

## Znaczenie zmiennych osobowych psychiatrów w leczeniu osób chorych na schizofrenię

### Significance of psychiatrists' personal variables in treatment of persons suffering from schizophrenia

Maryla Sawicka<sup>1</sup>, Katarzyna Charzyńska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Katedra Psychologii Klinicznej Człowieka Dorosłego Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie

Kierownik: prof. dr hab. n. hum. Cz. Czabała

<sup>2</sup>Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. hum. M. Sawicka

#### Summary

**Aim.** The aim of the study is to investigate the significance of psychiatrists' personal variables in treatment and functioning of persons suffering from schizophrenia.

**Methods.** 150 patients with schizophrenia indicated by 30 psychiatrists were included in the study. Data was collected during single interview with the use of Dyadic Questionnaire of the Therapist-Patient Relationship, Questionnaire of Pharmacological Treatment Assessment, Life Satisfaction Scale, Emotion Control Scale, Life Orientation Test, Overall Self-Efficacy Scale, Social Functioning Scale and Socio-demographic Questionnaire. Stepwise regression was used to determine the psychiatrist's related variables which explain variables associated with a patient.

**Results.** Psychiatrists' personal variables explained up to 20% of variance in social functioning of the patients with schizophrenia. Variables describing psychiatrists were most significant in explaining assessment of psychiatrist's professionalism and rejection of a psychiatrist by a patient. The abilities to identify medication symptoms and adherence to pharmacotherapy were only slightly explained by patient – psychiatrist collaboration length.

**Conclusions.** Results indicate that psychiatrists' personal characteristics are significant for the development of the relationship between persons with schizophrenia and their psychiatrists.

**Słowa klucze:** schizofrenia, psychiatrzy, relacje

**Key words:** schizophrenia, psychiatrists, relationships

## Wstęp

Konsekwencją zachorowania na psychozę jest trudność tworzenia bliskich związków z innymi ludźmi. W ten sposób pozostaje niezaspokajana jedna z podstawowych, osobistych potrzeb. Pacjenci poszukują bliskości i bezpieczeństwa także w relacji z lekarzem [1]. Badania wskazują, że jednym z najważniejszych wskaźników prognostycznych dla pomyślnego przebiegu choroby i funkcjonowania pacjentów chorych na schizofrenię jest nawiązanie współpracy z psychiatrą [2]. Znaczenie mają tu takie interpersonalne elementy leczenia jak stałość związku z osobą leczącą (rozumiana jako regularność kontaktu), nieobciążanie pacjenta trudnymi emocjonalnie problemami oraz unikanie zimnego i logicznego planowania w postępowaniu terapeutycznym. W literaturze przedmiotu pojawiają się takie zalecenia jak konieczność zachowania w tej relacji „intymności na dystans”, „zdystansowanej troski” czy też „bliskiego dystansu” [3]. Wing wskazuje na potrzebę niezbyt dużego osobistego zaangażowania lekarza oraz konieczność demonstrowania pasywności w kontaktach [4, 5]. Dla Kępińskiego w budowaniu skutecznej relacji terapeutycznej ważne są: bezpośredniość, stworzenie atmosfery ciepła i obopólny szacunek [6].

Głównym celem prezentowanej pracy jest próba określenia, jakie znaczenie mają cechy osobowe psychiatrów dla efektów leczenia i życia pacjentów. Celem badania jest także zidentyfikowanie takich właściwości samych psychiatrów, które wiążą się z podejmowaniem współpracy przez pacjentów i przestrzeganiem przez nich zaleceń lekarskich. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy ocena satysfakcji z życia, poczucie własnej skuteczności, optymizm, kontrolowanie przeżywanych emocji negatywnych przez psychiatrów są związane z tym, jak leczeni przez nich pacjenci oceniają relację terapeutyczną, funkcjonowanie społeczne oraz siebie i swoje życie na tych samych wymiarach?
2. Czy satysfakcja z życia, poczucie własnej skuteczności, optymizm, kontrolowanie przeżywanych emocji negatywnych przez psychiatrów są związane ze skrupulatnością przestrzegania zaleceń medycznych przez ich pacjentów, poziomem wiedzy na temat leczenia i poziomem zadowolenia z efektów farmakoterapii?

