

Beata Kasperek, Katarzyna Spiridonow, Małgorzata Chączyńska

JAKOŚĆ ŻYCIA A KONCEPCJA WŁASNEJ OSOBY PRZEWLEKLE CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ PODDAWANYCH REHABILITACJI PSYCHIATRYCZNEJ

THE QUALITY OF LIFE AND PATIENTS' CONCEPT OF SELF – IN CHRONIC SCHIZOPHRENIC PATIENTS' REHABILITATION

Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii
Kierownik: dr n. med. Joanna Meder

**schizophrenia
self-concept
the quality of life**

W pracy zbadano wpływ kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej na jakość życia pacjentów przewlekle chorych psychicznie oraz związek pomiędzy ich jakością życia a koncepcją siebie. Nie stwierdzono istotnych różnic w ogólnym poziomie jakości życia pacjentów przed rehabilitacją i po niej. Wystąpiły natomiast istotne zależności między poziomem jakości życia a poszczególnymi składowymi koncepcji siebie. Im bardziej pozytywnie pacjenci widzą siebie, tym wyżej oceniają jakość własnego życia.

Summary: The aim of this research was to investigate:

1. influence of psychiatric rehabilitation on the quality of life level
2. Correlation between the quality of life and patients' self-concept.

A group of 29 patients was tested. There was no statistically significant difference between patients' quality of life before and after rehabilitation. The only significant difference was connected with the sexual dimension of patients' life.

The self- concept was not changed after the rehabilitation.

The correlation between the quality of life level and the self-concept was not significant. Significant correlation between quality of life level and different components of self-concept were found.

The more positive the patients' self-concept was the higher quality of life level they present.

Ogólne definicje koncepcji własnej osoby oraz jej ujęcia dotyczące chorych na schizofrenię

Koncepcja siebie jest w psychologii nierozdzielnie związana z pojęciem „ja”. Termin „ja” w psychologii ogólnej oznacza „z jednej strony konkretną osobę jako podmiot czy sprawcę czynności, a z drugiej jako podmiot poznany przez siebie samego — to wszystko, co jest w nas, co występuje na poziomie świadomości” [1, s. 10]. Teorie poznawcze traktują

„ja” jako złożoną strukturę poznawczą oraz podkreślają samowiedzę jako podstawowy element tej struktury siebie [2]. W psychologii humanistycznej „ja” traktowane jest jako „zorganizowana, spójna, pojęciowa całość, złożona ze spostrzeżeń charakteryzujących »ja« i spostrzeżeń odnoszących owo »ja« do innych aspektów życia, łącznie z ocenami im przypisywanymi” [3, s. 193].

W psychologii ogólnej, poznawczej i humanistycznej „ja” podkreślane jest jako centrum koncepcji własnej osoby, a świadomość siebie jako niezbędny jej element.

Do „ja” w schizofrenii odnoszą się bezpośrednio tacy humanistyczni autorzy, jak Laing i Frankl. Wg Lainga „ja schizofreniczne” „dzieli się, traci swą tożsamość i integralność, traci także swą realność i bezpośredni kontakt z rzeczywistością leżącą poza nim” [4, s. 201]. Natomiast Frankl uważał, że „jednolitość osobowa zostaje zachowana nawet w stanie schizofrenii i pomyślnie przechodzi jej próbę”. Według Frankla schizofrenię można rozumieć jako „podjętą przez człowieka próbę zachowania swojej jednolitości w obliczu płynącego ze strony biologicznego organizmu rozpadu” [5, s. 130]. Niemniej w ostrych formach schizofrenii struktura własnego „ja” ulega gwałtownemu rozbiciu [6]. Autorzy humanistyczni podkreślają, że schizofrenia dotyka najbardziej integralnego elementu koncepcji własnej osoby, czyli „ja” jednostki, a także świadomości własnej osoby. Twierdzenia te nie są jednak potwierdzone empirycznie. Tylko nieliczne badania podejmują dynamikę zmian koncepcji własnej osoby w przebiegu np. chronicznej formy schizofrenii [7, 8, 9, 10].

W literaturze przedmiotu w kontekście koncepcji własnej osoby pojawia się także pojęcie samoakceptacji. Jedni autorzy przedstawiają samoakceptację jako część struktury obrazu samego siebie [11], a inni jako jego cechę [12]. Poziom samoakceptacji, będąc właściwością bądź cechą koncepcji własnej osoby, stanowi jednocześnie ważny mechanizm regulujący funkcjonowanie jednostki. Jego działanie u osób o niskiej samoakceptacji ujawnia się w ten sposób, że może być źródłem dysharmonii w relacjach interpersonalnych, np. taka osoba szuka głównie negatywnych cech u innych ludzi. Niski poziom samoakceptacji występuje wówczas, gdy struktura koncepcji własnej osoby charakteryzuje się dużą rozbieżnością między „ja” realnym a „ja” idealnym, natomiast gdy oba wymiary obrazu samego siebie są zbliżone, wówczas występuje wysoki poziom akceptacji siebie [12]. Ważna rola koncepcji własnej osoby dla funkcjonowania człowieka, a także ważnego jej elementu regulacyjnego, jakim jest samoakceptacja, pozwala przypuszczać, że będzie miała ona wpływ na odbieranie satysfakcji z życia, czyli na poziom jakości życia, w tym także osób chorych psychicznie.

