

Podobieństwa i różnice w stylu radzenia sobie ze stresem pomiędzy chorymi na schizofrenię, uzależnionymi, a osobami z podwójnym rozpoznaniem

Comparison of the coping styles among schizophrenic patients, dependent patients and patients with a dual diagnosis

Maryla Sawicka

Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. n. med. J. Meder

Summary

Aim. The purpose of the study was to compare the level of the coping styles among patients suffering from schizophrenia to schizophrenic patients who use drug and alcohol and alcohol and drug dependent patients. The second question referred to the possibilities of changes in the patients with a dual diagnosis style of handling difficult situations after they have participated in the social skills training.

Method. 30 schizophrenic patients in the group I, 30 schizophrenic patients who use drug and alcohol – group II, and group III – alcohol and drug dependent subjects. Each of the subjects was evaluated twice: at the beginning of the Social Skills Training and 32 weeks after.

The Coping Inventory for Stressful Situations by Endler and Parker, in the Polish adaptation by Szczepaniak, Strelau and Wrześniewski was used to measure coping styles. A socio – demographic questionnaire by Sawicka, Positive and Negative Schizophrenia Symptoms (PANSS) by Kay, Fiszbein and Opler, as well as the Michigan Alcoholism Screening Test by Seltz ML were applied.

Results and conclusions. Persons with a dual diagnosis relatively often use task- orientated and emotional style of coping with stressful situations, similarly to dependent persons. Results of the study do not definitely indicate that participation in the cycle of social skills training influences the changes in preferable stress coping styles. However, it is an indisputable fact the percentage of persons with a dual diagnosis who use alcohol and psychoactive substances decreased to 36.7 % after they have completed the cycle of trainings.

Słowa klucze: style radzenia sobie, podwójna diagnoza, schizofrenia, uzależnienia

Key words: coping style, dual diagnosis, schizophrenia, dependency

Według definicji Lazarusa i Folkmana (1985) radzenie sobie (coping) to poznawcze i behawioralne usiłowania zmierzające do sprostania zewnętrznym lub wewnętrznym wymaganiom spostrzeganym jako bardzo obciążające lub przekraczające zasoby

posiadane przez człowieka. Radzenie sobie to jednak nie tylko proces, ale także względnie stała tendencja jednostki do reagowania w trudnych sytuacjach stresowych w określony sposób [za: 1].

W przypadku osób chorych na schizofrenię reagowanie na sytuacje trudne ma szczególne znaczenie, gdyż chorzy ci charakteryzują się obniżoną zdolnością do zmagania się z problemami [2]. Konfrontowanie się z takimi sytuacjami może prowadzić do uaktywnienia się procesu chorobowego będącego wypadkową, przede wszystkim, podatności psychobiologicznej na zranienie oraz, nabytych w trakcie osobniczego rozwoju, cech psychicznych i społecznych warunkujących powstanie schizofrenii [3]. Mechanizm aktywizujący wystąpienie objawów chorobowych jest związany z przekroczeniem progu pewnej indywidualnej wytrzymałości, zależnej od obciążeń endogennych i egzogennych. Obciążeniami endogennymi są zaburzenia procesów biochemiczno-neurofizjologicznych powiązanych z procesami dojrzewania, działaniem substancji toksycznych, infekcji i przede wszystkim stresów. Przyczyny egzogenne związane są z nagromadzonymi w ciągu życia osobniczego doświadczeniami, traktowanymi jako bilans wydarzeń traumatycznych [3].

Sytuacje trudne dla osób chorych na schizofrenię to z jednej strony problemy wynikające z choroby, z drugiej – często typowe problemy dnia codziennego każdego człowieka [4]. Badania pokazują, że osoby te stosują specyficzne mechanizmy radzenia sobie z nimi. Wiedl i Schotner [5] wymieniają tu następujące strategie: unikanie trudnych sytuacji, aby zapobiec niepożądanym konsekwencjom, izolowanie się, poszukiwanie kontaktów, modlitwa, demonstrowanie bezradności, uległość, leki, narkotyki oraz alkohol. Sytuacje trudne są przyczyną narastającego napięcia psychicznego i negatywnych emocji, z którymi osoby chore na schizofrenię radzą sobie używając metod, które nie prowadzą do rozwiązania problemu. Konsekwencją ich stosowania może być sięganie po alkohol i narkotyki [6]. Substancje te pełnią funkcję redukującą napięcie wynikające z przeżywania sytuacji trudnych lub funkcję związaną z chęcią przeżywania sytuacji przyjemnych [7]. Bez względu na powody sięgania po alkohol i narkotyki, sytuacja współwystępowania schizofrenii i uzależnienia komplikuje nie tylko sam proces leczniczy, ale także przewidywania co do dalszych losów pacjentów [8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

