

Wpływ pracy z rodzinami na przebieg choroby i funkcjonowanie społeczne pacjentów z przewlekłymi zaburzeniami schizofrenicznymi

*The effect of family-therapist co-operation on the course of illness and social functioning
of patients with chronic schizophrenic disorders*

KATARZYNA MUSKAT, MAŁGORZATA BACIA-OTTO,
ALEKSANDRA KÜHN-DYMECKA, JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE: W opracowaniu porównano przebieg choroby i funkcjonowanie życiowe pacjentów z przewlekłymi zespołami schizofrenicznymi w czterech, wydzielonych ze względu na czas trwania i systematyczność współpracy z ich rodzinami, grupach. Spośród analizowanych zmiennych praca z rodzinami miała wpływ na: czas trwania hospitalizacji w oddziale dziennym (wydłużenie), dynamikę objawów wytwórczych, krytycyzm wobec choroby (wzrost) i liczbę rehospitalizacji po zakończeniu analizowanego pobytu w szpitalu (mniejsza). W zakresie funkcjonowania społecznego stwierdzono związek między współpracą z rodziną a wzrostem samodzielności życiowej pacjentów, rozszerzeniem i pogłębieniem ich kontaktów z ludźmi.

SUMMARY. In the paper four groups of patients with chronic schizophrenic syndromes were compared in terms of the course of illness and the patients' functioning in the daily life. The groups were distinguished with respect to duration and regularity of the patient's family co-operation with therapist. The therapeutic work with the families turned out to be related to the following variables studied: duration of the patient's stay in the Day Hospital (longer), dynamics of productive symptoms, patient's criticism toward his illness (increased), number of readmissions after the hospitalization episode under study (lower). As regards patients' social functioning, family co-operativeness was found to be associated with the patient's increased self-dependence, as well as with his more frequent and closer interpersonal contacts.

Słowa kluczowe: schizofrenia / praca z rodzinami / przebieg choroby / przystosowanie społeczne
Key words: schizophrenia / family co-operation / course of illness / social functioning

Zainteresowanie terapią rodzinną datuje się od lat pięćdziesiątych. Uprawiana jest ona według różnych koncepcji, nawiązujących do teorii psychodynamicznych (np. Ackerman, 1988), teorii uczenia się (np. Anderson i wsp., 1980; Axer, 1988), teorii systemów (np. Selvini-Palazzoli, Prata 1983; Namysłowska, Siewierska 1987). Coraz więcej ośrodków, również w Polsce, proponuje tę formę oddziaływań w leczeniu zaburzeń schizofrenicznych. W praktyce wymaga to często bardziej ela-

stycznego wykorzystania zasad charakterystycznych dla wymienionych kierunków (Namysłowska, Siewierska 1987, 1993). Liczba publikacji prezentujących wyniki badań empirycznych nad skutecznością pracy terapeutycznej z rodzinami chorych na schizofrenię nie jest wielka (np. Alanen, 1986; Goldstein i wsp. 1978).

W oddziale dziennym naszej kliniki systematyczną pracę z rodzinami pacjentów rozpoczęliśmy w marcu 1988 roku. Ma ona

Tablica 1. Płeć i wiek chorych w badanych grupach.

Badana zmienna	Badana grupa (%)				Ogółem	Test
	WN	WR	WT	WD		
Płeć						
kobiety	64	38	46	35	45	
mężczyźni	36	62	54	65	55	n.s.
Wiek						
do 25 r.ż.	-	8	8	12	7	$\chi^2=16,99$
26-40 r.ż.	55	65	80	84	72	6 s.s.
powyżej 45 r.ż.	45	27	12	4	21	p,01
Ogółem (N=100%)	22	26	26	26	100	

charakter wspomagający leczenie samego pacjenta i przybiera formy zależne z jednej strony od możliwości uzyskania współpracy rodziny, a z drugiej - od indywidualnych potrzeb pacjenta. Zasady, przykłady postępowania oraz wstępną, kliniczną ocenę efektów przedstawiliśmy wcześniej (Muskat i wsp., w druku a-c). W tym opracowaniu staramy się przedstawić wyniki czteroletniej pracy w sposób bardziej systematyczny.