W niniejszej pracy przyjęto definicję operacyjną koncepcji własnej osoby. Została ona zoperacjonalizowana za pomocą testu przymiotnikowego ACL, który bada dwa główne jej wymiary, czyli „ja” realne i „ja” idealne, oraz poziom samoakceptacji, który wyraża się stopniem zgodności opisów „ja” realnego i „ja” idealnego.

Jakość życia osób chorych

Wśród badaczy panuje zgoda co do tego, że jakość życia osób psychicznie chorych (nie tylko tych z rozpoznaniem schizofrenii) jest istotnie niższa niż w populacji osób zdrowych [13, 14, 15]. Niejednolite są natomiast wyniki badań dotyczących zmiany poziomu jakości życia chorych uczestniczących w różnych programach terapeutycznych, a nawet

tych uczestniczących w treningach behawioralnych [16, 17, 18, 19, 20]. Przyczyn tych różnic jest prawdopodobnie wiele, ale naszym zdaniem duże znaczenie ma korzystanie przez autorów z różnego typu skal oceniających jakość życia pacjentów. W skalach tych w różnym stopniu uwzględnia się poziom funkcjonowania pacjentów, znaczenie stanu zdrowia (fizycznego i psychicznego) dla dobrego samopoczucia, poziom zadowolenia samych pacjentów z różnych sfer ich życia. Zróżnicowany jest także sposób oceny, np. może jej dokonywać badacz zgodnie z ustalonymi kryteriami lub sam pacjent biorąc pod uwagę tylko swoje subiektywne odczucie. Od kilku lat coraz częściej uwzględnia się subiektywną ocenę pacjenta. My pozostajemy właśnie w tym nurcie badań, gdyż oceny różnych aspektów życia pacjentów dokonywane przez nich samych i przez personel opieki psychiatrycznej są często rozbieżne. Dowodzą tego m.in. badania Dazord i wsp. [21] nad jakością życia, badania Slade i wsp. [22] nad potrzebami pacjentów, oraz Kilinc i wsp. [23] nad atmosferą i zadowoleniem z usług mieszkańców domu stałego pobytu dla przewlekle chorych psychicznie.

Jakość życia definiujemy za WHOQOL Group, która jest autorem używanego przez nas narzędzia: „Jakość życia to spostrzeganie przez osobę własnej sytuacji życiowej w kontekście kultury, w jakiej żyje, swojego systemu wartości oraz w związku ze swoimi celami, oczekiwaniami, normami i zainteresowaniami. Jest to bardzo szerokie pojęcie, na które w złożony sposób wpływ ma zdrowie fizyczne, stan psychiczny, stopień niezależności, relacje z innymi ludźmi i ważnymi cechami środowiska danej osoby” [24, s. 642].

Rehabilitacja psychiatryczna

Rehabilitacja psychiatryczna jest procesem przywracania osobie niepełnosprawnej możliwości udziału w normalnym życiu społecznym. Chodzi nie tylko o odtwarzanie utraconych sprawności, ale także o rozwinięcie w jak największym stopniu możliwości psychicznych i fizycznych człowieka niepełnosprawnego. Ważnym sposobem oddziaływania rehabilitacyjnego w przypadku osób przewlekle chorych psychicznie są treningi umiejętności społecznych. Stosuje się je w celu przywrócenia osoby chorej do maksymalnej sprawności społecznej niezbędnej w codziennym życiu i kontaktach z innymi ludźmi.

Przewlekła schizofrenia

W całej dziedzinie medycyny nie ma chyba choroby, wokół której narosłoby więcej kontrowersji niż wokół schizofrenii. Prawdopodobnie dlatego, że jest ona również zjawiskiem społecznym, chociażby przez sam tylko fakt, że można jej oczekiwać u około 1% ludzi [4]. W literaturze przedmiotu można spotkać się ze skrajnymi opiniami na temat istoty schizofrenii. Niektórzy wręcz uważają, że stwarza ona szansę rozwoju dla człowieka, że stanowi wyzwanie rozwojowe, któremu należy sprostać [5]. Inni z kolei prezentują pogląd, że jest ona chorobą, którą człowiek się staje i nie jest w stanie jej odrzucić [25]. „W chronicznej schizofrenii chorzy nieraz przypominają umarłych za życia. Otacza ich pustka, w środku też czują się wypaleni” [6, s. 50]. W ten sposób widzenie chronicznej formy schizofrenii wyraził Antoni Kępiński.

