

Spostrzegana kontrola własnego życia a radzenie sobie z chorobą i codziennymi problemami po rocznej rehabilitacji psychospołecznej pacjentów ze schizofrenią

Perceived control over life and coping strategies with own illness and daily problems after one year psychosocial rehabilitation programme for schizophrenics

Agnieszka Pietrzyk¹, Sebastian Lizińczyk²

¹ Wydział Nauk Społecznych UŚ w Katowicach, Studium Pomocy Socjalnej
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. K. Wódcz

² Doktorant w Instytucie Psychologii UŚ w Katowicach

Summary

Aim. The aim of our study was to evaluate the impact of perceived control of own life on schizophrenics' strategies of coping with their illness and daily problems. Patients' and their caregivers' opinions were compared after 1 year of participation in the psychosocial rehabilitation programme.

Method. 40 schizophrenics and 40 caregivers completed 3 instruments: Bryant's Perceived Control of Life Questionnaire, Mini-Mac and WCQ.

Results and conclusion. Both groups recognized a higher level of regained perceived secondary control (over feelings) than the perceived primary control (over events). The patients estimated the perceived control over life as differentiating their destructive strategies of coping with schizophrenia and the caregivers estimated the constructive strategies of coping with illness. Both groups appreciated that recovery of control of life diminished social isolation, apathy of schizophrenics and, unfortunately, strategies of problem-solving and looking for the information. They stressed that the recovery of control of life increased the level of emotional and behavioural regulation of patients. The 1 year psychosocial rehabilitation programme augmented the control over own life and constructive style of coping with schizophrenia. It enriched patients' strategies of coping with daily problems. But it did not make the mutual communication of patients and their caregivers more efficient.

Słowa kluczowe: spostrzegana kontrola życia, strategie radzenia sobie, pacjenci ze schizofrenią, opiekunowie, rehabilitacja psychospołeczna

Key words: perceived control over life, coping strategies, schizophrenics, caregivers, psychosocial rehabilitation

WSTĘP

Rehabilitacja psychospołeczna osób z zaburzeniami psychicznymi

W artykule jest mowa o pomaganiu osobom chorych na schizofrenię w tworzeniu nowych nawyków życiowych, odszukiwaniu starych, odkrywaniu odpowiedzialności za swe zdrowie, sprawowaniu samoopieki, przestrzeganiu profilaktyki zdrowotnej, w domaganiu się integralnego podejścia do ich leczenia w kontekście życia z rodziną, małżonkiem [1, 2, 3, 4], o udzielaniu im pomocy w sytuacjach przełomowych, których nie mogą przetrwać bez działań wspierających ze strony innych ludzi, aż do odzyskania samodzielności [5, 6]. Celem rehabilitacji jest odbudowywanie poczucia podmiotowości, posiadanych praw, poprawa jakości życia pacjentów i ich rodzin [7, 8, 9], odzyskiwanie kontroli nad własnym życiem, chorobą, radzenie sobie w konstruktywny sposób z problemami życia poza szpitalem, nawiązywanie prawidłowych relacji społecznych [1, 10, 11, 12, 13]. Do celu dochodzi się przez interwencje medyczne, psychologiczne i społeczne, przy czym pacjent przez rok uczestniczy codziennie w zajęciach grupowych (psychoterapeutycznych, psychoedukacyjnych, treningach umiejętności życia w społeczeństwie, rozwijania zainteresowań i pasji), a jego opiekunowie korzystają ze spotkań raz na trzy tygodnie [2, 3, 7, 8, 12, 13]. Badanie satysfakcji pacjentów objętych leczeniem środowiskowym [14] pokazało dodatkową potrzebę rozszerzenia opieki w zakresie oddziaływań terapeutycznych w domu pacjenta i stało się inspiracją dla referowanych poniżej badań własnych.

Kontrola własnego życia

Poczucie kontroli życia traktowane jest jako wymiar osobowości, decydujący o stosunku człowieka do otaczającej rzeczywistości, siebie samego, o subiektywnej ocenie możliwości własnego działania. Umiejętność kontroli daje jednostce pewność, że cokolwiek się stanie, będzie zdolna poradzić sobie ze zdarzeniami i własnymi uczuciami. Spostrzeganie braku kontroli prowadzi do bezradności, zniechęcenia, zagubienia i beznadziejności [15].

Długi czas badacze traktowali kontrolę życia, jako konstrukt, jednowymiaro [16, 17]. Po latach badań pojawił się model zaproponowany przez F. Bryanta [18]. Połączył on koncepcję pierwotnej (poznawczo-behawioralnej) i wtórnej (emocjonalnej) kontroli [19] oraz koncepcję kontroli zdarzeń pozytywnych i zdarzeń negatywnych [20]. Wyróżnił cztery wymiary kontroli: unikanie, zmaganie się, utrzymywanie oraz doznawanie, pozwalające odczuwać kontrolę zarówno nad zdarzeniami, jak i nad własnymi emocjami w odniesieniu do tych zdarzeń, oraz kontrolę własnych emocji pozytywnych i negatywnych. Unikanie obejmuje mechanizmy uruchamiane wtedy, gdy osoba uznaje sytuację za negatywną i zmierza do dokonania zmian w otoczeniu; przybiera to postać kontroli pierwotnej. Zmaganie się pojawia się, gdy zdarzenia są ocenione jako negatywne i wywołują przekonanie o konieczności dokonania u siebie zmian wewnętrznych odczuć, sądów i umiejętności; przybiera postać kontroli wtórnej. Utrzymywanie to przekonanie jednostki o osobistych zdolnościach i możliwościach

przekształcania środowiska zewnętrznego w celu doświadczania pozytywnych zdarzeń; wyznacza kontrolę pierwotną. Doznawanie obejmuje doświadczanie pozytywnych zdarzeń dających możliwość przeżywania pozytywnych emocji; to postać kontroli wtórnej [18].