CEL PRACY

Celem opracowania jest analiza wpływu pracy z rodzinami na obraz, przebieg choroby pacjentów oraz poziom ich funkcjonowania życiowego.

BADANI PACJENCI

Badaniami objęto pacjentów z klinicznym rozpoznaniem zespołu schizofrenicznego (wg kryteriów ICD-9), chorujących przewlekłe (ponad 5 lat) i leczonych co najmniej 21 dni w oddziale dziennym w okresie od: 1 marca 1988 r. do 30 grudnia 1992 r. Kryterium to spełniło 100 na 218 osób leczonych w tym okresie w oddziale. Badanych podzielono na cztery grupy:

(A)osoby samotne lub z rodziną "poza zasięgiem" (poza Warszawą, chorująca psy-

chicznie lub obłożnie somatycznie, brak zgody pacjenta na kontakt) - ta grupa, w której współpraca z rodzinami była nieosiągalna (WN), liczyła 22 osoby

(B)osoby z rodzinami odrzucającymi współpracę (brak reakcji na ponawiane zaproszenia lub jedynie sporadyczny, do 3 spotkań, udział) - ta grupa osób odrzucających współpracę lub rezygnujących z niej (WR), liczyła 26 osób

(C)osoby z rodzinami systematycznie współpracującymi, ale tylko w okresie hospitalizacji pacjenta - ta grupa współpracujących tymczasowo (WT) liczyła 26 osób

(D)osoby z rodzinami systematycznie współpracującymi i kontynuującymi spotkania po wypisie chorego z oddziału - ta grupa współpracujących długotrwale (WD) liczyła 26 osób.

Najważniejsze cechy charakterystyki społeczno-demograficznej (płeć, wiek), które różniły porównywane grupy chorych przedstawiono w tabl. 1. Wynika z niej, że w badanej populacji, z wyjątkiem grupy WN (współpraca niemożliwa), zaznaczyła się przewaga mężczyzn (55%). Najliczniejszą grupę badanych stanowili pacjenci w przedziale między 26 a 45 rokiem życia (72% ogółu). Grupa WN (współpraca niemożliwa) okazała się grupą

najstarszą (45% powyżej 45 r.ż.), a grupa o współpracy długotrwałej (WD) - najmłodszą (tylko 1 osoba powyżej 45 r.ż.). Rozkład wieku w pozostałych grupach miał cechy pośrednie, przy czym poziom współpracy (od WN przez WR i WT do WD) był odwrotnie proporcjonalny do wieku.

Początkową charakterystykę stanu klinicznego i przedstawia tabl. 2. Wynika z niej, że grupa pacjentów z rodzin współpracujących długotrwanie (WD) wyróżniała się istotnie częstszym występowaniem objawów wytwórczych i negatywnych oraz mniejszą częstością przebytych hospitalizacji. Grupa chorych z rodzin, które nie mogły współpracować (WN) wyróżniały się większą częstością objawów negatywnych oraz większą czę-

stością przebytych hospitalizacji. Grupa chorych, których rodziny rezygnowały ze współpracy (WR) w leczeniu wyróżniała się mniejszą częstością zmian o charakterze ograniczenia wglądu chorobowego (zwłaszcza krytycyzmu).

Pacjenci z rodzin, które współpracowały w leczeniu (tymczasowo lub długotrwanie) cechowali się, w porównaniu z pozostałym (WN,WR), na początku pobytu częściej niekorzystnymi zmianami w zakresie samodzielności życiowej.

METODY

Przebieg choroby. Do jego charakterystyki wykorzystano następujące zmienne:

Tablica 2. Charakterystyka kliniczna i funkcjonowanie życiowe chorych na początku pobytu w oddziale dziennym.

Badana zmienna	Badana grupa (%)				Ogółem	Test*
	WN	WR	WT	WD		
Występowanie objawów						
wytwórczych	45	46	42	92	57	p<0,001
negatywnych	64	38	31	62	48	p<0,05
afektywnych	82	81	65	88	79	n.s.
Ograniczenia wglądu						
krytycyzmu	95	73	96	96	90	p<0,02
gotowości leczenia	73	58	73	77	70	n.s.
Liczba wcześniejszych hospitalizacji						
powyżej 5	77	62	58	31	56	p<0,02
Zakres (wymiar) funkcjonowania życiowego						
samodzielność	45	51	85	65	57	p<0,001
praca	86	84	92	88	88	n.s.
dbałość o wygląd	50	54	77	58	60	n.s.
zainteresowania	91	62	85	73	77	n.s.
kontakty z ludźmi	100	81	85	87	88	n.s.
Ogółem (N=100%)	22	26	26	26	100	

* test χ^2 , l.s.s.=3, porównanie częstości występowania przedstawionej kategorii zmiennej z częstością występowania kategorii dopełniającej (nie przedstawionej w tablicy).