Schizofrenia niewątpliwie ma ogromny wpływ na osobowość człowieka, hamuje jego rozwój, jednak go nie uniemożliwia. Pacjenci, nawet ci przewlekle chorzy, są w stanie uczyć się nowych umiejętności, co m.in. potwierdzają wyniki badań [16—20].

Cele

Celem niniejszej pracy była odpowiedź na następujące pytania:

1. Czy jakość życia badanych pacjentów zmieni się pod wpływem kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej metodą treningu umiejętności społecznych?
2. Czy istnieje zależność między poziomem jakości życia pacjentów a ich koncepcją własnej osoby?

Metody badawcze

W badaniach korzystaliśmy z następujących skal i kwestionariuszy:

- Skala do mierzenia jakości życia – WHOQOL-BREF – skonstruowana przez WHOQOL Group jako narzędzie do badania ogólnej jakości życia, nie związanej z żadną konkretną chorobą [24]; składa się z 26 pytań dotyczących zadowolenia osoby badanej z różnych sfer życia (np. ze wsparcia przyjaciół, warunków mieszkaniowych, życia seksualnego) oraz obecności w jej życiu czynników wpływających na dobre samopoczucie (np. energii do prowadzenia normalnego życia, pieniędzy, możliwości spędzenia wolnego czasu). Osoba badana udziela odpowiedzi korzystając z pięciostopniowej skali, której cyfry od 1 do 5 przypisane są odpowiednio sformułowania: od „wcale” do „mocno” lub od „bardzo niezadowolony” do „bardzo zadowolony” itp., adekwatnie do zadanego pytania. W skali tej można uzyskać od 26 do 130 punktów.
- ACL (The Adjective Check List) — H. G. Gougha i A. B. Heilbruna. Test służy do badania obrazu samego siebie, osobowościowych korelatów potrzeb, dążeń, aktywności, właściwości psychicznych. Wersja testu użyta w niniejszych badaniach bazuje na nie zmienionej liście przymiotników powstałej w 1980 roku i zawiera 37 skal, które są uporządkowane w 5 grup. Skale testu przedstawione są w aneksie.
- GAS (Global Assessment Scale) — służy do oceny ogólnego funkcjonowania, dokonywanej przez terapeutę pacjenta w skali 1—100;
- PANSS – skala do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych;
- Kwestionariusz demograficzny.

Kwestionariusz demograficzny wypełniano kwalifikując pacjentów do badań. Następnie psychiatra ocenił stan psychiczny pacjentów (PANSS). Pozostałe skale pacjenci wypełniali tuż po zakwalifikowaniu do badań (badanie I) i po 4 miesiącach rehabilitacji (badanie II).

Grupa badana

W badaniach wzięło udział 29 osób. Pacjenci spełniali założone w pracy następujące kryteria:

- mieli diagnozę schizofrenii
- wiek 20–60 lat
- co najmniej 3-letni staż choroby
- co najmniej dwie hospitalizacje
- brak cech uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego

- brak uzależnienia od alkoholu i narkotyków
 - wyrażali zgodę na udział w badaniach
 - uczestniczyli przez co najmniej 4 miesiące w programie rehabilitacji psychiatrycznej (udział w treningach umiejętności społecznych).
- Opis grupy pacjentów zamieszczono w tabelach 1 i 2

Tabela 1

Charakterystyki badanej grupy (N=20) – zmienne niezależne

Zmienna		Opiszenie	n	%
Płeć	1	mężczyźni	13	65,00
	2	kobiety	7	35,00
Stan cywilny	1	kawaler	20	100,00
	2	żona	7	35,00
	3	wdowiec	1	5,00
	4	rozwiązany	1	5,00
	1	zamężny	20	100,00
	2	jeździ lub był w związku	9	45,00
Wykształcenie	1	podstawowe	3	15,00
	2	zawodowe	5	25,00
	3	średnie	19	95,00
	4	wyższe	2	10,00
	1	podstawowe lub zawodowe	8	40,00
	2	średnie i wyższe	21	105,00
Uspółmieszczeńy 1	1	rodzina pochodzenia	10	50,00
	2	własna rodzina lub sam	19	95,00
Uspółmieszczeńy 2	1	mieszka sam	6	30,00
	2	mieszka z kimś	23	115,00

1. Poziom jakości życia

Wyniki w skali WHOQOL-BREF w badaniu I i II przedstawia tabela 3.

