

Treningi umiejętności społecznych a interpretacja sytuacji stresowej przez pacjentów z podwójnym rozpoznaniem

Influence of social skills training on the interpretation
of stressful situation by dual diagnosis patients

Maryla Sawicka¹, Paweł Bronowski², Sylwia Kluczyńska²

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii

² Akademia Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej

Abstract – Introduction. The aim of the research was to study how stressful situations are interpreted by dual diagnosis patients, patients with schizophrenia and those addicted to psychoactive substances, and if their way of interpreting stressful situations is modified by participation in a social abilities training programme.

Material and method. Study participants were 90 patients of the Institute of Psychiatry and Neurology diagnosed with addiction, schizophrenia and both (dual diagnosis patients). Every patient was examined twice, before and after beginning of a social skills training programme. The following measures were used: Challenge, Threat, Loss Scale by Sęk and Szaładziński, Michigan Alcoholism Screening Test (MAST), Social-Demographic Data Questionnaire and an interview with the patient and his family.

Results. At the time of the first measurement there were no differences between study groups as to the interpretation of stressful situations. A group comparison at first and the second time of measurements shows statistically significant changes among the addicted patients group. For the group diagnosed with schizophrenia statistically significant changes occurred in the way a situation of loss was interpreted. Dual diagnosis patients changed their response patterns when confronted with a situation of threat. The observed change concerning the reduction of threat estimation among the dual diagnosis patients can be seen as an outcome of the social abilities training.

Key words: stress, addiction, schizophrenia, mental illness, rehabilitation

Streszczenie – Wstęp. Celem pracy było zbadanie, w jaki sposób interpretują sytuację stresową pacjenci z podwójnym rozpoznaniem, ze schizofrenią i osoby uzależnione od substancji psychoaktywnych oraz czy ich udział w treningach umiejętności społecznych modyfikuje sposób interpretowania sytuacji stresowej.

Materiał i metoda. W badaniu wzięło udział 90 pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii z rozpoznaniem uzależnienia od substancji psychoaktywnych, schizofrenii oraz osoby łączące oba rozpoznania i określane jako chorzy z podwójnym rozpoznaniem. Każdy z pacjentów został przebadany dwukrotnie, przed rozpoczęciem treningu umiejętności społecznych oraz po jego zakończeniu. Wykorzystano następujące narzędzia badawcze: Skalę Wyzwanie, Zagrożenie, Strata – autorstwa Sęka i Szaładzińskiego, Test Uzależnienia od Alkoholu (MAST), kwestionariusz danych społeczno-demograficznych oraz kwestionariusz wywiadu z pacjentem i jego rodziną.

Wyniki. W pierwszym pomiarze żadna z tendencji do interpretowania sytuacji stresowej nie dominowała nad innymi we wszystkich grupach. Różnice, jakie odnotowano w obrębie poszczególnych

grup pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem pokazują, że najwięcej zmian istotnych statystycznie odnotowano w grupie pacjentów uzależnionych. W grupie osób chorych na schizofrenię istotnie statystycznie zmieniły się wyniki w kwestii spostrzegania sytuacji jako straty, a w grupie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem w sposobie spostrzegania sytuacji jako zagrożenia. Zaobserwowana zmiana dotycząca zredukowania oceny zagrożenia u pacjentów z podwójnym rozpoznaniem może być wynikiem modyfikującego wpływu treningów umiejętności społecznych.

Słowa kluczowe: stres, uzależnienie, schizofrenia, choroby psychiczne, rehabilitacja

WSTĘP

Treningi umiejętności społecznych stanowią uznaną metodę rehabilitacji osób chorych na schizofrenię. Jej skuteczność została potwierdzona w licznych badaniach zarówno w Polsce, jak i na świecie (1, 2).

Badania i doświadczenia kliniczne pokazują, że grupa osób chorujących na schizofrenię nie jest jednorodna. Coraz większy problem stanowią pacjenci, u których można rozpoznać dwa współwystępujące zaburzenia (3). Z jednej strony – schizofrenię ze wszystkimi konsekwencjami psychospołecznymi, z drugiej – uzależnienie lub nadużywanie substancji psychoaktywnych (4). Współwystępowanie obu zjawisk sprawia wiele trudności w procesie diagnostyczno-terapeutycznym (5, 6, 7).