W tym kontekście istotnym problemem jest także udzielenie odpowiedzi na pytanie o metody niesienia pomocy osobom z podwójną diagnozą. Mueser i wsp. [12] podkreślają, że efektywne leczenie powinno docierać do trzech poziomów, tj.: przeświadczeń i poglądów na temat uzależnienia i choroby psychicznej, aktywnej opieki i leczenia dostosowanego do potrzeb pacjentów oraz dążenia do zapobiegania nawrotom. Na tych trzech poziomach oddziaływań stosuje się odpowiednie strategie postępowania oparte na: zasadach 12 kroków, psychoedukacji, budowaniu wsparcia społecznego i treningach umiejętności społecznych [15, 16]. Uzupełnieniem tych zinstytucjonalizowanych oddziaływań są próby tworzenia grup samopomocowych i wsparcia, podobnych do grup AA, o nazwie DRA (Dual Recovery Anonymus) [17].

W świetle zaprezentowanych rozważań stres i radzenie sobie z nim może być centralnym pojęciem w wyjaśnieniu zjawiska, jakim jest podwójna diagnoza, oraz

w poszukiwaniu efektywnych metod pomagania tego typu pacjentom. Szczegółowe pytania, na jakie chciano uzyskać odpowiedź, brzmiały następująco:

1. Jaki styl radzenia sobie z sytuacjami trudnymi preferują pacjenci z podwójną diagnozą i jakie są różnice pomiędzy nimi a pacjentami ze schizofrenią (nie zażywającymi alkoholu i narkotyków) i pacjentami uzależnionymi od tych substancji (bez rozpoznania schizofrenii) ?
2. Jakie są możliwości zmian w stylu rozwiązywania sytuacji trudnych pacjentów z podwójną diagnozą biorących udział w rehabilitacji metodą treningów umiejętności społecznych?

Material i metoda

Grupę badaną stanowili pacjenci leczeni w Instytucie Psychiatrii i Neurologii.

Kryteria włączenia do badań:

- rozpoznanie schizofrenii (pierwsza grupa) lub uzależnienia (druga grupa), lub schizofrenii z jednoczesnym używaniem alkoholu lub/i narkotyków przynajmniej w ostatnim roku poprzedzającym badanie, tzw. podwójna diagnoza (trzecia grupa) zgodnie z zasadami międzynarodowej *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD- 10* [18];
- kwalifikacja do badań odbywała się na podstawie badania lekarskiego i psychologicznego oraz analizy dokumentacji medycznej;
- natężenie poszczególnych objawów schizofrenii poniżej umiarkowanie ciężkiego ocenianego na podstawie Skali Pozytywnych i Negatywnych Objawów Schizofrenii. Takie założenie jest zgodne z zasadami stosowania treningów umiejętności społecznych wobec pacjentów ze schizofrenią, u których proces chorobowy nie powinien być zaostrożony w momencie podjęcia tego typu oddziaływań rehabilitacyjnych.

W badaniu wzięło udział 90 pacjentów: 30 z podwójną diagnozą, tj. schizofrenii i używających alkoholu lub/i narkotyków, 30 z rozpoznaniem schizofrenii oraz 30 pacjentów uzależnionych (bez rozpoznania schizofrenii). Osoby z podwójną diagnozą i ze schizofrenią były pacjentami Oddziału Dziennego Rehabilitacji Psychiatrycznej i uczestniczyły w 4-miesięcznym cyklu treningów umiejętności społecznych. Osoby uzależnione były pacjentami Oddziału Terapii Uzależnień i uczestniczyły w zajęciach terapeutycznych obowiązujących na oddziale.

Każdy z pacjentów był badany 2 razy – raz przed rozpoczęciem zajęć oraz, ponownie, po ich zakończeniu, za pomocą następującego zestawu testów:

- Inwentarz Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych, Endlera & Parkera, w opracowaniu Szczepaniaka, Strelaua, Wrześniewskiego. (1992). Służy do określenia indywidualnego stylu radzenia sobie w sytuacji stresowej. Pozwala na określenie preferowanego stylu radzenia sobie, tj. skoncentrowanego na zadaniu, na emocjach lub na unikaniu. Skala unikania składa się z dwóch podskal: odwracania uwagi i poszukiwania kontaktów społecznych, który to podział został uwzględniony w badaniu.