## Material i metoda

Grupa badana składała się z 30 lekarzy psychiatrów i 150 pacjentów. Każdy z lekarzy wskazał pięciu swoich pacjentów, którzy spełniali następujące kryteria: wiek od 25 do 55 lat, rozpoznanie schizofrenii zgodnie z ICD-10 [7], minimum trzy lata terapii prowadzonej przez wskazującego lekarza, systematyczny kontakt z psychiatrą (przynajmniej raz w miesiącu lub częściej), leczenie w trybie ambulatoryjnym, nasilenie objawów psychotycznych w momencie badania co najwyżej umiarkowanie ciężkie (według wyników na skali PANSS), brak zmian organicznych mózgu stwierdzony na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej, utrzymywanie częstych kontaktów z rodziną lub innymi osobami bliskimi.

Lekarze biorący udział w badaniu byli specjalistami w zakresie psychiatrii, leczącymi pacjentów w państwowych lub prywatnych poradniach.

W badaniu wykorzystano następujące kwestionariusze:

1. Diadyczny Kwestionariusz Relacji Terapeuta–Pacjent (wersja pacjenta). Kwestionariusz autorstwa M. Starka w polskiej wersji opracowanej przez A. Cechnickiego i M. Wojnar [8]. Kwestionariusz służy do oceny relacji, która łączy pacjenta chorego na schizofrenię i osobę leczącą. Obejmuje pięć obszarów:
  - akceptację osobistych cech lekarza,
  - profesjonalizm w postępowaniu terapeutycznym, wyrażający się zaufaniem pacjenta do wiedzy i umiejętności lekarza,
  - poziom niepewności wyrażanej przez psychiatrę i spostrzeganej przez pacjenta,
  - poziom dominacji psychiatry odczuwanej w kontakcie przez pacjenta,
  - odrzucenie osoby lekarza wyrażane przez pacjenta.
2. Kwestionariusz Oceny Leczenia Farmakologicznego – perspektywa pacjenta. Narzędzie opracowane w Klinice Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Kwestionariusz służy do oceny współpracy pacjenta z lekarzem w następujących zakresach: skrupulatności w przestrzeganiu zaleceń lekarskich, wiedzy na temat leków i zasad ich przyjmowania, umiejętności rozpoznawania objawów psychotycznych i różnicowania ich z objawami ubocznymi farmakoterapii, częstości wizyt w poradni [9].
3. Skala Satysfakcji z Życia, Skala Kontroli Emocji (ocena subiektywnej kontroli: gniewu, lęku, przygnębienia), Test Orientacji Życiowej (ocena poziomu optymizmu), Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (poczucie sprawstwa). Narzędzia badawcze pochodzą ze zbioru Juczyńskiego „Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia” [10]. Wymienione skale i testy wypełniali lekarze psychiatrzy biorący udział w badaniu.
4. Kwestionariusz Danych Społeczno-Demograficznych – opracowanie własne.
5. Rodzina pacjenta lub osoby bliskie były jednorazowo proszone o wypełnienie Skali Funkcjonowania Społecznego, w wersji dla opiekuna lub rodziny, autorstwa M. Birchwooda. Skala umożliwia ocenę funkcjonowania społecznego osób chorych na schizofrenię w następujących siedmiu zakresach: wychodzenie z izolacji, komunikacja i więzi interpersonalne, kontakty społeczne, rekreacja i rozrywka, samodzielność, aktywność zawodowa [11].

W celu ustalenia, które zmienne związane z osobą psychiatry wyjaśniają zmienne związane z osobą pacjenta, zastosowano metodę krokowej regresji wielokrotnej. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

## Wyniki

### Charakterystyka badanych grup

W badanej grupie pacjentów kobiety stanowiły 59%, a mężczyźni 41%. Najwięcej osób miało wykształcenie średnie (56,7%), najmniej liczną grupą byli pacjenci z wykształceniem podstawowym (16,7%). 29% osób badanych nie posiadało orzeczonej

grupy inwalidzkiej, aktualnie pracowało ponad 37% osób. W ciągu ostatnich 6 miesięcy pacjenci odwiedzali psychiatrę średnio siedem razy.

