

Zmiany w zakresie funkcjonowania psychospołecznego u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii objętych rehabilitacją psychiatryczną

Changes to psychosocial functioning as demonstrated by the patients diagnosed with schizophrenia covered by the psychiatric rehabilitation system

Beata Pawłowska¹, Paula Fijałkowska-Kiecka², Emilia Potembska³,
Marek Domański⁴, Edward Lewczuk⁴

¹ II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM w Lublinie

² Prywatna Praktyka Psychologiczna Paula Fijałkowska-Kiecka

³ II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie

⁴ Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie

Summary

Aim. The objective of the research was to compare the self-image characteristics, stress coping strategies and the intensification of anxiety in patients diagnosed with schizophrenia before and after the rehabilitation programme.

Material and methods. The examined group was made up of 32 patients exclusively with the medical diagnosis of schizophrenia, according to the ICD-10 criteria. The mean age of the patients was 35 years, the average time of illness was 12 years. The patients were examined twice (at the admission to the psychiatric rehabilitation department and at the discharge from the department) with the following psychological tests: the Adjective Check List, the Stress Coping Questionnaire and the Self-Analysis Form by Cattell. The socio-demographic data of the patients were determined on the basis of the Socio-demographic Questionnaire designed by the authors.

Results. Statistically significant differences were found as regards the characteristics of self-image, stress coping strategies and the intensity of anxiety in patients before and after psychiatric rehabilitation programme.

Conclusions. 1. Following the rehabilitation programme the examined group of patients have a lower level of fear and anxiety, a more positive self-image, higher self-esteem, they better cope with stress and tasks and are more willing to establish interpersonal relationships as compared to the situation prior to the rehabilitation programme. 2. Following the rehabilitation programme the examined patients, while in a stressful situation, less frequently

isolate themselves, concentrate on suffering experienced by them and react with the sense of helplessness and hopelessness.

Słowa kluczowe: schizofrenia, rehabilitacja psychiatryczna

Key words: schizophrenia, psychiatric rehabilitation

Wstęp

Dobre funkcjonowanie osoby chorej na schizofrenię jest wynikiem interakcji wielu czynników, wśród których istotne znaczenie mają typ i przebieg choroby, sposoby leczenia, osobowość pacjenta, środowisko rodzinne i postawy wobec chorego [1–3]. Znaczenie w przezwyciężaniu trudnych dla chorego i jego rodziny konsekwencji zachorowania na schizofrenię, które wpływają na funkcjonowanie pacjentów na płaszczyźnie społecznej, psychologicznej, zawodowej, poznawczej oraz na rokowanie, mają między innymi objawy choroby, deficyty funkcji poznawczych, utrudniające pacjentom realizację własnych planów, zamierzeń związanych z pełnionymi rolami społecznymi, a także dostęp do leczenia oraz rehabilitacji [4].

Współczesna rehabilitacja psychiatryczna swym zakresem obejmuje wiele form oddziaływań terapeutycznych, a także edukację rodziny uzupełnioną przez różnorodne działania środowiskowe [5]. Cechnicki [5] podkreśla znaczenie komplementarności programów leczenia i rehabilitacji, które uwzględniają następujące zasady: partnerstwa, kompleksowości, wielostronności oddziaływań, optymalnej stymulacji, stopniowania trudności oraz powtarzalności działań. Celem rehabilitacji jest wyposażenie osoby chorującej psychicznie w umiejętność wpływania na przebieg własnej choroby, radzenia sobie z jej objawami, przeciwdziałanie nawrotom, a także w zdolności społeczne i emocjonalne potrzebne do życia, uczenia się i pracy, przy możliwie najmniejszym wsparciu ze strony innych osób i instytucji [5].

W ramach rehabilitacji psychiatrycznej proponowane są pacjentom różne treningi i formy oddziaływań terapeutycznych, których zadaniem, między innymi, jest: ćwiczenie sytuacji interpersonalnych, budowanie sieci społecznej, ćwiczenie umiejętności prawidłowej komunikacji, umiejętności radzenia sobie z chorobą, rozwiązywania problemów, radzenia sobie z zadaniami życia codziennego, objęcie przez pacjenta współodpowiedzialności za leczenie, poprawa funkcji poznawczych [5]. Zadaniem rehabilitacji psychiatrycznej jest więc przywrócenie osobie niepełnosprawnej możliwości udziału w normalnym życiu, tak aby odtworzyła utracone sprawności, a także rozwinęła w jak największym stopniu swoje zdolności [6].

