

Ocena skuteczności treningu prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich u chorych na schizofrenię

Evaluation of conversation and interpersonal problem solving skills training efficacy in schizophrenic patients

JOANNA MEDER, JERZY ELBANOWSKI, MILENA MORAWIEC, ZOFIA ORZECZOWSKA, ZOFIA PAKUŁA, MARYLA SAWICKA, OLSZYNA WACHOWIAK

Z Zakładu Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. U większości chorych na schizofrenię obserwuje się wyraźne deficyty w funkcjonowaniu społecznym, przyczyniające się - obok samej choroby - do izolacji chorego. Deficyty te wiążą się najczęściej z prostymi czynnościami życiowymi. Te przesłanki odegrały istotną rolę w rozwoju treningu, którego celem jest wyposażenie pacjenta w umiejętności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi. Trening taki prowadzimy w naszym oddziale dziennym od 4 lat, a obecnie chcemy przedstawić wstępne wyniki oceny ich skuteczności w badaniu ankietowym. W grupie 40 chorych na schizofrenię odnotowano wyraźny wzrost umiejętności społecznych. Nie zaobserwowano natomiast bezpośredniego wpływu treningów na poprawę stanu psychicznego pacjentów.

SUMMARY. Marked deficiencies of social functioning observed in the majority of schizophrenic patients contribute, in addition to the illness itself, to this patients isolation. The deficiencies in question most often pertain to simple daily living activities. These assumptions played an important role in the development of a social skills training program aimed at providing the patient with appropriate coping skills necessary in difficult daily living situations. Trainings of this type have been conducted at our day center for four years now. Preliminary results of the training efficacy evaluation using questionnaire method are presented in the paper. In a group of 40 schizophrenic patients a definite increment in the social skills level was noted. However, no direct relationship between the training and the patients mental status improvement was found.

Słowa kluczowe: schizofrenia / treningi umiejętności społecznych / funkcjonowanie społeczne / sprawność społeczna

Key words: schizophrenia / social skills training / social functioning / social competence

Złożona i zmienna natura współczesnego społeczeństwa stawia przed nami coraz to nowe sytuacje problemowe o mniej lub bardziej skomplikowanym charakterze. Jedną z ważnych umiejętności jest zdolność rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich, świadcząca o poziomie funkcjonowania społecznego jednostki (12).

W serii badań zapoczątkowanych w Wielkiej Brytanii już przed dwudziestu laty, wyka-

zano, że u większości pacjentów chorych na schizofrenię pomimo znacznej nawet redukcji objawów psychotycznych - osiągniętej za pomocą neuroleptyków - występują wyraźne deficyty w sprawnym funkcjonowaniu społecznym. One to między innymi prowadzą do głębokiej izolacji chorego (11,13,14). Wykazano, że nawet drobne przeciwności życiowe i wysoki poziom ekspresji emocji w rodzinie, poważnie zwiększają ryzyko nawrotów objawów

psychotycznych w przebiegu schizofrenii (3). Zubin i Spring w swoich rozważaniach na temat modelu schizofrenii traktują sprawność w kontaktach z ludźmi (*competence*) jako główny czynnik ochrony przed stresem (15). Halford i Hayer, porównując różne modele rehabilitacji w schizofrenii wykazali, że najskuteczniejsze są metody uwzględniające treningi umiejętności społecznych (7). Deficyty umiejętności społecznych chorych na schizofrenię wiążą się często z prostymi czynnościami życiowymi, a mogą wynikać z wielu przyczyn takich jak: zbyt ubogie lub negatywne doświadczenia społeczne, lęk, długotrwałe zaburzenia poznawcze, niska motywacja do podejmowania aktywności społecznej (6,8). Przesłanki te odegrały istotną rolę w rozwoju metod treningowych (*social skills training*), których celem jest wyposażenie chorego na schizofrenię w poznawcze i behawioralne zdolności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi (9,10,11). Podczas treningów pacjenci uczą się szeroko rozumianych umiejętności interpersonalnych, utrwalania tych umiejętności i ich generalizacji (6). Wpływa to znakomicie na poszerzenie repertuaru pozytywnych zachowań niewerbalnych (2,5), a generalnie rzecz ujmując na kształtowaniu prawidłowej sprawności w kontaktach z ludźmi.