Drugą grupę osób biorących udział w badaniu stanowiło 30 lekarzy psychiatrów (77% kobiet i 33% mężczyzn). Średni wiek wynosił 47,4 roku, a staż pracy 21,4 roku. Przeciętny czas współpracy lekarza z pacjentem wynosił 6,2 roku.

#### Udział zmiennych osobowych psychiatrów w wyjaśnianiu funkcjonowania społecznego pacjentów

Zmienne, traktowane jako wyjaśniane w poniższych analizach, pochodziły ze Skali Funkcjonowania Społecznego. W prezentowanych poniżej tabelach uwzględniono jedynie wyniki istotne statystycznie.

Pierwszą zmienną wyjaśnianą była tendencja do wychodzenia z izolacji osób chorych na schizofrenię. Wyniki analiz pokazały, że istotne w wyjaśnianiu efektów wychodzenia z izolacji były optymizm osoby leczącej oraz jej możliwości radzenia sobie z własnym przygnębieniem. Pozostawały one jednak w słabym związku z poziomem wychodzenia z izolacji i pozwalały na wyjaśnienie jedynie 13% wariancji tej zmiennej.

Kolejna analiza dotyczyła tego, czy i jakie czynniki związane z osobą psychiatry wpływają na umiejętność tworzenia więzi międzyludzkich pacjentów chorych na schizofrenię. Zmienne istotnie statystycznie związane z umiejętnością tworzenia więzi interpersonalnych były poczucie skuteczności życiowej oraz radzenie sobie z lękiem przez psychiatrów. Analizowane zmienne wyjaśniające pozostawały jednak w słabym związku ze zmienną wyjaśnianą i pozwalały na wyjaśnienie około 10% wariancji.

Ostatnia badana zmienna to sposób spędzania czasu wolnego przez pacjentów (udział w imprezach rozrywkowych i kulturalnych). Na podstawie otrzymanego wyniku regresji można stwierdzić, że zmiennymi wyjaśniającymi sposób spędzania czasu wolnego przez pacjentów były poczucie skuteczności i radzenie sobie z gniewem przez leczących psychiatrów. Istotny czynnik stanowił także czas traktowany jako długość współpracy z psychiatrą. Tak przedstawiona konfiguracja czynników wyjaśniała 15% wariancji wyników zmiennej zależnej.

Reasumując, można stwierdzić, że wymiary określające funkcjonowanie społeczne pacjentów chorych na schizofrenię były wyjaśniane przez zmienne osobowe psychiatrów, jednak w zakresie nie większym niż kilkanaście procent.

Szczegóły wymienionych analiz prezentuje tabela 1.

**Tabela 1. Udział zmiennych osobowych psychiatry w wyjaśnianiu efektów wychodzenia z izolacji, umiejętności tworzenia więzi interpersonalnych oraz sposobu spędzania wolnego czasu pacjentów chorych na schizofrenię**

	Wychodzenie z izolacji			Umiejętności tworzenia więzi interpersonalnych			Sposób spędzania czasu wolnego		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Optymizm	0,293	3,792	0,00						

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Przygnębienie	-0,206	-2,65	0,00						
Skuteczność				0,267	3,39	0,001	0,245	3,18	0,002
Lęk				-0,169	-2,15	0,03			
Długość współpracy							0,239	3,1	0,002
Gniew							-0,155	-2,01	0,04
	R = 0,37, R <sup>2</sup> = 0,13, F = 11,59; p = 0,000			R = 0,32, R <sup>2</sup> = 0,10, F = 8,52; p = 0,00			R = 0,32, R <sup>2</sup> = 0,10, F = 8,52, p = 0,00		

### Udział zmiennych osobowych psychiatrów w budowaniu relacji terapeutycznej

Budowanie relacji terapeutycznej z pacjentami chorymi na schizofrenię analizowano na podstawie wyników otrzymanych w Kwestionariuszu Diadycznym.