Wielu badaczy poświęca uwagę zagadnieniom związanym z rehabilitacją psychiatryczną, a wśród nich treningom umiejętności społecznych [5, 7–15], roli psychoedukacji [16, 17], psychoterapii pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii [18–24], arteterapii [25, 26], muzykoterapii [27–29], terapii ruchowej [30] oraz obozom terapeutycznym [31–33]. Analizowano również wpływ wymienionych oddziaływań rehabilitacyjnych na zmiany w zachowaniu pacjentów [6, 34, 35], jakość ich życia oraz zmiany w zakresie koncepcji siebie [3, 36, 37], funkcjonowanie społeczne [38, 39], umiejętności poznawcze [40–43], radzenie sobie ze stresem [44, 45] i umiejętność radzenia sobie z chorobą [46].

Cel

Celem badań przedstawionych w artykule było porównanie cech obrazu siebie, sposobów radzenia sobie ze stresem oraz nasilenia niepokoju u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego.

W pracy podjęto się weryfikacji następującej hipotezy badawczej: pacjenci po zakończeniu programu rehabilitacyjnego mają bardziej pozytywny obraz siebie, mniej nasilony niepokój oraz rzadziej stosują emocjonalne sposoby radzenia sobie ze stresem niż przed jego rozpoczęciem.

Material

Grupa badana

Grupę badaną stanowiło 32 pacjentów z rozpoznaniem lekarskim schizofrenii według kryteriów ICD-10. Średni wiek badanych pacjentów wynosił 35 lat (maksimum – 57 lat, minimum – 20 lat, SD = 8,92), średni czas trwania choroby – 12 lat, a średnia liczba hospitalizacji (wyluczając oddziały rehabilitacji psychiatrycznej) – pięć. Średnia liczba hospitalizacji badanych osób na oddziałach rehabilitacji psychiatrycznej wynosiła dwa. Wykształcenie wyższe miało dziewięć osób, średnie – 18, a zawodowe – pięć. W mieście mieszkało 22 pacjentów, a na wsi 10. Stanu wolnego było 27 osób, zaś w związku małżeńskim żyło pięciu pacjentów. Samodzielnie mieszkało pięciu pacjentów, z rodzicami – 25, a dwóch z małżonkiem. Osobą wskazaną przez pacjentów, od której otrzymują głównie wsparcie w chorobie, byli rodzice (dla pięciu badanych), rodzeństwo (dla 7 osób), osoby obce (dla 10 pacjentów). Źródłem utrzymania dla trzech pacjentów była pensja, dla 24 badanych – renta, dla dwóch osób – rodzina, zaś trzech pacjentów informowało o „innych” źródłach utrzymania poza wymienionymi.

Badani pacjenci uczestniczyli w programie rehabilitacyjnym na oddziale rehabilitacji psychiatrycznej Szpitala Neuropsychiatrycznego im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie. Pacjenci byli rehabilitowani na oddziale całodobowym przez trzy miesiące, a zajęcia odbywały się w grupach otwartych. Wszystkie badane osoby brały udział w następujących zajęciach: treningu rozwiązywania problemów, psychoterapii, treningu lekowym, relaksie, arteterapii, treningu obycia towarzyskiego, treningu budżetowym, psychoedukacji, terapii pracą, treningu higienicznym, treningu umiejętności praktycznych, treningu kulinarnym, zajęciach literacko-muzycznych, treningu umiejętności społecznych, zajęciach z kapelanem, treningu prowadzenia rozmowy, wycieczkach, biblioterapii, zajęciach z oświaty zdrowotnej, psychogimnastyce, zajęciach sportowych oraz zebraniach społeczności terapeutycznej.

Metody

Pacjenci przebadani zostali dwukrotnie (przy przyjęciu na oddział rehabilitacji psychiatrycznej i przy wypisie) za pomocą następujących testów psychologicznych: Testu Przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna – w polskim opracowaniu Płużek

[47], Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stressem Janke, Erdmann i Boucseina – w polskim opracowaniu Januszewskiej [48] oraz Arkusza Samopoznania Cattella – w polskim opracowaniu Hirszla [49]. Dane socjodemograficzne pacjentów określono na podstawie ankiety socjodemograficznej własnej konstrukcji.

Wyniki

W celu weryfikacji hipotezy badawczej w pierwszym etapie porównano za pomocą testu t-Studenta dla grup zależnych średnie wyniki uzyskane w zakresie skal Testu Przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbruna przez pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego (tab. 1).