Fuller i Sabatino (8) podkreślają, że przebieg procesu diagnostycznego może być utrudniony w przypadku współistnienia kilku jednostek chorobowych. Przede wszystkim dotyczy to dwóch aspektów tego problemu, tj. maskowania i zacieńniania. Maskowanie pojawia się, gdy objawy jednego z zaburzeń na tyle wpływają na możliwości wyrażania przez pacjenta swoich myśli i uczuć, że objawy zaburzenia współwystępującego pozostają niezauważone. Drugie zjawisko, zacieńnianie, dotyczy sytuacji, gdy w opinii osoby diagnozującej jedno zaburzenie jest wywołane przez drugie. Stanowi jego część lub do niego przynależy i w związku z tym zaprzestaje się ich oddzielnej klasyfikacji. Determinuje to nie tylko proces diagnostyczny, ale utrudnia szybkie i skuteczne wdrożenie postępowania leczniczego i terapeutycznego (8).

Wielu autorów wskazuje, że pacjenci z podwójnym rozpoznaniem wymagają nie tylko pogłębionego procesu diagnostycznego, ale także specjalnych oddziaływań terapeutycznych, łączących w sobie elementy leczenia uzależnień z rehabilitacją psychiatryczną. Takie oddziaływania wymagają specyficznej postawy terapeutycznej, w wyniku której działania nie powinny być nadmiernie konfrontacyjne i przesycone silnymi emocjami, a raczej kłaść nacisk na motywowanie do dalszej pracy oraz podkreślać już osiągnięte sukcesy na tej drodze (9, 10). Takie leczenie powinno być realizowane na trzech poziomach: zmian opinii na temat przebiegu zaburzeń psychicznych i znaczenia w tym procesie substancji psychoaktywnych, możliwości leczenia i aktywnego udziału w nim pacjenta oraz dążenia do minimalizacji nawrotów (11). Stosuje się w tym celu odpowiednie strategie terapeutyczne, psychoedukację, buduje wsparcie społeczne poprzez udział w grupach samopomocowych i treningach umiejętności społecznych (12, 13, 14).

Jak wskazują badania osoby z podwójnym rozpoznaniem, podobnie jak osoby uzależnione, w sytuacjach trudnych mają tendencję do stosowania zadaniowego i emocjonalnego stylu radzenia sobie z nimi. Preferowany styl radzenia sobie nie podlegał modyfikacji pod wpływem udziału w treningach umiejętności społecznych (15, 16). Warto rozważyć, czy proces zmian nie został zapoczątkowany na innym poziomie – nie poprzez zmianę samych zachowań, ale poprzez spostrzeganie sytuacji stresowych. Może to właśnie sposób identyfikowania sytuacji trudnej determinuje późniejsze zmiany i stanowi ich konieczny, wstępny etap.

Celem pracy było znalezienie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Jak interpretują sytuację stresową pacjenci z podwójnym rozpoznaniem i jakie są różnice pomiędzy nimi a pacjentami ze schizofrenią i pacjentami uzależnionymi od substancji psychoaktywnych?
2. Jakie są możliwości modyfikowania interpretacji sytuacji stresowych przez pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, biorących udział w treningach umiejętności społecznych?

MATERIAŁ I METODA

W badaniu wzięło udział 90 pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Zostali oni podzieleni na trzy grupy 30-osobowe. Pierwszą grupę stanowili pacjenci z podwójnym rozpoznaniem tj. ze schizofrenią i uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Drugą – osoby z rozpoznaniem schizofrenii (niezażywające substancji psychoaktywnych) oraz trzecią – pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych (bez rozpoznania schizofrenii).

Kwalifikacja do badań odbywała się na podstawie badania lekarskiego i psychologicznego oraz analizy dokumentacji medycznej. Schizofrenię i uzależnienie od substancji psychoaktywnych rozpoznawano zgodnie z zasadami Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania – ICD-10 (17).