Pierwszą zmienną wyjaśnianą było poczucie akceptacji. Odnotowano, że istotne w wyjaśnianiu akceptacji osoby psychiatry przez pacjentów były poziom satysfakcji z życia osoby leczącej oraz jej umiejętności radzenia sobie z własnym gniewem. Ta konfiguracja zmiennych wyjaśniających pozostawała w słabym, jednak istotnym statystycznie związku z poziomem akceptacji i pozwalała na wyjaśnienie 13% wyników wariancji tej zmiennej (tab. 2).

Następną wyjaśnianą zmienną była ocena profesjonalizmu psychiatrów. Parametry równania wskazały, że zmiennymi związanymi z oceną profesjonalizmu psychiatrów dokonaną przez pacjentów były ich satysfakcja z życia i skupienie na problemach pacjentów.

Trzecią zmienną, istotnie współuczestniczącą w wyjaśnianiu poziomu oceny profesjonalizmu psychiatrów, była długość współpracy.

Powyższe zmienne wyjaśniały 21% wariancji zmiennej zależnej.

Kolejną zmienną wyjaśnianą była niepewność psychiatrów w relacji z pacjentami. Wyniki równania regresji pokazały, że istotne w wyjaśnianiu niepewności w postawie psychiatrów okazały się ich satysfakcja z życia (zależność odwrotnie proporcjonalna) oraz czynnik długości współpracy z pacjentami. Opisany powyżej zestaw zmiennych pozostawał jednak w słabym związku z oceną niepewności i pozwalał na wyjaśnienie około 16% wariancji wyników w analizowanym zakresie (tab. 2).

**Tabela 2. Udział zmiennych osobowych psychiatrów w wyjaśnianiu poczucia akceptacji, oceny profesjonalizmu psychiatrów oraz niepewności psychiatrów w relacji z pacjentem w ocenie osób chorych na schizofrenię**

Zmienne osobowe	Poczucie akceptacji			Ocena profesjonalizmu psychiatrów			Niepewność psychiatrów w relacji z pacjentami		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Satysfakcja z życia	0,27	3,57	0,00	0,33	4,45	0,00	-0,208	-2,724	0,002
Gniew	0,23	3,08	0,00						

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

Długość współpracy				-0,24	-3,27	0,001	0,32	4,31	0,00
Skupienie				0,19	2,65	0,009			
	R = 0,36, R <sup>2</sup> = 0,13, F = 10,85 ; p = 0,000			R = 0,458, R <sup>2</sup> = 0,21, F = 12,76 ; p = 0,000			R = 0,403, R <sup>2</sup> = 0,16, F = 14,09 ; p = 0,000		

Wyniki analizy regresji dotyczące postawy dominacji psychiatrów wobec leczonych przez nich pacjentów pokazały, że istotne w wyjaśnianiu postawy dominacji psychiatrów były orientacja życiowa – optymizm (zależność odwrotnie proporcjonalna) osoby leczącej oraz długość współpracy z pacjentem. Tak opisana konfiguracja zmiennych wyjaśniających pozostawała w słabym, jednak istotnym statystycznie związku z postawą dominacji i pozwalała na wyjaśnienie jedynie 12% zmienności wyników w jej zakresie (tab. 3).

Ostatnią analizowaną zmienną budującą Kwestionariusz Diadyczny była postawa odrzucenia osoby psychiatry przez pacjenta. Wyniki analizy regresji wskazały, że istotnymi statystycznie zmiennymi wyjaśniającymi 20% wariacji zmiennej charakteryzującej odrzucenie były satysfakcja z życia (zależność odwrotnie proporcjonalna), radzenie sobie z gniewem przez psychiatrów oraz czynnik długości współpracy w leczeniu (tab. 3).

Tabela 3. **Udział zmiennych osobowych psychiatrów w wyjaśnianiu ich dominującej postawy w relacji z pacjentami chorymi na schizofrenię oraz postawy odrzucenia demonstrowanej przez pacjentów**

Zmienne osobowe	Dominacja psychiatry			Odrzucenie psychiatry		
	Beta	t	p	Beta	t	p
Orientacja	-0,289	-3,71	0,00			
Długość współpracy	0,18	2,4	0,01	0,305	4,07	0,00
Satysfakcja z życia				-0,275	-3,681	0,000
Gniew				-0,152	-2,03	0,04
	R = 0,35, R <sup>2</sup> = 0,125, F = 10,39, p = 0,000			R = 0,47, R <sup>2</sup> = 0,20, F = 11,96, p = 0,000		

W przeprowadzonych analizach odnotowano największy udział zmiennych opisujących psychiatrę w wyjaśnianiu dwóch ocen dokonywanych przez pacjentów: oceny profesjonalizmu oraz odrzucenia. Obydwie postawy pacjentów były wyjaśniane na poziomie ponad 20%. Pozostałe zmienne wyjaśniały jedynie kilkanaście procent zmienności w analizowanych zakresach.

