

## **Znaczenie wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię**

### **The role of social support on the quality of life of patients with schizophrenia**

Krystyna G ó r n a<sup>1</sup>, Krystyna Jaracz<sup>1</sup>, Janusz Rybakowski<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Z Katedry Pielęgniarstwa AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik: dr hab. D. Dyk

<sup>2</sup>Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Dorosłych AM im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

#### **Summary**

The importance of social support for mentally ill people has been increasingly emphasised in recent years. This has resulted from studies showing that family and professional support plays an important role in preventing rehospitalisations and in improving quality of life of patients with schizophrenia.

This article presents and analyses the findings of current research concerning the effectiveness of social support in rehabilitation programmes as well as highlights the problem of matching the type and quantity of social support provided to the patients' needs and to the phase of the disease.

*Słowa kluczowe:* schizofrenia, jakość życia, wsparcie społeczne

*Key words:* schizophrenia, quality of life, social support

#### **Wprowadzenie**

Czynniki środowiskowe, poza leczeniem farmakologicznym, mogą mieć istotne znaczenie dla poprawy rokowań w schizofrenii [1, 2]. Znaczącą rolę w tym zakresie odgrywają oddziały dzienne, oddziały leczenia środowiskowego, hostele, specjalistyczne usługi opiekuńcze, środowiskowe domy samopomocy oraz stowarzyszenia i fundacje. Stanowią one nie tylko pośrednią formę opieki nad chorymi, lecz także sprzyjają nawiązywaniu kontaktów społecznych i doświadczaniu pozytywnych interakcji. Są również źródłem wsparcia społecznego, które, jak wykazały ostatnie dwa dziesięciolecia badań nad tym zjawiskiem, może mieć istotny wpływ na funkcjonowanie i jakość życia chorych z zaburzeniami psychicznymi.

Celem tej pracy jest prezentacja i analiza wybranych wyników badań dotyczących znaczenia wsparcia społecznego dla jakości życia chorych na schizofrenię.

### **Istota schizofrenii w aspekcie wsparcia społecznego**

W piśmiennictwie istnieje wiele definicji wsparcia społecznego, co wynika z różnych sposobów interpretacji tego zjawiska. Ich wspólną cechą jest odwoływanie się do pewnego typu pozytywnych interakcji międzyludzkich lub sposobów pomocy osobom znajdującym się w sytuacji trudnej. Według Cobba, jednego z pierwszych badaczy wsparcia, wsparcie społeczne definiuje się jako „informację płynącą z otoczenia do jednostki, przekonującą ją, że jest kochana, ceniona, że ktoś się nią opiekuje, że jest szanowana i doceniana oraz że jest członkiem sieci społecznej składającej się z ludzi o wzajemnych zobowiązaniach” [za: 3]. Według Saranson wsparcie społeczne to „pomoc dostępna jednostce w sytuacjach trudnych” [za: 3]. Lin określa wsparcie jako pomoc wynikającą z powiązań człowieka z innymi ludźmi, grupami społecznymi i społeczeństwem [za: 3]. Pozytywne oddziaływanie wsparcia w lepszym radzeniu sobie ze skutkami choroby wynika z regulacyjnego wpływu na emocje, myślenie i zachowania.

Sama istota schizofrenii w znacznym stopniu ogranicza poszukiwanie i korzystanie z dostępnych źródeł wsparcia. W przebiegu schizofrenii obserwuje się zmniejszanie się sieci społecznej chorego i rezygnację z prób przystosowania się do otoczenia. Na przykład w badaniach Larsena i wsp. [4] wśród chorych z pierwszym epizodem schizofrenii słabsza sieć społeczna, oprócz większej deterioracji w fazie przedchorobowej i większego wycofania, wchodziła w zestaw czynników korelujących z dłuższym okresem nieleczonej psychozy.