Nasilenie poszczególnych objawów chorobowych poniżej umiarkowanie ciężkiego, oceniane na podstawie Skali Pozytywnych i Negatywnych Objawów Schizofrenii (PANSS), stanowiło warunek konieczny do zakwalifikowania pacjentów do badań (18). Takie założenie jest zgodne z zasadami stosowania treningów umiejętności społecznych wobec pacjentów ze schizofrenią, u których proces chorobowy nie powinien być zaostrzony w momencie podjęcia tego typu oddziaływań rehabilitacyjnych. Niespełnienie powyższego założenia wykluczało z udziału w badaniach.

Osoby z podwójnym rozpoznaniem i osoby ze schizofrenią były pacjentami Oddziału Dziennego Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej i uczestniczyły w 4-miesięcznym cyklu treningów umiejętności społecznych. Pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych byli pacjentami Oddziału Terapii Uzależnień i uczestniczyli w zajęciach terapeutycznych obowiązujących w oddziale. Pacjenci z podwójnym rozpoznaniem stanowili grupę eksperymentalną, a pacjenci chorzy na schizofrenię i pacjenci uzależnieni od substancji psychoaktywnych tworzyli grupy kontrolne.

Każdy z pacjentów został przebadany dwukrotnie – przed rozpoczęciem zajęć oraz po ich zakończeniu.

Wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- Skalę Wyzwanie, Zagrożenie, Strata – autorstwa Sęk i Szaładzińskiego (19) – która służy do pomiaru skłonności do spostrzegania sytuacji stresowych jako wyzwania, zagrożenia lub straty. Transakcyjna teoria stresu głosi, że w sytuacjach trudnych dochodzi do kategoryzowania zdarzeń jako: wyzwanie, zagrożenie lub strata. Zdarzenie jest traktowane jako wyzwanie, gdy niesie ze sobą ryzyko utraty i jednocześnie daje nadzieję na uzyskanie cennych z punktu widzenia jednostki dóbr. Zagrożenie jest wynikiem jednoznacznej oceny sytuacji, która przynosi poczucie odebrania istotnych wartości. Strata jest subiektywnie odbierana jako fakt utracenia bezpowrotnie tego, co było ważne (20).
- Test Uzależnienia od Alkoholu (MAST, The Michigan Alcoholism Screening Test) (21), który służy do wstępnej identyfikacji osób uzależnionych od alkoholu, a po modyfikacji – do oceny nie tylko używania różnego typu substancji psychoaktywnych, ale także do określenia rodzaju substancji używanej przez pacjenta (22). Test został uzupełniony o pytania dotyczące tego, jakiego rodzaju substancje psychoaktywne są zażywane przez osoby badane. Test Uzależnienia od Alkoholu (MAST) posłużył w badaniu do określenia poziomu abstynencji, rodzaju używanych środków psychoaktywnych oraz jako narzędzie przesiewowe podczas kwalifikowania pacjentów do grupy z podwójnym rozpoznaniem.
- Skalę Pozytywnych i Negatywnych Objawów Schizofrenii (PANSS), na podstawie której analizowano nasilenie objawów psychotycznych, a także brano pod uwagę poziom objawów pozytywnych, negatywnych i wynik objawów ogólnych w grupie pacjentów z rozpoznaną schizofrenią oraz z podwójnym rozpoznaniem.
- Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych oraz kwestionariusz wywiadu z pacjentem i jego rodziną na temat możliwości zażywania substancji psychoaktywnych przez pacjenta.

Metody rehabilitacji

W Oddziale Dziennym Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie prowadzone są treningi umiejętności społecznych dostosowane do potrzeb osób chorych na schizofrenię, w których uczestniczyli 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, komunikowanie się, rozwiązywanie problemów interpersonalnych, aktywny udział we własnej farmakoterapii, monitorowanie własnego stanu zdrowia.

Program, w którym uczestniczyli uzależnieni pacjenci – przebywający w Ośrodku Terapii Uzależnień Instytutu – jest realizowany w oparciu o restrykcyjne zasady abstynencji. Jednorazowe zażycie alkoholu lub innej substancji psychoaktywnej powoduje natychmiastowe wypisanie z ośrodka. W trakcie pobytu pacjenci byli wyrывkowo kontrolowani na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie. Program jest realizowany przez 4 lub 6 tygodni pobytu w Ośrodku.

