcej kobiet niż mężczyzn ma pełne poczucie choroby, pomimo toczącego się procesu psychotycznego z towarzyszącymi mu zaostrzeniami i załamaniem stanu zdrowia [15]. Także sam stan remisji powoduje, że mężczyźni w mniejszym stopniu niż kobiety mają tendencję do ujawniania się, opisywania swojego samopoczucia, mówienia o sobie. Wolą anonimowość i tym samym niczym nie zakłócać spokoju. Spada także ich zapotrzebowanie na wsparcie ze strony innych ludzi do poziomu niższego niż przed zachorowaniem [16]. Jakubik i Piaskowska w swoich badaniach nad osobowością alienacyjną podkreślają, że kobiety chorujące na schizofrenię są dużo bardziej gotowe i otwarte na pomoc płynącą od innych ludzi aniżeli chorujący mężczyźni [17]. Tak opisywane czynniki związane z płcią mogą przyczyniać się do większej tendencji do poszukiwania pomocy u psychiatry i łatwiejszego wchodzenia z nim w relacje. Innym ważnym czynnikiem, mogącym wpływać na tę proporcję, może być także fakt odnotowany w badaniach Muerser i wsp., mianowicie, że kobiety z reguły uzyskują wyższy poziom przystosowania społecznego niż mężczyźni, a nawet dysponują wyższym poziomem zdolności społecznych [14]. Zdolności te powodują, że pomimo braku różnic w samym przebiegu choroby kobiety szybciej wracają do swoich aktywności przedchorobowych i trudniej z nich rezygnują. Konsekwencją tych umiejętności jest także otrzymywanie większego wsparcia społecznego, jakie kobiety są w stanie wyegzekwować ze swojego środowiska, co ma szczególne znaczenie podczas sytuacji kryzysowych. Posiadane przez kobiety kompetencje społeczne umożliwiają im bardziej efektywne redukcjonowanie stresu i zagrożenia, co w rezultacie przyczynia się do skrócenia czasu hospitalizacji i motywuje do pełnego wykorzystywania możliwości, jakie daje leczenie ambulatoryjne. Także sam poziom

współpracy podczas leczenia jest dużo niższy w przypadku mężczyzn aniżeli kobiet chorych na schizofrenię [14].

Należy odnotować, że grupa pacjentów systematycznie współpracująca i leczona miała zdecydowanie dużo więcej osiągnięć w obszarze społeczno-zawodowym w porównaniu z grupą kontrolną. Pacjenci z grupy właściwej byli osobami lepiej wykształconymi, rzadziej otrzymywali orzeczenie o grupie inwalidzkiej, częściej byli zatrudnieni. Także dużo częściej zgłaszali się na wizyty do psychiatry. Analizując zmienne społeczno-demograficzne, należy zauważyć, że być może fakt stałej współpracy z psychiatrą złagodził koszty choroby w grupie właściwej, przyczynił się do lepszego utrzymywania się na rynku pracy, zmniejszył tendencję do „inwalidyzacji” pacjentów oraz sprzyjał osiągnięciu przez nich wyższego poziomu wykształcenia. Oczywiście można przypuszczać, że osoby lepiej współpracujące z psychiatrami wyjściowo miały lepsze kompetencje do radzenia sobie z chorobą. Częściowo zostało to potwierdzone poprzez chociażby strukturę demograficzną grupy właściwej, zdominowaną przez kobiety, które lepiej radzą sobie z samą psychozą i wynikającymi z niej konsekwencjami.