- Kwestionariusz Objawów Pozytywnych i Negatywnych [19] – pozwala ocenić natężenie objawów schizofrenii: pozytywne, negatywne i ogólne (tylko pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii i podwójną diagnozą).
- Michigan Alcoholism Screening Test (MAST). – test uzależnienia od alkoholu. Test uzupełniono pytaniami o rodzaj zażywanej substancji. Po modyfikacji posłużył nie tylko do oceny stopnia uzależnienia (powyżej 5 pkt.) ale także umożliwił określenie rodzaju substancji, jaka jest używana przez pacjenta [20, 21].
- Kwestionariusz Danych Społeczno-Demograficznych oraz wywiad z pacjentem i rodziną na temat zażywania przez niego alkoholu i narkotyków.

Przed przystąpieniem do badań każdy pacjent podpisywał zgodę na udział w nich. Badanie było anonimowe, o czym pacjenci zostali szczegółowo poinformowani.

1. Metody rehabilitacji

Na Oddziale Dziennym Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie prowadzone są treningi umiejętności społecznych, dostosowane do potrzeb osób chorych na schizofrenię, w których uczestniczą także pacjenci z podwójnym rozpoznaniem. Pełny cykl treningowy trwa około czterech miesięcy – zajęcia są prowadzone cztery razy w tygodniu i łącznie zajmują 11 godzin tygodniowo. Podczas zajęć pacjenci trenują następujące umiejętności: samoobsługę, naukę komunikowania się, rozwiązywanie problemów interpersonalnych, aktywny udział we własnej farmakoterapii, naukę obserwowania własnego stanu zdrowia. Szczególną uwagę poświęca się problematyce uzależnień w przebiegu schizofrenii, w tym przede wszystkim radzeniu sobie w sytuacjach społecznych.

Program, w którym uczestniczyli pacjenci uzależnieni, leczenia w Ośrodku Terapii Uzależnień, opierał się na zasadach 12 kroków i tradycji anonimowych alkoholików. Był realizowany w ramach 4 lub 6 tygodni pobytu w ośrodku.

2. Metody statystyczne

Dane uzyskane za pomocą opisanych metod i procedur badawczych zostały poddane analizom statystycznym. Uzyskane wyniki przedstawiono jako wartości średnie lub procentowe. Istotność różnic między danymi zależnymi sprawdzano za pomocą testu t - Studenta dla par lub, w przypadku, gdy nie były spełnione założenia umożliwiające takie obliczenia, używano testów nieparametrycznych (test Wilcoxona).

W przypadku danych niezależnych istotność statystyczną różnic między porównywanymi wynikami badano z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji. Kierunek różnic określano za pomocą testu Duncana. Współzależność między wybranymi zmiennymi badano za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona. Przyjęto współczynnik istotności 0,05.

Wyniki

1. Charakterystyka badanej grupy

Grupa pacjentów zakwalifikowana do badań liczyła ogółem, w trzech grupach razem, 90 osób. Analizy poszczególnych cech społeczno-demograficznych przeprze-

wadzano oddzielnie dla poszczególnych grup badanych. Sprawdzono także korelacje pomiędzy zmiennymi społeczno-demograficznymi a innymi badanymi zmiennymi. Otrzymane wyniki jednoznacznie pokazały, że zmienne społeczno-demograficzne nie korelują z nimi w sposób istotny statystycznie.

Szczegółowe charakterystyki zmiennych społeczno-demograficznych w poszczególnych grupach prezentują tabele 1 i 2.

Tabela 1

Charakterystyka zmiennych społeczno-demograficznych w trzech grupach badanych. Wartości średnie, procentowe i frekwencje. N=90

	Osoby ze schizofrenią	Osoby uzależnione	Osoby z podwójną diagnozą
Średnia wieku	37,7	38,8	31
Kobiety	18 (60%)	10 (33%)	8 (26,7%)
Mężczyźni	12 (40%)	20 (67%)	22 (73,3%)
Mieszkający z rodziną	7 (23,3%)	27 (90%)	5 (16,7%)
Mieszkający samotnie	23 (76,7%)	3 (10%)	25 (83,3%)

Tabela 2

Poziom wykształcenia badanych. Wartości procentowe i frekwencje. N=90

Wykształcenie	Osoby ze schizofrenią	Osoby uzależnione	Osoby z podwójną diagnozą
Podstawowe	6 (20%)	6 (20,1%)	11 (36,7%)
Średnie	20 (66%)	13 (43,3%)	15 (50%)
Wyższe	4 (14%)	11 (36,6%)	4 (13,3%)

2. Styl radzenia sobie z sytuacjami trudnymi

Wyniki otrzymane w Inwentarzu posłużyły do udzielenia odpowiedzi na pierwsze pytanie badawcze. Pytanie to dotyczyło preferencji w wyborze stylu radzenia sobie z sytuacjami trudnymi przez osoby z podwójną diagnozą oraz określenia różnic, jakie są pomiędzy tą grupą badaną a grupami pozostałymi.