#### Udział zmiennych osobowych psychiatrów w przestrzeganiu zaleceń medycznych leczonych przez nich pacjentów

Ocenę skrupulatności przestrzegania zaleceń lekarskich przeprowadzono na podstawie Kwestionariusza Oceny Leczenia Farmakologicznego. Pierwszą wyjaśnianą zmienną była wiedza pacjenta na temat dawek zażywanych leków. Parametry

równania regresji wskazały, że zmiennymi wyjaśniającymi poziom wiedzy pacjentów na temat przyjmowanych dawek leków były długość współpracy oraz radzenie sobie z własnym przygnębieniem przez psychiatrów (tab. 4). Wymienione zmienne wyjaśniające pozostawały w słabym związku ze zmienną wyjaśnianą i tłumaczyły jedynie 6% zmienności wyników w jej zakresie.

Kolejną wyjaśnianą zmienną była skuteczność leczenia rozumiana jako subiektywne poczucie, że proponowane leczenie farmakologiczne pomaga pacjentowi. Analiza danych wskazała, że zmiennymi wyjaśniającymi poczucie skuteczności stosowanej farmakoterapii były długość współpracy oraz poziom satysfakcji z życia psychiatry (tab. 4). Opisane zmienne wyjaśniały 12% zmienności wyników zmiennej wyjaśnianej.

Umiejętność identyfikowania u siebie objawów polekowych była ostatnią analizowaną zmienną. Wyniki równania regresji wskazały, że w grupie osób chorych na schizofrenię umiejętności ich identyfikowania oraz stosowania farmakoterapii są jedynie w niewielkim stopniu wyjaśniane przez zmienną, jaką jest długość współpracy z leczącym psychiatrą (tab. 4). Opisana powyżej zmienna tłumaczy na poziomie istotnym statystycznie 3% wariancji wyników.

**Tabela 4. Udział zmiennych osobowych psychiatrów w wyjaśnianiu posiadanej wiedzy na temat dawek zażywanych leków, skuteczności farmakoterapii oraz umiejętności identyfikowania objawów polekowych w ocenie pacjentów**

Czynniki	Wiedza na temat dawek			Skuteczność leczenia			Identyfikowanie objawów polekowych		
	Beta	t	p	Beta	t	p	Beta	t	p
Długość współpracy	0,18	2,24	0,02	-0,15	-2	0,047	0,17	2,1	0,03
Radzenie sobie z przygnębieniem	-0,16	-2	0,04						
Satysfakcja z życia				0,3	3,8	0,00			
	R = 0,25, R <sup>2</sup> = 0,06, F = 4,82, p = 0,000			R = 0,35, R <sup>2</sup> = 0,12, F = 10,2, p = 0,000			R = 0,17, R <sup>2</sup> = 0,03, F = 4,43, p = 0,03		

### Omówienie wyników

Poszukiwanie czynników mających znaczenie dla oceny funkcjonowania pacjentów chorych na schizofrenię pokazuje, że jest ono zdeterminowane w 27% długością trwania ich choroby. W 15% decydują o nim zasady ukształtowane w ramach indywidualnej teorii umysłu pacjentów. W 8% istotne znaczenie ma skuteczność działania pamięci werbalnej, w 6% – nasilenie objawów negatywnych. Jedynie w 5% nasilenie objawów pozytywnych schizofrenii wpływa na funkcjonowanie tej grupy chorych [12]. Wyniki innego badania pokazały, że zmiany w zakresie funkcjonowania społecznego determinowane są w 16% przez określony styl poznania społecznego i w 6% przez sprawność działania funkcji poznawczych [13].