Ocena skuteczności leczenia farmakologicznego jest zależna nie tylko od efektywności stosowanego leku, ale także od czynników wiążących się przede wszystkim z przestrzeganiem zaleceń medycznych, skrupulatnością i współpracą pacjenta z lekarzem. Brak przestrzegania zaleceń medycznych jest efektem przewlekłości schizofrenii, konieczności kontynuowania leczenia także poza szpitalem, omawianego już problemu, jakim jest niesatysfakcjonujący pacjenta przebieg leczenia, destabilizacja społeczna towarzysząca chorobie oraz brak więzi terapeutycznej łączącej pacjenta z osobą leczącą [18, 19]. W analizach przedstawionych przez Kane’a i Leuchta zaproponowano klasyfikację poziomów współpracy z psychiatrą. Stwierdzono, że pacjent przestrzega zaleceń medycznych, kiedy pozwala sobie na niestosowanie do 20% dawek leków. Poziom od 20% do 80% nieprzestrzegania zaleceń traktowany jest jako częściowy brak współpracy w tym zakresie. Przekroczenie poziomu 80% uznawane jest za niestosowanie się do wymogów medycznych [20]. W analizach przeprowadzonych w prezentowanym badaniu, w grupach wyodrębnionych w zależności od systematycznej współpracy z lekarzem psychiatrą lub braku takiej współpracy, odnotowano istotne różnice w zakresie skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń lekarskich. W grupie właściwej nie było pacjentów, którzy całkowicie odstawili leczenie, przeciwnie niż to miało miejsce w grupie kontrolnej. W grupie właściwej badani deklarowali, że przyjmują leki na poziomie wskazującym, że jest to dobra współpraca w tym zakresie i że średnio nie zażywają do 25% zaleconych leków. Należy zaznaczyć, że w praktyce klinicznej sporadycznie zdarzają się pacjenci, którzy nigdy nie eksperymentowali z dawkami leków czy z całkowitym ich odstawieniem. Wydaje się, że stanowi to naturalny element chorowania w drodze do osiągnięcia wglądu. Badania wskazują, że średnio w praktyce ambulatoryjnej od 28% do nawet 80% pacjentów podejmuje decyzje o zaniechaniu leczenia. Ponad połowa pacjentów z rozpoznaną schizofrenią przyjmuje inne dawki leków o innych porach dnia, niż zalecił lekarz [18, 21]. W analizowanym przypadku pacjenci z grupy właściwej osiągnęli stosunkowo dobry wynik. Należy zaznaczyć, że towarzyszyła im istotnie lepsza orientacja w poziomie zażywanych dawek leków. Nie

bez znaczenia w tym przypadku było prawdopodobnie także to, że pacjenci z grupy właściwej mieli znacznie większe poczucie skuteczności działania przyjmowanych leków niż osoby z grupy kontrolnej. Tak jak w wielu przypadkach podczas leczenia schizofrenii, tak i tu wystąpienie jednego faktu pociąga za sobą kolejny, brzemienny w skutki. Brak współpracy z psychiatrą przyczynia się do nawarstwienia problemów w adekwatnej samoocenie nasilenia psychopatologii przez pacjenta i tym samym skutkuje brakiem, adekwatnego do potrzeb, dostosowania leczenia. Także niesatysfakcjonujące leczenie przyczynia się do spadku motywacji pacjenta do współpracy, wgłębiania się w swoje problemy, czy w ogóle podejmowania dyskusji na temat farmakoterapii i swojej sytuacji zdrowotnej. Niewątpliwym faktem jest zaobserwowana różnica pomiędzy grupami w skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń. Uogólniając, można stwierdzić, że sam fakt systematycznych wizyt, realizowanych przez dłuższy czas, u jednego i tego samego lekarza psychiatry, istotnie różnicuje grupy pod względem przestrzegania zaleceń i wiedzy na temat zażywanych leków. Jednocześnie należy także odnotować, że pacjenci w obydwu grupach mają sporą wiedzę na temat swojej choroby. Natomiast zastanawia inny fakt kliniczny. Pomimo tak istotnych różnic w poziomie współpracy pomiędzy porównywanymi grupami ilość hospitalizacji w obydwu grupach była na takim samym poziomie. Oczywiście nie jest jasne, co było przyczyną hospitalizacji w obydwu badanych grupach. Czy przyczyną były zawsze zaostrzenia stanu zdrowia, czy też np. planowe hospitalizacje wynikające z chęci zmiany leczenia, czy efekt wglądu chorobowego, gdy pacjent przeszkolony w monitorowaniu swoich objawów prodromalnych sam prewencyjnie szuka pomocy w szpitalu psychiatrycznym. Ta prewencja znana jest pod nazwą „kontrolni nad chorobą” i może skutkować zachowaniami traktowanymi jako realizowanie wyuczonego planu kryzysowego [22]. Jednak należy podkreślić fakty odnotowane w badaniach, które są jednoznaczne: brak współpracy jest przyczyną zaostrzeń choroby i rehospitalizacji. Nawrót objawów w ciągu roku występuje u blisko 16% chorych przestrzegających zaleceń lekarskich oraz u nawet 74% pacjentów ich nieprzestrzegających [21].