F. Bryant uważa, że kontrola pozytywnych zdarzeń oraz kontrola emocji pozytywnych (tj. utrzymywanie i doznawanie) szczególnie promują zdrowie psychiczne. Z kolei unikanie negatywnych zdarzeń i utrzymywanie pozytywnych doświadczeń sprzyjają przejmowaniu kontroli behawioralnej. Natomiast sądy o umiejętności zmagania się z negatywnymi zdarzeniami i o doświadczaniu pozytywnych emocji (tj. zmaganie się i doznawanie) pozwalają na przejmowanie kontroli poznawczej i behawioralnej dzięki procesom wewnątrzpsychicznym.

Radzenie sobie

Radzenie sobie to aktywność jednostki pobudzona zaistnieniem trudnej dla niej sytuacji. Podejmowane wysiłki behawioralne i poznawcze mają za zadanie opanowanie wymagań (zewnętrznych i wewnętrznych), w określonym okresie przekraczających lub obciążających zasoby psychiczne danego człowieka [21]. Radzenie sobie z trudną sytuacją ma dwie funkcje: zadaniową, ukierunkowaną na zmianę własnego działania i wprowadzenie zmiany w otoczeniu, oraz emocjonalną, nakierowaną na obniżanie własnego napięcia wewnętrznego i niwelowanie negatywnych stanów emocjonalnych, wzbudzonych przez doświadczaną trudność. Obie wzajemnie na siebie oddziałują i są od siebie zależne. Celem radzenia sobie jest przekształcanie relacji jednostki z otoczeniem w kierunku poprawy jakości owej relacji [22, 23]. R. Lazarus [21, 24] wyróżnił cztery główne strategie radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie informacji, bezpośrednie działania, bierność i metody intrapsychiczne. Poza nimi wyróżniono dodatkowo: pozytywne przewartościowanie, planowe rozwiązywanie problemu, poszukiwanie wsparcia społecznego, ucieczkę, konfrontację, dystansowanie się, samokontrolę, przyjmowanie odpowiedzialności.

Analizy czynnikowe wyników różnych badań poświęconych sposobom radzenia sobie doprowadziły do wyodrębnienia skal składających się na Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie [23], który został zaadaptowany do warunków polskich [25].

Można oczekiwać, iż po uczestnictwie w rocznym programie rehabilitacji psychospołecznej, opartym na psychospołecznych metodach leczenia schizofrenii [2, 3, 9, 11, 12, 13], pacjenci przejmą konstruktywną kontrolę nad swym życiem, chorobą, codziennymi problemami i utrapieniami – przynajmniej nad częścią z nich.

Cel badań

Celem referowanych poniżej badań była weryfikacja następujących hipotez badawczych:

Hipoteza 1: Ocena kontroli życia, choroby i strategii radzenia sobie z codziennością dokonana przez pacjentów różni się od oceny ich opiekunów.

Hipoteza 2: Opinia pacjentów o wpływie spostrzeganej kontroli własnego życia na radzenie sobie z chorobą różni się od opinii ich opiekunów na ten temat.

Hipoteza 3: Ocena pacjentów dotycząca wpływu spostrzeganej kontroli własnego życia na strategię radzenia sobie z codziennością różni się od oceny dokonywanej przez ich opiekunów.

Material

Badaniami objęto dwie równoliczne grupy dorosłych, po 40 osób każda. Grupę eksperymentalną stanowili pacjenci leczący się na schizofrenię (paranoidalną 75%, niezróżnicowaną 20% i rezydualną 5%), a grupę porównawczą – ich opiekunowie (rodzice 60%, partnerzy życiowi 30%, dorosłe dzieci 10%). Badanie przeprowadzono oddzielnie w obu grupach po ich rocznym udziale w programie rehabilitacji psychospołecznej w ramach opieki środowiskowej. Wśród pacjentów było 55% kobiet i 45% mężczyzn. Ich wiek mieścił się w przedziale 28–65 lat. Średni czas leczenia schizofrenii w grupie eksperymentalnej wynosił 8,5 roku. Opiekunowie mieli wykształcenie wyższe – 20%, średnie – 30% i zawodowe – 50%.

Metody

W badaniu zastosowano trzy narzędzia pomiarowe:

1. Kwestionariusz Spostrzegania Kontroli Własnego Życia F. Bryanta – składa się z 15 pytań, na które badani udzielają odpowiedzi, zaznaczając odpowiednią cyfrę w 7-punktowej skali. W skład kwestionariusza wchodzi cztery skale: unikanie (współczynnik rzetelności α Cronbacha 0,60); zmaganie się (α Cronbacha 0,70); utrzymanie (α Cronbacha 0,71); doznawanie (α Cronbacha 0,78). Suma wyników uzyskanych w poszczególnych skalach jest miarą spostrzegania kontroli własnego życia [18].