Axer opisując własne doświadczenia z prowadzenia treningów rozwiązywania problemów w Oddziale Dziennym Rehabilitacji IPiN stwierdził, że wprawdzie jest to atrakcyjna, ale trudna i wyczerpująca forma zajęć. Najtrudniejsza jest generalizacja efektów treningu, przeniesienie ich i zastosowanie doświadczeń w warunkach naturalnych (1).

Treningi umiejętności społecznych zostały wprowadzone w 1989 roku i wkrótce stały się podstawą w procesie oddziaływań rehabilitacyjnych w naszym oddziale dziennym. Na podstawie dostępnej literatury i własnych doświadczeń nabywanych podczas prowadzenia zajęć, skonstruowano skrypty ułatwiające prowadzenie zajęć i propagowanie tego typu oddziaływań na szerszą skalę.

CEL PRACY

Celem pracy było zbadanie, na ile opracowane metody treningu rozwiązywania problemów są skuteczne w grupie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w warunkach oddziału dziennego. Badania zaplanowaliśmy na 2 lata. Obecnie przedstawiamy sprawozdanie z badań pilotażowych.

BADANI

Grupę pacjentów objętych pierwszym etapem badań wybrano spośród osób leczonych na przełomie lat 1991/92 w Oddziale Dziennym Rehabilitacji IPiN i Oddziale Dziennego Szpitala Psychiatrycznego w Tworkach.

O przynależności do grupy decydowała kolejność przyjęć do oddziału. Pacjenci z grupy kontrolnej uczestniczyli w innych zajęciach prowadzonych w oddziale z wyjątkiem treningu umiejętności społecznych. Do badań kwalifikowaliśmy pacjentów w wieku produkcyjnym z rozpoznaniem schizofrenii. Rozpoznanie weryfikowano zgodnie z kryteriami DSM III R na podstawie danych zawartych w dokumentacji lekarskiej i w badaniu kwestionariuszem Oceny Stanu Psychicznego (*Present State Examination*).

Grupa pacjentów zakwalifikowanych do badania liczyła 40 osób. 20 osób było w grupie treningowej i 20 osób w grupie kontrolnej. Wiek wahał się od 20 do 60 lat. Średni wiek pacjentów wynosił 39 lat, w grupie treningowej 38 lat a w grupie kontrolnej 40 lat. Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy w rozkładzie badanej cechy w obu grupach.

W grupie treningowej było 13 kobiet i 7 mężczyzn, w grupie kontrolnej 7 kobiet i 13 mężczyzn.

U wszystkich 40 pacjentów rozpoznano schizofrenię, w grupie treningowej schizofrenię paranoidalną u 19 osób, u jednej osoby postać katatoniczną. Natomiast w grupie kontrolnej u 19 osób schizofrenię paranoidalną, u 1 osoby postać cykliczną schizofrenii.

Wszystkie osoby objęte badaniami miały czas trwania choroby dłuższy niż 5 lat, wszyscy pacjenci (40 osób) byli wielokrotnie hospitalizowani.

METODY

Brak objawów zespołu psychoorganicznego wykluczano Skalą Inteligencji Wechslera-Bellevue. Wszyscy pacjenci objęci badaniami mieścili się w granicach normy intelektualnej. Objawy zespołu otępiennego wykluczaliśmy Skalą Inteligencji Wechslera-Bellevue. Wszyscy pacjenci objęci badaniami wyrazili pisemną zgodę na udział w treningu i badaniach naukowych.