Przed rozpoczęciem zajęć terapeutycznych i treningowych najwyższą średnią uzyskali pacjenci z grupy osób uzależnionych i dotyczyło to stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach i stylu zadaniowego. Osoby z podwójną diagnozą preferowały przede wszystkim styl skoncentrowany na zadaniu, a osoby chore na schizofrenię w równym stopniu stosowały styl zadaniowy i emocjonalny.

Po zakończeniu zajęć zmiany istotne statystycznie dotyczyły pacjentów uzależnionych i były związane ze wzrostem ich preferencji stylu zadaniowego; jednocześnie nastąpiło obniżenie się wyników w stylu emocjonalnym. Wyniki w pozostałych grupach nie uległy zmianom istotnym statystycznie w porównaniu z pierwszym pomiarem, chociaż nadal styl zadaniowy był najbardziej preferowany w grupie osób z podwójną diagnozą (tabela 3).

Tabela 3

Wartości średnie i różnice między nimi dla poszczególnych skal Inwentarza Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych. N=90

Inwentarz	Styl zadaniowy				Styl emocjonalny				Styl radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi				Styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów			
	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p
Osoby uzależnione	50,5 a	55,4 a1	-2,2	0,03	55 b	50,6 b1	3,24	0,00	21,2 c	20,5 c1		n.s.	14,8	15,7 d		n.s.
Osoby ze schizofrenią	51,9 e	51,5		n.s.	51,5	49,3		n.s.	23,7	22,4 f		n.s.	15,2	15,4		n.s.
Osoby z podwójną diagnozą	52,4 g	52,2 g1		n.s.	45	49 j		n.s.	20,2 h	20,9 h1		n.s.	14,4 i	14,3		n.s.

n.s. – nieistotne statystycznie

a–c p<0,05; b–c p<0,05; a1–c1 p<0,05; a1–d p<0,05; b1–c1 p<0,05; c1–d p<0,05;

e–f p<0,05; g–h p<0,05; g–i p<0,05; g1–h1 p<0,05; j–h1 p<0,05

Przed rozpoczęciem zajęć odnotowano różnice istotne statystycznie pomiędzy grupami w częstości stosowania dwóch rodzajach stylów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, tj. w stylu emocjonalnym oraz w stylu radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi. W przypadku stylu emocjonalnego różnice dotyczyły grupy osób z podwójną diagnozą, których wyniki były istotnie niższe niż otrzymane w grupie osób uzależnionych i chorych na schizofrenię. W przypadku częstotliwości wyborów stylu radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi różnice istotne statystycznie dotyczyły osób chorych na schizofrenię, gdyż pacjenci z tej grupy istotnie częściej wybierali ten sposób radzenia sobie w porównaniu z pozostałymi grupami. Badani z grupy osób uzależnionych i osób z podwójną diagnozą również często preferowali ten styl radzenia sobie.

Po zakończeniu zajęć zaobserwowane różnice pomiędzy grupami w badaniu pierwszym zostały zniwelowane i wszystkie porównywane średnie grup przestały się różnić między sobą (tabela 4).

Tabela 4

Wartości średnie i różnice między nimi – porównanie wyników pre-testu i post-testu we wszystkich badanych grupach dla wszystkich skal Inwentarza Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych. N=90

Grupy	Pre-test				Post-test			
	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Styl radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi	Styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów	Styl zadaniowy	Styl emocjonalny	Styl radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi	Styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów
Osoby uzależnione	50,5	55 a	21,2 d	14,8	55,4	50,6	20,5	15,7
Osoby ze schizofrenią	51,9	51,5 b	23,7 e	15,2	51,5	49,3	22,4	15,4
Osoby z podwójną diagnozą	52,4	45 c	20,2 f	14,4	52,2	49	20,9	14,3
ANOVA	n.s.	F=6,62 p=0,00	F=3,07 p=0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

Test Duncana: c–a p<0,05; c–b p<0,05; e–d p<0,05; e–f p<0,05

3. Charakter i nasilenie objawów psychotycznych a sposoby radzenia sobie ze stresem

Natężenie objawów psychotycznych analizowano na podstawie Skali Objawów Pozytywnych i Negatywnych PANSS. Przed rozpoczęciem zajęć oraz po ich zakończeniu grupy nie różniły się między sobą pod względem nasilenia objawów psychotycznych w poszczególnych zakresach.

