

Agnieszka Skorupska-Król<sup>1</sup>, Barbara Hanarz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu  
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

<sup>2</sup>Szpital Specjalistyczny im. dr J. Babińskiego w Krakowie

# Postawa wobec choroby schizofrenicznej wśród osób uczestniczących w rehabilitacji psychiatrycznej

*Psychiatric rehabilitation patients' attitude towards  
schizophrenia*

## Abstract

**Introduction:** Every illness is a kind of life experience for people. They take a certain attitude towards their condition which is expressed in a way they evaluate it, react to it or simply what they know about it. Due to the long-term course of the illness and negative social context, schizophrenia may be a very difficult experience that is often denied by the patients. In these cases, subjectivity is a crucial factor that has an influence on many aspects of life (private, professional, social). It also determines patient's willingness to start treatment.

The aim of the study was to define the influence psychiatric rehabilitation performed at inpatient units has on patients' attitude towards the illness.

**Material and methods:** 35 patients took part in the survey. All of them were diagnosed with schizophrenia, undergone treatments at inpatient psychiatric units and participated in three-month periods of rehabilitation for the first time. The study was carried out using a diagnostic poll method and a questionnaire. Patients were examined by the "My Experience of Illness" scale. The results were analysed statistically.

**Results:** The results of the study, in which analytical methods were applied, show that psychiatric rehabilitation proved to have a positive influence on patients' general attitude towards schizophrenia and its dimensions. Significant changes were apparent in relation to isolation and integration of experience. The number of people isolating their illness was significantly lower while at the same time more patients attempted to integrate their experience.

**Conclusion:** Psychiatric rehabilitation that is performed gradually enhances patients' integration of schizophrenia.

**Psychiatria 2014; 11, 2: 114-119**

**Key words:** schizophrenia, attitude to an illness, psychiatric rehabilitation

## Wstęp

Choroba jako pewnego rodzaju sytuacja graniczna stwarza szanse na twórcze jej wykorzystanie, a człowiek decyduje ostatecznie o jej sensie. Skutki doświadczanej choroby mogą mieć charakter pozytywny i polegać np. na: lepszym poznaniu samego siebie i innych, większym

zainteresowaniu sprawami świata zewnętrznego, wzroście poczucia łączności i integracji ze światem czy polepszeniu relacji z Bogiem; lub negatywny, kiedy to chorzy tracą wiarę w siebie i swoje możliwości, odczuwają lęk przed samym sobą, zmniejsza się też ich zaufanie do innych, wycofują się z kontaktów społecznych, rodzi się w nich uczucie żalu i złości wobec Boga [1, 2].

Doświadczenie schizofrenii, bez względu na to, czy było pozytywne, czy negatywne powoduje, że chorzy wykształcają w sobie pewne postawy wobec niej.

Postawa oznacza względnie stałą gotowość do określonego oceniania i wartościowania jakiegoś przedmiotu

## Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Skorupska-Król  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa  
i Położnictwa, WNoZ UJCM  
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków  
tel. 698 612 206  
e-mail: [agnieszka.skorupska@uj.edu.pl](mailto:agnieszka.skorupska@uj.edu.pl)

(zjawiska, osoby, rzeczy), z czym wiąże się określona wiedza (pogląd, opinia) na temat tego przedmiotu i określona tendencja do zachowania się (reagowania) wobec niego. W związku z tym postawy chorych należy rozpatrywać w trzech aspektach: poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym [3, 4]. W każdym z tych aspektów chorzy mogą prezentować różnego typu postawy wobec przeżywanego doświadczenia choroby. Czasem przekreślają możliwość jej sensu i utożsamiają wszystkie swoje przeżycia i doświadczenia z nią związane ze złem, chcą o nich zapomnieć i wykreślić je z historii swego życia. Wtedy izolują się od tych przeżyć, nie traktują ich jako własnych, chcą żyć dalej tak, jakby ich w ogóle nie było. Innym razem podejmują trud ich integracji z różnymi doświadczeniami swojego życia, zatem akceptują ich istnienie, wyrażają na nie zgodę, przyjmują je jako własne i związane ze swoim życiem. Traktują je wtedy jako dar, szansę i starają się wydobyć z nich coś, co może służyć budowaniu samego siebie, swoich wartości, własnego „ja”. Dostrzegają w nich to, co było prawdziwie ludzkie, co odnosiło się do poczucia sensu i wartości, a nie tylko to, co było chore. Koncentrują się więc na tym, co dzięki chorobie odkryli, zobaczyli, o co ich w jakiś sposób wzbogaciła. Jest też grupa chorych przedstawiająca postawy pośrednie, czyli niezdecydowane [2–6].