WYNIKI

Dane uzyskane za pomocą opisanych metod i procedur badawczych zostały poddane analizom statystycznym. Zmienne zależne – istotność różnic między nimi sprawdzano za pomocą testu t-Studenta dla par; w przypadku, gdy nie były spełnione założenia to umożliwiające używano testów nieparametrycznych (test Wilcoxon). Zmienne niezależne – istotność statystyczną różnic między wynikami porównywanych zmiennych badano z zastosowaniem jednoczynnikowej analizy wariancji. Kierunek różnic określał test Duncana.

Przed wykonaniem właściwych analiz, sprawdzono normalność rozkładów zmiennych za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa i homogeniczność wariancji – testem Levene'a. Współzależność między wybranymi zmiennymi badano używając współczynnika korelacji r-Pearsona. Przyjęto współczynnik istotności na poziomie 0,05.

Charakterystyka badanej grupy

W badanych grupach najmłodszymi osobami byli pacjenci z grupy z podwójnym rozpoznaniem – średnia 31 lat, a najstarszymi osoby uzależnione – średnia 38,8 lat. Najwięcej kobiet było w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii 60%, a najmniej w grupie o podwójnym rozpoznaniu 26,7%. Odsetek mężczyzn był zbliżony w grupach pacjentów uzależnionych – 67% i z podwójnym rozpoznaniem – 73%. Najlepsze wykształcenie mieli pacjenci uzależnieni – 36,6% z wyższym wykształceniem, a najgorsze osoby z podwójnym rozpoznaniem – 13,3% z wyższym wykształceniem i 36,7% z podstawowym. Samotnie mieszkali przede wszystkim pacjenci z podwójnym rozpoznaniem 83,3%. Na podstawie analizy dokumentacji umieszczonej w historii choroby nie stwierdzono w badanych grupach zaburzeń organicznych mózgu. Szczegółowe dane prezentuje tabela 1.

Spostrzeganie sytuacji stresowej

To jak osoby badane spostrzegają sytuację stresową oceniono na podstawie danych uzyskanych na Skali Wyzwanie, Zagrożenie, Strata. Otrzymane wyniki posłużyły do odpowiedzi na pytanie badawcze dotyczące tego, jak identyfikują sytuację stresową pacjenci z podwójnym rozpoznaniem i czy się różnią w tym aspekcie od pacjentów chorych na schizofrenię i od pacjentów uzależnionych.

Tabela 1.

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych grup (N = 90)
Social-demographic characteristics of the three study groups (N = 90)

	Schizofrenia <i>Schizophrenia</i>	Uzależnienie <i>Addiction</i>	Podwójna diagnoza <i>Dual diagnosis</i>
Średnia wieku <i>Mean age</i>	37,7	38,8	31
Kobiety <i>Women</i>	18 (60%)	10 (33%)	8 (26,7%)
Mężczyźni <i>Men</i>	12 (40%)	20 (67%)	22 (73,3%)
Mieszkający z rodziną <i>Living with family</i>	7 (23,3%)	27 (90%)	5 (16,7%)
Mieszkający samotnie <i>Living alone</i>	23 (76,7%)	3 (10%)	25 (83,3%)
Wykształcenie <i>Education</i>			
Podstawowe <i>Elementary</i>	6 (20%)	6 (20,1%)	11 (36,7%)
Średnie <i>Secondary</i>	20 (66%)	13 (43,3%)	15 (50%)
Wyższe <i>College</i>	4 (14%)	11 (36,6%)	4 (13,3%)

Różnice, jakie odnotowano w obrębie poszczególnych grup pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem pokazują, że najczęściej zmian istotnych statystycznie odnotowano w grupie pacjentów uzależnionych. Zmiany te dotyczyły spostrzegania sytuacji jako zagrożenia i straty. W grupie osób chorych na schizofrenię istotnie statystycznie zmieniły się wyniki w spostrzeganiu sytuacji jako straty, a w grupie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem – w sposobie spostrzegania sytuacji jako zagrożenia. Szczegółowe dane zawiera tabela 2.

Przed rozpoczęciem zajęć treningowych i terapeutycznych grupa pacjentów chorych na schizofrenię różniła się od pozostałych pod względem spostrzegania sytuacji stresowej jako wyzwania. Grupy osób uzależnionych i z podwójnym rozpoznaniem podobnie identyfikowały takie sytuacje jako wyzwanie. Pod względem innych ocenianych kategorii w tym pomiarze grupy nie różniły się między sobą.