2. Kwestionariusz Radzenia Sobie z Chorobą – wersja Mini-Mac, dostosowany do prowadzonych badań. Zawiera 29 stwierdzeń ocenianych przez badanego w skali 4-punktowej. Mierzy cztery sposoby zmagania się z chorobą: duch walki (α Cronbacha 0,90); pozytywne przewartościowanie (α Cronbacha 0,89); bezradność/beznadziejność (α Cronbacha 0,92); lękowe zaabsorbowanie chorobą (α Cronbacha 0,89). Suma wyników w poszczególnych strategiach jest miarą radzenia sobie z chorobą [26, 27].

3. Kwestionariusz Sposobów Radzenia Sobie (WCQ) składa się z 50 stwierdzeń ocenianych przez badanego w skali 4-punktowej. Mierzy dziewięć strategii radzenia sobie z problemami życia codziennego: planowe rozwiązywanie problemu; walka (konfrontacja); dystansowanie się; myślenie życzeniowe (ucieczka); szukanie wsparcia społecznego; dystrakcja (rozpraszanie się); obwinianie siebie (przyjmowanie odpowiedzialności); pozytywne przewartościowanie; samokontrola. Współczynnik rzetelności α Cronbacha wynosi 0,64 dla całego kwestionariusza. Suma wyników w poszczególnych strategiach przeliczana jest na steny, a ich wielkość jest miarą konstruktywności lub destruktywności danej strategii [22, 25].

Wyniki badań

Poniżej, w tabeli 1, przedstawiono rezultaty dotyczące badanych zmiennych w obu grupach.

Tabela 1. Zróżnicowanie wyników badanych zmiennych w obu grupach

SPOSTRZEGANA KONTROLA ŻYCIA	LECZĄCY SIĘ		OPIEKUNOWIE		t
	M	SD	M	SD	
Unikanie	9,25	1,67	9,07	2,08	0,384 p > 0,05
Zmaganie się	8,75	1,63	9,07	3,27	-0,488 p > 0,05
Utrzymywanie	15,44	1,72	14,27	4,39	1,400 p > 0,05
Doznawanie	18,00	2,66	16,20	3,79	2,174 p < 0,05
KONTROLA CHOROBY					
Strategie konstruktywne	39,62	7,13	35,60	7,74	2,132 p < 0,05
Strategie destruktywne	30,25	7,70	36,60	8,43	-3,100 p < 0,01
STRATEGIE RADZENIA SOBIE Z CODZIENNOŚCIĄ					
Planowe rozwiązywanie problemu	9,00	1,57	8,67	1,81	0,778 p > 0,05
Walka – Konfrontacja	8,56	2,12	7,53	2,22	1,864 p > 0,05
Dystansowanie się	8,88	1,01	10,00	2,42	-2,560 p < 0,01
Ucieczka – Myślenie życzeniowe	8,81	1,62	9,80	1,71	-2,338 p < 0,05
Szukanie wsparcia	8,50	1,65	9,13	2,00	-1,367 p > 0,05
Dystrakcja – Rozpraszenie się	8,56	1,90	9,27	1,64	-1,558 p > 0,05
Obwinianie siebie – Przyjmowanie odpowiedzialności	8,50	2,00	8,67	1,60	-0,360 p > 0,05
Pozytywne przewartościowanie	9,13	1,18	9,33	1,03	-0,737 p > 0,05
Samokontrola – Nieujawianie uczuć	6,00	1,52	8,33	2,02	-5,151 p < 0,001

Pacjenci uzyskali najwyższe rezultaty w wymiarze doznawania oraz utrzymywania pozytywnych doświadczeń i emocji, co ujawnia odzyskanie przez nich zdrowia psychicznego i umiejętności radzenia sobie ze stresem [15, 18, 20]. U podstaw tych kompetencji leży zdolność przywoływania przeszłych pozytywnych doświadczeń, przewidywanie ich na przyszłość, posiadanie krewnych, przyjaciół, którzy pomogą cieszyć się z dobrych zdarzeń, przekonanie, że inni ludzie zapewnią pozytywne przeżycia oraz wiara pacjentów w łut szczęścia. Opiekunowie podobnie oceniają ten wymiar kontroli życia pacjentów, są jednak ostrożni w ujawnianiu swego zadowolenia; różnice międzygrupowe okazały się statystycznie istotne.

Niskie wyniki obu grup w wymiarach unikania i zmagania się z negatywnymi zdarzeniami i emocjami pokazują, iż pacjenci i ich opiekunowie nie wierzą w umiejętności przewidywania i przeciwdziałania negatywnym wydarzeniom, pamiętają o niewystarczającej skuteczności unikania takich zdarzeń w przeszłości i zmagania się z negatywnymi uczuciami. Wynik ten pokazuje obawy obu stron przed ewentualnym nawrotem schizofrenii, realistyczną ocenę biologicznej podatności nieradzenia sobie ze stresem przez osoby dotknięte schizofrenią [7, 9, 11].

Nie ma zbieżności sądów obu grup w kwestii pierwotnej (poznawczej) i wtórnej (emocjonalnej) kontroli życia. Ta pierwsza jest statystycznie niższa niż ta druga. Pacjenci i ich opiekunowie wyżej oceniają odzyskanie emocjonalnej kontroli tego, co pozytywne, niż tego, co negatywne dla leczących się. To z kolei pokazuje ich nadzieję na stopniowe przejmowanie kontroli behawioralnej i poznawczej na dalszym etapie rehabilitacji.