W celu ustalenia listy najbardziej trudnych w ocenie pacjentów sytuacji przeprowadzono badania sondażowe, których wyniki zamieszczono w osobnym doniesieniu. Na podstawie tego sondażu ustalono zestaw najbardziej typowych sytuacji trudnych i wynikające z nich tematy kolejnych treningów. Szczegółowy opis treningów prowadzonych w oddziale znajduje się w w/w pracy. Kolejnym etapem było opracowanie kwestionariusza do badań umiejętności społecznych.

Kwestionariusz, opracowany w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii, zawierał 5 zadań sprawdzających umiejętności społeczne pacjenta w zakresie odgrywania ról, prowadzenia rozmowy i rozwiązywania trudnych sytuacji życiowych, pokazanych w scenkach modelowych nagranych na video specjalnie dla tych badań:

Zadanie nr 1 - Odgrywanie roli: po obejrzeniu scenki modelowej pacjent musi odegrać rolę syna będącego w sytuacji konfliktowej z matką. Otrzymuje on dokładną instrukcję i treść wypowiedzi, a terapeuta ocenia jedynie wykonanie w 7 aspektach: ton głosu, głośność, kontakt wzrokowy, postawa ciała, mimika twarzy, gestykulacja, jasność wypowiedzi.

Zadanie nr 2 - Po obejrzeniu scenki modelowej przedstawiającej nieudane zakupy w sklepie, pac-

jent powinien sformułować problem, znaleźć rozwiązanie, wybrać jeden sposób i uzasadnić swój wybór.

Zadanie nr 3 - Pacjent otrzymuje zadanie rozpoczęcia rozmowy z nieznaną osobą, w którym możliwe są różne zachowania. Powinien on podać kilka z nich i zademonstrować jedno, wybrane przez siebie. Terapeuta ocenia wykonanie zadania według 7 punktów jak w zadaniu nr 1.

Zadanie nr 4 - Odgrywanie roli: Po obejrzeniu scenki modelowej nagranej na video, pacjent musi odegrać rolę pracownika, który ma kłopoty z pracą. W tym zadaniu oceniane są: ilość podanych przez pacjenta sposobów przeprowadzenia tej rozmowy oraz samo jej przeprowadzenie. Ocena - jak w zadaniu nr 1.

Zadanie nr 5 - W tym zadaniu pacjent musi poradzić sobie z nieoczekiwanym i koniecznym wydatkiem (stłuczona szyba). Oceniany jest tu sposób sformułowania problemu, ilość i jakość rozwiązań oraz uzasadnienie wybranego przez siebie rozwiązania.

Przed rozpoczęciem treningu przeprowadzono badanie wstępne, z wykorzystaniem:

- * Kwestionariusza Oceny Stanu Psychicznego (*Present State Examination*)
 - * Krótkiej Psychiatrycznej Skali Ocen (*Brief Psychiatric Rating Scale*)
 - * Skali Funkcjonowania Ogólnego (*Global Assessment Scale*)
 - * Skali Inteligencji Wechslera-Bellevue.
 - * Kwestionariusza Umiejętności Prowadzenia Rozmowy i Rozwiązywania Problemów (opracowanym w Zakładzie Rehabilitacji Psychiatrycznej)
- Po zakończeniu treningu wykonano powtórzną ocenę przy użyciu:
- * Krótkiej Psychiatrycznej Skali Ocen (*Brief Psychiatric Rating Scale*)
 - * Skali Funkcjonowania Ogólnego (*Global Assessment Scale*)
 - * Kwestionariusza Umiejętności Prowadzenia Rozmowy i Rozwiązywania Problemów

Czas pomiędzy badaniami, zarówno w grupie treningowej, jak i kontrolnej, wynosił około 3 miesięcy, gdyż tyle trwa cykl treningowy.

Uzyskane wyniki opracowano statystycznie, a zaobserwowane zależności kontrolowano przy użyciu testu χ^2 i testu t-Studenta.