Deficyty społeczne chorych pogłębiane są przez chorobę, leczenie i stygmatyzację w środowisku. Narastają one w miarę trwania procesu chorobowego. Upośledzone możliwości społeczne chorych odzwierciedlają się w niedostatecznym poczuciu przynależności do grupy, stopniowym wycofywaniu się z uczestnictwa w niej, bezradnością w wielu sytuacjach społecznych [5]. Badania dotyczące sieci społecznych chorych na schizofrenię wykazują, że są one stosunkowo najmniejsze, najuboższe strukturalnie i najmniej podtrzymujące, szczególnie w otoczeniu pozarodzinnym [6, 7]. Z badań wynika, że chorzy na schizofrenię mają więcej asymetrycznych kontaktów społecznych w porównaniu z osobami zdrowymi oraz że kontakty te mają głównie charakter jednokierunkowy [8].

W wielu pracach udowodniono korzystny wpływ wsparcia społecznego na jakość życia chorych. Bengtson-Tops i Hansson, w badaniu 120-osobowej grupy pacjentów w ich środowisku, wykazali, że wsparcie społeczne mierzone za pomocą Interview Schedule for Social Integration było silnie skorelowane z oceną subiektywnej satysfakcji z życia mierzonej za pomocą Lancashire Quality of Life Profile [9]. Podobnie w badaniu Borge i wsp. [10], w którym uczestniczyło 74 chorych z zaburzeniami psychicznymi, w tym 69% z rozpoznaniem schizofrenii, wypisanych z domów opieki, stwierdzono, że subiektywna jakość życia mierzona za pomocą drabinki Cantrilla wykazywała istotną korelację z poczuciem osamotnienia ( $r = 0,64$ ) oraz z satysfakcją

z kontaktów sąsiedzkich ( $r=0,62$ ). Również w badaniu Pattersona i wsp. [11], dotyczącym grupy 70 chorych na schizofrenię (śr. wieku 58 lat), stwierdzono, że czynniki psychospołeczne, takie jak wydarzenia życiowe, radzenie sobie i wsparcie emocjonalne, były głównymi czynnikami predykcyjnymi testowanego przez autorów modelu konceptualnego poczucia ogólnego dobrostanu psychicznego. W wielośrodkowym badaniu autorów skandynawskich [12], w którym brało udział 418 pacjentów ze schizofrenią, jakość życia i wsparcie społeczne mierzono za pomocą – odpowiednio – Lancashire Quality of Life Profile, drabinki Cantrilla oraz Interview Schedule for Social Integration. W wyniku analizy regresji stwierdzono, że jednym z sześciu czynników predykcyjnych, wyjaśniających 43,6% wariancji globalnej jakości życia był fakt posiadania bliskiego przyjaciela, będący obiektywnym wskaźnikiem wsparcia społecznego. Wsparcie społeczne wydaje się również czynnikiem determinującym poprawę jakości życia w czasie. Ritsner [13] w badaniu prospektywnym 148 chorych wykazał, że po roku od wypisania ze szpitala wsparcie otrzymywane od innych osób było jednym z trzech czynników predykcyjnych poprawy jakości życia w dziedzinie „czas wolny” (współczynnik korelacji częściowej – 3,5 %).

### Niedostosowanie wsparcia społecznego

Niedostosowanie rodzaju i wielkości wsparcia do potrzeb chorych może wywierać niekorzystny wpływ na proces zdrowienia, w efekcie ograniczać zaspokojenie wielu z nich i obniżać jakość życia [14]. Na przykład, badania katamnesticzne 70 chorych na schizofrenię wykazały u większości niekorzystne relacje rodzinne i społeczne przed chorobą. Po kilkunastu latach od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej około 80% badanych znajdowało się w złym stanie zdrowia psychicznego, ponad połowa przejawiała zachowania uciążliwe, a blisko połowa prezentowała zarówno wyraźnie nasilone objawy psychopatologiczne, jak i zachowania uciążliwe. U większości wykazano niezaspokojone potrzeby socjalne oraz wysoki stopień obciążenia rodziny. Powyższa charakterystyka może w ocenie autorki odzwierciedlać brak zabezpieczającego działania opieki i szeroko pojmowanego wsparcia w środowisku zarówno dla chorych, jak i ich rodzin [15].