Celem prezentowanych badań było określenie wpływu kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego wśród osób z diagnozą schizofrenii na ich postawę wobec choroby.

### **Materiał i metody**

Grupę badaną stanowiło 35 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Osoby te były hospitalizowane na oddziale psychiatrycznym o profilu profilaktyczno-rehabilitacyjnym „Szkoła Życia” (4A) Specjalistycznego Szpitala im dr Józefa Babińskiego w Krakowie.

Wszyscy uczestnicy badania byli objęci trzymiesięcznym programem rehabilitacyjnym.

Badania przeprowadzone były dwukrotnie: przy przyjęciu pacjenta na oddział i przy jego wypisie. Przystąpienie do programu terapeutycznego poprzedzało zapoznanie go z ofertą terapeutyczną ośrodka, regulaminem oddziału i zawarcie kontraktu terapeutycznego, w którym chory określał swoje problemy i ustalał cele do realizacji w trakcie terapii.

Kryteria włączenia do badań:

1. Pierwszy pobyt w ośrodku profilaktyczno-rehabilitacyjnym.
2. Świadoma zgoda na udział w badaniu.
3. Rozpoznanie schizofrenii według klasyfikacji DSM-IV lub ICD-10.
4. Pobyt w ośrodku profilaktyczno-rehabilitacyjnym poprzedzony hospitalizacją na oddziale ogólnopsychiatrycznym.

5. Liczba hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym: minimum 3.

6. Co najmniej pięcioletni czas trwania choroby.

W prezentowanych badaniach wykorzystano dwie metody badawcze: sondaż diagnostyczny oraz analizę dokumentacji. Narzędziem badawczym była Skala Moje Doświadczenie Choroby (MDC), która powstała przy współpracy specjalistów z Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie [5]. Zgodnie z zaleceniami autorów Skali oraz sposobem interpretacji uzyskanych wyników w tym zakresie funkcję wskaźników postawy wobec choroby pełnią jej wymiary tj.: poznawczy, emocjonalny, behawioralny oraz postawa ogólna.

W pracy korzystano z dwóch technik analizy danych: analizy wariancji (ANOVA) i analizy korelacyjnej posługując się programem STATISTICA, wersja 6.0.

### **Wyniki**

Większość spośród 35 osób objętych badaniem, bo 71,43%, to mężczyźni. Średni wiek respondentów to 34,7 roku. Wśród chorych dominowały osoby ze średnim wykształceniem (51,43%) i stanu wolnego (88,57%). Ponad połowa badanych (65,71%) utrzymywała się z renty inwalidzkiej.

Inne osoby pozostawały na utrzymaniu rodziców (11,43) bądź korzystały z pomocy społecznej (8,57%). Aż 80% ankietowanych mieszkało w mieście. Dużą grupę, bo 71,43%, stanowili chorzy mieszkający z rodziną pochodzeniową. Przeważająca liczba (71,43%) była hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym 3–8 razy. U ponad połowy pacjentów (54,09%) staż choroby wynosił od 5–9 lat. Aż u 94,28% rozpoznano schizofrenie paranoidalną (wg ICD-10). Tylko dwie osoby otrzymały diagnozę schizofrenii prostej i hebefrenicznej (wg ICD-10). Monoterapię z wykorzystaniem neuroleptyku atypowego stosowano u 8 osób (22,86%), a u pozostałych pacjentów realizowano politerapię. Spośród nich u 9 osób (tj. 25,70%) w politerapii znalazł zastosowanie neuroleptyk standardowy w formie iniekcji o przedłużonym działaniu. W tabeli 1 zamieszczono wyniki świadczące o ogólnej postawie wobec doświadczenia choroby prezentowanej przez respondentów w czasie dwukrotnego ich badania (tj. przy przyjęciu i wypisie z oddziału) oraz istotność różnic zaistniałych w tym zakresie.

Analizując dane w tabeli 1, warto zauważyć, że w czasie przyjęcia na oddział najwięcej badanych osób, bo 18 (tj. 50,4%), prezentowało niezdecydowanie wobec doświadczanej choroby.