WYNIKI

Zestawiając iloraz inteligencji w grupie kontrolnej i treningowej nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy między rozkładem tej cechy w obu grupach.

W badaniu Skalą Ogólnego Funkcjonowania (GAS) uzyskano następujące wyniki. Przed treningiem grupa treningowa uzyskała średni wynik 52,2, zaś grupa kontrolna 50,4. Po treningu w obu grupach zarejestrowano niewielką poprawę stanu psychicznego. W grupie treningowej wzrost średnio do 55,5 czyli 3,3% - różnica ta jest jednak nieistotna statystycznie. W grupie kontrolnej uzyskano wynik średni 52,7, co stanowi 2,3% - również jest nieistotne statystycznie. Porównywanie średnich wyników uzyskanych przed i po treningach w obu grupach, jak i grupy między sobą, nie wykazało w obu grupach różnic istotnych statystycznie.

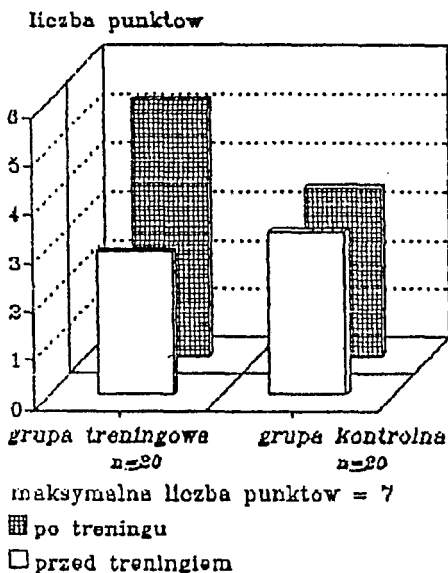
Oceniając aktualny stan psychiczny pacjentów przy pomocy skali BPRS uzyskano podobne wyniki jak w skali GAS. Treningi nie miały zasadniczego wpływu na stan psychiczny pacjentów. Grupa treningowa w pierwszym badaniu uzyskała średni wynik 40,7, a po treningu 42,05. Grupa kontrolna natomiast analogicznie - 39,0 przed treningiem i 39,65 po treningu.

W obu grupach stwierdzono najwyższe nasilenie takich objawów jak: zaburzenia treści myślenia, stopień uczuciowe, wycofanie emocjonalne, rozproszenie uwagi i w mniejszym stopniu lęk. Składowe te kształtowały się podobnie w obu grupach i badaniach. Odnotowano wprawdzie poprawę stanu psychicznego w obu grupach, tj. w grupie treningowej u 40% pacjentów i w grupie kontrolnej u 45% pacjentów, ale różnice między grupami nie były istotne statystycznie. Nie wykazano istotnych statystycznie różnic w badaniu I i II pomiędzy średnimi. Także różnice w każdej grupie przed badaniem i po badaniu okazały się nieistotne statystycznie.

Szczegółowa ocena umiejętności prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów przedstawia się następująco.

Odgrywanie roli

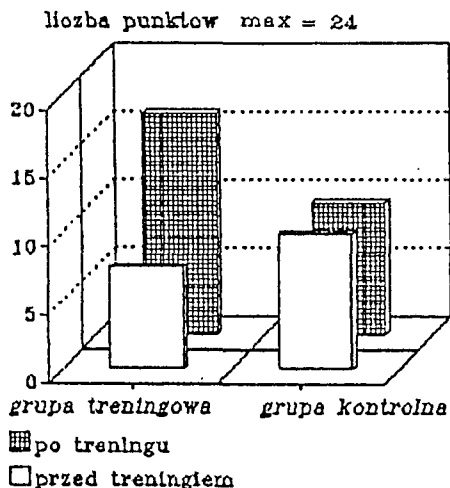
Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania w tym ćwiczeniu wynosi 7. Przed treningiem obie grupy zostały ocenione podobnie. Średni wynik w grupie treningowej wynosił 2,95, a w grupie kontrolnej 3,35. Różnica między średnimi nie jest istotna statystycznie. Po treningu grupa treningowa uzyskała znacznie lepsze wyniki niż grupa kontrolna (grupa treningowa 5,3, grupa kontrolna 3,5) - różnica istotna statystycznie ($p < 0,05$). Stwierdzono różnicę istotną statystycznie na poziomie $p < 0,05$ w wynikach uzyskanych przed treningiem i po treningu w obu grupach.