- czas trwania hospitalizacji w oddziale dziennym,
- zmiany w stanie psychicznym w okresie hospitalizacji,
- zmiany w zakresie wglądu chorobowego w czasie hospitalizacji,
- trybu wypisu z oddziału,
- liczby rehospitalizacji w okresie katamnezy.

Oceny stanu psychicznego pacjentów dokonywano za pomocą skal skonstruowanych dla potrzeb tego opracowania, dwukrotnie: przy przyjęciu i w dniu wypisu. Objawy podzielono na: wytwórcze, afektywne i negatywne, a ich nasilenie mierzono czterostopniową skalą porządkową (0 - brak objawów, 1 - nasilenie niewielkie, 2 - umiarkowane, 3 - znaczne). W opracowaniu tym analizowano jedynie kierunek stwierdzanych zmian (brak zmiany, zmiana pozytywna, zmiana negatywna).

Poziom wglądu chorobowego oceniano w odniesieniu do krytycyzmu wobec choroby (zdolność do realistycznej oceny rzeczywistości) oraz gotowości do leczenia się (tj. poddania się leczeniu). W obu wypadkach wykorzystano czterostopniowe skale porządkowe o następująco określonych przedziałach: 0 - brak, 1 - niewielka, 2 - względna, 3 - pełna. Oceny dokonywano dwukrotnie: przy przyjęciu i przy wypisie. W opracowaniu tym analizowano tylko kierunek zmian (brak zmiany, zmiana pozytywna, zmiana negatywna).

Tryb wypisu analizowano w kategoriach: przeniesienie do oddziału dobowego, wypis zaoczny, uzgodniony, pod naciskiem zespołu leczącego.

Liczba rehospitalizacji uwzględnia pobytu zarówno w oddziale dziennym jak i całodobowym w okresie katamnezy, tj. od analizowanego pobytu do końca października 1993 roku. Okres katamnestycznej obserwacji był nie krótszy niż rok.

Poziom funkcjonowania życiowego. Do jego oceny wykorzystano kwestionariusz (p. aneks) obejmujący następujące wymiary:

samodzielność w zakresie czynności dnia codziennego, pracę, dbałość o wygląd zewnętrzny, zainteresowania oraz kontakty z ludźmi. Każdy z wymiarów był dwukrotnie oceniany na czterostopniowej skali: przy przyjęciu do oddziału i w trakcie badania katamnestycznego, które miało miejsce co najmniej rok po zakończeniu analizowanej hospitalizacji. W opracowaniu tym analizowano jedynie kierunek obserwowanych zmian (brak zmiany, zmiana pozytywna, zmiana negatywna).

WYNIKI

Praca z rodzinami a przebieg choroby

Czas trwania hospitalizacji w oddziale dziennym. 56% ogółu badanych stanowili pacjenci hospitalizowani ponad 42 dni (tabl. 3). Pacjenci, którzy znaleźli się w grupach WT i WD, a więc ci, których rodziny współpracowały, byli istotnie częściej hospitalizowani dłużej (ponad 42 dni) niż pacjenci obu pozostałych grup (WN, WR). Blisko połowa z nich (WT i WD) przebywała w oddziale ponad 84 dni.

Zmiany w stanie psychicznym w czasie hospitalizacji. Na początku pobytu w oddziale dziennym najczęściej (u 79% chorych) obserwowano objawy afektywne (głównie depresyjne). Objawy wytwórcze stwierdzano u 57%, a objawy negatywne - u 48% pacjentów. Niezależnie od rodzaju tych objawów, u większości chorych (84-86%) w czasie leczenia w oddziale dziennym nastąpiła zmian ich nasilenia. Niemal zawsze była to zmiana w kierunku pozytywnym. Jedynie u 4 chorych (4%) odnotowano zmianę w kierunku negatywnym i to tylko w zakresie objawów afektywnych. Brak zmian, niezależnie od rodzaju objawów, był udziałem kilkunastu (14-19%) pacjentów (tabl.3).