Przestrzeganie zaleceń lekarskich w tym zakresie zależy od złożonego czynnika współpracy pomiędzy pacjentem a leczącym go psychiatrą [23]. Doniesienia badawcze podkreślają, że może to być najbardziej znaczący z czynników wpływających na poziom współpracy w leczeniu ambulatoryjnym poza murami szpitala psychiatrycznego [24].

Funkcjonowanie społeczne pacjentów chorych na schizofrenię

W prezentowanym badaniu funkcjonowanie społeczne osób chorych na schizofrenię analizowano na podstawie wyników uzyskanych od osób najbliższych pacjentom, które oceniały ich codzienne życie. Otrzymane wyniki pozwalają na jednoznaczną konkluzję, że porównywane grupy istotnie różniły się między sobą pod względem poziomu funkcjonowania społecznego. W opiniach rodzin pacjentów grupa właściwa dużo lepiej funkcjonowała, aniżeli grupa kontrolna, we wszystkich porównywanych zakresach. Funkcjonowanie społeczne osób chorujących na schizofrenię jest wynikiem złożonych czynników związanych z przebiegiem choroby oraz z szeroko rozumianymi

jej następstwami osobistymi i społecznymi. W obszarze następstw społecznych szczególnie brzemiennie w skutki są konsekwencje schizofrenii związane ze stygmatyzacją chorobą psychiczną oraz brakiem wsparcia społecznego i wyizolowaniem ze swojego środowiska. To wyizolowanie społeczne odczuwane jest jako osamotnienie, izolacja od innych znaczących osób oraz poczucie pozostawania na uboczu ważnych obszarów życia, które często są pamiętane jako istotne i kiedyś absorbujące [17]. Dla tego typu pacjentów fakt posiadania osoby bliskiej ma niezwykle ważne znaczenie. W sieci społecznej osób chorych na schizofrenię psychiatra, niejako automatycznie, zajmuje to znaczące miejsce. Kepiński podkreślał, że to właśnie psychiatra często jest jedyną osobą, która broni pacjenta przed samotnością w schizofrenii i tym samym ma szansę na modyfikowanie jego funkcjonowania społecznego [25].

Funkcjonowanie osobowe pacjentów chorych na schizofrenię

W schizofrenii proces chorobowy oraz jego dalekosiężne konsekwencje powodują zaburzenie poczucia tożsamości. Negatywnymi konsekwencjami procesu chorobowego są: zaniżona ocena swoich możliwości radzenia sobie z pojawiającymi się trudnościami, brak poczucia podmiotowości własnych działań oraz ich ciągłości i powtarzalności w życiu. To skutkuje pesymistycznym nastawieniem do efektów swojej aktywności oraz osłabia funkcjonowanie społeczne i zawodowe. Efektem tak przejawiających się problemów z własną tożsamością jest niejednoznaczna ocena własnego życia oraz zadowolenia z niego [26].

Obraz własnego położenia życiowego pacjentów chorych na schizofrenię może oddziaływać demobilizująco, gdy dochodzi do prób zmiany swojej sytuacji życiowej. Jednak badania wskazują, że takim źródłem zmian może stać się specyficznie ukształtowana sieć wsparcia społecznego zbudowana z osób znaczących dla pacjenta [27]. Niewątpliwie takimi osobami są profesjonaliści, a osoba psychiatry obdarzona jest szczególnym znaczeniem [28].