Tabela 1. Porównanie średnich wyników uzyskanych w skalach Testu ACL Gougha i Heilbruna przez pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego

Skale Testu ACL	Wyniki przy przyjęciu		Wyniki przy wypisie		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p
No-Ckd (ogólna liczba wybranych przymiotników)	39,72	7,23	39,09	9,34	0,48	n.s.
Fav (liczba przymiotników pozytywnych)	40,50	11,03	45,38	9,75	-3,58	0,001
Unfav (liczba przymiotników negatywnych)	54,88	12,24	48,47	8,11	3,75	0,001
Com (typowość)	35,72	9,05	38,19	9,93	-1,47	n.s.
Ach (potrzeba osiągnięć)	42,41	12,63	47,09	7,95	-3,05	0,005
Dom (potrzeba dominacji)	38,97	12,62	44,56	10,13	-3,79	0,001
End (potrzeba wytrwałości)	45,59	12,41	52,31	10,51	-4,63	0,001
Ord (potrzeba porządku)	48,47	11,26	53,91	9,89	-2,99	0,005
Int (potrzeba rozumienia siebie i innych)	43,94	10,30	48,44	7,74	-3,13	0,004
Nur (potrzeba opieki nad innymi)	46,09	7,84	51,13	6,11	-3,70	0,001
Aff (potrzeba afiliacji)	44,66	12,10	49,97	12,23	-2,93	0,006
Het (potrzeba kontaktów heteroseksualnych)	38,06	15,01	44,94	9,73	-3,43	0,002
Exh (potrzeba ujawniania siebie)	42,63	11,06	46,00	10,66	-2,06	0,050
Aut (potrzeba autonomii)	47,38	5,76	46,31	6,88	0,86	n.s.
Agg (potrzeba agresji)	42,63	9,22	43,38	5,88	-0,48	n.s.
Cha (potrzeba zmiany)	40,25	10,39	39,31	5,49	0,54	n.s.
Suc (potrzeba wsparcia)	57,16	10,98	53,47	10,20	2,24	0,030
Aba (potrzeba poniżania siebie)	59,50	12,19	55,19	10,42	2,92	0,010
Def (potrzeba podporządkowania się)	55,06	6,87	55,84	5,75	-0,52	n.s.
Crs (skala gotowość na poradnictwo)	54,13	11,19	51,38	9,31	2,07	n.s.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

S-Cn (skala samokontroli)	53,75	6,78	54,50	6,45	-0,54	n.s.
S-Cfd (skala zaufania do siebie)	39,84	12,39	44,91	10,51	-3,08	0,004
P-adj (skala przystosowania osobistego)	43,94	7,48	49,38	8,28	-4,10	0,001
Iss (skala idealnego obrazu siebie)	44,41	10,94	49,34	9,29	-2,99	0,005
Cps (skala osobowości twórczej)	42,06	7,00	45,72	6,25	-2,86	0,007
Mls (skala zdolności przywódczych)	41,06	7,74	46,97	8,14	-4,73	0,001
Mas (skala męskości)	44,28	8,88	46,84	8,06	-2,15	0,040
Fem (skala kobiecości)	46,94	8,01	49,84	7,76	-2,05	0,050
Cp (skala rodzica krytycznego)	33,38	7,06	33,28	10,25	0,05	n.s.
Np (skala rodzica opiekuńczego)	44,41	9,99	51,25	10,16	-4,11	0,001
A (skala dorosłego)	42,38	9,22	48,09	10,46	-3,39	0,002
Fc (skala dziecka wolnego)	40,38	11,48	44,34	9,19	-2,81	0,009
Ac (skala dziecka przystosowanego)	56,94	10,90	51,59	10,05	3,62	0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość t w teście Studenta, p – poziom istotności, n.s. – nieistotne statystycznie

Pacjenci biorący udział w badaniach po zakończeniu programu rehabilitacyjnego uzyskali istotnie wyższe wyniki w takich skalach Testu ACL jak: liczba pozytywnych przymiotników użytych do opisu siebie, potrzeba osiągnięć, dominacji, wytrwałości, porządku, rozumienia siebie i innych, opiekowania się innymi, afiliacji, kontaktów heteroseksualnych, ujawniania siebie, a także skalach: zaufanie do siebie, przystosowanie osobiste, idealny obraz siebie, zdolności przywódcze, osobowość twórcza, męskość, kobiecość, rodzic opiekuńczy, dorosły i dziecko wolne, a istotnie niższe w skalach: liczba negatywnych przymiotników użytych do opisu siebie, potrzeba wsparcia, potrzeba poniżania siebie oraz dziecko przystosowane, w porównaniu z wynikami, jakie uzyskali przed rozpoczęciem rehabilitacji na oddziale.

Otrzymane wyniki informują, że badaną grupę pacjentów po zakończeniu programu rehabilitacyjnego charakteryzuje istotnie wyższa samoocena, mniejsza wrogość, a większe zaufanie w stosunku do siebie i innych ludzi, lepszy wgląd w motywy zachowań własnych i innych osób, bardziej nasilona potrzeba opiekowania się innymi, współpracy, nawiązywania przyjaźni, bliskich więzi interpersonalnych, zwrócenia na siebie uwagi, pełnienia roli lidera w grupie, większa tolerancja i spontaniczność, a także lepsze przystosowanie do zmieniającej się sytuacji niż przed rozpoczęciem rehabilitacji. Po zakończeniu programu rehabilitacyjnego pacjenci uczestniczący w badaniu oceniali siebie jako osoby bardziej pracowite, zmotywowane do realizacji celów, ambitne, wytrwałe w realizacji zadań, kreatywne, wykorzystujące swoje zdolności, bardziej odpowiedzialne, niezależne, lepiej radzące sobie ze stresem i zadaniami codziennego życia, a mniej poniżające siebie.