Tabela 2.

Skala Wyzwanie, Zagrożenie, Strata – porównanie średnich i różnic między nimi w poszczególnych grupach (N = 90)

Challenge, Threat, Loss Scale – comparison of mean values and differences between them within groups (N = 90)

Skala <i>Scale</i>	Wyzwanie <i>Challenge</i>				Zagrożenie <i>Threat</i>				Strata <i>Loss</i>			
	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p
Uzależnienie <i>Addiction</i>	18,1	20,5a		ns	19,6	17,1b	3,6	0,00	18,4	15,7c	3,7	0,00
Schizofrenia <i>Schizophrenia</i>	15,2	16,5		ns	17,5	18		ns	19,1	16,8	2,5	0,01
Podwójna diagnoza <i>Dual diagnosis</i>	18,7	17,5		ns	18,8	17	2,04	0,05	17,5	17,4		ns

Test Duncana a-b $p < 0,05$; a-c $p < 0,05$

Tabela 3.

Skala Wyzwanie, Zagrożenie, Strata – porównanie średnich i różnic między nimi w poszczególnych grupach w pre-teście i post-teście (N = 90)

Challenge, Threat, Loss Scale – pre-test and post-test comparison of mean values and differences between them within groups (N = 90)

Skala <i>Scale</i>	Pre-test			Post-test		
	Wyzwanie <i>Challenge</i>	Zagrożenie <i>Threat</i>	Strata <i>Loss</i>	Wyzwanie <i>Challenge</i>	Zagrożenie <i>Threat</i>	Strata <i>Loss</i>
Uzależnienie <i>Addiction</i>	18,1a	19,6	18,4	20,5d	17,1	15,7
Schizofrenia <i>Schizophrenia</i>	15,2b	17,5	19,1	16,5e	18	16,8
Podwójna diagnoza <i>Dual diagnosis</i>	18,7 c	18,8	17,5	17,5 f	17	17,4
ANOVA	F = 3,96 p = 0,02	ns	ns	F = 4,01 p = 0,02	ns	ns

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

Po zakończeniu zajęć w drugim pomiarze różnica pomiędzy grupą badanych ze schizofrenią a grupą z podwójnym rozpoznaniem została zniwelowana. Nadal pozostała różnica pomiędzy chorymi na schizofrenię a uzależnionymi oraz pojawiła się nowa różnica pomiędzy grupą osób uzależnionych a osobami z podwójnym rozpoznaniem w ramach tego samego wymiaru, jakim było interpretowanie sytuacji trudnej jako wyzwania. Szczegóły zawiera tabela 3.

Zażywanie substancji psychoaktywnych w grupie osób uzależnionych i z podwójnym rozpoznaniem

Przed rozpoczęciem zajęć w grupie pacjentów uzależnionych najwięcej osób piło alkohol i nikt z badanych nie używał tylko samych narkotyków. W grupie pacjentów z podwójnym rozpoznaniem najczęściej używano różnego rodzaju substancji jednocześnie i tylko jedna osoba używała samych narkotyków (bez alkoholu). W tej grupie ponad trzydzieści procent badanych piło alkohol, a w grupie osób uzależnionych ten odsetek był prawie dwukrotnie wyższy. Po zakończeniu badań pełną abstynencję deklarowało 100% badanych w grupie osób uzależnionych i prawie 1/3 osób z podwójnym rozpoznaniem. Szczegóły zawiera tabela 4.

Nasilenie objawów psychotycznych w grupie osób chorych na schizofrenię i z podwójnym rozpoznaniem

Przed rozpoczęciem zajęć oraz po ich zakończeniu grupy nie różniły się między sobą pod względem nasilenia objawów psychotycznych w poszczególnych zakresach.

Tabela 4.