O niedostosowaniu wsparcia do potrzeb chorego może świadczyć rodzaj postawy i zachowania najbliższej rodziny wobec niego. Często badanym wyznacznikiem postawy wobec chorego jest wskaźnik ekspresji emocjonalnej [16, 17, 18, 19]. Z wysokim poziomem tego wskaźnika wiążą się najczęściej nasilenie uwag krytycznych, nadmierne uwikłanie emocjonalne, wrogość i odrzucenie. Na przykład nadmierna stymulacja chorego, nacechowana wysokim poziomem lęku, napięcia, nieprzewidywalnością bodźców, zmiennością, nadmiernym krytycyzmem, brakiem tolerancji, powoduje stały stres [20, 21]. Według Hugueleta i wsp. [17] wskaźnik ekspresji emocjonalnej na początku leczenia jest czynnikiem predykcyjnym rokowania na pięć lat. Autorzy udowodnili, że pacjenci mieszkający z rodzinami o wysokim wskaźniku ekspresji emocjonalnej wykazywali więcej zaburzeń przedchorobowych, a po 3 latach od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej byli istotnie gorzej przystosowani społecznie i mieli więcej nawrotów niż mieszkający z rodzinami o niskim wskaźniku.

W badaniu Snydera nasilenie krytycznego klimatu w rodzinie wiązało się również z niższą jakością życia wśród przewlekle chorych psychicznie [18].

Niekorzystne jest także nadmierne wsparcie. Może się ono wiązać z osłabieniem motywacji do samodzielności, poszukiwania rozwiązań, może sprzyjać uzależnieniu od innych, nasilać negatywne reakcje emocjonalne wynikające z potrzeby pomocy i jej przyjęcia, np. obniżenie samooceny i poczucie zależności [22, 23].

Znaczącą rolę odgrywa dostosowanie rodzaju i wielkości wsparcia do fazy choroby, potrzeb i możliwości chorego. Malla i wsp. [24] wykazali istotną poprawę w większości wymiarów jakości życia w grupie 41 pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii po roku uczestnictwa w programie leczniczym dostosowanym do fazy leczenia. Zmiany te nie miały związku ze zmianami nasilenia objawów. Hogarty i wsp. [25, 26] stwierdzili poprawę funkcjonowania społecznego i mniejsze ryzyko nawrotu u chorych po zastosowaniu intensywnych 3-etapowych oddziaływań psychospołecznych w ciągu 3 lat, w porównaniu z pacjentami, którzy uczestniczyli w terapii podtrzymującej lub terapii rodzin. Wczesna interwencja może poprawić jedynie rokowanie krótkoterminowe [27], podczas gdy trwałość poprawy mogą zapewnić programy zapobiegania nawrotom psychozy w ramach opieki długotrwałej [28]. Brak takiej opieki może prowadzić do ponownego pogorszenia. Jako przykład mogą służyć badania Linszena i wsp. [27], według których uczestnictwo 76 pacjentów z pierwszym epizodem schizofrenii w 15-miesięcznym programie w ramach wczesnej interwencji wpłynęło na obniżenie wskaźnika nawrotów choroby do 15%. Natomiast po przekazaniu ich do innych ośrodków, w ciągu kolejnych 5 lat pogorszeniu uległo funkcjonowanie społeczne oraz ocena jakości życia. U 52% chorych wystąpił co najmniej jeden nawrót psychozy, u 25% obserwowano przewlekle utrzymywanie się objawów pozytywnych, jedynie 23% nie miało epizodów psychotycznych. Większość pacjentów była zależna od swoich rodziców, niewielu utrzymało płatną pracę [27].