Podsumowując powyższe wyniki, można powiedzieć, że po zakończeniu rehabilitacji psychiatrycznej następuje u pacjentów poprawa zarówno w zakresie funkcjono-

wania społecznego, kompetencji społecznych, umiejętności radzenia sobie z zadaniami codziennego życia, jak również badani mają bardziej pozytywną, akceptującą postawę w stosunku do siebie.

Następnie porównano za pomocą testu t-Studenta dla grup zależnych średnie wyniki otrzymane w skalach Kwestionariusza Radzenia Sobie ze Stresem (KRS) przez pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego (tab. 2).

Tabela 2. Porównanie średnich wyników uzyskanych w skalach KRS przez pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego

Skale Kwestionariusza KRS	Wyniki przy przyjęciu		Wyniki przy wypisie		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p
BAG (bagatelizacja)	12,66	4,02	12,94	4,19	-0,35	n.s.
PZI (porównywanie z innymi)	9,56	3,34	11,16	4,54	-2,19	0,040
OPW (obrona przed winą)	11,84	3,42	12,06	3,56	-0,31	n.s.
ODW (odwrócenie uwagi)	11,81	3,25	11,34	4,48	0,59	n.s.
ZSA (zastępcza satysfakcja)	11,97	4,17	11,94	3,13	0,04	n.s.
PSA (poszukiwanie samopotwierdzenia)	12,53	3,33	12,31	4,28	0,32	n.s.
PKPS (próba kontroli przebiegu sytuacji)	13,66	3,78	13,19	4,22	0,68	n.s.
PKSR (próba kontroli swoich reakcji)	14,47	3,19	14,09	3,20	0,61	n.s.
PIS (pozytywne instruowanie siebie)	13,34	3,72	13,69	3,78	-0,52	n.s.
PSW (poszukiwanie społecznego wsparcia)	13,22	4,31	12,28	5,21	1,11	n.s.
TUN (tendencja unikowa)	13,88	2,65	13,69	3,04	0,33	n.s.
TUC (tendencja uciezkowa)	13,41	3,62	12,59	5,16	0,87	n.s.
IZOL (izolowanie się od ludzi)	10,06	4,71	7,97	4,25	3,46	0,002
DZWM (dalsze zajmowanie się w myślach)	14,19	4,09	13,09	4,42	1,42	n.s.
REZ (rezygnacja)	12,22	3,38	10,41	3,30	3,10	0,004
UNS (użalanie się nad sobą)	11,44	3,78	9,50	4,68	2,42	0,021
OS (obwinianie siebie)	12,44	3,65	11,16	3,87	1,73	n.s.
AGR (agresja)	7,13	3,73	6,16	3,86	1,32	n.s.
UZAL (uzależnienie)	4,59	3,06	4,66	3,30	-0,12	n.s.

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość t w teście Studenta, p – poziom istotności, n.s. – nieistotne statystycznie

Pacjenci po zakończeniu programu rehabilitacyjnego uzyskali istotnie niższe wyniki w następujących skalach KRS: izolowanie się od ludzi, rezygnacja i użalanie się nad sobą, a istotnie wyższe w skali porównywanie się z innymi. Rezultaty te oznaczają, że badane osoby po zakończeniu programu rehabilitacyjnego w sytuacji stresu znacznie rzadziej niż przed rozpoczęciem programu unikają kontaktów z ludźmi,

reagują poczuciem przygnębienia, beznadziejności, pesymizmem i koncentrują się na doświadczanym cierpieniu, a istotnie częściej wyrażają przekonanie, że posiadają lepsze niż inni ludzie predyspozycje do poradzenia sobie z trudną sytuacją.

W ostatnim etapie pracy porównano za pomocą testu t-Studenta dla grup zależnych średnie wyniki otrzymane w skalach Arkusza Samopoznania Cattella przez pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego (tab. 3).