Wyniki Kwestionariusza Radzenia Sobie z Chorobą (wersja Mini-Mac) wskazują na istotne statystycznie różnice między badanymi grupami. Leczący się podkreślają przewagę swych aktywnych form zmagania się z chorobą (duch walki, traktowanie choroby jako wyzwania, pozytywne przewartościowanie znaczenia schizofrenii, budowanie nadziei przy pełnej świadomości powagi choroby). Opiekunowie widzą przede wszystkim destrukttywne sposoby radzenia sobie ze schizofrenią (zaabsorbowanie lękowe, niepokój, poczucie zagrożenia, bezradność, zagubienie i bierne poddawanie się chorobie) [26, 27].

Strategie radzenia sobie z codziennymi problemami można pogrupować na poznawcze i behawioralne wysiłki uporania się ze stresem oraz na regulację emocji, wzbudzonych przez problem. Wyniki, uzyskane w Kwestionariuszu Sposobów Radzenia Sobie (WCQ) przez leczących się na schizofrenię i ich opiekunów, pokazują zarówno obszary zbieżności, jak i rozbieżności ocen. Obie grupy podobnie wysoko oceniają: planowe rozwiązywanie problemu, konfrontowanie się z problemem, szukanie wsparcia społecznego, rozpraszanie się w sytuacji trudnej, obwiniania siebie za trudności oraz pozytywne przewartościowanie znaczenia choroby. Sposoby te dotyczą poznawczych i behawioralnych form rozwiązywania codziennych trudności.

Statystycznie istotne różnice opinii obu grup obejmują: dystansowanie się, ucieczkę w myślenie życzeniowe oraz nieujawnianie uczuć w trakcie doświadczania trudów dnia codziennego. Są to strategie związane z regulacją emocji. Opiekunowie przypisali tej regulacji nadmiernie wysoki poziom, co świadczy o dostrzeganiu przez nich destruktynego wpływu owych sposobów na jakość radzenia sobie przez chorych

z codziennymi trudami. Pacjenci zaś przypisują im funkcję adaptacyjną, na co wskazuje wysokość ocen przyznanych przez nich tym strategiom (6 stenów).

Podsumowanie: obie grupy znacząco różnią się między sobą w ocenie spostrzeganej wtórnej (emocjonalnej) kontroli życia, w aktywnych i biernych formach radzenia sobie z chorobą oraz strategiach powstrzymywania się od działań w obliczu codziennych problemów. Kontrola pierwotna (poznawcza i behawioralna) wydaje się obu stronom odzyskana w podobnym stopniu [18, 19, 24].

Tabela 2 zawiera dane dotyczące wpływu zmiennej niezależnej – spostrzeganej kontroli życia – na radzenie sobie z własną chorobą i codziennymi problemami w grupie leczących się na schizofrenię, uczestników rocznego programu rehabilitacji psychospołecznej, objętych opieką środowiskową.

Tabela 2. **Macierz współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie eksperymentalnej – leczących się na schizofrenię**

		KONTROLA ŻYCIA			
		Unikanie	Zmaganie się	Utrzymywanie	Doznawanie
KONTROLA ŻYCIA	Zmaganie się	0,690***			
	Utrzymywanie	0,073	0,316 (*)		
	Doznawanie	-0,116	0,148	0,267	
KONTROLA CHOROBY	Str. konstruktywne	-0,209 (*)	0,030	0,129 (*)	0,149
	Str. destruktywne	-0,125	-0,499**	-0,587*** (*)	-0,210
STRATEGIE RADZENIA SOBIE	Planowe rozwiązywanie problemu	-0,569***	-0,557*** (*)	-0,047	-0,015
	Walka – Konfrontacja	-0,132	-0,462** (*)	0,212	0,102
	Dystansowanie się	-0,365*	-0,373*	0,181 (*)	-0,096
	Ucieczka – Myślenie życzeniowe	-0,269	-0,460***	-0,271	-0,015
	Szukanie wsparcia	-0,235	-0,072	-0,102	0,176
	Dystrakcja – Rozpraszenie się	-0,657***	-0,621***	-0,057	0,025
	Obwinianie siebie – Przyjmowanie odpowiedzialności	-0,116	-0,099	0,234	0,326
	Pozytywne przewartościowanie	-0,016	0,050	0,541***	0,592*** (*)
Samokontrola – Nieujawnianie uczuć	0,025	0,182 (*)	0,245 (*)	0,301	

Oznaczenia wartości współczynnika istotności p na poziomach 0,05 *; 0,01** ; 0,001***
 (*) współczynnik korelacji różni się istotnie od tego samego w grupie kontrolnej (rodzina pacjenta)

Unikanie negatywnych zdarzeń silnie dodatnio koreluje ze zmaganiem się ze wzbudzonymi przez te zdarzenia negatywnymi uczuciami, co wskazuje na obecnie dobre samopoczucie pacjentów. Samo unikanie przykrych wydarzeń ujemnie jednak oddziałuje na: aktywne sposoby radzenia sobie z chorobą, planowe rozwiązywanie problemu, umiejętne dystansowanie się od bieżących trudności, rozpraszanie niepokoju i napięcia. Wynik wskazuje na niewystarczający poziom behawioralnej i poznawczej kontroli nad trudnościami dnia codziennego.