Analiza związków między zmianami w stanie psychicznym a przynależnością do porównywanych grup zwraca uwagę jedynie na grupę chorych z rodzin współpracujących

Tablica 3. Czas hospitalizacji w oddziale dziennym oraz zmiany w nasileniu objawów w zależności od współpracy z rodzinami

Badana zmienna	Badana grupa (%)				Ogółem	Test
	WN	WR	WT	WD		
Czas trwania hospitalizacji						
do 42 dni	59	53	31	34	44	$\chi^2=8,60$
powyżej 42 dni	41	47	69	66	56	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	22	26	26	26	100	p<0,05
Objawy wytwórcze ^a						
brak zmian		8	36	8	14	$\chi^2=8,04$
zmiana pozytywna	100	92	64	92	86	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	10	12	11	24	57	p<0,05
Objawy afektywne ^{a,b}						
brak zmiany	28	10	12	13	16	
zmiana pozytywna	72	90	88	87	84	
Ogółem (N=100%)	18	21	17	23	79	n.s.
Objawy negatywne ^a						
brak zmiany	21	20	12	19	19	
zmiana pozytywna	79	80	88	81	81	
Ogółem (N=100%)	14	10	8	16	48	n.s.

^a dotyczy tylko chorych, u których na początku pobytu w oddziale dziennym stwierdzano dane objawy

^b pominięto kategorię "zmiana negatywna" (4 osoby: 3 w grupie WT i 1 w grupie WD)

tymczasowo (WT), u których stwierdzono istotnie mniejszą częstość zmian pozytywnych w zakresie objawów wytwórczych. Zmiany w zakresie objawów afektywnych i negatywnych nie różnicowały porównywanych grup w sposób statystycznie istotny.

Wgląd chorobowy. U prawie wszystkich pacjentów (90%), na początku leczenia w oddziale dziennym stwierdzano jakiegoś stopnia ograniczenie krytycyzmu (tabl.4). Gotowość do leczenia się była ograniczona rzadziej (u 70% chorych). W obu zakresach pozytywne zmiany nastąpiły w czasie pobytu u około 2/3 pacjentów (67-68%).

W zakresie krytycyzmu u pacjentów z grup WT i WD (pacjenci ze współpracującymi rodzinami) zmiany pozytywne odnotowano istotnie częściej niż w grupach z rodzinami

niewspółpracującymi (WN, WR), a szczególnie - w grupie z rodzinami rezygnującymi z terapii (WR). Podobną, choć nieistotną statystycznie, tendencję zaobserwowano w odniesieniu do gotowości do leczenia, lecz tu zmiany pozytywne najrzadziej pojawiały się u chorych, u których współpraca rodzin a z różnych powodów nie była możliwa (WN).

Tryb wypisu. W całej badanej populacji przeważał (69%) wypis uzgodniony. W grupie WN (współpraca niemożliwa) tego typu wypisów było najmniej (59%), w grupie WT (współpraca tymczasowa) - najwięcej (76%), jednak różnice między grupami były nieistotne statystycznie. W grupie niewspółpracującej (WN) zdarzały się (4 osoby) wypisy pod naciskiem zespołu leczącego, w grupie WR - wypisy zaoczne (3 osoby), a jedynie w grupie

Tabela 4. Zmiany krytycyzmu i gotowości do leczenia wobec choroby w zależności od współpracy z rodzinami

Badana zmienna	Badana grupa(%)				Ogółem	Test
	WN	WR	WT	WD		
Krytycyzm wobec choroby^a						
brak zmiany	43	63	16	16	32	$\chi^2=15,38$
zmiana pozytywna	57	37	84	84	68	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	21	19	25	25	90	p<0,01
Gotowość do leczenia^a						
brak zmiany	44	33	26	30	33	
zmiana pozytywna	56	67	74	70	67	
Ogółem (N=100%)	16	15	19	20	70	n.s.

^a dotyczy tylko chorych, u których na początku pobytu stwierdzano zaburzenia w tym zakresie

WD (3 osoby) przeniesienia do oddziału dobowego.