Tabela 3. Porównanie średnich wyników uzyskanych w skalach Arkusza Samopoznania Cattella przez pacjentów przed rozpoczęciem i po zakończeniu programu rehabilitacyjnego

Skale Kwestionariusza Osobowości	Wyniki przy przyjęciu		Wyniki przy wypisie		Test t	
	M	SD	M	SD	t	p
Q ₃ – (niska samoocena)	6,94	3,18	6,06	2,55	1,58	n.s.
C – (neurotyczność)	4,75	2,27	4,56	1,78	0,48	n.s.
L+ (podejrzliwość)	3,41	1,48	2,66	1,86	2,17	0,040
O+ (poczucie winy)	13,34	3,60	11,75	3,41	2,72	0,011
Q ₄ + (wysokie napięcie)	10,63	4,34	8,06	4,49	3,62	0,001
Nj (niepokój jawny)	18,16	7,02	13,88	7,01	4,50	0,001
Nu (niepokój ukryty)	17,50	6,31	15,72	5,11	1,83	n.s.
Niepokój ogólny	38,25	12,18	32,25	11,24	3,84	0,001

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość t w teście Studenta, p – poziom istotności, n.s. – nieistotne statystycznie

Badana grupa pacjentów uzyskała po zakończeniu programu rehabilitacyjnego istotnie niższe wyniki niż przed jego rozpoczęciem w następujących skalach Arkusza Samopoznania Cattella: niepokój ogólny, niepokój jawny oraz podejrzliwość, poczucie winy i wysokie napięcie wewnętrzne. Wyniki te informują, że badane osoby po zakończeniu programu rehabilitacyjnego mają znacząco niższe niż przed jego rozpoczęciem nasilenie lęku i niepokoju (głównie jawnego, z którego badany zdaje sobie sprawę), charakteryzuje ich istotnie mniejsza podejrzliwość, nieufność, wrogość w stosunku do ludzi, mniej nasilone poczucie winy, osamotnienia, nieadekwatności, niższości oraz mniejsza autoagresja i nieśmiałość w relacjach interpersonalnych, a większa wiara we własne siły.

Podsumowanie i dyskusja

Otrzymane wyniki analiz statystycznych w pełni potwierdziły sformułowaną w pracy hipotezę badawczą. Uzyskane wyniki wskazują, że badana grupa pacjentów po zakończeniu programu rehabilitacyjnego ma bardziej pozytywny obraz siebie, mniej nasilony niepokój oraz rzadziej stosuje destrukcyjne sposoby radzenia sobie ze stresem niż przed rozpoczęciem rehabilitacji.

Pacjenci w badaniu przy wypisie charakteryzują się wyższą – niż w badaniu przy przyjęciu na oddział rehabilitacji psychiatrycznej – samooceną, lepszym przystosowa-

niem, większą motywacją do osiągania sukcesów, pracowitością oraz ukierunkowaniem na realizację zadań, mają silniejsze poczucie obowiązku, są bardziej sumienni, kładą większy nacisk na uporządkowanie, organizację i planowanie swoich działań, lepiej rozumieją siebie i innych ludzi, są bardziej śmiali, empatyczni, opiekuńczy, współpracujący, chętniej nawiązują otwarte, serdeczne relacje interpersonalne nacechowane szacunkiem wobec ludzi. Mają oni większe zaufanie w stosunku do swoich zdolności i osiągnięć, bardziej pozytywną postawę wobec życia, są bardziej kreatywni, wrażliwi estetycznie, zorientowani na wypełnianie powinności i zobowiązań oraz bardziej ambitni, stanowczy, uporczywi i wytrwali w osiąganiu swoich celów. Charakteryzują się większą samodyscypliną, odpowiedzialnością, ambicją, ale także większą spontanicznością. Jednocześnie wyniki uzyskane przez badaną grupę pacjentów informują, że po zakończeniu programu rehabilitacyjnego mają oni mniejszą potrzebę uzyskiwania wsparcia ze strony innych, są bardziej niezależni i względnie wolni od zwątpienia w siebie, w mniejszym stopniu krytykują i poniżają siebie, lepiej radzą sobie ze stresem i zadaniami oraz mają większą tolerancję na frustrację.

Wyniki badań własnych są spójne z poglądem Sawickiej i Meder [34], które uważają, że rehabilitacja psychiatryczna zapobiega izolacji pacjenta i pomaga mu w lepszym funkcjonowaniu w społeczeństwie, a także – zdaniem Ciałkowskiej i wsp. [12], którzy zwracają uwagę na korzystną rolę rehabilitacji psychiatrycznej w rozwoju umiejętności społecznych u pacjentów – nabywaniu przez nich zdolności nawiązywania i podtrzymywania kontaktów interpersonalnych, a także większej dbałości o siebie. Uzyskane przez autorów pracy rezultaty wskazują na korzystny wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na cechy obrazu siebie, samoocenę badanej grupy pacjentów, ich kompetencje społeczne oraz sposoby radzenia sobie ze stresem, niepokojem, zadaniami codziennego życia, a nie potwierdziły wyników badań otrzymanych przez Kasperek i wsp. [36], którzy uważają, że sama koncepcja siebie nie ulega zmianom pod wpływem rehabilitacji psychiatrycznej. Autorzy ci [36] nie odnotowali zmian w zakresie obrazu siebie u pacjentów, którzy uczestniczyli przez cztery miesiące w programie rehabilitacyjnym.