Zmaganie się z negatywnymi emocjami ujemnie koreluje z destruktywnymi sposobami radzenia sobie z własną chorobą. Im wyższy poziom osobistej efektywności w pokonywaniu uczuć negatywnych, tym niższy lęk, niepokój, poczucie zagrożenia, bezradność, zagubienie i bierne poddawanie się chorobie. Mechanizm zmagania się z negatywnymi emocjami silnie ujemnie koreluje z robieniem planów działania w obliczu codziennych problemów, walką o to, czego się chce obecnie, dystansowaniem się od przykrości, odwracaniem uwagi od negatywnych stanów emocjonalnych.

Utrzymywanie pozytywnych zdarzeń silnie negatywnie koreluje z destruktywnymi strategiami radzenia sobie z własną chorobą. Pacjenci przekonani o swej umiejętności przejmowania kontroli nad pozytywnymi zdarzeniami mają niski poziom lęku, niepokoju, zagrożenia, zagubienia, bezradności wobec swej choroby, i aktywnie ją pokonują. Z konstruktywnymi sposobami radzenia sobie z chorobą współwystępują strategie: pozytywnego przewartościowania znaczenia choroby, odkrywania na nowo tego, co jest w życiu ważne.

Doznawanie pozytywnych emocji silnie dodatnio koreluje przede wszystkim ze strategią pozytywnego przewartościowania. Jego wpływ na inne strategie radzenia sobie z chorobą i życiem codziennym jest jednak mało znaczący. Tak więc celem leczącego się na schizofrenię jest przede wszystkim odzyskanie umiejętności przywoływania pozytywnych wspomnień z przeszłości dla wzmocnienia aktualnego dobrostanu i odszukiwania sensu przeżyć, cierpień z aktywnej fazy choroby. Otrzymany wynik świadczy o osiągnięciu przez pacjentów owego celu.

Podsumowanie: odzyskanie kontroli tego, co negatywne w życiu, pozwala pacjentom na obniżenie destruktywnych sposobów radzenia sobie ze schizofrenią. Przejęcie poznawczej i behawioralnej (pierwotnej) kontroli własnego życia umożliwia ograniczenie myślenia życzeniowego, rozproszenia, odsuwania się od spraw codziennych, ale też, niestety, zmniejsza częstość planowego rozwiązywania codziennych trudności. Ten ostatni wynik to wskaźnik zagrożenia dla podleczonego pacjenta. Sugeruje niewystarczający poziom osiągniętych zmian w zachowaniu, rozpoznawaniu i zaspokajaniu potrzeb indywidualnych, co z czasem może przynieść leczącemu się wzrost doświadczonego stresu, wyzwającego nawrót zaburzeń psychiatrycznych.

Odzyskanie pozytywnej orientacji w kontroli własnego życia daje pacjentowi wyraźne zmniejszenie biernych strategii radzenia sobie z chorobą, a zwiększenie umiejętności nadawania pozytywnego sensu temu, co choroba zmieniła w ich życiu. Rezultat ten pokazuje względną skuteczność oddziaływań rehabilitacyjnych, ukierunkowanych na budzenie u pacjentów odpowiedzialności za ich zdrowie, emocjonalną samodzielność i odzyskiwanie równowagi wewnętrznej [2, 3, 8, 12, 13]. Umiejętności te są efektywne tylko w odniesieniu do pozytywnych wydarzeń i emocji.

Tabela 3 prezentuje wpływ spostrzeganej kontroli życia na sposoby radzenia sobie z chorobą i codziennym życiem przez pacjentów w ocenie ich opiekunów.

Tabela 3. **Macierz współczynników korelacji r Pearsona pomiędzy badanymi zmiennymi w grupie porównawczej – opiekunowie pacjentów leczących się na schizofrenię**

		KONTROLA ŻYCIA			
		Unikanie	Zmaganie się	Utrzymywanie	Doznawanie
KONTROLA ŻYCIA	Zmaganie się	0,485**			
	Utrzymywanie	0,435**	0,652***(*)		
	Doznawanie	0,199	0,104	0,519**	
KONTROLA CHOROBY	Str. konstruktywne	0,643***(*)	0,404*	0,558***(*)	0,360*
	Str. destruktywne	-0,375*	-0,357*	-0,172(*)	-0,243
STRATEGIE RADZENIA SOBIE	Planowe rozwiązywanie problemu	-0,232	0,097(*)	0,124	0,292
	Walka – Konfrontacja	0,349*	0,621***(*)	0,345	0,093
	Dystansowanie się	-0,534**	-0,209	-0,417(*)	-,024
	Ucieczka – Myślenie życzeniowe	-0,576***	-0,232	-0,332	-0,014
	Szukanie wsparcia	-0,400*	0,009	-0,02	0,279
	Dystrakcja – Rozpraszenie się	-0,530**	-0,389*	-0,384*	-0,031
	Obwinianie siebie – Przyjmowanie odpowiedzialności	0,233	-0,14	0,081	0,430*
	Pozytywne przewartościowanie	0,214	0,444**	0,407*	0,230(*)
Samokontrola – Nieujawnianie uczuć	0,403*	0,549**(*)	0,619***(*)	-0,045	

Oznaczenia wartości współczynnika istotności p na poziomach 0,05 *; 0,01**; 0,001***; (*) współczynnik korelacji różni się istotnie od tego samego w grupie eksperymentalnej (pacjenci ze schizofrenią)