### **Wsparcie społeczne a programy terapeutyczno-rehabilitacyjne**

W badaniach donosi się o poprawie jakości życia chorych uczestniczących w programach opieki środowiskowej po wypisaniu ze szpitala – większość pacjentów wysoko ocenia zadowolenie z sytuacji życiowej, wskazując na większe poczucie wolności i niezależności, pomimo doświadczania problemów zdrowotnych, finansowych i związanych z relacjami w rodzinie oraz środowisku. Poprawa warunków życia dzięki takim programom jest wyraźna w porównaniu z opieką instytucjonalną. Dotąd większość programów terapeutyczno-rehabilitacyjnych, mających na celu m.in. zapewnienie różnego rodzaju wsparcia, kierowana była do przewlekle chorych w środowisku. Stąd też większość badań dotyczy tej grupy osób. Jako przykład mogą służyć wyniki oceny jakości życia 4331 bezdomnych z ciężkimi chorobami psychicznymi, korzystających z pomocy instytucji opieki społecznych i uczestniczących w programie aktywnego wsparcia. Wykazano poprawę jakości życia na przestrzeni stosunkowo krótkiego czasu od zastosowania programu. Poprawa jakości życia podczas pierwszego badania i po roku wiązała się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych i psychotycznych, zmniejszeniem nadużywania alkoholu i leków, dodatkowo – po 12 miesiącach –

z krótszym czasem bezdomności w ciągu ostatniego roku, posiadaniem dochodów, zatrudnieniem i korzystaniem z pomocy służb społecznych [29]. Podobnie w innych badaniach prospektywnych wykazano, że u 523 chorych przewlekle hospitalizowanych i skierowanych potem do domów wspólnoty opieka środowiskowa wpłynęła na poprawę jakości życia, pomimo braku ewidentnych zmian stanu klinicznego [30]. Z kolei w badaniach Browne i wsp. [31] pacjenci mieszkający samodzielnie lub z rodzinami wyżej oceniali swoją jakość życia niż mieszkający w hostelach lub domach wspólnotowych. Rossler i wsp. [32] wykazali, że osoby przewlekle chore psychicznie, leczone w warunkach opieki środowiskowej oceniali wyżej swoją jakość życia niż długotrwale hospitalizowani. Jak wykazała analiza regresji, wsparcie społeczne okazało się jednym z najistotniejszych czynników determinujących jakość życia. Podobnie w innych badaniach dotyczących chorych z dłuższym przebiegiem choroby wykazano, że utrzymywanie dobrej jakości życia wśród pacjentów w opiece ambulatoryjnej przez 7 i 10 lat wiązało się z systemem wsparcia społecznego [33].

Również w badaniach polskich stwierdzono znaczącą skuteczność leczenia środowiskowego wśród przewlekle chorych na psychozy, głównie na schizofrenię [34, 35]. W badaniach Stupczyńskiej-Kossobudzkiej i wsp. [34] wykazano, że leczenie środowiskowe w czterech ośrodkach u 107 chorych okazało się skuteczniejsze w porównaniu z tradycyjnym. Nastąpiła istotna poprawa funkcjonowania społecznego badanych, zwiększyła się satysfakcja z usług, zmniejszyły się zachowania uciążliwe i obciążenie rodziny oraz nastąpiło skrócenie czasu hospitalizacji. [35]. W czteroletnich badaniach katamnestycznych Boguszewskiej i wsp. [35] obserwowano także korzystny efekt opieki środowiskowej w grupie 58 przewlekle chorych, w większości z rozpoznaniem schizofrenii.

Znacznie mniej badań dotyczy chorych z pierwszym epizodem schizofrenii. Jednakże u nich również wykazano korzystny wpływ wsparcia społecznego. Według Ericksona i wsp. [36] wsparcie społeczne stanowiło czynnik predykcyjny funkcjonowania w ciągu 5 lat u pacjentów po pierwszym epizodzie schizofrenii. Autorzy dokonali oceny wsparcia u chorych z pierwszym epizodem schizofrenii i chorobą afektywną bezpośrednio przed pierwszym podjętym leczeniem, po 18 miesiącach i po 5 latach. Ocena przystosowania społecznego po 18 miesiącach było niższa w porównaniu z rokiem poprzedzającym leczenie, lecz po 5 latach uległa dwukrotnej poprawie w porównaniu z dwoma pierwszymi pomiarami. W grupie pacjentów ze schizofrenią wsparcie osób innych niż członkowie rodziny stanowiło czynnik predykcyjny funkcjonowania po 5 latach, natomiast nie dotyczyło to pacjentów z chorobą afektywną. Wsparcie rodziny nie miało istotnego znaczenia w żadnej z badanych grup. W badaniach Walczewskiego i Wojciechowskiej [37] wykazano, że chorzy na schizofrenię, objęci programem środowiskowym przez trzy lata od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, otrzymywali więcej wsparcia i mieli więcej związków w swoich sieciach społecznych niż leczeni w programie indywidualnym. W doniesieniu Wojciechowskiej i wsp. [38] pacjenci dysponujący mieszanym systemem wsparcia w swoich sieciach społecznych mieli lepszy wgląd w chorobę, większą motywację do leczenia, lepszą satysfakcję z leczenia oraz lepiej współpracowali w zażywaniu leków w porównaniu z chorymi z siecią zlokalizowaną głównie w rodzinach. W ocenie autorów mieszany