Integrowało się z nią (częściowo) 10 ankietowanych (27,8%), a izolowało (też częściowo) 8 badanych (21,8%). Wyniki skali MDC, jakie zostały otrzymane w trakcie drugiego badania tym samym narzędziem i tej samej grupy badawczej, po trzymiesięcznym okresie pobytu w ośrodku rehabilitacyjnym

**Tabela 1.** Ogólna postawa wobec choroby wśród badanych w czasie ich przyjęcia i wypisu z oddziału**Table 1.** Patients' general attitude towards their illnesses at the time of their admission to and discharge from a ward

Postawa wobec choroby wg skali MDC	Przyjęcie		Wypis		Istotność różnic	
	n	%	n	%	$\chi^2$	p
Częściowa izolacja	8	21,8	2	5,7	19,86	0,0000
Niezdecydowanie	18	50,4	15	43,9	0,03	0,8597
Częściowa integracja	10	27,8	18	50,4	2,03	0,0497
Ogółem	35	100	35	100	–	–

$\chi^2$  – wartość testu [Chi ( $\chi^2$ )]; p – wartość istotna statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ ; częściowa izolacja – całkowita suma punktów uzyskanych w Skali MDC mieściła się w przedziale 10–15 punktów; częściowa integracja – całkowita suma punktów uzyskanych w Skali MDC mieściła się w przedziale 21–26 punktów; niezdecydowanie – całkowita suma punktów uzyskanych w Skali MDC mieściła się w przedziale 16–20 punktów

**Tabela 2.** Wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na aspekty postawy badanych pacjentów w poszczególnych podskalach skali MDC**Table 2.** The influence of psychiatric rehabilitation on aspects of attitudes among patients measured in particular subscales of MDC scale

Uśrednione wartości punktowe skali MDC		Dane			
		Przyjęcie	Wypis	F	P
Aspekty postawy	Utożsamianie	3,74	4,2	6,919187	0,01272
	Refleksyjność	2,45	2,93	5,425732	0,025919
	Wartościowanie	2,68	3,26	4,36345	0,044276
	Wynik uśredniony	2,98	3,46	14,904	0,000482

wskazują na istotne zmiany w tym zakresie, o czym świadczy obliczona wartość p. Najmniej liczną grupę w trakcie tego badania stanowiły osoby częściowo izolujące doświadczenie choroby (2 osoby, tj. 5,7%), a najbardziej liczną (18 osób, tj. 50,4%) te, które takie doświadczenie integrowało (częściowo) z innymi doświadczeniami życiowymi. Nie uległa istotnej statystycznie zmianie liczebność grupy, która pomimo oddziaływań rehabilitacyjnych pozostawała niezdecydowana wobec swojej choroby ( $p = 0,8597$ ).

Pogłębiona analiza statystyczna pozwala potwierdzić lub wykluczyć związek między prezentowaną postawą wobec choroby, a udziałem w programie rehabilitacyjnym. Jest to tym razem analiza uwzględniająca nie tylko wynik uśredniony skali MDC (wskazujący na postawę ogólną) ale też wyniki uzyskiwane przez respondentów w wyszczególnionych przez autora narzędzia podskalach, będących jednocześnie aspektami postawy (tj. poznawczym, emocjonalnym i behawioralnym) (tab. 2).

Poziom prawdopodobieństwa testowego należy porównać z poziomem istotności  $\alpha$  (alfa) = 0,05. Jeśli  $p < \alpha$ , wynika z tego, że odrzucamy hipotezę zerową (hipotezę o braku wpływu rehabilitacji na postawę wobec choroby) i przyjmujemy hipotezę alternatywną (rehabilitacja zmienia pozytywnie

postawę pacjentów wobec choroby). Jak widać, w każdym badanym obszarze wartość p jest mniejsza niż 0,05, co potwierdza statystyczną istotność wpływu rehabilitacji na postawę wobec choroby jaką jest schizofrenia.

Aby potwierdzić lub wykluczyć związek innych zmiennych z postawą wobec choroby przeanalizowano związki wskaźników socjodemograficznych (płeć, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania, zamieszkiwanie) oraz wskaźników przebiegu choroby (tj. wiek pierwszej hospitalizacji, liczba hospitalizacji, czas trwania choroby, tempo hospitalizacji – liczba hospitalizacji w ciągu roku, rozpoznanie kliniczne, rodzaj zastosowanego leczenia farmakologicznego) z wyróżnionymi przez autora MDC wskaźnikami postawy wobec choroby. Wyniki przeprowadzonych analiz zamieszczono w tabelach 3 i 4. Z tabeli 3 wynika, że zmienne niezależne tj.: płeć, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania, dzielenie mieszkania, rozpoznanie kliniczne oraz stosowana farmakoterapia nie mają wpływu na postawę wobec choroby. Poziom istotności statystycznej w każdym przypadku jest większy od 0,05 ( $p > 0,05$ ). Jak widać w tabeli 4, żadna ze zmiennych niezależnych tj.: wiek pierwszej hospitalizacji, liczba hospitalizacji