Prowadzenie rozmowy - część 1: rozpoczynanie rozmowy

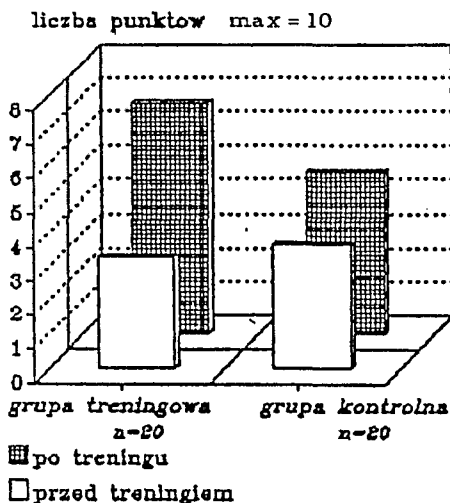
Maksymalna ilość punktów możliwa do otrzymania w tym ćwiczeniu wynosi 12. Przed treningiem obie grupy uzyskały podobne wyniki. Grupa treningowa średnio 3,6, a kontrolna 4,6. Po treningu grupa treningowa uzyskała znacznie lepsze wyniki (8,25) w stosunku do

grupy kontrolnej, w której wynik prawie nie uległ zmianie (4,55). Odnotowano różnicę istotną statystycznie między średnimi po treningu na korzyść grupy treningowej ($p < 0,05$). Stwierdzono również różnicę istotną statystycznie między wynikami w grupie treningowej w I i II badaniu ($p < 0,05$).



Prowadzenie rozmowy - część 2: rozmowa z szefem

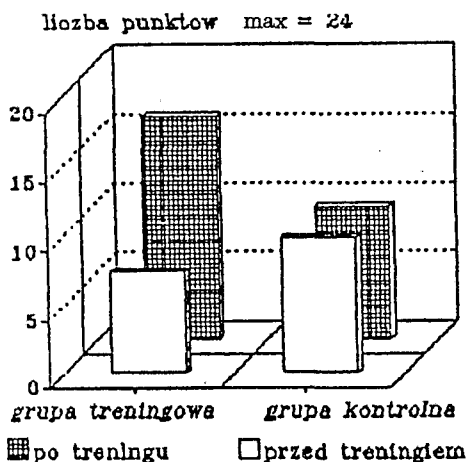
Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania wynosi 12. Przed treningiem grupa treningowa otrzymała średni wynik 3,9, a grupa kontrolna - 5,3. Przed treningiem stwierdzono różnicę istotną statystycznie między grupami ($p < 0,05$). Po treningu różnica między średnimi uzyskanych wyników również okazała się istotna statystycznie. W grupie treningowej odnotowano znaczną poprawę średnio 7,95, w grupie kontrolnej zmiany były niewielkie 5,15. Różnica między tymi średnimi jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). W grupie treningowej zaobserwowano różnicę istotną statystycznie pomiędzy wynikami w badaniu I i II ($p < 0,05$). W grupie kontrolnej różnica między średnimi w obu badaniach była niewielka i nieistotna statystycznie.



