

Kompleksowa rehabilitacja pacjentów przewlekle chorych na schizofrenię jako źródło zmian w zachowaniu i życiu emocjonalnym - wyniki wstępne

Comprehensive rehabilitation of patients with chronic schizophrenia as a source of changes in their behavior and emotional life. Preliminary results.

MARYLA SAWICKA, JOANNA MEDER

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE: *Oceniono efekty kompleksowej rehabilitacji prowadzonej za pomocą treningów umiejętności społecznych. Analizowano nie tylko same zmiany w zachowaniu badanych, ale także dynamikę natężenia emocji pozytywnych i negatywnych. W badaniu brali udział pacjenci z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii.*

SUMMARY. *A comprehensive rehabilitation program based on social skills training has been evaluated. The analysis included not only behavior change, but also the dynamics of positive and negative emotions intensity. Subjects in the study were patients suffering from chronic schizophrenia.*

Słowa kluczowe: schizofrenia / rehabilitacja / zachowania / emocje

Key words: schizophrenia / rehabilitation / behaviours / emotions

Badania nad skutecznością rehabilitacji pacjentów chorych na schizofrenię koncentrują się głównie na pomiarze zachowania [1]. Wiąże się to z tradycyjnym ujmowaniem kontraktu terapeutycznego, który zajmuje się konkretnymi, wymiernymi elementami funkcjonowania pacjenta [2]. Takie podejście wynika, w przypadku schizofrenii, z jej trudnych do usunięcia konsekwencji społecznych, do których można zaliczyć zmniejszenie sieci społecznej i ograniczenie jej tylko do krótkotrwałych, instrumentalnych związków społecznych, nacechowanych ambiwalencją i asymetrią. Najbardziej brzemiennie w skutki dla rozwoju psychozy jest jednak tworzenie wewnętrznego, zamkniętego systemu odcinającego chorego od zewnętrznych wpływów społecznych [9]. W związku z tym, rehabilitacja służy głównie zapobieganiu rozwojowi izolacji pacjenta i przywracaniu go społeczeństwu. W pomiarze efektywności oddziaływań terapeutycznych cel ten zajmuje pierwszoplanowe miejsce, wy-

przedzając subiektywne wartościowania, jakich dokonuje sam pacjent.

W analizie skutków rehabilitacji, trudno jednak zrezygnować z tych subiektywnych odczuć, tym bardziej, że być może to właśnie one mogą się stać długofalowo przyczynkiem do prognozowania dalszych losów pacjenta.

Hermans stworzył koncepcję analizowania osobowości człowieka poprzez doświadczenie, którego proces jest interakcją pomiędzy podmiotem i jego otoczeniem, podzielonym na sfery wartości (*value area*), w które człowiek może się uczuciowo angażować [3]. Stworzył praktyczne wskazania diagnostyczno-terapeutyczne ujęte w ramy metody "Konfrontacji z sobą" [4]. I to właśnie one stały się dla nas inspiracją do poszukiwania czynników decydujących o efektywności treningów umiejętności społecznych w obszarze życia emocjonalnego.

Treningi umiejętności społecznych jako metoda wyrosła z psychologii uczenia [5] i

głęboko zakorzeniona w zdobyczach behawioryzmu, koresponduje z teoretycznymi założeniami *Metody konfrontacji z sobą*. Obie kładą nacisk na doświadczanie realnych przeżyć, bezpośrednio dostępnych człowiekowi i nad nimi pracują w toku terapii.

CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie wpływu jaki ma kompleksowa rehabilitacja prowadzona metodą treningów umiejętności społecznych na zmianę zachowania i natężenie emocji.