W obydwu grupach odnotowano, po zakończeniu zajęć treningowych, istotne statystycznie zmniejszenie się nasilenia objawów psychotycznych w porównaniu z pomiarem pierwszym (tabela 5).

Tabela 5

**Wartości średnie i różnice natężenia objawów psychotycznych
w grupie osób z podwójną diagnozą i chorych na schizofrenię. N=60**

	Osoby z podwójną diagnozą				Osoby ze schizofrenią			
	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p
Objawy pozytywne	15,4	12,5	4,7	0,00	14,9	12,7	5,0	0,00
Objawy negatywne	16,4	14,3	3,3	0,00	18,1	15,1	4,5	0,00
Objawy ogólne	32,3	29,2	2,6	0,01	36,5	31,3	3,8	0,00

Istotny wpływ na życie osób chorych na schizofrenię odgrywają objawy psychotyczne. Z tych powodów postanowiono sprawdzić, jakie istnieją zależności pomiędzy zmianami natężenia objawów psychotycznych a zmianami w radzeniu sobie u osób chorych na schizofrenię i z podwójną diagnozą.

W grupie osób z podwójną diagnozą przed rozpoczęciem zajęć jedyne zaobserwowane istotne zależności dotyczyły ujemnego związku pomiędzy objawami pozytywnymi a radzeniem sobie zadaniowym i poprzez poszukiwanie kontaktów. Po zakończeniu zajęć pozostała jedynie korelacja pomiędzy objawami pozytywnymi a stylem radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów (tabela 6).

Tabela 6

**Istotne statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem objawów psychotycznych
a poszczególnymi skalami Inwentarza Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych
w grupie z podwójnym rozpoznaniem. N=30**

	Pre-test			Post-test		
	objawy pozytywne	objawy negatywne	objawy ogólne	objawy pozytywne	objawy negatywne	objawy ogólne
Styl zadaniowy	r = -0,39 p = 0,03	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Styl emocjonalny	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Styl radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów	r = -0,38 p = 0,03	n.s.	n.s.	r = -0,41 p = 0,02	n.s.	n.s.

W grupie osób ze schizofrenią przed rozpoczęciem zajęć odnotowano istotną statystycznie korelację pomiędzy nasileniem objawów pozytywnych a stylem zadaniowym radzenia sobie. Po zakończeniu zajęć istotna statystycznie i ujemna korelacja dotyczyła związku pomiędzy nasileniem objawów negatywnych a stylem zadaniowym (tabela 7).

Tabela 7

Istotne statystycznie współczynniki korelacji pomiędzy nasileniem objawów psychotycznych a poszczególnymi skalami Inwentarza Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych w grupie ze schizofrenią. N=30

	Pre-test			Post-test		
	objawy pozytywne	objawy negatywne	objawy ogólne	objawy pozytywne	objawy negatywne	objawy ogólne
Styl zadaniowy	r = -0,41 p = 0,02	n.s.	n.s.	n.s.	r=-0,4 p=0,02	n.s.
Styl emocjonalny	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Styl radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

4. Używanie alkoholu i narkotyków w grupie osób uzależnionych i z podwójną diagnozą

Test Uzależnienia od Alkoholu (MAST) posłużył w badaniu jako narzędzie przesiewowe podczas kwalifikowania pacjentów do grupy z podwójną diagnozą w pierwszym badaniu. W badaniu drugim próbowano określić możliwości pacjentów w utrzymywaniu abstynencji. W obydwu badaniach pytano o rodzaj używanego przez nich środka (alkohol, narkotyki).

Przed rozpoczęciem zajęć w grupie pacjentów uzależnionych najwięcej osób używało alkoholu. W grupie pacjentów z podwójną diagnozą najczęściej używano różnego rodzaju substancji jednocześnie i tylko jedna osoba zażywała jedynie narkotyki. W tej grupie ponad trzydzieści procent badanych piło alkohol, a w grupie osób uzależnionych wielkość ta była prawie dwukrotnie większa. Po zakończeniu badań pełną abstynencję deklarowało 100% badanych w grupie osób uzależnionych i prawie 1/3 osób z podwójną diagnozą (tabela 8).