Idąc tym tokiem rozumowania, w prezentowanym badaniu postanowiono przeanalizować znaczenie współpracy z lekarzem psychiatrą dla różnych wymiarów osobowych pacjentów. Otrzymane wyniki raz jeszcze potwierdzają wcześniejsze stwierdzenie, że fakt współpracy z lekarzem w ciągu lat korzystnie różnicuje grupy pacjentów współpracujących od tych niemających takich doświadczeń. Odnotowane różnice dotyczą, przede wszystkim, poczucia zaradności życiowej, optymizmu oraz zadowolenia z życia pacjentów chorych na schizofrenię. Pacjenci długo i systematycznie współpracujący z lekarzem psychiatrą są bardziej optymistycznie nastawieni do swojego życia i do swojej w nim roli aniżeli pacjenci z grupy kontrolnej. Optymizm jest postawą życiową, która może być wzmacniana poprzez korzyści płynące z mobilizowania, tą drogą, wsparcia społecznego. Optymistyczna postawa życiowa aktywizuje sieć wsparcia społecznego, w myśl zasady, że pomocy udziela się tym osobom, u których widzi się pozytywne nastawienie do życia i optymizm co do przyszłości. Tym samym dyspozycyjny optymizm zwiększa dostępność wsparcia społecznego i w badaniach jest traktowany jako jedna z wielu korzyści wynikających z tej optymistycznej postawy [29]. Wzmacnianie optymizmu wiąże się z korzyściami dostrzeganymi w radzeniu sobie

w realnym życiu. Badania wskazują, że taka postawa życiowa sprzyja opanowaniu podczas nieoczekiwanych zdarzeń, mniejszemu nasileniu przeżywanego lęku, budowaniu poczucia własnej wartości oraz stosowaniu adaptacyjnych sposobów radzenia sobie [30]. Optymizm jest związany z aktywnymi, zadaniowymi i emocjonalnymi strategiami radzenia sobie z trudnymi sytuacjami oraz odwrotnie proporcjonalnie wiąże się ze strategiami unikowymi [31]. Optymistyczna postawa życiowa z jednej strony stymuluje tworzenie i pomocowe działanie sieci wsparcia społecznego, a z drugiej, dzięki temu, sama jest stymulowana do konsolidowania się jako jeden z wymiarów tożsamości.

Przyjmowanie pesymistycznej vs optymistycznej postawy życiowej przez pacjentów chorych na schizofrenię może łączyć się ze społecznymi konsekwencjami choroby traktowanymi jako demoralizacja. Demoralizacja obejmuje swoim znaczeniem poczucie bezradności wobec choroby, beznadziejności swojego losu, obniżony poziom samooceny, przygnębienie, rozdrażnienie oraz pesymistyczne nastawienie do swojej przyszłości. Taki obraz demoralizacji pacjentów chorych na schizofrenię jest wynikiem stosowania nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie z odrzuceniem społecznym oraz napiętnowaniem [32]. Przelamywanie dyskryminacji społecznej i konsekwencji demoralizacji pacjentów wynikających z faktu zachorowania na schizofrenię jest możliwe poprzez dostarczanie wsparcia i zdystansowanej opieki przez znaczącą osobę, jaką jest lekarz psychiatra.

Wnioski

W wyniku przeprowadzonych badań w grupie 300 pacjentów chorych na schizofrenię i ich rodzin stwierdzono, że pacjenci systematycznie współpracujący z psychiatrami w porównaniu z pacjentami pozbawionymi takich doświadczeń:

- są bardziej skrupulatni w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, dysponują większą wiedzą na temat swojego leczenia oraz są bardziej zadowoleni z jego efektów,
- lepiej funkcjonują społecznie i są bardziej aktywni zawodowo,
- lepiej oceniają siebie i swoje życie pod względem: poczucia sprawstwa, optymizmu, satysfakcji z życia. Nie odnotowano różnic istotnych statystycznie pod względem radzenia sobie z trudnymi emocjami.

Piśmiennictwo

1. Bleuler M. *Schizophrenie als besondere entwicklung*. W: Dorner K. red. *Neue praxis braucht neue theorie*. Gutersloh: Verlag Jakob van Hoodis; 1986. s. 18–25.
2. Cechnicki A. *Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii*. W: Bomba J. red. *Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2000. s. 37–45.
3. Selzer MA, Carsky M, Gilbert B, Weiss W. *The shared field: a precursor stage in the development of a psychotherapeutic alliance with the hospitalized chronic schizophrenic patient*. *Psychiatry*. Nov. 1984; 47(4): 324–332.