OSOBY BADANE I METODA

Dobór grupy. Grupę badaną stanowili pacjenci Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii oraz uczestnicy Warsztatu Terapii Zajęciowej. W ramach programu Oddziału Dziennego Rehabilitacji prowadzone są kompleksowe treningi umiejętności społecznych, których nie ma w programie Warsztatu Terapii Zajęciowej. Kwalifikacja do badań odbyła się w sposób losowy według kolejności przyjęć. Do badań kwalifikowano osoby w wieku 18-60 lat z rozpoznaniem schizofrenii. Rozpoznanie weryfikowano zgodnie z kryteriami DSM-III-R. Objawy zespołu otępiennego wykluczano przy pomocy Skali Inteligencji Wechslera-Bellevue.

Charakterystyka badanej próby. Grupa pacjentów zakwalifikowana do badań liczyła 30 osób - 15 osób w grupie treningowej i 15 w grupie kontrolnej. Wiek wahał się od 20 do 60 lat. Średni wiek w obu grupach był podobny i wynosił 39 lat. Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w rozkładzie badanej cechy w obu grupach. W grupie treningowej było 6 kobiet i 9 mężczyzn. W grupie kontrolnej - 11 kobiet i 4 mężczyzn. W badanej próbie najwięcej osób (80%) miało wykształcenie średnie. U wszystkich badanych rozpoznano schizofrenię, były to osoby chorujące minimum 5 lat i wielokrotnie hospitali-

zowane, z przynajmniej II grupą inwalidzką. U żadnego z badanych nie stwierdzono objawów zespołu otępiennego, wszyscy mieścili się w granicach normy intelektualnej. Grupy nie różniły się pomiędzy sobą istotnie statystycznie pod względem ilorazu inteligencji.

Przebieg zajęć treningowych. Treningi umiejętności społecznych prowadzone są w Oddziale Dziennym przez zespół terapeutów cztery razy w tygodniu. Cykl treningowy trwa około trzech miesięcy. Podczas zajęć pacjenci trenowali następujące umiejętności: (1) samoobsługę, dbałość o higienę i estetyczny wygląd oraz gospodarowanie pieniędzmi, (2) formalne cechy kontaktu: postawę ciała, gestykulację, mimikę twarzy, kontakt wzrokowy i inne pozawerbalne środki wyrazu, (3) kolejne procedury rozwiązywania problemów: analizowanie sytuacji trudnej, definiowanie problemu w kategoriach celu i przeszkody, dobór alternatywnych rozwiązań, wybór rozwiązania najlepszego oraz ćwiczyli, poprzez odgrywanie ról, wprowadzanie w życie wybranych rozwiązań, (4) trening aktywnego udziału we własnej farmakoterapii.

Procedura i narzędzia badawcze. Przed rozpoczęciem zajęć uczestnicy obu grup badani byli następującym zestawem narzędzi. (1) *Kwestionariusz oceny umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów*, opracowany został w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN. Zawiera 5 zadań dotyczących odgrywania roli, prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów. Ocenie podlegają formalne cechy prowadzenia rozmowy oraz skuteczność w rozwiązywaniu problemów [6]. (2) Zestaw do *Metody konfrontacji z sobą* Hermansa składa się z dwóch części. W pierwszej ustala się przy pomocy 14 otwartych pytań strefy wartości charakteryzujące badanego. W drugim etapie badany ocenia częstotliwość występowania różnych uczuć w stosunku do kolejnych, wyróżnionych wcześniej, stref wartości. Podane są 24 uczucia - 12 pozytywnych i 12 negatywnych, których częstotliwość występowania szacuje się na skali od 0 (nigdy) do 5

(bardzo często). Analizie poddawana jest łączna suma uczuć pozytywnych i negatywnych [8]. (3) *Krótką psychiatryczną skalę ocen (BPRS)* została użyta do oceny aktualnego stanu psychicznego badanych. (4) *Skalę funkcjonowania ogólnego (GAS)* została zastosowana w celu skontrolowania poziomu funkcjonowania badanych i ewentualnego wpływu uczestnictwa w treningu na poziom tego funkcjonowania. (5) *Skali inteligencji Wechslera-Bellevue* użyto do wyeliminowania badanych z objawami zespołu otępiennego. Po zakończeniu treningu powtórzono badanie według powyższej procedury bez ponownego pomiaru inteligencji.