Wyniki uzyskane przez badaną grupę pacjentów wskazują, że po zakończeniu programu rehabilitacyjnego rzadziej stosują oni destruktywne sposoby radzenia sobie ze stresem, takie jak: izolacja, rezygnacja, użalanie się nad sobą, a częściej niż przed turnusem wyrażają przekonanie o posiadaniu predyspozycji do poradzenia sobie z trudną sytuacją. Przedstawione wyniki badań są spójne z opinią Pietrzyk i Lizińczyka [46], którzy uważają, że po rehabilitacji dostrzegane są poznawcze, behawioralne i emocjonalne wysiłki chorych w radzeniu sobie z codziennością. Ich zdaniem [46] rehabilitacja pozwala pacjentom urealnić myślenie, zmniejszyć społeczną izolację, brać na siebie odpowiedzialność za jakość rozwiązania bieżących kłopotów, poszukiwać pozytywnych znaczeń sytuacji doświadczanych na co dzień oraz nie zaprzeczać, a konfrontować się z problemami. Treningi rozwiązywania problemów są szczególnie ważne w sytuacji, gdy, jak piszą Wiedl i Schotner [50], osoby chore na schizofrenię wykorzystują specyficzne mechanizmy radzenia sobie z sytuacjami stresującymi, które nie prowadzą do rozwiązania problemu, tj. unikanie trudnych sytuacji, aby zapobiec niepożądanym konsekwencjom, izolowanie się, demonstrowanie bezradności, uległości, stosowanie środków psychoaktywnych.

Pacjenci w badaniu przy wypisie uzyskali istotnie niższe wyniki w zakresie niepokoju jawnego i ogólnego, określonego na podstawie Arkusza Samopoznania Cattella. Ponadto badaną grupę pacjentów po zakończeniu turnusu rehabilitacyjnego charakteryzowała mniejsza podejrzliwość i nieufność w stosunku do ludzi, mniej nasilony lęk i niepokój, mniejsze niezadowolenie z siebie i napięcie wewnętrzne, mniejsza zazdrość, niepewność siebie, skłonność do przeżywania poczucia winy, rzadziej przejawiali oni również agresję w stosunku do siebie oraz odczuwali osamotnienie i smutek. Wyniki badań własnych korespondują z wynikami uzyskanymi przez Koniecznyńską i wsp. [51, 52], którzy podkreślają, że rehabilitacja psychiatryczna istotnie redukuje poczucie osamotnienia, winy, izolacji, napięcie oraz podejrzliwość. Podobnie Borkowska i wsp. [13] wskazują na pozytywny wpływ oddziaływań rehabilitacyjnych na poprawę nastroju pacjentów, podniesienie wiary we własne możliwości i poprawę kontaktu z otoczeniem.

Bardzo cenna jest wypowiedź pacjentki uczestniczącej w rehabilitacji psychiatrycznej, która w następujący sposób podsumowała jej znaczenie: „Rehabilitacja pomaga rozprawić się z upiorami przeszłości, odbić się od dna rozpacz graniczącym z samounicestwieniem. Pomaga docierać do źródeł choroby, rozsypać bolesne węzły osobowości, których często nie dostrzegamy. Pomaga dostrzec rzeczywistość w jej niełatwym pięknie, a także – co jest trudne – dostrzegać piękno w sobie i umieć je wyrazić artystycznie: słowem lub też dziełem rąk. Wtedy bywamy zaskoczeni siłą ekspresji treści, formy i wyobraźni, aby choroba nie stała się przerwą w życiorysie (...)”.

Wnioski

1. Badana grupa pacjentów po zakończeniu programu rehabilitacyjnego miała niższy poziom lęku i niepokoju, bardziej pozytywny obraz siebie, wyższą samoocenę, lepiej radziła sobie ze stresem i zadaniami oraz chętniej nawiązywała bliskie więzi międzyludzkie niż przed rozpoczęciem rehabilitacji psychiatrycznej.
2. Badani pacjenci po zakończeniu rehabilitacji psychiatrycznej w sytuacji stresu rzadziej izolowali się, koncentrowali na doświadczanym cierpieniu oraz reagowali poczuciem bezradności i beznadziejności.

Piśmiennictwo

1. Cechnicki A, Wojciechowska A, Valdez M. *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2007; 41(4): 527–537.
2. Cechnicki A, Wojciechowska A. *Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psych. Pol. 2007; 41(4): 513–525.
3. Chuchra M. *Rodzina z dorosłym dzieckiem chorym na schizofrenię*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2010.