Kontrolowanie negatywnych zdarzeń i emocji przez leczących się silnie dodatnio wpływa na przejmowanie przez nich kontroli nad pozytywnymi wydarzeniami, i to dopiero umożliwia im przejście kontroli nad pozytywnymi emocjami. Zdaniem opiekunów odzyskana przez chorych kontrola tego, co negatywne w ich życiu, nie wpływa znacząco na doznawanie przez nich pozytywnych emocji, przypominanie i przewidywanie wydarzeń przynoszących im przyjemność i radość. Natomiast przejście przez leczących się kontroli i nad zdarzeniami, i nad emocjami, wpływa w silnym stopniu na aktywne radzenie sobie przez nich ze schizofrenią. Biernie sposoby są zależne jedynie od kontroli tego, co negatywne w życiu pacjentów. Kierunek tego wpływu jest taki, że jeśli wzrasta poziom unikania i zmagania się, to zmniejsza się poziom strategii destruktywnych.

Wyniki badań opiekunów pokazują ich sądy o przejściu przez chorych przynajmniej częściowej kontroli behawioralnej, poznawczej i emocjonalnej nad schizofrenią, szcze-

gólnie nad wcześniejszą biernością wobec choroby. Zdaniem opiekunów poszczególne wymiary kontroli życia, przejętej przez chorych, wpływają w następujący sposób na ich radzenie sobie z problemami dnia codziennego:

- wyższy poziom kontroli negatywnych wydarzeń (unikanie) znacząco obniża poziom dystansowania się, zmniejsza ucieczki w życzeniowe myślenie, szukanie pomocy innych ludzi, rozpraszenie się;
- wzrost poziomu kontroli negatywnych emocji (zmaganie się) znacząco zwiększa poziom konfrontowania się z codziennymi trudami, pozytywnego przewartościowywania znaczenia tych trudności oraz umiejętnego kontrolowania uczuć, wzbudzanych przez problemy dnia codziennego;
- wraz ze wzrostem poziomu kontroli zdarzeń pozytywnych (utrzymanie) zmniejsza się dystans w stosunku do codziennych trudności oraz rozpraszenie się w ich obliczu; jednocześnie znacząco wzrasta pozytywne przewartościowywanie znaczenia codziennych problemów i samokontrola;
- wzrost poziomu kontroli pozytywnych emocji (doznawanie) zwiększa jedynie poziom przyjmowania odpowiedzialności za rozwiązywanie problemów dnia codziennego.

Podsumowanie: Opiekunowie dostrzegają poznawcze, behawioralne i emocjonalne wysiłki chorych w radzeniu sobie z codziennością. Odzyskana kontrola życia pomaga im urealistycznie myśleć, zmniejszyć społeczną izolację, brać na siebie odpowiedzialność za jakość rozwiązań bieżących kłopotów, szukać pozytywnych znaczeń tego, w czym uczestniczą na co dzień, nie zaprzeczać, a konfrontować się z problemami oraz zachowywać swoje uczucia dla siebie. Ich zdaniem pacjenci nie nabyli jednak wystarczającej umiejętności robienia planu działania w obliczu codziennych problemów i zgodnego z tym planem postępowania. Choć w ciągu roku rehabilitacji wiele uporządkowali w swym wewnątrzpsychicznym i społecznym funkcjonowaniu, to zdaniem ich opiekunów nie udało się im rozwinąć dobrego poziomu myślenia dywergencyjnego, pozwalającego uwzględniać rozmaite rozwiązania tego samego problemu.

Wnioski

Wynikające z badań zależności można sprowadzić do następujących:

1. Zdaniem pacjentów i ich opiekunów rehabilitacja pomaga chorym odzyskać kontrolę swego życia – oba jej typy. Pacjenci i opiekunowie wyżej ocenili poziom kontroli wtórnej (emocjonalnej) niż kontroli pierwotnej (poznawczej).
2. Odzyskana kontrola życia ma zdaniem pacjentów bardziej zróżnicowany wpływ na ich sposoby radzenia sobie z chorobą niż oceniają to opiekunowie. Obie grupy podobnie sądzą o małym oddziaływaniu kontroli poznawczej na destruktywne radzenie sobie z chorobą, różnie natomiast – o wpływie tej kontroli na konstruktywne sposoby pokonywania schizofrenii. W zakresie wpływu kontroli emocjonalnej nie ma podobieństwa w opinii obu grup, zarówno co do form aktywnych, jak i biernych.

3. Pierwotna i wtórna kontrola życia zdaniem obu badanych grup różnie oddziałują na sposoby radzenia sobie z codziennością. Kontrola poznawcza zmniejsza poszukiwanie informacji i planowe rozwiązywanie problemu oraz bierność i powstrzymywanie się od działań w obliczu trudów dnia codziennego. Ten typ kontroli zwiększa bezpośrednie działania nakierowane na „ja” i na otoczenie. Obie grupy podobnie oceniły kierunek wpływu kontroli emocjonalnej: zwiększa ona poziom pozytywnego przewatościowania znaczenia schizofrenii, odpowiedzialności za własne emocje i samokontroli.
4. Opierając się na uzyskanych rezultatach badania, należy stwierdzić, że dotychczasowe oddziaływania psychospołeczne w opiece środowiskowej, nakierowane oddzielnie na grupy pacjentów i ich opiekunów, powinny być poszerzone o pracę psychoterapeutyczną w domu pacjenta, obejmującą obie strony jednocześnie. Mogłaby ona przyczynić się do pogłębienia wzajemnego zrozumienia i polepszenia komunikacji wewnątrzrodzinnej, szczególnie dotyczącej sposobów doświadczania odzyskiwanej kontroli nad problemami dnia codziennego.