Prowadzenie rozmowy (suma)

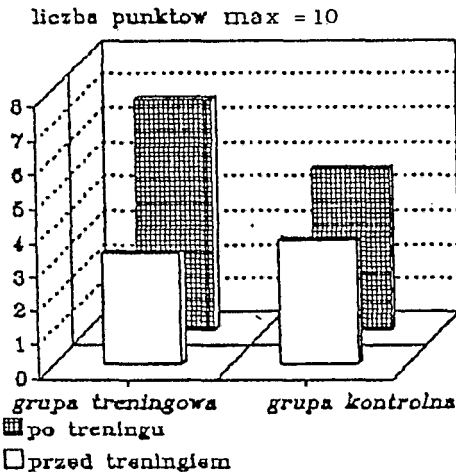
Sumując wyniki średnich uzyskanych przy ocenie prowadzenia rozmowy w obu zadaniach uzyskaliśmy podobne wyniki, przy maksymalnej ilości punktów możliwych do uzyskania 24.

Przed rozpoczęciem treningów grupa kontrolna charakteryzowała się wyższym poziomem prowadzenia rozmowy (9,9), Podczas gdy grupa treningowa uzyskała wynik średnio mniejszy (7,5). Różnica między tymi średnimi jest istotna statystycznie $p < 0,05$. Po treningu grupa treningowa uzyskała średni wynik wyższy (16,2), a w grupie kontrolnej nie odnotowano większych zmian (9,7). Różnica między średnimi istotna statystycznie ($p < 0,05$).



Rozwiązywanie problemów: sytuacja konfliktowa w sklepie

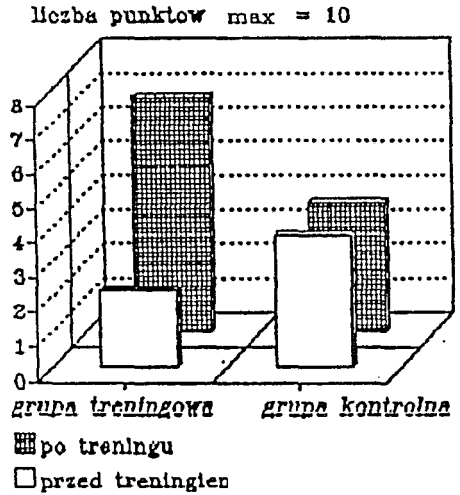
Maksymalnie można było uzyskać 10 punktów za rozwiązanie tego zadania. Przed treningiem obie grupy nie różniły się istotnie statystycznie między sobą. Po treningu wyniki okazały się znacząco różne statystycznie. Grupa treningowa uzyskała wyniki 6,8, grupa kontrolna 4,75. Różnica okazała się istotna statystycznie ($p < 0,05$). Porównując wyniki uzyskane w grupie treningowej przed i po treningu stwierdzamy różnicę istotną statystycznie ($p < 0,05$). W grupie kontrolnej także uzyskano różnicę istotną statystycznie ($p < 0,05$).



Rozwiązywanie problemów: zbita szyba

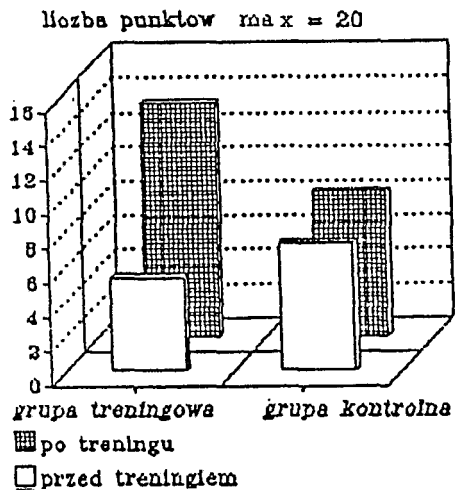
W tym zadaniu można było otrzymać maksymalnie 10 punktów. Przed rozpoczęciem treningu wszyscy pacjenci otrzymali niskie oceny, szczególnie grupa treningowa, która otrzymała średni wynik 2,2, grupa kontrolna uzyskała lepszy średni wynik 3,8. Różnica między średnimi okazała się istotna statystycznie ($p < 0,05$). Po treningu zarejestrowano dużą poprawę wyników w grupie treningowej, średnia wzrosła z 2,2 do 6,85 - różnica ta jest istotna statystycznie ($p < 0,05$). W grupie kontrolnej średni wynik uzyskany w I i II badaniu był podobny. Porównując obie grupy między sobą podczas badania II stwierdzono, że różni-

ce między średnimi są istotne statystycznie ($p < 0,05$).