4. Wciórka J. *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizofektywne*. W: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. Tom II, wyd. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. s. 195–269.
5. Cechnicki A. *Rehabilitacja*. W: Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. red. *Psychiatria. Metody leczenia. Zagadnienia etyczne, prawne, publiczne, społeczne*. Tom III, wyd. II. Wrocław: Elsevier Urban & Partner Wrocław; 2012. s. 345–358.
6. Meder J, Kasperek B, Spiridonow K. *Ocena efektów zastosowania treningu „Powrót do społeczeństwa” w rehabilitacji osób chorych na schizofrenię leczonych lekami przeciwpsychotycznymi I i II generacji*. Post. Psychiatr. Neurol. 2003; 12(1): 45–53.
7. Meder J. *Treningi umiejętności społecznych. Uwagi ogólne*. W: Meder J. red. *Treningi umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 1996. s. 6–16.
8. Cechnicki A. *Wybrane aspekty leczenia schizofrenii*. Psychoterapia 1992; 2: 27–37.
9. Cechnicki A. *Rehabilitacja psychiatryczna – cele i metody*. Psychiatr. Prakt. Klin. 2009; 2(1): 41–54.
10. Cechnicki A. *W stronę psychoterapeutycznie zorientowanej psychiatrii środowiskowej – 30 lat doświadczeń krakowskich*. Psychoterapia 2009; 3(150): 43–55.
11. Cichocki Ł. *Psychiatria środowiskowa, czyli jak przywrócić chorego na schizofrenię społeczeństwu*. Św. Med. Farm. 2010; (3): 60–66.
12. Ciałkowska M, Adamowski T, Kiejna A. *Rehabilitacja psychiatryczna w Polsce. Przegląd piśmiennictwa polskiego 1990–2007*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(3): 313–322.
13. Borkowska B, Stańczak T, Wóycicka A. *Opinie uczestników turnusów o programach rehabilitacyjnych i skuteczności stosowanych metod*. Mag. Med. 1995; 6(1): 33–36.
14. Linczowska E. *Terapia indywidualna chorego na schizofrenię w programie rehabilitacyjnym: opis przypadku*. Post. Psychiatr. Neurol. 1998; 7(supl. 2): 37–41.
15. Sawicka M. *Rozwiązywanie problemów interpersonalnych – przegląd literatury*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6(supl. 2): 55–59.
16. Hintze B, Gołębiwska M, Krzyżanowska-Zbucka J. *Zapobieganie nawrotom schizofrenii – program i wstępne doświadczenia*. Wiad. Psychiatr. 1999; 2(2): 149–155.
17. Górna R. *Geneza, założenia oraz modele programów psychoedukacyjnych*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6(5): 61–70.
18. Bomba J, Cichocki Ł. *Czy neuroscience wyjaśnia efekty psychoterapii schizofrenii?* Psychoterapia 2005; 2(133): 5–11.
19. Bielańska A. *Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii*. Psychoterapia 2006; 3(138): 75–86.
20. Waluk A, Falkowska-Śleszyńska M, Czernikiewicz A. *STOPP – propozycja terapii poznawczo-behawioralnej u pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy – program australijski*. Post. Psychiatr. Neurol. 2007; 16(4): 357–360.
21. Kostecka M, Żardecka M, Namysłowska I. *„Skrzywdzony umysł”. Współczesne podejście do psychoterapii schizofrenii*. Wiad. Psychiatr. 2004; 7(2): 87–92.
22. Namysłowska I. *Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 2006; 15(3): 137–114.
23. Murawiec S. *Kontekst psychoterapeutyczny – psychoterapia w okresie wychodzenia z psychozy*. W: Bomba J, Rostworowska M, Müldner-Nieckowski Ł. red. *Schizofrenia, różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s. 83–87.