Zmienne i zastosowana analiza statystyczna. Przy opracowywaniu wyników wzięto pod uwagę następujące zmienne: poziom funkcjonowania społecznego w zakresie umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów, natężenie emocji pozytywnych, natężenie emocji negatywnych, poziom funkcjonowania ogólnego osób, nasilenie objawów psychopatologicznych. Uzyskane wyniki przedstawiono jako bezwzględne wartości średnie i wartości procentowe oraz procentowe wskaźniki wzrostu. Istotność statystyczna różnic pomiędzy wartościami średnimi wybranych zmiennych dla prób niepowiązanych obliczono w zależności od wartości testu F-Snedekora (różnice między wariancjami), za pomocą testu t-Studenta lub C-Cochrana. Porównanie dwóch prób powiązanych odbywało się za pomocą testu chi kwadrat. Przyjęto poziom istotności, $p=0.05$.

WYNIKI

Nasilenie objawów psychopatologicznych (BPRS). Przed zajęciami średni wynik w grupie treningowej wynosił 46, w grupie kontrolnej natomiast był niższy i wynosił 39 - były to różnice istotne statystycznie. Po zakończeniu zajęć średnia w grupie treningowej nieistotnie wzrosła do 49, a w grupie kontrolnej w podobny sposób zmalała do poziomu 37. Otrzymane wyniki wskazują, że stan psychiczny bada-

nych uległ zmianom nieistotnym statystycznie. Dzięki temu, zmienna ta prawdopodobnie nie miała wpływu na prezentowane wyniki. Należy w tym miejscu podkreślić, że wszystkie osoby objęte badaniem przyjmowały neuroleptyki w dawkach podtrzymujących.

Ocena stanu funkcjonowania ogólnego (GAS). Przed zajęciami w grupie treningowej średni wynik wynosił 49, a w grupie kontrolnej 63, różnice między tymi średnimi były istotne statystycznie. Po zakończeniu zajęć średnia w grupie treningowej wzrosła nieistotnie statystycznie do 50, a w grupie kontrolnej, także nieistotnie, do poziomu 65. Ostatni pomiar potwierdził wcześniejsze różnice pomiędzy średnimi wynikami badanych grup.

Pomiar nabytych umiejętności społecznych. Maksymalna ilość punktów w "Kwestionariuszu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów" wynosi 51. Przed treningiem obie grupy zostały ocenione podobnie, a ich średnia wynosiła 27, tj. 53% maksymalnej ilości punktów możliwych do otrzymania w tym badaniu. Po zakończeniu zajęć różnica pomiędzy otrzymanymi średnimi była nieistotna statystycznie. W grupie treningowej średnia wzrosła do 34, tj. 66% maksimum i było wzrostem istotnym statystycznie. W grupie kontrolnej średnia wynosiła 30 punktów, tj. 58% maksimum (tabl. 1).

Ocena skuteczności rozwiązywania problemów oraz formalnych cech kontaktu. Analizując wyniki "Kwestionariusza prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów" brano pod uwagę, oddzielnie, skuteczność w rozwiązywaniu problemów (maksymalnie 30 punktów) oraz poziom formalnych cech kontaktu (maksymalnie 21 punktów). Te szczegółowe szacunki wyodrębniły zmiany istotne statystycznie w przypadku rozwiązywania problemów w grupie treningowej, wzrastające z 57% (I badanie) do 73% (II badanie). Podobne różnice zaobserwowano także pomiędzy grupami treningową (73% max.) i kontrolną (61% max.), w badaniu przeprowadzonym po zakończeniu zajęć. Szczegóły zawiera tabl. 1a. Dynamika zmian formalnych cech kontaktu

Tablica 1. *Porównanie umiejętności społecznych (średnie, odsetki) w badanych grupach w obu badaniach.*

Umiejętności społeczne	Grupa treningowa	Grupa kontrolna
badanie przed zajęciami	27 (53%) a	27 (53%)
badanie po zajęciach	34 (66%) b	30 (58%)

a-b $p < 0,5$

pozostawała na poziomie różnic nieistotnych statystycznie.