Celem prezentowanego badania było określenie znaczenia, jakie może mieć osoba psychiatry dla zmian zachodzących u leczonych przez nich pacjentów. Cel badania został sformułowany w oparciu o założenie, że pomiędzy psychiatrami a leczonymi

przez nich pacjentami zaistniała relacja, która ma znaczenie w życiu osób chorych na schizofrenię. Założenie to jest potwierdzone klinicznie, jednak nadal pozostaje otwarte pytanie o mechanizm działania tego fenomenu. Próbą wytłumaczenia obserwowanych zależności jest odwołanie się do teorii relacyjnej Baldwina. Ta koncepcja wskazuje, że zależności mogą być efektem powstania schematu relacyjnego pomiędzy pacjentem a znaczącą dla niego osobą, jaką staje się psychiatra [14]. Związek kształtuje się na podstawie powoli tworzącego się skryptu zawierającego informacje o tym, jak się funkcjonuje w tej relacji oraz jakie towarzyszą temu myśli i uczucia. Jednak nie odnosi się on tylko do samej relacji, ale także wpływa na sposób myślenia o sobie. Dzieje się to poprzez fakt doświadczania siebie z inną, ważną osobą. Doświadczanie siebie w tym kontakcie to możliwość komunikowania się, obserwowanie cudzej reakcji w odpowiedzi na własne zachowanie, poczucie rozumienia i bycie rozumianym oraz doświadczanie, że jest się ważną osobą dla innej ważnej osoby. Taki sposób doświadczania siebie w relacji z inną ważną osobą, odbywający się systematycznie i w sposób dający się przewidzieć, sprzyja budowaniu własnej wartości. Aby ten proces mógł zajść, konieczne jest posiadanie przez ten znaczący obiekt cech ważnych dla stworzenia bezpiecznego i korzystnego związku. Baldwin w swojej teorii zakłada, że stworzona relacja wpływa na odczucia i motywuje do podejmowania się zmian służących jej trwaniu. W przypadku osób chorych na schizofrenię schemat interpersonalnych relacji, tworzących się w kontakcie z psychiatrą, może służyć podejmowaniu decyzji brzemiennych w dalekosiężne skutki. Decyzje te mogą dotyczyć współpracy i przestrzegania zaleceń terapeutycznych lub także ich zaprzestania. Powtarzalność kontaktów z określonym psychiatrą może stać się podstawą do modyfikowania lub wprowadzania na tej podstawie także nowych i innych zachowań czy nowego interpretowania sytuacji. Może więc sprzyjać zjawisku uczenia się społecznego, co – jak podkreśla autor – staje się bazą dla zmian zachodzących podczas terapii. Skrypt dotyczący relacji może być przydatny także podczas podejmowania decyzji o rozpoczęciu innych kontaktów oraz o metodach, które będą wykorzystywane do ich podtrzymania.

Podsumowując, dzięki ukształtowaniu schematu relacyjnego istnieje możliwość przeniesienia tego doświadczenia także i na inne relacje. Zjawisko to w przypadku osób chorych na schizofrenię zapobiega izolacji i osamotnieniu.

Po uwzględnieniu modelu Baldwina do opisywania relacji, wydaje się, że kluczowy dla tworzenia związku terapeutycznego jest moment podejmowania decyzji o współpracy pacjenta chorego na schizofrenię z psychiatrą. Sugerują to także otrzymane wyniki badań wskazujące na to, że tworząca się relacja jest istotnie uzależniona od czynnika czasu. Pacjenci spostrzegają swoich psychiatrów inaczej na początku kontaktowania się z nimi i inaczej już po ukonstytuowaniu się relacji. Na początku, gdy mają najmniej informacji o lekarzu, a muszą szybko podjąć decyzję o współpracy, psychiatra jawi się pacjentom jako osoba wysoce profesjonalnie podchodząca do ich problemów. Lekarz postrzegany jest wówczas jako mniej niepewny swoich decyzji i interwencji i jest obdarzany przez pacjenta największą dawką akceptacji. Poziom akceptacji psychiatry w prezentowanych analizach stopniowo ulega obniżeniu, czemu dają wyraz wyniki otrzymane w podskali „odrzczenia” Kwestionariusza Diadycznego. Wynik sugeruje, że czynnik ten może podlegać modyfikacjom wynikającym ze wzbudzonej nadziei



na zastosowanie satysfakcjonującej terapii i zaradzenie konsekwencjom choroby. Jednocześnie w ocenie profesjonalizmu czynnik czasu także odgrywał znaczącą rolę. Im krócej pacjenci współpracowali z psychiatrą, tym te oceny były wyższe.