Liczba rehospitalizacji. Najniższe średnie rehospitalizacji uzyskały grupy WT i WD (tabl.5), a więc grupy, w których znaleźli się pacjenci ze współpracującą rodziną (średnie: 3,7 i 3,8). Najwyższą średnią (6,0) cechowała grupę WN (pacjenci samotni lub z rodzinami, których nie mogliśmy zaprosić do współpracy).

Funkcjonowanie życiowe

Samodzielność w zakresie dnia codziennego. U pacjentów z rodzin, które współpracowały (WT,WD) po upływie około roku od wypisaniu z oddziału pozytywne zmiany w tym zakresie obserwowano istotnie częściej

niż u chorych z pozostałych rodzin (WN, WR), z którymi współpraca była niemożliwa lub odrzucona przez nie (tabl.5).

Praca. Poziom funkcjonowania w tym zakresie zarówno w czasie przyjęcia, jak i co najmniej w rok po wypisie był najniższy z uwzględnianych wymiarów przystosowania. Tylko 11 osób (11%) w chwili przyjęcia do oddziału pracowało w normalnych warunkach, a spośród pozostałych tylko u 16 (18%) zaszła w analizowanym okresie pozytywna zmiana. Najczęściej zdarzało się tak w grupie długotrwale współpracujących (WD), a najrzadziej - w grupie WN (współpraca niemożliwa). Różnice między porównywanymi grupami były bliskie statystycznej istotności, lecz jej nie osiągnęły (tabl. 5)

Tablica 5. Liczba rehospitalizacji w okresie katamnezy w zależności od współpracy z rodzinami.

Liczba rehospitalizacji	Badana grupa (%)				Ogółem	Test
	WN	WR	WT	WD		
do 5	45	58	77	88	68	$\chi^2=12,3$
powyżej 5	55	42	23	12	32	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	22	26	26	26	100	p<0,01
średnia	6,05	5,61	3,73	3,88		

Tablica 6. Zmiany w zakresie różnych aspektów funkcjonowania życiowego w okresie katamnetycznym - w zależności od współpracy z rodzinami.

Badana zmienna	Badana grupa (%)			WS	Ogółem	Test
	WN	WR	WT			
Samodzielność^a						
brak zmiany	40	37	9	12	19	$\chi^2=7,83$
zmiana pozytywna	60	63	91	88	81	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	10	8	22	17	57	p<0,05
Praca^a						
brak zmiany	100	82	79	70	82	
zmiana pozytywna	-	18	21	30	18	
Ogółem (N=100%)	19	22	24	23	88	n.s.
Dbłość o wygląd^a						
brak zmiany	19	36	5	13	17	$\chi^2=6,51$
zmiana pozytywna	81	64	95	87	83	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	11	14	20	15	60	p<0,10
Zainteresowania^a						
brak zmiany	35	31	27	12	26	
zmiana pozytywna	65	69	73	88	74	
Ogółem (N=100%)	20	16	22	19	77	n.s.
Kontakty z ludźmi^a						
brak zmiany	73	81	59	35	61	$\chi^2=11,66$
zmiana pozytywna	27	19	41	65	39	3 s.s.
Ogółem (N=100%)	22	21	22	23	88	p<0,01

^a uwzględniono tylko osoby, u których na początku pobytu stwierdzono w danym zakresie zaburzenia.

Dbłość o wygląd zewnętrzny. Pozytywne zmiany w tym zakresie stwierdzono u 50% ogółu badanych. Osoby z rodzin rezygnujących (WR) wyraźnie rzadziej niż pozostałe przejawiały pozytywne zmiany w tym zakresie. Zależność ta była bliska statystycznej istotności (tabl. 5).

Zainteresowania. U 77% badanych stwierdzano na początku zaburzenia w tym zakresie i u 74% uległy one poprawie w okresie katamnetycznym. Różnice między poszczególnymi grupami okazały się nieistotne (tabl. 5).

Kontakty z ludźmi. Początkowo jedynie u 12% osób nie obserwowano zaburzeń w tym zakresie. Poprawę w okresie katamnetycznym obserwowano jedynie u 39%. Praca z rodzinami wykazała tu istotny związek z częstością pozytywnych zmian. Najwięcej zmian pozytywnych odnotowano u pacjentów z grupy WD (systematyczna, długotrwała współpraca z rodziną), najmniej - w grupie WR (rodzina nie nawiązała współpracy).