4. Penn DL, Mueser KT, Tarrrier N, Gloege A, Cather C. *Supportive therapy for Schizophrenia: Possible mechanisms and implications for adjunctive psychosocial treatments*. Schizophr. Bull. 2004; 30(1): 101–112.
5. Neale MS, Rosenheck RA. *Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program*. Psychiatr. Serv. 1995; 46(7): 719–721.
6. Svensson B, Hansson L. *Therapeutic alliance in cognitive therapy for schizophrenic and other long-term mentally ill patients: Development and relationship to outcome in an in-patient treatment programme*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 99: 281–287.
7. Gehrs M, Goering P. *The relationship between the working alliance and rehabilitation outcomes of schizophrenia*. Psychosoc. Rehabil. J. 1994; 18: 45–53.
8. Frank AF, Gunderson JG. *The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47: 228–236.
9. Olfson M, Mechanic D, Hansell S. *Predicting medication noncompliance after hospital discharge among patients with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. 2000; 51: 216–222.
10. Meder J. *Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 1995.
11. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
12. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Welton R, Copestake S. *The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients*. Br. J. Psychiatry 1990; 157: 853–859.
13. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13(2): 261–276.
14. Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL. *Gender, social competence and symptomatology in schizophrenia. A longitudinal analysis*. J. Abnorm. Psychol. 1990; 99(2): 138–147.
15. Dębowska G, Chuchra M, Karakuła H, Grzywa A. *Związek wglądu w chorobę z płcią w grupie chorych na schizofrenię paranoidalną*. Badania nad schizofrenią 2001; 3(3): 299–300.
16. Chuchra M, Karakuła H, Dębowska G, Grzywa A. *Potrzeby psychologiczne kobiet i mężczyzn chorych na schizofrenię paranoidalną*. Badania nad schizofrenią 2001; 3(3): 297–298.
17. Jakubik A, Piaskowska K. *Osobowość alienacyjna a schizofrenia paranoidalna*. Studia Psychologica. 2000; 1(1): 69–80.
18. Mitchel AJ, Selmes T. *Why don't patients attend their appointments? Maintaining engagement psychiatric services*. Adv. Psychiatr. Treat. 2007; 13: 423–434.
19. Johansson H, Eklund M. *Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2006; 41(2): 140–147.
20. Kane JM, Leucht S. *Optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders*. J. Clin. Psychiatry 2003; 64(12): 42–45.
21. Seo MA, Min SK. *Development of a structural model explaining medication compliance of persons with schizophrenia*. Yonsei Med. J. 2005; 46(3): 331–340.
22. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: a controlled trial. Impact on psychotic symptoms*. Br. J. Psychiatry 1996; 169(5): 593–601.
23. Moore PJ, Sickel AE, Malat J, Williams D, Jackson J, Adler NE. *Psychosocial factors in medical and psychological treatment avoidance: the role of the doctor-patient relationship*. J. Health Psychol. 2004; 9: 421–433.

24. Weiss KA, Smith TE, Hull JW, Piper AC. *Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders*. Schizophr. Bull. 2002; 28(2): 341–349.
25. Kepiński A. *Łęk*. Kraków: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1992.
26. Steuden S. *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią. Badania długofalowe*. Lublin: RW KUL; 1997.
27. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowym programie wsparcia społecznego*. Post. Psychiatr. Neurol. 2009; 18(1): 43–50.
28. Adshead G. *Psychiatric staff as attachment figures*. Br. J. Psychiatry 1998; 172: 64–69.
29. Salovey P, Rothman AJ, Detweiler JB. *Emotional states and physical health*. Am. Psychol. 2000; 55(1): 110–121.
30. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. *Distinguishing optimism from neurotism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A reevaluation of the LOT*. J. Pers. Soc. Psychol. 1994; 67(6): 1063–1078.
31. Scheier MF, Weintraub JK, Carver CS. *Coping with stress: divergent strategies of optimists and pessimists*. J. Pers. Soc. Psychol. 1986; 51: 1257–1264.
32. Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. *The effectiveness of stigma coping orientations: can negative consequences of mental illness labeling be avoided?* J. Health Soc. Behav. 1991; 32: 302–320.

Adres: Katarzyna Charzyńska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 28.05.2014

Zrecenzowano: 30.06.2014

Otrzymano po poprawie: 1.08.2014

Przyjęto do druku: 25.02.2015