Zażywanie substancji psychoaktywnych – wartości procentowe i frekwencja (N = 60)

Distribution of use of psychoactive substances (N = 60)

Substancje psychoaktywne <i>Psychoactive substances</i>	Podwójna diagnoza <i>Dual diagnosis</i>		Uzależnienie <i>Addiction</i>	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
Używanie alkoholu Alcohol use	11 (36,7%)	9 (30%)	23 (76,7%)	0
Używanie narkotyków Drug use	1 (3,3%)	1 (3,3%)	0	0
Używanie mieszane Alcohol and drug use	18 (60%)	9 (30%)	7 (23,3%)	0
Abstynencja Abstinence	0	11 (36,7%)	0	100%

Po zakończeniu zajęć treningowych w obu grupach odnotowano istotne statystycznie obniżenie nasilenia objawów psychotycznych w porównaniu z pomiarem pierwszym. Szczegóły zawiera tabela 5.

Tabela 5.

Nasilenie objawów psychotycznych w grupie osób z podwójną diagnozą i chorych na schizofrenię – porównanie wartości średnich i różnic między nimi (N = 60)

Intensity of psychotic symptoms in patients with the dual diagnosis and those with schizophrenia – a comparison of the mean values and differences between them (N = 60)

	Podwójna diagnoza <i>Dual diagnosis</i>				Schizofrenia <i>Schizophrenia</i>			
	Pre-test	Post-test	t	p	Pre-test	Post-test	t	p
Objawy pozytywne <i>Positive symptoms</i>	15,4	12,5	4,7	0,00	14,9	12,7	5,0	0,00
Objawy negatywne <i>Negative symptoms</i>	16,4	14,3	3,3	0,00	18,1	15,1	4,5	0,00
Objawy ogólne <i>Global symptoms</i>	32,3	29,2	2,6	0,01	36,5	31,3	3,8	0,00

Charakter i nasilenie objawów psychotycznych a sposoby radzenia sobie ze stresem

Istotny wpływ na życie osób chorych na schizofrenię wywierają objawy psychotyczne. Szczególną rolę przypisuje się dwóm typom objawów: objawom pozytywnym i objawom negatywnym schizofrenii. Z tych powodów postanowiono sprawdzić zależności pomiędzy zmianami nasilenia objawów psychotycznych a zmianami w spostrzeganiu sytuacji stresowej u osób chorych na schizofrenię i z podwójnym rozpoznaniem.

W grupie osób z podwójnym rozpoznaniem przed rozpoczęciem zajęć nie odnotowano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy poszczególnymi rodzajami objawów a podskalami Skali Wyzwanie, Zagrożenie, Strata.

Tabela 6.

Korelacja pomiędzy nasileniem objawów psychotycznych a poszczególnymi wymiarami Skali Wyzwanie, Zagrożenie, Strata w grupie pacjentów ze schizofrenią (N = 30)

Correlations between intensity of psychotic symptoms and each dimensions of Challenge, Threat, Loss Scale in patients with schizophrenia (N = 30)

	Objawy <i>Symptoms</i> – Pre-test			Objawy <i>Symptoms</i> – Post-test		
	Pozytywne Positive	Negatywne Negative	Ogólne Global	Pozytywne Positive	Negatywne Negative	Ogólne Global
Wyzwanie <i>Challenge</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Zagrożenie <i>Threat</i>	ns	ns	ns	ns	ns	ns
Strata <i>Loss</i>	r = 0,36 p = 0,04	ns	ns	ns	ns	ns

W grupie osób ze schizofrenią przed rozpoczęciem zajęć odnotowano jedną istotną statystycznie korelację pomiędzy nasileniem objawów pozytywnych a spozrzeganiem sytuacji jako straty. Szczegóły zawiera tabela 6.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badaniem zostali objęci pacjenci w trakcie hospitalizacji z rozpoznaniem: uzależnienia, schizofrenii oraz osoby łączące oba rozpoznania, określane jako chorzy z podwójnym rozpoznaniem. W całej próbie większość stanowili mężczyźni, podobnie jak to miało miejsce w grupie z podwójnym rozpoznaniem i grupie uzależnionych. Jedynie w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii odnotowano odwrotną proporcję. Najlepiej wykształceni, posiadający rodziny i jednocześnie stosunkowo najstarsi byli pacjenci z rozpoznaniem uzależnieniem od substancji psychoaktywnych. Najgorzej w tych aspektach prezentowali się pacjenci z podwójnym rozpoznaniem. Powyższa relacja jest prawdopodobnie odzwierciedleniem zjawiska, polegającego na tym, że leczenie szpitalne jest dostosowane przede wszystkim do potrzeb ludzi młodych, których stosunkowo niewielkie deficyty poznawcze i społeczne pomyślnie rokują na przyszłość. Niepokoi jednak brak starszych pacjentów we wszystkich badanych grupach i nasuwa się pytanie o ich drogę leczenia i szukania pomocy w rozwiązywaniu problemów.