Omówienie wyników

Dane uzyskane na podstawie Inwentarza Radzenia sobie w Sytuacjach Stresowych pokazują, że w przypadku badanych grup zmiany w stylu radzenia sobie ze stresem są możliwe. Stosunkowo najwięcej zmian w stylach radzenia sobie zaobserwowano w grupie osób uzależnionych. W grupie tej nastąpiła korzystna zmiana w preferowanych stylach zaradczych. Zmniejszyła się tu intensywność radzenia sobie poprzez redukcję nieprzyjemnych stanów emocjonalnych (styl emocjonalny) na korzyść

Tabela 8

Zażywanie alkoholu i narkotyków, wartości procentowe i frekwencja. N=60

Substancje	Osoby z podwójną diagnozą		Osoby uzależnione	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Alkohol	11 (36,7%)	9 (30%)	23 (76,7%)	0
Narkotyki	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0	0
Mieszane	18 (60%)	9 (30%)	7 (23,3%)	0
Abstynencja	0	11 (36,7%)	0	100%

koncentrowania się na zadaniu. W pozostałych grupach nie odnotowano zmian podziale w całym cyklu treningowym. Należy jednak zaznaczyć, że wyjściowo grupy różniły się między sobą preferowanymi stylami. Osoby z podwójnym rozpoznaniem najrzadziej w porównaniu z pozostałymi grupami preferowały styl emocjonalny. Jednocześnie, podobnie jak osoby uzależnione, stosowały metodę radzenia sobie poprzez odwracanie uwagi. Zakończenie zajęć terapeutycznych i treningowych spowodowało, że zaobserwowane różnice przestały istnieć. Spośród wszystkich sposobów radzenia sobie ze stresem w grupie osób uzależnionych i z podwójnym rozpoznaniem najczęściej preferowanym stylem był styl zadaniowy. Zgodnie z doniesieniami z badań jest to najbardziej adaptacyjny ze stylów. Dzięki stosowaniu go osoba koncentruje się na zadaniu i w sposób optymalny wykorzystuje swoje możliwości, myśląc o celu swoich działań i przeszkodach stojących na drodze do jego osiągnięcia.

W wyniku udziału w cyklu treningów umiejętności społecznych osoby z podwójnym rozpoznaniem zaczęły także częściej stosować emocjonalny styl, czym upodobniły się do osób uzależnionych, ale będących jeszcze przed terapią. Być może taka zmiana jest wynikiem samego leczenia, okresu remisji objawów psychotycznych oraz oddziaływań terapeutycznych. Niezaprzeczalnym faktem jest także i to, że pacjenci z podwójnym rozpoznaniem używali w tym czasie mniej alkoholu i narkotyków. Mogło to się stać przyczynkiem do skonfrontowania się ze swoimi emocjami, a dzięki treningowi umiejętności społecznych pacjenci nauczyli się uwzględniania stanów emocjonalnych własnych i innych przy radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. W literaturze podkreśla się z jednej strony, że styl zadaniowy jest najbardziej funkcjonalny z punktu widzenia interesów jednostki. Z drugiej jednak strony autorzy zaznaczają, że ważne jest także, aby umieć w sposób elastyczny dostosowywać repertuar swoich zachowań do wymogów sytuacji [22]. Endler i wsp. [23] podkreślają, że styl zadaniowy jest ujemnie skorelowany z psychopatologią. Podobne dane uzyskano i w prezentowanym badaniu, w którym u osób z podwójnym rozpoznaniem objawy pozytywne schizofrenii były istotnie ujemnie skorelowane z intensywnością stosowania stylu zadaniowego, wyrównanie jednak obrazu psychopatologicznego powodowało, że zależności te przestały istnieć. Styl radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów jest w literaturze traktowany jako sposób radzenia sobie nieadaptacyjny z punktu widzenia interesów jednostki [24]. Wydaje się jednak, że w warunkach polskich jest to sposób mający swe uzasadnienie w odmienności kulturowej, w której wsparcie społeczne jest traktowane jako istotna wartość. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że w przypadku osób chorych

na schizofrenię w samym obrazie choroby relacje interpersonalne stanowią problem, tak więc intensyfikowanie stosowania stylu radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów niekoniecznie może być dysfunkcjonalne. W przypadku schizofrenii poszukiwanie kontaktów może być próbą radzenia sobie przez szukanie wsparcia społecznego i próbą przezwyciężania tym samym skutków choroby, jakimi są izolacja i poczucie osamotnienia [24]. Związek pozytywnych objawów psychotycznych ze stylem radzenia sobie poprzez poszukiwanie kontaktów był szczególnie zaznaczony w grupie osób z podwójnym rozpoznaniem i miał charakter ujemny.