typ wsparcia jest szczególnie korzystny dla pacjentów w pierwszym okresie choroby, a wskazuje tym samym na zasadność środowiskowego programu leczenia, a także na potrzebę rozbudowywania mieszanego systemu wsparcia [38]. Według Linszena i wsp. [39] kontynuowanie opieki ambulatoryjnej i wsparcia dla rodziny powinny stanowić kluczowe zagadnienia w pierwszych 5 latach od początku psychozy. Oddziaływania te mają na celu odbudowę lub wznowienie podtrzymujących funkcji naturalnego systemu wsparcia [40]. Włączenie rodziny jako partnera do współpracy jest jednym z podstawowych elementów kompleksowości i ciągłości oddziaływań terapeutycznych w środowisku chorego. Aktualnie rodzinę spostrzega się jako jedno ze znaczących źródeł wsparcia dla chorego, chociaż przez wiele lat uważano ją za odpowiedzialną w znacznym stopniu za powstanie i przebieg schizofrenii. Wyzwanie dla oddziaływań wspierających programy opieki środowiskowej powinny stanowić takie obszary, jak: zdrowie, kontakty społeczne, finanse oraz bezpieczeństwo. Właśnie w nich obserwuje się niską jakość życia chorych żyjących we własnych środowiskach.

Wyniki wielu badań wskazują na znaczenie wiedzy i umiejętności społecznych chorych, w połączeniu z farmakoterapią, w zmniejszaniu nawrotów choroby, poprawie funkcjonowania społecznego, zadowolenia z życia oraz zmniejszania obciążenia rodziny.

Jednym ze znaczących mierników skuteczności terapeutycznej w ostatnich latach staje się poprawa funkcji poznawczych chorych na schizofrenię [41]. Znaczną rolę w tym zakresie odgrywa wsparcie poznawcze, dzięki któremu człowiek może uzyskać wgląd we własne możliwości, zmienić ocenę swoich kompetencji i zwiększyć poczucie zaradności [23]. Drury i wsp. [42] wskazują na korzyści z programu terapii poznawczej i uzyskiwanie poczucia kontroli nad objawami psychotycznymi w ostrej fazie choroby w ramach standardowej opieki. W uczeniu nawiązywania więzi interpersonalnych, zwiększaniu kompetencji społecznych i budowaniu poczucia przynależności znaczącą rolę przypisuje się terapii grupowej [5]. Skutecznymi formami interwencji psychospołecznych są m.in. psychoedukacja i treningi umiejętności społecznych. Oddziaływania psychoedukacyjne, kierowane zarówno do chorych, jak i ich rodzin, nabierają szczególnego wymiaru w kontekście niskiego poziomu wiedzy pacjentów na temat farmakoterapii [43] oraz problemu z zażywaniem leków, jako jednego z podstawowych czynników związanych z nawrotami choroby [44]. Z kolei celem treningów umiejętności społecznych jest rozpoznawanie i wyrównywanie deficytów społecznych z zastosowaniem różnorodnych technik, np. odgrywanie ról, udzielanie wsparcia przez grupę, odgrywanie wyuczonych ról w naturalnych warunkach domowych [45]. Brytyjskie badanie wykazało, że dla pacjentów, którzy decydują się na uczestnictwo w grupach edukacyjnych, możliwa jest znaczna poprawa w funkcjonowaniu społecznym i jakości życia bez potrzeby przeprowadzania treningów skupionych na konkretnych umiejętnościach. Wyniki badań sugerują, że poprawa jakości życia wynikała głównie z poprawy relacji interpersonalnych i rozszerzenia sieci kontaktów społecznych [46].