W przyjętych założeniach badawczych uznano, że sytuacje trudne stymulują do ich oceny zarówno pod względem poznawczym, jak i emocjonalnym. W wyniku tej oceny podejmowana jest decyzja dotycząca reakcji na te sytuacje. Czynniki pośredniczącymi w ocenie sytuacji trudnej mogą być: objawy psychotyczne, poziom kompetencji społecznych, umiejętności społeczne oraz używanie substancji psychoaktywnych.

W świetle powyższych badań wydaje się, że sytuacja osób cierpiących na różnego rodzaju zaburzenia psychiczne jest szczególnie niekorzystna pod względem ich samooceny i kompetencji w radzeniu sobie. Osoby z podwójnym rozpoznaniem,

podobnie jak osoby uzależnione, przed terapią i rehabilitacją interpretują sytuację stresową jako wyzwanie i różnią się pod tym względem od osób ze schizofrenią. W przypadku osób z podwójnym rozpoznaniem taki właśnie sposób interpretowania wydaje się, w świetle przeprowadzonych analiz, szczególnie wrażliwy na zmiany po treningach umiejętności społecznych. W pomiarze przeprowadzonym po ich zakończeniu zaobserwowane podobieństwo przestało być widoczne, a pojawiło się nowe pomiędzy osobami z podwójnym rozpoznaniem a chorymi na schizofrenię (por. tabela 3).

Inna zaobserwowana zmiana dotyczyła zredukowania ocen zagrożenia u pacjentów z podwójnym rozpoznaniem, co wydaje się wynikać nie tylko z samych zmian w obrazie psychopatologicznym, gdyż nie znaleziono istotnych związków pomiędzy tą zmienną a nasileniem objawów schizofrenii (por. tabela 2). Zmiany te mogą być wynikiem modyfikującego wpływu treningów umiejętności społecznych, które w swoim programie uczą obiektywnego oceniania sytuacji, stawiania przeciwstawnych hipotez i sprawdzania ich w sytuacjach społecznych, przyjmowania odmiennej perspektywy, uwzględniania w swoich interpretacjach wpływu choroby i zmiennych nastrojów (23). Oczywiście, nie można pominąć samego procesu zdrowienia wyrażającego się spadkiem objawów psychotycznych i zmniejszeniem używania substancji psychoaktywnych, co być może odsłoniło prawdziwą tendencję do odbierania rzeczywistości. W tym odbiorze stymulowanie umiejętności nawiązywania kontaktów społecznych łączy się z wyzwaniem i zaangażowaniem w ważne wartości oraz z poczuciem mniejszej straty. Jednocześnie im większy wgląd we własną sytuację, tym mniejsza tendencja do stosowania zaprzeczania i odwracania uwagi od ważnych problemów (24, 25). Taki obraz zależności widoczny w grupie osób z podwójnym rozpoznaniem wydaje się zbliżony do tego, jaki jest obserwowany w grupie osób chorych na schizofrenię, współuczestniczących w treningach umiejętności społecznych.

Wnioski. Zaobserwowane zależności pokazują, że pomimo wielu podobieństw, jakie można odnaleźć pomiędzy osobami z podwójnym rozpoznaniem a uzależnionymi i chorymi na schizofrenię, pacjenci ci wymagają odmiennych sposobów postępowania. Chorzy ci łączą w sobie, z jednej strony, cechy osób uzależnionych, co powoduje, że częściej stosują styl zadaniowy i emocjonalny w radzeniu sobie ze stresem (16). Z drugiej jednak – wykazują się specyficzną podatnością na oddziaływanie rehabilitacyjne treningów umiejętności społecznych, co może świadczyć o zmniejszeniu się intensywności odbierania rzeczywistości jako zagrożenia. Warto to uwzględnić przy planowaniu oddziaływań terapeutycznych dla tej grupy chorych.