Pomiar natężenia emocji mierzony zestawem do "Konfrontacji z sobą". W kwestionariuszu tej metody maksymalnie można otrzymać 1680 punktów, w tym połowę stanowią punkty przypadające na natężenie emocji pozytywnych oraz połowę na natężenie emocji negatywnych. Ten sumaryczny wynik może być także przedstawiony jako średnie częściowe w poszczególnych zadaniach kwestionariusza. W tym przypadku maksymalna ilość punktów możliwa do otrzymania w każdym zadaniu wynosi 120 i ten wynik daje się przedstawić jako średnie dla emocji pozytywnych i negatywnych.

Przed rozpoczęciem zajęć średni wynik *natężenia emocji pozytywnych*, otrzymany przez grupę treningową, wynosił 305, co stanowiło około 36.1% maksymalnej ilości punktów możliwych do otrzymania w tym badaniu. W grupie kontrolnej średnia była podobna i wynosiła 316, co stanowiło także około 36.4% max. Różnice między tymi średnimi były nieistotne statystycznie. Po zakończeniu zajęć w

grupie treningowej średni wynik pozostał na nie zmienionym poziomie, natomiast w grupie kontrolnej nieznacznie się powiększył do poziomu 333 punktów, co dało 38%. Zaobserwowane różnice nie są istotne statystycznie. Na ten ogólny wynik natężenia emocji pozytywnych złożyło się 14 wyników częściowych, których analiza doprowadziła do zawężenia ich do 6 zakresów tematycznych - ogólna ocena życia, aktywność zewnętrzna, aktywność wewnętrzna (myślenie), główne źródła radości w życiu, stosunek do innych ludzi, dodatkowe pytanie. Poszukiwanie istotnych statystycznie zależności, tak w obrębie 14, jak i w obrębie zawężonym do 6 obszarów, nie przyniosło oczekiwanych rezultatów, mimo tego, analiza procentowych wskaźników wzrostu pozwala zauważyć pewne tendencje. Szczegóły przedstawia tabl. 2.

Analiza *natężenia zmian emocji negatywnych* została przeprowadzona według podobnej procedury, jak w przypadku emocji pozytywnych. Przed treningiem obie grupy zostały ocenione zdecydowanie inaczej. W grupie treningowej średni wynik wynosił 169,5, co sta-

Tablica 1a. *Porównanie rozwiązywanie problemów (średnie, odsetki) w badanych grupach w obu badaniach.*

Umiejętności społeczne	Grupa treningowa	Grupa kontrolna
badanie przed zajęciami	17,1 (57%) a	16,9 (56.9%)
badanie po zajęciach	22 (73%) b	18,3 (61%) c

a-b $p < 0,5$

b-c $p < 0,5$

Tablica 2. Porównanie procentowych wskaźników wzrostu emocji pozytywnych w badanych grupach między dwoma badaniami.