## **Podsumowanie**

Wsparcie odgrywa ważną rolę w poprawie jakości życia w wymiarze stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego i zadowolenia z życia. Jedynie całościowy system opieki nad pacjentem i jego rodziną oraz ciągłość opieki może zapobiec mechanizmom prowadzącym do izolacji, wypadania chorych z ról społecznych, wykluczenia ze społeczności, i zmniejszyć społeczne koszty choroby. Oddziaływania wspierające należy ukierunkować na stymulację i podtrzymywanie zasobów, dopasowywać do fazy choroby, potrzeb i możliwości pacjenta. Równie istotne jest kształtowanie podtrzymującego środowiska rodzinnego i rozszerzanie sieci wsparcia społecznego.

### Çir+licl' nũlnũaliũe d'iaaldcęc æe' cęciliũai eĩeoidnr aiũiuũ ręciodlicle

#### Nũadrici

Å d'inelaiẽo aãarõ anl' aiẽl' +rũnũ d'ia-ldeçarlũn' çir+licl' iãũlnũaliũe d'iaaldcęc æe' d'ncõc+lnęc aiũiuũ. Yni d'ieiclicl' nã' çriũ n' d'icõũũnrũc cñnẽlaiãricẽ õercũar-ũcõ ir õrẽn, +ni eře d'diõlnũũnrũiuũl' c nręcł nleleũl' d'iaaldcęcãricl', r nręcł c niõcřeũir' id'ler cnd'ie'i' (ũ nõũlnũaliũõ) diẽũ a d'dlaõd'dleãlicẽ iããe aĩn-d'cãrẽcřrõcẽ c cęciliũe eĩeoidnũ aiũiuũ ręciodlicle. Å d'raĩnũ d'dlãnrãeli' riręcç d'icõũũnrũã rẽnõrẽũiuũ cñnẽlaiãricẽ, iũũn' uẽõn' e yõõlẽnãaiũũc niõcřeũiuũ d'iaaldcęc a d'racẽcñrõciũiuũ d'diãdřeẽrõ n' d'ia-ldeçãricle d'diãleũ d'dcnd'niãelic' õrdřũnũr c d'řcẽlũr d'iaaldcęc æe' d'ĩnd'liũũnũle aiũiuũ ir eřcãie yũrd'ũ aiẽlic.

### **Bedeutung der sozialen Unterstützung für die Lebensqualität der Schizophrenen**

#### **Zusammenfassung**

In den letzten Jahren wird immer mehr die Bedeutung der sozialen Unterstützung für psychisch Kranke betont. Es ist ein Ergebniss der Untersuchungen, die darauf zeigen, dass sowohl die professionelle als auch familiäre soziale Unterstützung eine bedeutende Rolle beim Vorbeugen einer neuen Hospitalisierung in bei der Verbesserung der Lebensqualität der Schizophrenen spielt.

Das Ziel der Studie war die Ergebnisse der aktuellen Untersuchungen an der Effektivität der sozialen Unterstützung in den Rehabilitationsprogrammen darzustellen und zu analysieren. Die Arbeit betont auch das Problem der Anpassung des Types und des Umfangs der Unterstützung an die Bedürfnisse des Patienten und der Krankheitsetappe.

### **Le rôle du soutien social dans la qualité de vie des schizophrènes**

#### **Résumé**

Aux cours de dernières années on souligne très souvent l'importance du soutien social pour les schizophrènes. Cela résulte des recherches qui indiquent que le soutien professionnel et familial jouent le rôle très signifiant dans la prévention d'hospitalisation et dans l'amélioration de la qualité de vie des schizophrènes.

Cet article présente l'analyse des résultats des recherches récentes concernant l'effectivité du soutien social dans les programmes de réhabilitation. Il accentue encore le problème de la conformité de ce soutien aux besoins des malades et à la phase de la maladie.