W badaniach dotyczących znaczenia czynników wpływających na zadowolenie pacjentów z leczenia dużo ważniejsze okazują się czynniki związane z osobistymi cechami psychiatrów i pozaprofesjonalne właściwości aniżeli te związane z ich zawodem [15]. Podobnie prezentują się otrzymane w przeprowadzonym badaniu wyniki, gdzie istotne znaczenie dla oceny profesjonalizmu leczących ma spostrzegane przez pacjentów zadowolenie z życia psychiatrów. To zadowolenie z życia jest odwrotnie skorelowane z oceną profesjonalizmu dokonywaną przez pacjentów. W przypadku oceny stopnia akceptacji lekarza najistotniejsze cechy wiązały się z zadowoleniem z życia oraz skutecznością w radzeniu sobie z gniewem przez psychiatrę. Podczas oceny niepewności lekarza ważną okazała się długość współpracy oraz zadowolenie z życia lekarza. Jednak pojawiała się tu pewna zaskakująca prawidłowość. Im dłużej pacjenci współpracowali z lekarzami zadowolonymi ze swojego życia, tym bardziej mieli skłonność do traktowania ich jako bardziej niepewnych w swoim postępowaniu terapeutycznym. W przypadku poczucia dominacji psychiatry pacjenci deklarowali, że im dłużej byli pod opieką takiego lekarza, tym większego znaczenia nabierało jego optymistyczne nastawienie do życia. Reasumując, im dłużej pacjent był leczony przez optymistę, tym mniejszą miał tendencję do oceniania go jako osoby dominującej. Odrzucenie osoby lekarza było zdeterminowane jego słabym radzeniem sobie z gniewem oraz niezadowoleniem z życia. Ponadto psychiatrzy o takiej konfiguracji cech byli bardziej odrzucani przez pacjentów w miarę wydłużania się czasu współpracy.

Tak opisany przebieg kształtowania się relacji pomiędzy osobami chorymi na schizofrenię a leczącymi ich psychiatrami wskazuje, jak wielkie znaczenie mają w tym kontekście cechy osobiste psychiatrów. Cechy opisane jako ważne dla tej relacji odpowiadają potrzebom społecznym chorych na schizofrenię, które opisywali w swoim badaniu Tsirigotis i Gruszczyński [1]. W badaniu tym opisana hierarchia ważności potrzeb pacjentów pokazywała, że najważniejsza była potrzeba kontaktowania się z ludźmi, którzy są uprzejmi, sympatyczni i grzeczni.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że umiejętność zdobywania i posiadania wiedzy na temat przyjmowanych leków była związana z długością współpracy z psychiatrą. Innym ważnym czynnikiem była umiejętność psychiatry radzenia sobie z własnym negatywnym nastrojem, co prawdopodobnie wpływało na atmosferę leczenia. Odnotowano również, że przekonanie dotyczące faktu, że stosowane leczenie jest skuteczną metodą pomagania, było zdeterminowane długością współpracy z psychiatrą. Innym ważnym czynnikiem było zadowolenie z życia, jednak zależność ta nie była prostym uwarunkowaniem. Przekonanie, że leczenie jest skuteczne, dominowało na początku współpracy i z czasem ulegało zmniejszeniu. Może to być związane z odczuwaną przez część pacjentów nadzieją, że leczenie okiełzna chorobę, a to pogorszenie będzie ostatnim. Wzbudzanie nadziei stanowi ważny czynnik leczący i podlega swoistej dynamice zmian, tak jak zmienia się sytuacja życiowa pacjenta cierpiącego na schizofrenię. W procesie leczenia, obok czynnika czasu, ważnym elementem oddziaływającym jest czynnik związany z osobą psychiatry, to jak on sam jest zadowolony z własnego życia.