Nie stwierdzono w badanej grupie (n=14) istotnych różnic między ogólnym wynikiem w tej skali w obu badaniach. Gdy wzięto pod uwagę poszczególne pytania, istotna statystycznie poprawa wystąpiła jedynie w odpowiedzi na pytanie o zadowolenie z życia seksualnego (pyt. 21). W pozostałych sferach ani poprawa, ani pogorszenie nie były istotne statystycznie. Można jedynie zaobserwować pewne tendencje. W odpowiedzi na pytanie o zadowolenie ze swojego zdrowia (pyt. 2) część pacjentów, która w pierwszym badaniu była niezdecydowana, w drugim wyraźniej opowiedziała się po stronie zadowolenia bądź niezadowolenia. W badaniu II wzrosła liczba osób, które zdały sobie sprawę z tego, iż prowadzenie przez nich normalnego życia zależy od leczenia (pyt. 4). Spadła liczba osób, które w dużym stopniu cieszą się życiem (pyt. 5). Wzrosła w II badaniu liczba osób sądzących,

Tabela 2

Statystyki opisowe badanej grupy – zmienne niezależne

Zmienna	Średnia	SD	Mediana
Wiek	36,50	8,34	36,50
Pracował (lat)	10,71	5,59	10,00
Czas choroby (lat)	11,92	6,56	11,92
Czas hospitalizacji (miesiące)	20,00	11,99	20,00
Liczba hospitalizacji	7,56	4,51	7,56
Czas od hospitalizacji (lat)	10,54	7,07	10,54

iz ich życie nie ma większego znaczenia (pyt. 6) oraz osób, którym trudno zaakceptować swój wygląd (pyt. 11). Wzrosła również liczba osób zadowolonych ze swoich zdolności do pracy (pyt. 18), z siebie (pyt. 19) i ze swoich związków osobistych (pyt. 20).

2. Koncepcja własnej osoby

Nie stwierdzono istotnych różnic w badaniu I i II w poziomie samoakceptacji (tabela 4). Tabela 5 (patrz aneks) przedstawia średnie wyników we wszystkich skalach testu ACL dla obrazu realnego (pacjent wybierając przymiotniki do opisu siebie odpowiadał na pytanie „jaki jestem?”) i idealnego (pacjent odpowiadał na pytanie „jaki chciałbym być?”).

Ze względu na stosunkowo dużą liczbę osób, które nie wzięły udziału w drugim etapie badania (15 z 29 osób badanych w pierwszym etapie), zdecydowano poddać dokładniejszej analizie wyniki uzyskane na początku procesu rehabilitacji. Tylko od 16 osób uzyskano komplet ankiet po 4 miesiącach, dwie z nich niepoprawnie wypełniły test ACL (podobną liczbę drop-outów w analogicznych badaniach uzyskali Halford i wsp. [17]).

Interpretacja psychologiczna średnich wyników uzyskanych w podskalach testu ACL dla obrazu realnego i dla obrazu idealnego.

Pacjenci wybierali głównie przymiotniki negatywne do opisu własnej osoby, co może wskazywać na pesymistyczne widzenie przyszłości, niewiarę we własne siły i łatwość zniechęcania się. Chcieliby widzieć siebie jako ludzi silnych, charakteryzujących się licznymi zaletami (skala nr 3).

Chorzy opisują siebie także jako osoby, którym brak pewności siebie, jako trzymających się na uboczu, unikających sytuacji współzawodnictwa i zaznaczania własnego ja. Chcieliby być bardziej ambitni i zdecydowani (skala 6).

Osoby mające trudności w relacjach z innymi ludźmi, komplikują je i boją się zaangażowania. Tkwiący u podłoża lęk utrudnia im swobodne uczestnictwo w towarzyskich interakcjach (skala 11). Utrzymują ludzi na dystans, boją się wyzwań, jakie niesie ze sobą życie interpersonalne oraz wycofują się do bardzo ograniczonego repertuaru ról (skala 12).

Badani uzyskali niskie wyniki w skali Aba (skala 18), co oznacza, że niewiele żądają dla siebie, podporządkowują się wymaganiom innych, za wszelką cenę unikają konfliktów. Na kontakty międzyludzkie patrzą z niepokojem i złymi przeczuciami, a innych uważają za

skutecznych, silnych oraz zasługujących na uznanie. Chcieliby być bardziej pewni siebie i potrafić domagać się własnych praw (skala 18). Niskie wyniki w skali zaufania do siebie (skala 22) wskazują na trudności w mobilizowaniu własnych zdolności do działań, a otoczenie spostrzega ich jako zahamowanych, wstydliwych i skrytych. Pacjenci chcieliby być bardziej przedsiębiorczy i wytrwali w dążeniu do celów, bardziej energiczni, z inicjatywą oraz stanowczy (wskazują na to wyniki w następujących skalach: 22, 24, 25, 27).