Видимый контроль собственной жизни и способы приспособления при болезни и ежедневными проблемами после годичной реабилитации больных шизофренией

Содержание

Задание. Оценка влияния контроля собственной жизни, проведенная самими пациентами, больными шизофренией на их способы приспособления при болезни, о ней самой и ежедневными проблемами. Мнения пациентов и их опекунов были сравнены после годичного участия в программе психосоциальной реабилитации.

Метод. 40 пациентов и 40 добровольцев заполнили 3 исследовательские пособия. Глоссарий видимого контроля жизни Ф. Брайана, Мини-Мак и WCQ.

Результаты и выводы. Обе группы исследованных оценили, что вторичный контроль жизни (над эмоциями) был более положителен, чем первичный (над происшествием). Пациенты оценили, что контроль жизни отличал их деструктивные стратегии приспособления к шизофрении, а опекуны – конструктивные. Обе группы подчеркнули, что возможность контроля жизни уменьшило социальное изолирование, апатию больных, но, к сожалению, и стратегии развязывания проблем и изыскания информации больными. Обе группы исследованных подчеркнули, что возвращение контроля жизни увеличило уровень эмоциональной и поведенияльной регуляции пациентов. Участие в годичной программе психосоциальной реабилитации повысил контроль собственной жизни и конструктивный стиль преодоления препятствий при шизофрении. Такое участие в программе обогатило способы преодоления препятствий в ежедневной жизни. Однако, все это не улучшило взаимную коммуникацию пациентов и их опекунов.

Wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und Selbsthilfe bei der Krankheit und täglichen Problemen nach der einjährigen psychosozialen Rehabilitation der Patienten mit Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Die Beurteilung des Einflusses der Kontrolle über das eigene Leben auf die Strategien der Selbsthilfe bei der Krankheit und täglichen Problemen, die durch die Patienten mit Schizophrenie durchgeführt wurde. Die Meinungen der Patienten und ihrer Betreuer wurden nach einer einjähriger Teilnahme an dem Programm der psychosozialen Rehabilitation verglichen.

Methode. 40 Patienten und 40 Betreuer füllten 3 Studienwerkzeugmittel aus: Fragebogen der Wahrgenommenen Lebenskontrolle von F.Bryant, Mini-Mac und WCQ.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. Die beiden untersuchten Gruppen beurteilten, dass die sekundäre Lebenskontrolle (über die Emotionen) mehr wiedergewonnen wurde als die primäre (über Ereignisse). Die Patienten beurteilten, dass die Lebenskontrolle ihre destruktiven Selbsthilfestrategien bei Schizophrenie unterschied, und die Betreuer - die destruktiven. Die beiden Gruppen betonten, dass die Wiedergewinnung der Lebenskontrolle die soziale Isolierung, Apatie der Patienten verringerte, aber auch die Strategie bei der Lösung von Problemen und bei der Suche nach Information durch die Kranken. Die beiden untersuchten Gruppen betonten, dass die Gewinnung der Lebenskontrolle das Niveau der emotionalen und behavioralen Regulierung der Patienten erhöhte. Die Beteiligung an dem jährigen Programm der psychosozialen Rehabilitation erhöhte die Kontrolle über das eigene Leben und den konstruktiven Stil der Selbsthilfe bei Schizophrenie. Sie bereicherte die Strategien der Selbsthilfe bei dem Alltag. Sie machte aber die gegenseitige Kommunikation zwischen den Patienten und ihren Betreuern nicht effektiver.

Le contrôle perçu de vie et les méthodes de se débrouiller avec les problèmes de la vie quotidienne des schizophrènes après la réhabilitation sociale durant une année

Résumé

Objectif. Estimer l'influence du contrôle de vie des schizophrènes sur leurs stratégies de se débrouiller avec leur maladie et les problèmes de la vie quotidienne. Les opinions des patients et des travailleurs sociaux sont analysées après leur participation au programme de réhabilitation durant une année.

Méthode. 40 patients et 40 travailleurs sociaux sont examinés avec trois questionnaires: Bryant's Perceived Control of Live Questionnaire, Mini-Mac, WCO.

Résultats et Conclusions. Les deux groupes examinés reconnaissent que le contrôle secondaire (des émotions) est plus grand que primaire (des événements). Les patients estiment que le contrôle perçu de vie différencie leurs stratégies destructives de se débrouiller avec la maladie, les travailleurs sociaux – constructives. Les deux groupes soulignent que la reprise de contrôle de vie diminue l'isolement social des patients, leur apathie, mais malheureusement elle diminue aussi leurs stratégies de résoudre les problèmes et de chercher les informations sur leur maladie. Ils soulignent encore que cette reprise de contrôle de vie augmente le niveau des régulations émotionnelles et comportementales des patients. Ce programme de réhabilitation psychosociale durant une année augmente le contrôle de vie et le style constructif de se débrouiller avec la maladie, il enrichit les stratégies de se débrouiller avec les problèmes quotidiens, pourtant il n'améliore pas de méthodes de communication mutuelle.