Tym razem ta zależność jest wprost proporcjonalna. Im bardziej psychiatra prezentuje się jako osoba zadowolona z własnego życia, tym bardziej wzrasta zadowolenie ze skuteczności leczenia pacjentów będących pod jego opieką. Występowanie obydwu czynników razem pokazuje, jak złożona może być ocena skuteczności leczenia. Jest to zgodne z teorią „całkowitego efektu terapeutycznego w schizofrenii” autorstwa Sarwer-Fonera [16]. Na ten efekt składa się wiele czynników, których zaistnienie decyduje o tym, czy pacjent ocenia leczenie jako satysfakcjonujące czy też nie.

### Wnioski

1. Dla funkcjonowania społecznego pacjentów największe znaczenie miała długość współpracy z psychiatrą oraz to, jakimi osobami są lekarze oceniani w wymiarach: optymizmu, radzenia sobie z własnym przygnębieniem, lękiem oraz gniewem.
2. Budowanie relacji terapeutycznej odbywało się w oparciu o to, jak psychiatrzy są postrzegani w wymiarach skutecznego radzenia sobie ze stresem i przygnębieniem oraz satysfakcji z własnego życia. Relacja wiązała się także z długością współpracy.
3. W przeprowadzonych badaniach przestrzeganie zaleceń lekarskich było związane z długością współpracy oraz z oceną satysfakcji z własnego życia, jak również skutecznością w radzeniu sobie przez psychiatrę z własnym przygnębieniem.

### Piśmiennictwo

1. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia (wybrane zagadnienia psychologii i psychopatologii)*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2005.
2. Bomba J. *Psychoterapia w leczeniu osób z grupy schizofrenii*. W: Meder J, Sawicka M. red. *Psychoterapia schizofrenii*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2006. s. 7–11.
3. Bleuer M. *Schizophrenie als besondere Entwicklung*. W: Dorner K. red. *Neue praxis braucht neue theorie*. Gutersloh: Verlag Jakob van Hoodis; 1986. s. 18–25.
4. Wing JK. *Comments on the long-term outcome of schizophrenia*. *Schizophr. Bull.* 1988; 14(4): 669–673.
5. Hayashi N, Yamashina M, Ishige N. *Perceptions of schizophrenic patients and their therapists: application of the semantic differential technique to evaluate the treatment relationship*. *Compr. Psychiatry* 2009; 41(3): 197–205.
6. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1972.
7. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
8. Cechnicki A, Wojnar M. *Konstrukcja kwestionariusza do badań relacji między terapeutą a pacjentem psychotycznym*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 269–276.
9. Meder J. *Aktywny udział pacjentów w leczeniu farmakologicznym*. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 1995.
10. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Psychologiczne; 2001.

11. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Welton R, Copestake S. *The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients*. Br. J. Psychiatry 1990; 157: 853–859.
12. Roncone R, Fallone IRH, Mazza M. *Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits?* Psychopathology 2002; 35: 280–288.
13. Fett AK, Viechtbauer W, Dominguez MD, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. *The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2011; 35(3): 573–588.
14. Baldwin MW. *Relational schemas and the processing of social information*. Psychol. Bull. 1992; 112(3): 461–484.
15. Wciórka J. *Jaki psychiatra? Oczekiwania chorych na schizofrenię*. W: *Współczesna cywilizacja a zdrowie psychiczne człowieka. XXXIX Zjazd Psychiatrów Polskich, Bydgoszcz-Toruń, 3–6 czerwca 1998*. Psychiatr. Pol. 1998; Streszczenia. s. 200.
16. Sarwer-Foner GJ. *The psychodynamic action of psychopharmacologic drugs and the target symptom versus the anti-psychotic approach to psychopharmacologic therapy thirty years later*. Psychiatr. J. Univ. Ott. 1989; 14(1): 269–278.

Adres: Katarzyna Charzyńska  
Instytut Psychiatrii i Neurologii  
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 24.04.2013  
Zrecenzowano: 22.06.2013  
Otrzymano po poprawie: 4.09.2013  
Przyjęto do druku: 14.10.2014