Wskaźniki emocji pozytywnych	Grupa treningowa	Grupa kontrolna
Wynik ogólny	0	2%(+)
Ocena życia	0.6% (-)	0.7% (-)
Aktywność zewnętrzna	0.7% (-)	8.3% (+)
Aktywność wewnętrzna	0.1% (-)	6% (+)
Źródła radości w życiu	1% (-)	1% (-)
Stosunek do innych ludzi	1.7% (-)	1.5% (+)
Inne	12.3% (+)	5% (+)

(-) obniżenie wartości średniej w stosunku do pomiaru pierwszego

(+) wzrost wartości średniej w stosunku do pomiaru pierwszego

nowiło 20.18% maksymalnej wartości możliwej do otrzymania, a w grupie kontrolnej te same wyniki prezentowały się następująco - 231 średnia, czyli 27.5% maksimum. Różnica jest istotna statystycznie. Po zakończeniu zajęć wynik grupy treningowej obniżył się do 147,8 punktów (17.6%), podobnie jak to miało miejsce w przypadku grupy kontrolnej, gdzie średnia osiągnęła poziom 208 punktów (24.7%). Zmiany, jakie zaszły w badaniu drugim, nie

mają znaczenia istotnego statystycznie. Tabl. 3 prezentuje procentowe wskaźniki zmian, jakie zaszły w obrębie 6 zakresów tematycznych, w natężeniu emocji negatywnych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Celem pracy było przeprowadzenie badań pilotażowych umożliwiających oszacowanie skuteczności treningów umiejętności społecz-

Tablica 3. Porównanie procentowych wskaźników wzrostu emocji negatywnych w badanych grupach między dwoma badaniami.

Wskaźniki emocji negatywnych	Grupa treningowa	Grupa kontrolna
Wynik ogólny	2.58% (-)	2.8% (-)
Ocena życia	12.6% (-)	1.3% (-)
Aktywność zewnętrzna	0.2% (-)	2% (-)
Aktywność wewnętrzna	2.5% (-)	2% (-)
Źródła radości w życiu	2.9% (-)	2% (-)
Stosunek do innych ludzi	1% (+)	1% (-)
Inne	0.5% (+)	1.6% (-)

(-) obniżenie wartości średniej w stosunku do pomiaru pierwszego

(+) wzrost wartości średniej w stosunku do pomiaru pierwszego

nych na dwóch z trzech wymiarów zwykle branych pod uwagę w tego typu badaniach. Pierwszym wymiarem było zachowanie, drugim natomiast zmiany zachodzące w systemie emocjonalnych wartościowań, traktowanych jako integralny element osobowości.

Badana próba charakteryzowała się stosunkowo długim czasem trwania choroby, dużą liczbą hospitalizacji oraz wysokim stopniem inwalidztwa. Stan psychiczny badanych przez cały czas trwania obserwacji oceniono jako zadowalający. Nie odnotowano zasadniczych zmian w natężeniu objawów psychotycznych, co wskazuje, że nie miały one wpływu na zmiany w funkcjonowaniu osób badanych.

Badanie poziomu funkcjonowania ogólnego przy użyciu skali GAS nie różnicowało wyników w obrębie grupy treningowej i kontrolnej, przy jednoczesnym zachowaniu różnic pomiędzy grupami.

Pomimo różnic w ocenie poziomu psychopatologii i funkcjonowania ogólnego pomiędzy badanymi grupami przed rozpoczęciem treningów, w całej próbie stwierdzono średni poziom umiejętności społecznych, jednakowy w obydwu grupach. Po zakończeniu zajęć odnotowano istotny wzrost tych umiejętności, z jednoczesną istotną statystycznie różnicą pomiędzy średnimi w grupie treningowej i kontrolnej. Taki wzrost umiejętności może świadczyć o pozytywnym wpływie treningów na te zmiany. Szczegółowa analiza pozwoliła ustalić najbardziej wyraźne zmiany w obrębie skuteczności rozwiązywania problemów w grupie treningowej. Zmiany te były istotne nie tylko w obrębie samej grupy, ale także różnicowały ją z grupą kontrolną w badaniu drugim.