Rozwiązywanie problemów (suma)

Maksymalna ilość punktów możliwa do uzyskania = 20. Oceniając sumę wyników uzyskanych przez pacjentów w obu punktach dotyczących rozwiązywania problemów okazało się, że w badaniu przed treningiem obie grupy otrzymały podobny średni wynik sumaryczny, grupa treningowa 5,5, a grupa kontrolna 8,5. Różnica między średnimi istotna statystycznie ($p < 0,05$).



OMÓWIENIE WYNIKÓW

Celem pracy było przeprowadzenie badań pilotażowych sprawdzających skuteczność treningów prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów u chorych na schizofrenię oraz sprawdzenie metody oceny tej skuteczności. Badaniem objęto chorych z rozpoznaniem schizofrenii i bez objawów zespołu otępiennego. Grupa pacjentów charakteryzowała się stosunkowo długim czasem trwania choroby i dużą liczbą hospitalizacji.

Stan psychiczny pacjentów przez przez cały czas trwania obserwacji oceniono jako zadowalający. Wprawdzie nie odnotowano zasadniczego wpływu treningów prowadzenia rozmowy i rozwiązywania problemów na poprawę stanu psychicznego, ale już sam fakt wzrostu poziomu tych umiejętności, pomimo braku wyraźnej poprawy stanu psychicznego, świadczy pozytywnie o stosowanych metodach. Z naszej obserwacji opartej na 3-letnim prowadzeniu tego typu zajęć wynika, że stan psychiczny pacjentów ma wpływ na poziom demonstrowanych umiejętności społecznych. Pogorszenie, w schizofrenii często samoistne, z narastaniem zarówno objawów negatywnych jak i pozytywnych, połączone przeważnie z koniecznością stosowania wysokich dawek leków uniemożliwia uczestnictwo w treningach.

Poprawa stanu psychicznego, pod wpływem stosowanych jednocześnie oddziaływań psychofarmakologicznych wpływa pozytywnie, chociaż w różnym stopniu na cały obraz funkcjonowania pacjenta i zacięra ocenę rzeczywistego wpływu samych treningów na poziom umiejętności.

Przed rozpoczęciem treningów w całej populacji badanej stwierdzono poziom umiejętności rozwiązywania problemów poniżej przeciętnego. Okazało się jednak, że wyjściowo grupa zakwalifikowana do treningów wykazywała znacznie niższy poziom umiejętności rozwiązywania problemów niż kontrolna. Zwykle tak się dzieje, bo do treningowej kwalifikowane są osoby ze znacznym deficy-

tem umiejętności społecznych. Tym razem jednak ściśle przestrzegaliśmy reguły kolejności przyjęć i taka zbieżność wydaje się być przypadkowa i wynika z małej liczebności grupy.

Po treningu w grupie uczestniczącej w zajęciach rozwiązywania problemów odnotowano wzrost poziomu umiejętności, a wyniki końcowe były znacznie wyższe od przeciętnych. W grupie kontrolnej oczywiście poziom umiejętności rozwiązywania problemów nie uległ zmianie. Inaczej mówiąc grupa treningowa zaczynając zajęcia od bardzo niskiego poziomu umiejętności społecznych podczas treningów zyskała tak wiele, że w końcowym efekcie nie tylko dogoniła poziomem grupę kontrolną, ale znacznie ją wyprzedziła.

Znaczny wzrost poziomu umiejętności społecznych w grupie treningowej odnotowano zarówno porównując zarówno oceny globalne jak i poszczególne części składowe, jak: umiejętność odgrywania ról, prowadzenia rozmowy, i rozwiązywania różnorodnych problemów.