Wnioski

Na podstawie danych otrzymanych w grupie 90 osób stwierdzono, że:

- 1 – osoby z podwójnym rozpoznaniem stosunkowo najczęściej stosują zadaniowy i emocjonalny styl radzenia sobie z sytuacjami stresowymi, podobnie jak osoby uzależnione;
- 2 – w świetle zaprezentowanych wyników nie można jednoznacznie stwierdzić, że udział w cyklu treningów umiejętności społecznych ma wpływ na zmiany w preferowanych stylach radzenia sobie ze stresem.

Сходства и различия в преодолении трудностей между больными шизофренией, лицами зависимыми от вредных субстанций и лицами с двойным диагнозом

Содержание

Задание. Предметом исследования было определение сходств и различий в преодолении трудностей в жизни между лицами с двойным диагнозом, больными шизофренией и зависимыми от вредных субстанций. Вторым вопросом, поставленным в исследовании, относился к возможности изменения стили разрешения трудных жизненных ситуаций пациентов с двойным диагнозом, принимающих участие в реабилитации методом тренировки общественных заданий.

Метод. В исследовании приняло участие 90 пациентов, в трех по 30 человек в группе. Каждый больной был исследован 2 раза. Первый раз – перед началом занятий, а потом после их окончания. Использован состав тестов: „Глоссарий преодоления трудностей в стрессовых ситуациях” Эндлер-Паркер в разработке Щепаника, Стреляу, Вжесневского – 1992 г., „Глоссарий позитивных и негативных симптомов шизофрении”, „Тест зависимости от алкоголя (MAST) Michigan Alcoholism Screening Test.

Выводы. Пациенты с двойным диагнозом относительно чаще применяют заданный себе эмоциональный стиль преодоления жизненных трудностей, также как и лица, зависимые от алкоголя. В свете представленных результатов нельзя однозначно показать, что участие в цикле тренировок общественных заданий и их исполнения имеет влияние на изменения в определенных стилях преодоления стрессовых жизненных ситуаций.

Ähnlichkeiten und Unterschiede bei Selbsthilfe mit dem Stress unter den schizophrenkranken Personen, Abhängigen und Personen mit doppelter Diagnose

Zusammenfassung

Das Gegenstand der Studie war die Bestimmung der Ähnlichkeiten und Unterschiede in der Art und Weise in der Selbsthilfe mit dem Stress unter den Personen mit doppelter Diag-

nose, Schizophrenkranken und Abhängigen. Die andere Studienfrage betraf die Möglichkeit der Änderung der Art und Weise der Lösung von schweren Situationen der Patienten mit der doppelten Diagnose, die an der Rehabilitation mit der Methode der Trainings der sozialen Fähigkeiten teilnehmen.

Methode. An der Studie nahmen 90 Patienten in drei je 30 Personen zählenden Gruppen teil. Jeder von den Patienten wurde zweimal untersucht - das erste Mal vor dem Beginn der Studie und das zweite Mal nach ihrer Beendigung. Zur Untersuchung wurden folgende Testbatterien angewandt: "Inventar der Selbsthilfe in stresserregenden Situationen", Endler & Parker in der Bearbeitung von Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski (1992), "Fragebogen der positiven und negativen Symptome der Schizophrenie", "Alkoholabhängigkeitstest (MAST), Michigan Alcoholism Screening Test.

Schlussfolgerungen. Die Personen mit der doppelten Diagnose verwenden relativ am häufigsten die emotionelle Art und Weise der Selbsthilfe in stresserregenden Situationen, ähnlich wie die abhängigen Personen. Im Bezug auf die dargestellten Ergebnisse kann man nicht eindeutig feststellen, ob die Beteiligung an den Trainings der sozialen Fähigkeiten einen Einfluss auf die Änderungen in der bevorzugten Art und Weise der Selbsthilfe beim Stress hat.

La comparaison des méthodes de se débrouiller avec le stress des schizophrènes, des toxicomanes et des personnes avec le diagnostic double

Résumé

Objectif. Analyser les ressemblances et les différences des méthodes de se débrouiller avec le stress des schizophrènes, des toxicomanes et des personnes avec le diagnostic double. La seconde question touche les possibilités de changement des méthodes de se débrouiller avec les situations difficiles des patients avec le diagnostic double qui suivent le training social.