OMÓWIENIE WYNIKÓW INTERPRETACJE

Wszyscy uwzględnieni w opracowaniu pacjenci mieli to samo rozpoznanie, chorowali przewlekłe i byli leczeni przy zastosowaniu tego samego programu leczenia (Muskat i wsp., w druku, a). Kryterium doboru do grupy stanowiła systematyczność i czas trwania współpracy z rodzinami pacjentów. Analiza danych demograficznych wykazała, że wydzielone na podstawie wymienionego kryterium grupy różniły się w sposób istotny takimi zmiennymi niezależnymi jak: płeć (w grupie WN przewaga kobiet), wiek (grupa WN najstarsza, grupa WD najmłodsza) i liczba hospitalizacji (większa w grupie WN, mniejsza w grupie WD). Przy interpretacji uzyskanych wyników nie można więc abstrahować od tych niekontrolowanych zmiennych, które mogły mieć wpływ zarówno na przebieg choroby, jak i na wyjściową motywację rodzin pacjentów do współpracy.

Długi czas hospitalizacji w oddziale dziennym pacjentów z grupy WD można by wiązać z faktem większego nasilenia objawów wytwórczych i negatywnych u osób z tej grupy. Jednak pacjenci z grupy WT byli tak samo długo hospitalizowani, a ich stan psychiczny w czasie badania wstępnego nie odbiegał od stanu pacjentów grupy WN i WR. Wydaje się, że wpływ na długość hospitalizacji w oddziale miała wynikająca ze ścisłej współpracy z rodziną pełna i na bieżąco przekazywana informacja o samopoczuciu i zachowaniu pacjenta. Na przedłużenie pobytu w oddziale mogły też mieć wpływ większe oczekiwania obu zaangażowanych w terapię stron (zespołu leczącego, rodziny) co do jakości uzyskiwanych w procesie leczenia zmian.

Występowanie nasilonych objawów wytwórczych u pacjenta stanowi źródło niepokoju w rodzinie i motywuje ją do kontaktów z zespołem leczącym. Systematyczną, długotrwałą współpracę (WD) z rodziną uzyskano w grupie chorych, u których poziom symptomatyki wytwórczej był istotnie wyższy. Mo-

żna sądzić, że był to czynnik szczególnie silnie motywujący rodziny do takiej współpracy. Nie jest przypadkiem, że w cyklach spotkań z rodzinami dominuje wprowadzana przez rodziny problematyka kryteriów rozpoznawania choroby psychicznej, mechanizmów wzbudzających i utrwalających zachowania dysfunkcjonalne oraz strategii uzyskiwania zmian w funkcjonowaniu pacjenta, zwłaszcza na terenie domu. Chorzy ci ostatecznie uzyskali znaczącą poprawę w czasie leczenia, co dodatkowo mogło motywować rodziny do podtrzymywania współpracy po wypisaniu z oddziału.

Zaskakująco niskie wyniki w tym zakresie w grupie WT (systematyczna współpraca, lecz tylko w okresie hospitalizacji) można by wyjaśnić postawą rodziny wobec choroby. Chorych tych cechował początkowo względnie niski poziom objawów, ale i poprawa okazała się względnie niska. Czynnikiem motywującym do przerywania współpracy z chwilą wypisu z oddziału mogłaby być - wskazują na to obserwacje kliniczne - koncepcja choroby psychicznej jako doraźnego stanu, ustępującego z chwilą zakończenia leczenia w oddziale, bądź też wraz z wygasaniem zainteresowania "zdrowiejącym" członkiem rodziny i ograniczaniem świadczeń na jego rzecz. Innym wyjaśnieniem mogłoby być zniechęcenie mniej pełnymi wynikami leczenia.

Tak czy owak, w przypadku rodzin współpracujących, dynamika tej współpracy wiąże się - w świetle uzyskanych wyników - z dynamiką zmian w zakresie wytwórczej symptomatyki schizofrenicznej. Natomiast poziom współpracy z rodziną wydaje się nie mieć istotnego związku z ustępowaniem objawów opisywanych jako afektywne i negatywne. Mała dynamika zmian w zakresie objawów negatywnych wiązała się ze stosunkowo dobrym stanem wyjściowym pacjentów stwierdzanym na początku pobytu.