#### **Pismiennictwo**

1. Hare EH. *Schizophrenia as a recent disease*. Brit. J. Psychiatry 1988; 15: 521–531.
2. Gerard K. *Zmiany w strukturze społeczno-demograficznej zbiorowości pacjentów hospitalizo-*

- wanych po raz pierwszy w różnych okresach z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatr. Pol.* 1981; 1: 29–36.
3. Hupcey JE. *Claryfying the social support theory – research linkage.* *J. Adv. Nurs.* 1998; 27: 1231–1241.
  4. Larsen TK, Johannessen JO, Opjordsmoen S. *First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis. Pathways to care.* *Brit. J. Psychiatry* 1998; supl. 172: 45–52.
  5. Cechnicki A. *Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii.* W: Bomba J, red. *Schizofrenia: różne konteksty, różne terapie.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków; 2000, s. 37–45.
  6. Zubin J. *Models for etiology of schizophrenia.* W: Burrows GD, Norman TR, Rubinstein G, red. *Handbook of studies of schizophrenia. Part 1: Epidemiology, aetiology and clinical features.* Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier; 1986, s. 97–104.
  7. Westermeyer J, Pattison EM. *Social networks and mental illness in peasant society.* *Schiz. Bull.* 1891; 7: 125–134.
  8. Brekke JS, Long JD, Kay DD. *The structure and invariance of a model of social functioning in schizophrenia.* *J. Nerv. Ment. Dis.* 2002; 190: 63–72.
  9. Bengtson-Tops A, Hansson L. *Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life.* *Int. J. Soc. Psychiatry* 2001; 47: 67–77.
  10. Borge L, Martinsen EW, Ruud T, Watne O, Friis S. *Quality of life, loneliness, and social contact among long-term psychiatric patients.* *Psychiatr. Serv.* 1999; 50: 81–84.
  11. Patterson TL, Shaw W, Semple SJ, Moscona S, Harris MJ, Kaplan RM, Grant I, Jeste DV. *Health related quality of life in older patients with schizophrenia and other psychoses: Relationships among psychosocial and psychiatric factors.* *Int. J. Geriatric Psychiatry* 1997; 12: 452–461.
  12. Hansson L, Middelboe T, Meridner L, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Nilsson L, Sandlund M, Sourrander A, Sorgaard KW, Vinding H. *Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study.* *Int. J. Soc. Psychiatry* 1999; 45: 247–258.
  13. Ritsner M. *Predicting changes in domain-specific quality of life of schizophrenia patients.* *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003; 191: 287–294.
  14. Jaworowska-Oblój ZJ, Skuza B. *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych.* *Przegl. Psychol.* 1986; 13: 733–746.
  15. Górna K. *Ocena funkcjonowania społecznego i sytuacji zdrowotnej chorych na schizofrenię w świetle badań kilkunastoletniej katemnezy.* Praca doktorska. Akademia Medyczna. Bydgoszcz; 1993.
  16. Fahy T, Kent A, Tattan T, Van Horn E, White I. *Predictors of quality of life in people with severe mental illness. Study methodology with baseline analysis in the UK 700 trial.* *Brit. J. Psychiatry* 1999; 175: 426–432.
  17. Huguelet P, Favre S, Binyet S, Gonzalez C, Zabala I. *The use of the Expressed Emotion Index as a predictor of outcome in first admitted schizophrenic patients in a French speaking area of Switzerland.* *Acta Psychiatr. Scand.* 1995; 92: 6: 447–452.
  18. Snyder KS, Wallace ChJ, Liberman RP. *Expressed emotion by residential care operators and residents' symptoms and quality of life.* *Hosp. Comm. Psychiatry* 1994; 45: 1141–1143.
  19. Barbaro B. *Schizofrenia w rodzinie.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
  20. Barbaro B, Cechnicki A, Rostworowska M. *Wskaźnik ujawnianych uczuć (EE) jako podstawowy wskaźnik prognostyczny w schizofrenii. Przegląd badań.* *Psychiatr. Pol.* 1986; 20: 119–126.
  21. Rostworowska M. *Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć.* W: de Barbaro B, red. *Schizofrenia w rodzinie.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 51–67.