PIŚMIENNICTWO

1. Sawicka M (2001) Możliwość modyfikowania deficytów poznawczych obserwowanych w obszarze funkcjonowania u osób przewlekle chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 6, 991–1004.
2. Meder J, Morawiec M, Sawicka M (1997) Evaluation of the Medication Management Module in Poland. *International Review of Psychiatry*, 10, 63–67.
3. Drake RE, Wallach MA (2000) Dual diagnosis: 15 years of progress. *Psychiatric Services*, 51, 1126–1129.
4. Dervaux A, Bayle F, Laqueille X, Bourdel MC, Borgone MH, Olie JP, Krebs MO (2001) Is substance abuse in schizophrenia related to impulsivity, sensation seeking, or anhedonia? *American Journal of Psychiatry*, 158 (3), 492–494.
5. Rassool GH (2002) Dual Diagnosis. Substance Misuse and Psychiatric Disorders. Oxford: Blackwell Publishing.
6. De Graaf R, Bijl RV, Hale M, Beeckman ATF (2004) Rapid onset of comorbidity of common mental disorders: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 53–63.
7. Sim K, Swapna V, Mythily S, Mahendran R (2004) Psychiatric comorbidity in first episode psychosis. The Early Psychosis Intervention Program (EPIP) experience. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 23–29.
8. Fuller G, Sabatino D (1998) Diagnosis and treatment consideration with comorbid developmentally disabled populations. *Journal of Clinical Psychology*, 54 (1), 1–10.
9. Monti PM, Rohsenow DJ, Swift RM (2001) Naltrexone and cue exposure with coping and communication skills for alcoholics: treatment process and 1-year outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25 (11), 1634–1647.
10. Rohsenow DJ, Monti PM, Rubonis AV, Guliver SB, Colby SM, Binkoff JA, Abrams DB (2001) Cue exposure with coping skills training for alcohol dependence: 6- and 12-month outcomes. *Addiction*, 96, 1161–1174.
11. Mueser KT, Drake RE, Wallach MA (1998) Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviours*, 23, 717–734.
12. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R (2006) Recent advances in Social Skills for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (1), 12–23.
13. Bellack AS, DiClemente CC (1999) Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50 (1), 75–80.
14. Epstein I (2003) Substance abuse and psychosis: using and loosing. *Schizophrenia Digest*, 10, 1, 17–26.
15. Sawicka M (2004) Rola substancji psychoaktywnych w przebiegu schizofrenii – podatność na stres i sposoby radzenia sobie z nim przez osoby chore na schizofrenię zażywające substancji psychoaktywnych. W: Meder J (red.) *Pacjenci z podwójną diagnozą – problemy diagnostyczne i terapeutyczne*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 37–52.
16. Sawicka M (2005) Podobieństwa i różnice w stylu radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami chorymi na schizofrenię, uzależnionymi a osobami z podwójnym rozpoznaniem. *Psychiatria Polska*, 6, 1199–1210.
17. *Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10* (1997) Kraków–Warszawa: Wydawnictwo Medyczne „Vesalius” i Instytut Psychiatrii i Neurologii.
18. Kay SR, Fishbein A, Opler LA (1987) The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261–276.
19. Sęk H (red.) (1996) *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Dom Wydawniczy Konrad Domke.
20. Folkman S, Lazarus RS (1985) If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1, 150–170.

21. Selzer ML (1971) The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653–1658.
22. Falicki Z, Karczewski J, Wandzel L, Chrzanowski W (1986) Przydatność MAST w warunkach polskich. *Psychiatria Polska*, 15, 38–42.
23. Bellack AS, Bennett ME, Gearson JS, Brown CH, Yang Y (2006) A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426–432.
24. Shaner A, Eckman T, Roberts LJ, Fuller T (2003) Feasibility of a skills training approach to reduce substance dependence among individuals with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54, 1287–1289.
25. Ho AP, Tsuang JW, Liberman RP (1999) Achieving effective treatment of patients with chronic psychotic illness and co-morbid substance dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1765–1770.

Adres do korespondencji

Maryla Sawicka

Zakład Rehabilitacji Psychiatrycznej

Instytut Psychiatrii i Neurologii

ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa

tel. (022) 4582 516 lub 521

e-mail: sawicka@ipin.edu.pl

otrzymano: 16.06.09

przyjęto do druku: 9.09.09