Współpraca z rodziną ma znaczący wpływ na kształtowanie się krytycyzmu chorobowego u pacjentów. Polaryzacja wyników tej zmiennej pozwala przypuszczać, że współpra-

ca z rodziną ma wpływ na zdolność pacjenta do obiektywnej samooceny, dostrzeganie i identyfikowanie przejawów choroby. Na uwagę zasługuje fakt rozbieżności między krytycyzmem chorobowym a gotowością do leczenia. Jest to fakt mało dotąd uwzględniany w terapii pacjentów psychiatrycznych (niedostateczna informacja o lekach, zasadach ich podawania, objawach ubocznych, lekach korygujących itp).

Współpraca z rodziną ma istotny wpływ na liczbę rehospitalizacji. Można sądzić, że wiedza o chorobie, możliwych sposobach reagowania na dysfunkcjonalne zachowania pacjenta zwiększa tolerancję rodziny, powoduje, że zabieganie o przyjęcie do szpitala chorego nie jest pierwszą ani jedyną jej reakcją.

Systematyczna współpraca z rodziną wywiera największy wpływ na takie obszary funkcjonowania życiowego pacjenta, jak: samodzielność w zakresie czynności dnia codziennego, kontakty z ludźmi i dbałość o własny wygląd. Interesującym jest fakt, że w zakresie samodzielności i dbałości o wygląd większe zmiany zaszły u pacjentów zaliczonych do grupy WT, natomiast w zakresie kontaktów z ludźmi - u pacjentów grupy WD. Wydaje się, że zmiany w zakresie samodzielności, dbałości o siebie wiążą się ze zmianami w postawie rodziny wobec pacjenta. Z wcześniej przeprowadzonych badań (Muskat i wsp., w druku, b) wynika, że rodziny w trakcie cyklu spotkań przestają spozstrzegać pacjenta jako terrorystę czy outsidera i nawiązują z nim relacje oparte na zrozumieniu jego trudności, ale i negocjowaniu wzajemnych świadczeń. Stosunkowo szybko rodzina ogranicza zakres świadczonych na rzecz pacjenta usług i wzmacnia wszelkie przejawy jego samodzielności - wystarczy do tego względnie krótki czas wyznaczony pobyt w oddziale. Natomiast zmiana w relacjach z ludźmi (zakres, intensywność kontaktów, przejawiana w nich inicjatywa) wywodzi się z głębszych mechanizmów i wymaga dłuższego czasu. Oddziaływania o charakterze behawioralnym wydają się być niewystarczające. W rodzi-

nach systematycznie, długotrwanie współpracujących (niektóre rodziny spotykają się już od 5 lat) zachodzą głębsze, strukturalne zmiany. Jak wynika z badań, przeformułowaniu ulega nie tylko pozycja chorego, ale i własna rola w rodzinie (z roli ofiary do roli partnera). Obserwacje kliniczne wskazują, że wiele rodzin (pacjentów grupy WD) zmienia swe hermetyczne zamknięcie, podejmuje kontakty towarzyskie, co niewątpliwie przyczynia się również do poszerzenia i pogłębienia kontaktów pacjentów.

Najmniej zmian (niezależnie od grupy) zaszło w obszarze pracy, co najprawdopodobniej wiąże się z obiektywnymi trudnościami (upadek spółdzielczości inwalidzkiej, rosnące bezrobocie i konkurencja na rynku pracy).

W sumie uzyskane wyniki, potwierdzają wyniki wstępnej analizy doświadczeń naszej pracy terapeutycznej z rodzinami i dla rodzin pacjentów (Muskat i wsp., w druku, b-c). Zachęcają do kontynuowania tej pracy i prób poddania jej wyników ocenie badawczej. Stanowią też, naszym zdaniem, argument potwierdzający sensowność wykorzystania pracy z rodzinami chorych, jako składnika kompleksowego leczenia zaburzeń schizofrenicznych

WNIOSKI

1. Możliwość nawiązania systematycznej współpracy z rodzinami chorych na przewlekłe zaburzenia schizofreniczne wiązała się, w porównaniu z pacjentami u których nie było to możliwe lub których rodziny z takiej możliwości nie skorzystały, z korzystnymi zmianami w przebiegu ich choroby oraz ich funkcjonowaniu życiowym.
2. Zmiany te dotyczyły odzyskiwania wglądu chorobowego (zwłaszcza krytycyzmu) w czasie pobytu w oddziale oraz mniejszej częstości rehospitalizacji i lepszego funkcjonowania życiowego (zwłaszcza w zakresie samodzielności i kontaktów z ludźmi) w okresie katamnetycznym.