Méthode. On examine 90 patients, divisés en trois groupes. Chaque patient est examiné deux fois – avant et après le training social – avec les testes: the Coping Inventory for Stressful Situations de Endler et Parker (version polonaise de Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski – 1999), Questionnaire des symptômes positifs et négatifs de schizophrénie, teste MAST, Michigan Alcoholism Screening Teste.

Résultats et conclusions. Les patients avec le diagnostic double le plus souvent ont les méthodes de se débrouiller qui sont orientées à la tâche et les méthodes émotives, les toxicomanes – la même tactique. En basant sur ces données on ne peut pas constater définitivement que le training social entraîne les changements des méthodes préférées des patients.

Piśmiennictwo

1. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau PS, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 3. Gdańsk: Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
2. Zubin J, Spring B. *Vulnerability – a new view of schizophrenia*. *J. Abn. Psychol.* 1977; 86: 103–126.
3. Liberman RP, Muesser KT, Wallace CJ. *Training skills in the psychiatrically disabled: Learning coping and competence*. *Schizophr. Bull.* 1986; 12/14: 631–647.
4. Meder J, Morawiec M, Sawicka M. *Sytuacje trudne w ocenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii przebywających w psychiatrycznych oddziałach dziennych Warszawy*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1993; 2, 4: 415–423.
5. Wiedl KH, Schotner B. *Coping with symptoms related to schizophrenia*. *Schizophr. Bull.* 1991; 17: 525–538.
6. Kosińska-Dec K. *Poczucie koherencji a style radzenia sobie i picie alkoholu*. *Alkohol. Narkom.* 1996; 1(22): 49–64.

7. Dervaux A, Bayle F, Laqueille X, Bourdel M.C, Borgone MH. *Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking or anhedonia?* Am. J. Psychiatry 2001; 158(3): 492–494.
8. Coben J, Levy SJ. *Chory psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych*. PARPA 1994.
9. Dixon L, Haas G, Weiden P, Sweeney J, Frances A. *Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 224–230.
10. Addington J, Duchak V. *Reasons for substance use in schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96: 329–333.
11. Addington J, Addington D. *Impact of early psychosis program on substance use*. Psychiatr. Rehabil. J. 2001; 25, 1: 60–67.
12. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA. *Dual diagnosis: a review of etiological theories*. Addict. Behav. 1998; 23: 717–734.
13. Linszen DH, Dingemans PM, Lenior ME. *Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenic disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 273–279.
14. Hambrecht N, Hafner H. *Substance abuse and the onset of schizophrenia*. Biol. Psychiatry 1996; 40: 1155–1163.
15. Bellack AS, DiClemente CC. *Treating substance abuse among patients with schizophrenia*. Psychiatr. Serv. Jan. 1999; 50, 1: 75–80.
16. Monti PM, Rosenow DJ, Swift RM. *Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills training for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 2001; 25(11): 1634–1647.
17. Epstein I. *Substance abuse and psychosis: using and losing*. Schizophr Digest. 2003; 10, 1, 17–26.
18. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD –10*. Kraków, Warszawa: Wydawnictwo Vesalius, IPiN; 1997.
19. Kay SR, Fiszbein, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. W: Rispolept – monografia leku.
20. Seltz ML. *The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument*. Am. J. Psychiat. 1971; 127, 1: 1653–1658.
21. Falicki Z, Karczewski J, Wandzel L, Chrzanowski W. *Przydatność MAST w warunkach polskich*. Psychiatr. Pol. 1986; 15: 38–42.
22. Pohorecka A, Jelonkiewicz I. *Picie alkoholu a poczucie koherencji i style radzenia sobie ze stresem u młodzieży kończącej szkołę średnią*. Alkoh. Narkom. 1995; 1: 43–57.
23. Endler NS, Parker JDA, Buther JN. *A factor analytic and study of coping styles and the MMP-2 content scales*. J. Clin. Psychol. 1993; 49, 4: 523–527.
24. Sawicka M. *Wpływ treningów umiejętności społecznych na nabywanie kompetencji społecznych przez osoby chore na przewlekłą schizofrenię*. Niepublikowana praca doktorska. Uniwersytet Jagielloński, 1999.

Otrzymano: 27.08.2004
Zrecenzowano: 30.11.2004
Przyjęto do druku: 7.06.2005

Adres: Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9