3. Koncepcja siebie a jakość życia

Zbadano zależności między poziomem jakości życia pacjentów a ich koncepcją własnej osoby (pytanie badawcze nr 2), współczynnikiem samoakceptacji w I badaniu (korelacja była nieistotna i wynosiła 0,2228 – współczynniki korelacji Kendalla przy poziomie istotności 0,094) oraz między ogólnym poziomem jakości życia a poszczególnymi skalami testu ACL w obrazie realnym i idealnym w badaniu I (N=29). Wystąpiło 10 istotnych statystycznie korelacji między ogólnym wynikiem w skali jakości życia a podskalami testu ACL dla obrazu realnego oraz jedna korelacja dla obrazu idealnego (tabele 6, 7 – patrz aneks).

Są to następujące korelacje dla obrazu realnego:

- między ogólnym wynikiem w skali jakości życia (QOLSUMI) a dominacją — im pacjent ma wyższą potrzebę dominacji, tzn. widzi siebie jako ambitnego, silnego i zdecydowanego, tym wyżej ocenia swoją jakość życia
- między QOLSUMI a kontaktami heteroseksualnymi – im większą witalnością i energią życiową cieszy się pacjent, tym wyżej ocenia jakość życia
- między QOLSUMI a oczekiwaniem wsparcia ze strony innych – im mniej wsparcia oczekuje ze strony otoczenia, tym wyżej ocenia jakość własnego życia
- QOLSUMI a poniżaniem siebie – im bardziej podporządkowuje się innym, tym ma niższą jakość życia
- QOLSUMI a obrazem idealnym samego siebie – im bardziej pozytywnie pacjenci widzą siebie, tym mają wyższy poziom jakości życia
- QOLSUMI a skalą męskości – im bardziej pacjenci oceniają siebie jako stanowczych i z inicjatywą, tym mają wyższą jakość życia
- QOLSUMI a skalą „wychowawczy rodzic” – im wyżej pacjenci oceniają swoje możliwości utrzymywania stałych stosunków z innymi ludźmi, tym mają wyższą jakość życia
- QOLSUMI a skalą „wolne dziecko” – im wyżej pacjenci oceniają własną przedsiębiorczość i wolność, tym wyżej oceniają jakość własnego życia
- QOLSUMI a skalą „dziecko adoptowane” — im bardziej pacjenci są zadowoleni z własnego podporządkowania innym osobom, tym mają wyższą jakość życia
- QOLSUMI a skalą „niska oryginalność, niska inteligencja” – im wyżej pacjenci oceniają swoje zadowolenie z życia i miejsca w nim, tym wyżej oceniają jakość własnego życia

Dla obrazu idealnego:

- QOLSUMI a skalą „zaufanie do siebie” – im wyżej pacjenci w swoim obrazie idealnym oceniają zaufanie do samego siebie, tym wyżej oceniają jakość własnego życia.

Omówienie wyników i dyskusja

Pierwszym pytaniem, na które próbowano odpowiedzieć w niniejszej pracy, było pytanie, czy jakość życia badanych pacjentów zmieni się pod wpływem rehabilitacji psychiatrycznej prowadzonej metodą treningów umiejętności społecznych. W badanej przez nas grupie, po czterech miesiącach uczestniczenia w programie rehabilitacyjnym, nie stwierdzono istotnej zmiany w subiektywnej ocenie poziomu jakości życia pacjentów. Podobne wyniki uzyskali również Cormier [26], Chambon i wsp. [27] oraz Sawicka [19], którzy badali zmiany jakości życia pod wpływem uczestnictwa w treningach umiejętności społecznych. Pinkney i wsp. [28] natomiast przypuszcza, iż nie tyle uczestnictwo w treningach, co sama przerwa w chorowaniu i opuszczenie szpitala, może poprawiać zadowolenie chorych z życia. Odmienne od prezentowanych w tej pracy wyników uzyskali Halford i wsp. [13] oraz Browne [16]. Schemat ich badań był podobny do zastosowanego w niniejszej pracy, jednak do zmierzenia poziomu jakości życia użyli oni Skali Jakości Życia Heinrichsa, za pomocą której badacz dokonuje ostatecznej oceny jakości życia pacjenta, na podstawie przeprowadzonego z nim wywiadu i z góry określonych kryteriów. Można przypuszczać, iż pacjenci, w swojej subiektywnej ocenie, nie dostrzegają zmiany w jakości swojego życia pod wpływem kilkumiesięcznej rehabilitacji, choć personel ośrodków rehabilitacyjnych zauważa, że zachodzi taka zmiana. Być może istnieje tu różnica w kryteriach tej oceny.