24. Aleksandrowicz R. *Psychoterapia schizofrenii: leczenie czy złuda?* W: Bomba J, Rostworowska M, Müldner-Nieckowski L. red. *Schizofrenia, różne konteksty, różne terapie*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s. 79–80.
25. Sutula K, Ostrowska B. *Możliwość wykorzystania arteterapii w kompleksowym modelu rehabilitacji*. *Fizjoterapia* 1997; 5(3): 32–34.
26. Tyszkiewicz M. *Stymulacja arteterapeutyczna w procesie resocjalizacji chorych z defektem schizofrenicznym*. *Psychiatr. Pol.* 1994; 28(2): 183–190.
27. Galińska E. *Muzykoterapia w kompleksowym leczeniu schizofrenii w warunkach Oddziału Dziennego*. *Psychoterapia* 1991; 3(78): 39–50.
28. Galińska E. *Możliwości i ograniczenia muzykoterapii i psychodramy w leczeniu osób ze schizofrenią*. *Psychoterapia* 2001; 3(118): 5–15.
29. Ochwanowski P, Janiszewski M. *Oddziaływanie muzyki na stany emocjonalne pacjentów chorych psychicznie*. *Med. Manual.* 2004; 7(3–4): 25–26.
30. Żarów W. *Postawa chorych psychicznie wobec rehabilitacji ruchowej*. *Wiad. Psychiatr.* 2000; 3(1): 27–31.
31. Podbielski Z. *Obozy leczniczo-rehabilitacyjne dla pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. W: 40-lecie Kliniki Psychiatrii w Lublińcu. Katowice: Śląska Akademia Medyczna; 1993. s. 29–33.
32. Bielańska A, Cechnicki A. *Obozy terapeutyczne w środowiskowym programie leczenia chorych na schizofrenię. Bilans 20 lat*. *Psychoterapia* 1996; 4(99): 69–80.
33. Bogacz J, Sippel V. *Terapeutyczno-rehabilitacyjne walory górskich obozów wędrownych*. *Psychoterapia* 2001; 4(119): 49–57.
34. 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.
35. Sawicka M, Kołaczek A, Bednarek A, Meder J. *Uczenie pacjentów chorych psychicznie umiejętności samoobsługi*. *Psychiatr. Pol.* 1997; 31(3): 305–312.
36. Kasperek B, Spiridonow K, Chądzyńska M, Meder J. *Jakość życia i koncepcja własnej osoby przewlekle chorych na schizofrenię poddanych rehabilitacji psychiatrycznej*. *Psychoterapia* 2003; 3(126): 45–59.
37. Cechnicki A, Miquel V, Cichocki Ł, Kalisz A, Kaszyński H. *Jakość życia chorych na schizofrenię – 7 do 12 lat po pierwszej hospitalizacji*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2010; 19(1): 25–30.
38. Górna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Grabowska-Fudala B, Rybakowski J. *Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych na schizofrenię – zależność z remisją objawową i czasem trwania choroby*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(2): 277–288.
39. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 2009; 18(1): 43–50.
40. Mak M, Tybura P, Bieńkowski P, Karakiewicz B, Samochowiec J. *Skuteczność rehabilitacji neuropsychologicznej z wykorzystaniem programów RehaCom u pacjentów z rozpoznaną schizofrenią*. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(2): 213–223.
41. Nieznański M. *Trening Umiejętności poznawczych – możliwości i ograniczenia nowej formy rehabilitacji w schizofrenii*. *Psychiatr. Pol.* 2000; 34(2): 267–274.
42. Nieznański M, Walczak S, Chojnowska A. *Rehabilitacja umiejętności poznawczych w schizofrenii – doniesienia wstępne*. *Wiad. Psychiatr.* 2000; (3)2: 79–84.

43. Nieznański M, Czerwińska M, Chojnowska A, Walczak S, Duński W. *Ocena efektywności treningu umiejętności poznawczych w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(5): 745–757.
44. Sawicka M. *Podobieństwa i różnice w stylu radzenia sobie ze stresem pomiędzy chorymi na schizofrenię, uzależnionymi a osobami z podwójnym rozpoznaniem*. Psychiatr. Pol. 2005; 39(6): 1199–1210.
45. Kasperek B, Spiridonow K, Chądzyńska M, Meder J. *Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętność rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji*. Psychiatr. Pol. 2002; 36(5): 717–730.
46. Pietrzyk A, Lizińczyk S. *Spostrzegana kontrola własnego życia a radzenie sobie z chorobą i codziennymi problemami po rocznej rehabilitacji psychospołecznej pacjentów ze schizofrenią*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(1): 59–71.
47. Juros A, Oleś P. *Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H.G. Gougha i A.B. Helbruna*. W: Brzeziński J, Hornowska E. red. *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza; 1993. s. 171–201.
48. Januszewska E. *Kwestionariusz Radzenia sobie ze Stresem. Wartość diagnostyczna i wyniki badań młodzieży*. W: Oleś P. red. *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Metody diagnostyczne w badaniach dzieci i młodzieży*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2005. s. 91–124.
49. Siek S. *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej; 1983.
50. Wiedl KH, Schotner B. *Coping with symptoms related to schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1991; 17: 525–538.
51. Konieczńska Z, Pietrzykowska B, Zaborowski B. *Obciążenie rodzin pacjentów leczonych w oddziale pełnodobowym lub alternatywnych formach leczenia psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. 1997; 5: 625–636.
52. Konieczńska Z, Pietrzykowska B, Zaborowski B. *Badania katamnestyczne pacjentów psychiatrycznych leczonych w oddziale pełnodobowym lub w alternatywnych formach leczenia psychiatrycznego*. Psychiatr. Pol. 1997; 5: 615–624.

Adres: Beata Pawłowska
II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 2

Otrzymano: 11.09.2014
Zrecenzowano: 31.10.2014
Otrzymano po poprawie: 24.11.2014
Przyjęto do druku: 30.12.2014