Piśmiennictwo

1. Muijen M, Hadley T. *Community care: Parts and systems*. W: Hirsch SR, Weinberger DR, red. *Schizophrenia*. Oxford: Blackwell Science; 1995; 89–99.
2. Pietrzyk A. *Samopomoc wkracza w obszar psychiatrii. Działalność środowiskowego domu samopomocy*. Auxil. Soc. 1998; 2: 100–111.
3. Mueser KT. *Models of community care for severe mental illness: A review of research on case management*. Schiz. Bull. 24 (1): 37–74.
4. Naisbitt J. *Megatrendy. Dziesięć nowych kierunków zmieniających nasze życie*. Poznań: Zysk i S-ka; 1997.
5. Kawula S. *Spirala życzliwości: od wsparcia do samodzielności*. Auxil. Soc. 1997; 1: 13–21.
6. Sęk H, Cieślak R. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
7. Birchwood M, Jackson C. *Schizofrenia. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.

8. Shorter E. *Historia psychiatrii. Od zakładu dla obłąkanych po erę Prozacu*. Warszawa: WSiP; 2005.
9. Carson R, Butcher J, Mineka S. *Psychologia zaburzeń, t. 2*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
10. Cave S. *Terapie zaburzeń psychicznych*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
11. Mueser K, Gingerich S. *Życie ze schizofrenią. Poradnik dla rodzin*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 1998.
12. Meder J, red. *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; Kraków: 2000.
13. Meder J, red. *Treningi umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Scholar; 1996.
14. Prot K, Pałyska M, Anczewska M, Indulska A, Raduj J. *Badanie satysfakcji pacjenta w warunkach opieki środowiskowej*. Post. Psychiatr. Neurol. 2005; 4: 299–304.
15. Sęk H, red. *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne*. Poznań: Wydawnictwo UAM; 1991.
16. Rotter J. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychol. Monogr. 1966; 80, 1: 1–28.
17. Seligman M. *Helplessness*. San Francisco: Freeman; 1975.
18. Bryant F. *A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring*. J. Personal. 1989; 4: 773–797.
19. Rotbaum F, Weisz J, Snyder S. *Changing the world and changing the self; A two-process model of perceived control*. J. Personal. Soc. Psychol. 1982; 42: 5–37.
20. Gregory W. *Locus of control for positive and negative outcomes*. J. Personal. Soc. Psychol. 1978; 36: 840–849.
21. Lazarus R, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer-Verlag; 1984.
22. Folkman S, Lazarus R, Dunkiel-Schetter C, De Longis A, Gruben W. *Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. J. Personal. Soc. Psychol. 1986; 50: 992–1003.
23. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki, t. 3*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2000: 465–531.
24. Terelak J. *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza BRANTA; 2001.
25. Gwozdecka E. *Adaptacja do warunków polskich narzędzia do badania sposobów radzenia sobie ze stresem WCQ*. Niepublikowana praca magisterska. Katowice: Uniwersytet Śląski; 1989.
26. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
27. Juczyński Z, Adamiak G. *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające radzeniu sobie opiekunów z depresją członka rodziny*. Psychiatr. Pol. 2005; 1: 161–174.

Adres: Agnieszka Pietrzyk
Wydział Nauk Społecznych
Studium Pomocy Socjalnej Uniwersytetu Śląskiego
40-007 Katowice, ul. Bankowa 11

Otrzymano: 7.03.2007
Zrecenzowano: 10.07.2007
Przyjęto do druku: 4.10.2007

WŁADZE SEKCJI POLSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO c.d.

6. **Sekcja Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji**
Przewodniczący – dr Andrzej Cechnicki

Katedra Psychiatrii CM UJ
pl. Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków
mzcechni@cyf-kr.edu.pl

Zarząd Sekcji:

Prof. dr hab. Jacek Wciórka – wiceprzewodniczący
Dr Katarzyna Prot – sekretarz
Mgr Ewa Domagalska – skarbnik
Prof. dr hab. Joanna Meder
Mgr Anna Bielańska
Dr Krzysztof Czuma

7. **Sekcja Psychogeriatry i Choroby Alzheimer**
Przewodniczący – dr Tomasz Gabryelewicz

Instytut Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN
ul. Pawińskiego 5, 02-106 Warszawa
gabryelewicz@cmdik.pan.pl

Zarząd Sekcji:

Prof. dr hab. Leszek Bidzan – zastępca przewodniczącego
Dr Marzena Ziółkowska – skarbnik
Dr Jarosław Łączkowski – sekretarz
Prof. dr hab. Jerzy Leszek

8. **Sekcja Psychopatologii i Klasyfikacji w Psychiatrii**
Przewodniczący – prof. dr hab. Marek Masiak

Klinika Psychiatrii AM
ul. Głuska 1, 20-439 Lublin
klinika.psychiatrii@am.lublin.pl

9. **Sekcja Terapii Rodzin**
Przewodniczący – prof. dr hab. Bogdan de Barbaro

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
ul. Kopernika 21A, 31-501 Kraków
bogdandebbarbaro@wp.pl

Zarząd Sekcji:

Dr Grzegorz Iniewicz – sekretarz
Mgr Małgorzata Wolska – skarbnik
Dr Mariusz Furgał
Dr hab. Barbara Józefik
Prof. dr hab. Irena Namysłowska
Dr Jadwiga Śliwczyńska