Jedyna istotna statystycznie poprawa jakości życia w prezentowanych badaniach dotyczyła sfery seksualnej pacjentów. Może być to spowodowane faktem poruszania problemów seksualnych w czasie trwania rehabilitacji i dyskusowaniu ich z pacjentami w grupach i indywidualnie, co pozwala na rozwiązanie i wyjaśnienie wielu z nich. Problemy związane z leczeniem psychozy, takie jak przyjmowanie leków, wizyty u lekarza, a także problemy związane z codziennym życiem są często poruszane także w rodzinach pacjentów, natomiast sprawy seksualności są pomijane. Może się to wiązać z lękiem rodziców przed nawiązaniem przez pacjentów relacji seksualnych i związanych z tym trudności w poradzeniu sobie w relacjach partnerskich i rodzicielskich.

Drugie pytanie badawcze postawione w niniejszej pracy dotyczy zależności koncepcji własnej osoby pacjentów od poziomu ich subiektywnej jakości życia. Zostało ono postawione ze względu na ciekawość poznawczą. Zwykle badania prowadzone w obszarze rehabilitacji psychiatrycznej koncentrują się nad zachowaniami społecznymi pacjentów, a mało zainteresowanie badaczy budzą tzw. zmienne osobowościowe, jak np. koncepcja własnej osoby (prawdopodobnie ze względu na trudności w definiowaniu i operacjonalizowaniu tego typu pojęć), niemniej jednak takie próby są podejmowane [7—10, 29—31]. Tego rodzaju próbę podjęto również w niniejszych badaniach. Sama koncepcja własnej osoby (definiowana w pracy operacyjnie za pomocą testu ACL i współczynnika samoakceptacji) nie uległa zmianie pod wpływem rehabilitacji psychiatrycznej, co jest zgodne z danymi udokumentowanymi w literaturze przedmiotu. Pogląd na swój temat nie podlega szybkim zmianom i to zarówno w zdrowej populacji, jak i populacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

W niniejszej pracy w grupie wyjściowej pacjentów zbadano współzależności pomiędzy ogólnym poziomem subiektywnej jakości życia pacjentów a poszczególnymi składowymi koncepcji własnej osoby. Generalnie można powiedzieć, że im bardziej pacjenci oceniają siebie jako energicznych, z inicjatywą, silnych, niezależnych od innych osób, tym wyżej

oceniają jakość własnego życia.

Wnioski

1. spostrzeganie jakości swojego życia przez pacjentów nie zmieniło się istotnie w wyniku czteromiesięcznego uczestnictwa w treningach umiejętności społecznych.
2. pacjenci mają tym wyższy poziom subiektywnej jakości życia, im bardziej pozytywnie widzą obraz swojej osoby.

Piśmiennictwo

1. Nuttin J (tłum. T. Kałakowa). *Struktura osobowości*. Warszawa: 1968.
2. Kozielecki J. *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN; 1981.
3. Paszkiewicz E. Ja a zachowanie. *Psychol. Wych.* 1974; 2: 192-208.
4. Laing RD. *Podzielone „Ja”*. Poznań: Dom Wydawniczy REBIS; 1995, s. 201.
5. Frankl VE. *Homo patients*. Warszawa: Pax; 1984.
6. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1974.
7. Iniewicz G. Przemiany koncepcji własnej osoby w przebiegu schizofrenii. *Psychoter.* 1997; 1: 37-55.
8. Jakubik A. Funkcjonowanie osobowości w zespole paranoidalnym — ujęcie systemowe. *Psychiatr. Pol.* 1989; 1: 54-63.
9. Jakubik A, Budna A, Gapińska E, Lepianka I. Struktura „Ja” w schizofrenii paranoidalnej. *Psychiatr. Pol.* 1990; 4: 30-34.
10. Opoczyńska M. *Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii*. Collegium Medicum UJ: Kraków; 1996.
11. Hornowski B. *Psychologia różnic indywidualnych*. Warszawa; Wyd. Szkolne i Pedagogiczne; 1985.
12. Tomkiewicz A. Samoakceptacja a relacje interpersonalne. *Roczn. Teol. Kanoniczne.* 1981; 6:189-199.
13. Lehman AF, Ward NC, Linn L. Chronic mental patients: The quality of life issue. *Am. J. Psychiatry.* 1982; 139, 10: 1271-1276.
14. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Eval. Progr. Plann.* 1983; 6: 143-151.
15. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych. *Psychiatr. Pol.* 1998; XXXII, 3: 297-306.
16. Browne SA. Preliminary report on the effect of psychosocial and educative rehabilitation program – men quality of life and symptomatology in schizophrenia. *Eur. Psychiatr.* 1996; 11: 386-389.
17. Halford WK, Harrison C, Kalyansundram, Mountrey C, Simpson S. Preliminary results from a psychoeducational program to rehabilitate chronic patients. *Psychiatr. Serv.* 1995; 11: 1189-1191.
18. Kasperek B, Spiridonow K, Chądzyńska M, Meder J. Jakość życia chorych na schizofrenię a umiejętności rozwiązywania problemów związanych z chorobą – porównanie grup pacjentów uczestniczących w treningu behawioralnym i psychoedukacji. *Psychiatr. Pol.* 2002; 5: 717-730.
19. Sawicka M. Wpływ treningów umiejętności społecznych na nabywanie kompetencji społecznych przez osoby przewlekle chore na schizofrenię. Praca doktorska; do wglądu w Bibliotece Naukowej IPiN w Warszawie; 1999
20. Stark FM. The concept of satisfaction as a component of quality of life in schizophrenia. 7th European Symposium, 1994, Wiedeń, Austria.
21. Dazard A, Augier-Astolfi F, Guisti P. Quality of life and socio-professional rehabilitation: study on patients with chronic mental diseases. *Eur. Psychiatr.* 1996; 11: 277-285.
22. Slade M, Phelan M, Thornicroft G, Parkman S. The Camberwell Assessment of Need (CAN): comparison of assessments by staff and patients of the needs of the severely mentally ill. *Soc. Psychiatr. Epidem.* 1996; 31: 109-113.
23. Kilinc M, Haltenhof H, Fischer-Walther A, Swoboda A, Machleidt W.: Assessment of quality of life, care and