Wyjściowy poziom natężenia emocji, zarówno pozytywnych jak i negatywnych, w obydwu grupach był niski, co przypuszczalnie wynika ze specyfiki schorzenia, mimo ogólnego stwierdzenia, że była to grupa w zadowalającym stanie psychicznym. Pomimo to zauważono, że wszystkie osoby badane częściej przeżywają uczucia pozytywne niż negatywne. I to właśnie emocje pozytywne odznaczają się swoistą stabilnością, szczególnie w grupie

treningowej, gdzie ich poziom ulegał wahnięciom zaledwie o 1%. Dynamika zmian natężenia uczuć pozytywnych w toku przeprowadzonego badania w grupie treningowej, jak i w grupie kontrolnej, okazała się nieistotna statystycznie. Podobnie, pomiar natężenia uczuć negatywnych nie uległ istotnym statystycznie zmianom, mimo wyraźnie zaznaczonych tendencji spadkowych w grupie treningowej, sięgających nawet kilkunastu procent. Być może przyczyną takiego stanu rzeczy jest ogólna tendencja obserwowana w nastawieniu emocjonalnym wielu ludzi polegająca na tym, że racjonalizowanie problemów psychicznych często zmniejsza ich ciężar i niweluje źródło powstawania [2,7]. A to właśnie jest jednym z celów treningów umiejętności społecznych, realizowanym jako nauka myślenia w kategoriach celu i przeszkody - myślenia problemowego.

Interpretacja otrzymanych wyników może być, na tym etapie badań, jeszcze zbyt pochopna, można jednak pokusić się o pewne uogólnienia. Raz jeszcze potwierdzono wpływ treningów umiejętności społecznych na wzrost, szeroko rozumianych, kompetencji społecznych. W tym przede wszystkim na poziom rozwiązywania problemów. Pomiar natężenia emocji pozytywnych i negatywnych nie wykazał wpływu zastosowanych metod rehabilitacji na nie.

Czy zaobserwowane tendencje są częścią ogólniejszych zależności pokażą, być może, badania przeprowadzone na pełnej próbie.

WNIOSKI

Na tym etapie badań trudno jest jeszcze o daleko idące uogólnienia, jednak godne odnotowania są następujące fakty:

1. Po zajęciach treningu umiejętności społecznych osoby w nich uczestniczące wyraźnie zwiększyły swoje umiejętności społeczne, a przede wszystkim umiejętności rozwiązywania problemów, mierzone za pomocą "Kwestionariuszem umiejętności prowa-

- dzenia rozmowy i rozwiązywania problemów"
2. Zauważono pewną tendencję spadkową w zmianie natężenia emocji negatywnych.
 3. Natężenie emocji pozytywnych pozostało na prawie nie zmienionym poziomie.

PIŚMIENNICTWO

1. Ekdawi M.Y., Conning A.M.: Rehabilitacja psychiatryczna. PZWL, Warszawa 1995.
2. Garfield S.L., Bergin A.E.: Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York 1993, wyd. 4.
3. Hermans H.J.M.: The Meaning of Life as an Organized Process. Psychotherapy 1989, 26.
4. Hermans H.J.M.: The dreams in the Process of Valuation: A Method of Interpretation. J. Person. Soc. Psychol. 1987, 34.
5. Liberman R.P.: Social skills training for psychiatric patients. Psychology Practitioner Guidebooks. Pergamon Press, New York 1989.
6. Meder J., Orzechowska Z., Sawicka M.: Ocena skuteczności treningu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich u chorych na schizofrenię (pilotaż). Post. Psychiatr. Neurol. 1993, 2, 4.
7. Lewison P.M., Mischel W., Chaplin W.: Social competence and depression. The role illusory selfperceptions. J. Abnorm. Psychol. 1980, 89.
8. Oleś P.: Metoda Konfrontacji z Sobą H.J.M. Hermansa -podręcznik. Pracownia Testów PTP, Warszawa 1992.
9. Pattison M., Detranisco D., Wood P., Crowded J.: The Psychosocial Kinship Model for Family Therapy. Am. J. Psychiatry 1975, 132, 1246-1251.

*Adres: Mgr Maryla Sawicka, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*