3. Intensywniejsza współpraca z rodzinami wiązała się jednak z przeciętnie dłuższym pobytem w oddziale.
4. Wydaje się, że dynamika współpracy z rodzinami wiązała się raczej z dynamiką ustępowania objawów wytwórczych niż afektywnych i negatywnych.

PIŚMIENNICTWO

1. Ackerman N.W.: The psychodynamics of family life. Basic Books, New York 1988.
2. Anderson C.M., Hogarthy G.E., Reiss D.J.: Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. Schizophr. Bull. 1980, 6,490-505.
3. Alanen Y.C.: Terapia rodzinna jako część leczenia schizofrenii. W: Orwid M., Czabała C. (red.): Terapia rodzinna i małżeńska w uzależnieniach i innych zaburzeniach psychicznych. PTP, Warszawa 1986.
4. Axer A.: Trening umiejętności społecznych dla rodzin z osobą chorą na schizofrenię. W: Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. PTP, Warszawa 1988.
5. Goldstein M.J., Rodnick E.H., Evans J.R., May P.R.A., Steinberg M.R.: Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Arch. Gen.Psychiatr. 1978,35,1169-1177.
6. Muskat K., Dymecka-Kühn A., Krzyżanowska J., Wciórka J.: Oddział dzienny jako pośrednia forma leczenia pacjentów psychotycznych. Psychiatr. Pol. (w druku),a.
7. Muskat K., Krzyżanowska J., Wciórka J.: Efekty współpracy z rodzinami pacjentów psychotycznych leczonych w oddziale dziennym. Psychiatr. Pol. (w druku),b.
8. Muskat K., Krzyżanowska J., Dymecka-Kühn A.: Praca z rodzinami chorych psychotycznych: wybrane przykłady (w druku),c.
9. Namysłowska I., Siewierska A.: Difficulties in practising systemic family therapy in psychiatric hospital. Materials from the WHO Symposium on Alcoholism and Other dependencies, Warsaw, 1987.
10. Namysłowska I., Siewierska A.: Miejsce terapii rodzin w leczeniu schizofrenii. Post. Psychiatr. Neurol. 1993,2 (ten numer)

*Adres: Mgr Katarzyna Muskat, Ośrodek Terapeutyczny, I Klinika Psychiatryczna IPiN,
ul. Grottera 25a, 00-785 Warszawa.*

ANEKS

KWESTIONARIUSZ FUNKCJONOWANIA ŻYCIOWEGO

I. Samodzielność (zakupy, gotowanie, sprzątanie, gospodarowanie pieniędzmi, opłata świadczeń)

- 0 - brak
- 1 - stała pomoc
- 2 - stała pomoc w wybranych zakresach
- 3 - okresowa
- 4 - pełna

II. Praca (zawodowa, użyteczne zajęcia)

- 0 - brak
- 1 - nieregularna, dorywcza, krótkotrwała
- 2 - w warunkach chronionych
- 3 - w niepełnym wymiarze (1/4, 1/2 etatu)
- 4 - w pełnym wymiarze

III. Dbłość o wygląd

0 - brak

1 - pod naciskiem z zewnątrz

2 - w ograniczonym zakresie lub/i w sposób nieadekwatny

3 - okresowo zaburzona

4 - adekwatna, pełna

IV. Zainteresowania

0 - brak

1 - tylko bierne

2 - jednokierunkowe lub/i nieadekwatne

3 - okresowo zaburzone

4 - rozwinięte, adekwatne

V. Kontakty z ludźmi

0 - odmowa

1 - sporadyczne, wymuszone

2 - tylko krąg psychiatryczny

3 - regularne, wąskie

4 - pełne