22. Glass TA, Maddox GL. *The quality and quantity of social support: Stroke recovery as psychosocial transition*. Soc. Sc. Med. 1992; 34: 1249–1261.
23. Sęk H. *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*. W: Cierpiałkowska L, Sęk H, red. *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*. Poznań: Wyd. Fundacji Humaniora; 2001, s. 13–31.
24. Malla AK, Norman RM, McLean TS, McIntosh E. *Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index (client version)*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 103: 355–361.
25. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D. *Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I: Description of study and effects on relapse rates*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1504–1513.
26. Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF. *Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. II: Effects on adjustment of patients*. Am. J. Psychiatry 1997; 154: 1514–1524.
27. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. *Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications*. Schizophr. Res. 2001; 51: 55–61.
28. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis controlled trial. Five year follow-up*. Brit. J. Psychiatry 2000; 177: 8–14.
29. Lam JA, Rosenheck RA. *Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness*. Psychiatr. Serv. 2000; 51: 116–118.
30. Leff J, Trieman N. *Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: Social and clinical outcomes after five years in the community. The TAPS Project 46*. Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 217–223.
31. Browne S, Roe N, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E. *Quality of life in schizophrenia: Relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia*. Acta Psychiatr. Scand. 1986; 94: 118–124.
32. Rossler W, Salize HJ, Cucchiaro G, Reinhard I, Kernig C. *Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?* Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100: 142–148.
33. Tempier R, Mercier C, Leouffre P, Caron J. *Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study*. J. Psychiatry Neurosc. 1997; 22: 249–255.
34. Słupczyńska-Kossobudzka E, Boguszewska L, Wójtowicz S. *Skuteczność zespołów leczenia środowiskowego w czterech ośrodkach – katamneza dwuletnia*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 289–299.
35. Boguszewska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Wójtowicz S. *Skuteczność zespołu leczenia środowiskowego w rejonie szpitala „Drewnica” – czteroletnia katamneza*. Post. Psychiatr. Neurol. 2001; 10: 301–309.
36. Erickson DH, Beiser M, Iacono WG. *Social support predicts 5-year outcome in first-episode schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1998; 107: 681–685.
37. Walczewski K, Wojciechowska A. *Sieci społeczne chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. Porównanie grupy objętej programem leczenia środowiskowego z grupą z indywidualnym programem leczenia*. Psychiatr. Pol. 1998; 32: 59–68.
38. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. *Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia chorych na schizofrenię w trzy lata od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2001; 35: 21–32.
39. Linszen D, Dingemans P, Lenior M. *Early intervention and a five year follow up in young adults with a short duration of untreated psychosis: ethical implications*. Schizophr. Res. 2001; 51: 55–61.
40. Barrowclough C, Tarrrier N. *Social functioning in schizophrenic patients. I. The effects of expressed*

- emotion and family intervention*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1990; 25: 125–129.
41. Green MF. *What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia?* Am. J. Psychiatry 1996; 153: 321–330.
  42. Drury V, Birchwood M, Cochrane R. *Cognitive therapy and recovery from acute psychosis controlled trial. Five year follow-up*. Brit. J. Psychiatry 2000; 177: 8–14.
  43. Szafranski T, Waszkiewicz-Bialek E, Unicka A. *Wiedza o farmakoterapii i współpraca w leczeniu wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii*. W: Jarema M, red. *Leczenie farmakologiczne schizofrenii. Czynniki biologiczne oraz subiektywne*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków; 1999, s. 81–92.
  44. Jarema M, Kucińska M. *Praktyczne aspekty problemu lekooporności w schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 721–740.
  45. Meder J. *Trening umiejętności społecznych w rehabilitacji zaburzeń psychicznych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 1986.
  46. Atkinson JM, Coila DA, Gilmour WH, Harper JP. *The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 199–204.

Otrzymano: 23.07.2003

Zrecenzowano: 20.10.2003

Przyjęto do druku: 19.01.2004

Adres: Krystyna Górna  
Katedra Pielęgniarstwa  
Akademia Medyczna im. Karola Marcinkowskiego