- atmosphere facility in a residence for chronically mentally ill persons. Referat , Kongres WAPR, Hamburg: 1998.
24. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the WHO perspective. Eur. Psychiatr. 1997; 12 (supl. 3): 263-266.
25. Estroff SE. Self, identity, and subjective experiences of schizophrenia: in search of the subject. Schizopr. Bull. 1989; 2: 189-196.
26. Cormier H. A French-Canadian trial of the symptom and medication modules. Referat wygłoszony na zjeździe American Psychiatric Association 1997; San Diego, California.
27. Chambon O, Marie-Cardine M, Dazord A. Sociale skills training for chronic psychotic patients: a French study. Eur. Psychiatry. 1996; 11: 77-84.
28. Pinkney AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the client perspective. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 93: 86-91.
29. Jakubik A, Kuźma A, Moczulska E, Roszkowska J. Mechanizmy obronne w schizofrenii paranoidalnej. Psychiatr. Pol. 1991; 6: 1-5.
30. McDermott B. Development of an instrument for assessing self-efficacy in schizophrenic spectrum disorders. J. Clinic. Psychol. 1995; 3: 320-330.
31. Newton L. Self and illness: changing relationships in response to life in the community following prolonged insitutionalization. Australian J. Antropolog. 2001: 2.

Adres: Beata Kasperek-Zimowska
Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii
al. Sobieskiego 1/9
02-957 Warszawa
e-mail: kasperek@ipin.edu.pl

ANEKS

SKALE TESTU ACL:

1. Modus operandi – zawiera 4 skale pełniące funkcję kluczy kontrolnych. Są to:

Nck — całkowita liczba przymiotników
Fav — liczba wybranych przymiotników pozytywnych
Ufav — liczba wybranych przymiotników negatywnych
Com — typowość

2. Skale potrzeb:

Ach — osiągnięć
Dom — dominacji
End — wytrwałości
Ord — porządku
Int — rozumienia siebie i innych
Nur — opiekowania się
Aff — afiliacji
Het — kontaktów heteroseksualnych
Exh — ujawniania się
Aut — autonomii
Agg — agresji

Suc — wsparcia ze strony innych

Aba — poniżania się

Def — podporządkowania

3. Skale tematyczne. Jest to 9 skal ujmujących różne aspekty lub komponenty zachowań interpersonalnych. Są to:

CrS — gotowość do przyjęcia porady i pomocy innych ludzi

S-Cn — samokontrola

S-Cfd — zaufanie do siebie

P-Adj — przystosowanie osobiste

Iss — skala idealnego obrazu siebie

Cps — skala osobowości twórczej

MIs — skala zdolności przywódczych

Mas — skala męskości

Fe — skala kobiecości

4. Skale analizy transakcyjnej:

CP — krytyczny rodzic

NP — wychowawczy rodzic

A — dorosły

FC — wolne dziecko

AC — adoptowane dziecko

5. Skale ujmujące twórczość i inteligencję:

A-1 — wysoka oryginalność, niska inteligencja

A-2 — wysoka oryginalność, wysoka inteligencja

A-3 — niska oryginalność, niska inteligencja

A-4 — niska oryginalność, wysoka inteligencja

Tabela 5

Średnie grupowe skal (N=29)

lp.	skala	obraz idealny	obraz realny
1	liczba wybranych przymiotników	43,76	41,24
2	liczba pozytywnych przymiotników	51,52	38,16
3	liczba negatywnych przymiotników	42,00	61,48*
4	Typowość	34,40	30,08
5	Osłabienie	56,44	40,88
6	Dominacja	55,88	38,80*
7	Utylizacja	53,60	42,72
8	Porządek	53,96	45,60
9	Rozumienie siebie i innych	50,68	40,88