Zdajemy sobie sprawę z niedoskonałości stosowanych metod badania umiejętności społecznych. Prawdziwe umiejętności sprawdzają się dopiero w warunkach naturalnych, a ich ocena bywa zwykle subiektywna. Wychodzimy jednak z założenia, że wyuczenie pewnych umiejętności, nawet w warunkach sztucznych pozwoli chociaż część tych pozytywnych zachowań (wyborów, rozwiązań, fragmentów wypowiedzi) wykorzystać w realnych sytuacjach życiowych. Planujemy w przyszłości prześledzić, jaki procent tych nabytych umiejętności przydaje się naszym pacjentom nawet po latach w sytuacjach trudnych.

WNIOSKI

1. Wyniki badania pilotażowego mają charakter orientacyjny i nie chcielibyśmy ich uogólniać przed zakończeniem obserwacji pełnej grupy pacjentów.
2. Możemy jednak powiedzieć, że w grupie 40 osób chorych na schizofrenię treningi umie-

jętności w kontaktach międzyludzkich, prowadzone w Oddziale Dziennym Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii wpływają na wyraźny wzrost tych umiejętności.

3. Zadawalający i prawie niezmienny stan psychiczny pacjentów w badanej grupie nie potwierdził wprawdzie pozytywnego wpływu stosowanych metod na jego poprawę, ale dzięki temu nie zaciemnił obrazu rzeczywistego wpływu treningów na wzrost umiejętności rozwiązywania problemów.

PIŚMIENNICTWO

1. Axer A. Znaczenie treningu umiejętności społecznych w leczeniu schizofrenii. "Nowiny psychologiczne" 1989, 71-87.
2. Bellach A.S., Hersen M., Lamparski D. Role play tests for assessing social skills; *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 335 - 347, 1979.
3. Brown G.H., Birley J.L., Wing J.K. Influence of family life on the course of schizophrenia: *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, 241 - 258.
4. Garfield S.L., Bergin A.E. Psychoterapia i zmiana zachowania. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1990, 88 - 99.
5. Goldsmith J.B., Mc Fall R.M. Development and evaluation of an interpersonal skill training program for psychiatric inpatients. *Journal of Abnormal Psychology*, 1975, 84, 32-58.
6. Górka H. Modele treningu umiejętności społecznych. Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych. PTP, Warszawa, 1988, 46 - 67.
7. Halford W.K., Hayes R. Psychological rehabilitation of chronic schizophrenic patients: recent findings on social skills training and family psychoeducation. *Clinical Psychology Review*, 1991, 11, 23 - 44.
8. Kostecka M. Charakterystyka i sposoby oceny umiejętności społecznych. Trening umiejętności społecznych w leczeniu zaburzeń psychicznych. PTP, Warszawa, 1988, 4 - 23.
9. Liberman R.P. Social skills training. *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*, Am. Psychiatric Press Inc., Washington, 1988, 148 - 198.
10. Liberman R.P., Mueser K.T. Psychological treatment of schizophrenia. *Comprehensive textbook of psychiatry*, Baltimor Williams and Wilkins, 1988.
11. Liberman R.P. Social skills training for psychiatric patients. *Psychology Practitioner Guidebooks*, Pergamon Press, 1989.
12. Morawiec M., Orzechowska Z., Wachowiak O. Trening rozwiązywania problemów w kontaktach międzyludzkich. Podręcznik dla prowadzących zajęcia, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1989.
13. Spivach G., Platt J.J., Shure M.B. *The Problem-Solving Approach to Adjustments*. San Francisco, Jossey Boss Inc., 1976.
14. Traczyk M., Orzechowska Z., Wachowiak O. Trening podstawowych umiejętności prowadzenia rozmowy. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1989.
15. Zubin J., Spring B. Vulnerability a new view schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, 103 - 126.

*Adres: Dr Joanna Meder, Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN,
Al. Sobieskiego 119, 03-957 Warszawa.*