10	Opiekowanie się	46,48	41,28
11	Affiliaja	49,12	37,52*
12	Kontakty heteroseksualne	51,40	36,48*
13	Ujewnianie się	53,96	44,24
14	Autonomia	50,28	49,72
15	Agresja	49,00	44,16
16	Potrzeba zmiany	42,80	40,80
17	Uspokojenie od innych	41,64	57,80
18	Porzucenie się	42,12	60,64*
19	Podporządkowanie	46,28	51,76
20	Gotowość na pomoc	47,00	49,56
21	Samokontrola	51,40	51,92
22	Zaufanie do siebie	61,68*	39,76*
23	Przygotowanie osobiste	53,20	39,24
24	Idealny obraz siebie	70,36*	46,56
25	Charakterystyka ras	60,12*	44,12
26	Zdolności przyrodzone	49,08	40,36
27	Męskość	61,64*	50,36
28	Kobiecość	39,68	42,44
29	Krytyczny rodzic	50,00	51,36
30	Wychowawczy rodzic	53,64	41,08
31	Dozryły	56,56	41,64
32	Wolne dziecko	56,04	40,96
33	Adoptowane dziecko	42,24	56,28
34	Wysoka oryginalność; niski intelekt	45,68	48,88
35	Wysoka oryginalność; wysoki intelekt	49,96	54,04
36	Niska oryginalność; niski intelekt	52,52	44,72
37	Niska oryginalność; wysoki intelekt	54,48	47,28

* gwiazdkami oznaczono wyniki, nadające się do interpretacji psychologicznej, a mieszczące się w przedziale punktowym od 0 do 40 — wyniki niskie oraz w przedziale od 56 do 100 — wyniki wysokie; 44 – 55, wyniki średnie, nie różnicują badanej populacji w stosunku do populacji ogólnej, więc nie będą brane pod uwagę przy interpretacji.

Tabela 6

Korelacje r-Pearsona między ogólnym wynikiem w skali jakości życia a podskalami testu ACL dla obrazu realnego (N=29)

Podskala ACL	r-Pearsona [*]	p ^{**}
1. No Ciel	0,1655	0,381
2. Fau	0,2906	0,126
3. JhFau	-0,2884	0,134
4. Com	0,132	0,946
5. Ach	0,3058	0,107
6. Dym	0,4297***	0,020
7. End	0,2698	0,158
8. Jh	0,3378	0,073
9. Ciel	0,2412	0,207
10. Nr	0,1474	0,445
11. Ach	0,1937	0,314
12. Het	0,4251	0,020
13. Ech	0,3151	0,096
14. Aut	0,1047	0,589
15. Dym	0,2706	0,156
16. Ciel	0,1739	0,367
17. Sus	-0,3872	0,038
18. Aba	-0,4353	0,018

*współczynnik korelacji r-Pearsona; ** poziom istotności;*** istotne statystycznie korelacje zaznaczono pogrubioną czcionką

Tabela 4

Współczynnik samoakceptacji

Podskala ACL	r-Pearsona	P
1	0,1992	0,300
2	-0,1992	0,300
3	-0,1185	0,540
4	-0,3110	0,101
5	-0,1884	0,328
6	-0,1414	0,464
7	0,1526	0,429
8	-0,2102	0,274
9	-0,1519	0,435
10	0,0601	0,751
11	-0,2729	0,152

12	-0,0110	0,955
13	-0,1827	0,343
14	-0,3235	0,087
15	-0,2911	0,126
16	-0,1977	0,304
17	0,0774	0,690
18	0,0808	0,677
19	0,3060	0,104
20	-0,3659	0,058
21	0,1570	0,416
22	-0,4450	0,015
23	-0,0488	0,802
24	-0,1575	0,414
25	-0,1928	0,316
26	0,0144	0,941
27	-0,0991	0,609
28	-0,2022	0,293
29	-0,0844	0,633
30	0,0567	0,770
31	-0,1559	0,419
32	-0,2519	0,187
33	-0,0754	0,698
34	0,2250	0,241
35	-0,0870	0,653
36	-0,2667	0,162
37	-0,0674	0,728

* test t-Studenta