**Tabela 3.** Wyniki korelacji analizowanych zmiennych  
**Table 3.** The effects of correlation of analysed variables

Zmienne niezależne		Postawa wobec choroby (przyjęcie — wypis)
Płeć	F	0,09
	p	0,77
Wykształcenie	F	1,74
	p	0,18
Stan cywilny	F	1,39
	p	0,26
Źródło utrzymania	F	0,92
	p	0,48
Miejsce zamieszkania	F	0,52
	p	0,48
Dzielenie mieszkania	F	1,19
	p	0,33
Rozpoznanie kliniczne	F	2,81
	p	0,12
Stosowana farmakoterapia	F	1,15
	p	0,36

F — statystyka testowa Fischera (służy jako wartość pomocnicza do obliczenia)

w okresie ostrym, czas trwania choroby, tempo hospitalizacji nie koreluje istotnie ze wskaźnikami postawy wobec choroby. Jak w analizie poprzedniej, poziom istotności statystycznej jest zawsze większy od 0,05.

### Dyskusja

Każda choroba jest dla człowieka swoistego rodzaju doświadczeniem, wobec którego prezentuje on określoną

postawę. Charakter tej postawy może być zdeterminowany wieloma czynnikami, takimi jak na przykład przebieg choroby (ostry, przewlekły), jej konsekwencje czy kontekst społeczny. Postawa wobec choroby wpływa na gotowość do podjęcia i kontynuowania leczenia, samoocenę, system wartości, czy subiektywnie odczuwaną jakość życia. Wydaje się, że choroba, jaką jest schizofrenia z uwagi na długofalowy, najczęściej remitujący przebieg, deficyty poznawcze, emocjonalne i społeczne jakie za sobą niesie czy wreszcie społeczne piętno jest doświadczeniem trudnym i niekiedy destabilizującym życie zarówno chorego jak i jego rodziny. To sprzyja jej izolowaniu od innych doświadczeń życiowych. Chorym często trudno jest przypisać jej jakieś pozytywne wartości, wypracować konstruktywny sposób postępowania. Wymaga to zaplanowanych i długoterminowanych oddziaływań, wśród których psychoterapia, psychoedukacja czy terapia kreatywna odgrywają znaczącą rolę.

Celem niniejszych badań było określenie postawy wobec choroby wśród osób, które otrzymały diagnozę schizofrenii, a które po przebytych ostrym jej epizodzie zostały włączone do programu rehabilitacji psychiatrycznej, realizowanej w oddziale stacjonarnym przez okres trzech miesięcy. Wykorzystując sondaż diagnostyczny, przebadano 35 respondentów dwukrotnie tym samym narzędziem badawczym, tj. skalą MDC w czasie ich przyjęcia i wypisu z oddziału. Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. W czasie przyjęcia na oddział połowa uczestników badania (tj. 50,4%) prezentowała niezdecydowanie wobec doświadczanej choroby, integrowało się z nią 27,8%, a 21,8% wskazywało na izolację w tym zakresie. Ponowne badanie po okresie trzech miesięcy dowodzi, że osób izolujących doświadczenie choroby było tylko dwie (tj. 5,7%). Wzrosła liczba ankietowanych integrujących chorobę schizofreniczną do 50,4%, a grupa, której postawę możemy określić jako niezdecydowaną nie uległa istotnej statystycznie zmianie ( $p = 0,8597$ ). Kolejne kroki analizy statystycznej utwierdzają w przekonaniu, że zastosowane oddziaływania rehabilitacyjne nie pozostały bez wpływu na badane skalą MDC aspekty postawy, tj. utóż-

**Tabela 4.** Współczynniki korelacji analizowanych zmiennych  
**Table 4.** The coefficient of correlation of analysed variables

Zmienne zależne		Zmienne niezależne — czynniki choroby			
		Wiek pierwszej hospitalizacji	Liczba hospitalizacji w okresie ostrym	Czas trwania choroby (w latach)	Tempo hospitalizacji (hosp./rok)
MDC (podskale)	Utożsamianie	0,05	-0,13	0	-0,07
	Refleksyjność	-0,1	0,11	-0,06	0,05
	Wartościowanie	0,3	-0,07	0,14	-0,16
Średnia z podskal MDC		0,14	0,04	0,03	-0,06

samianie, refleksyjność i sposób jej wartościowania. Poziom prawdopodobieństwa testowego w każdym badanym przypadku był wyższy od poziomu istotności alfa. Można również potwierdzić, że uwzględnione zmienne socjodemograficzne czy zmienne określające przebieg choroby w ocenie statystycznej nie wiązały się z postawą wobec choroby.

Podobne badania tj. dotyczące wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na postawy wobec choroby schizofrenicznej, z uwzględnieniem grupy kontrolnej (tj. pacjentów ambulatoryjnych nieuczestniczących w programie rehabilitacji) [7] potwierdziły, że obie grupy badawcze różniły się istotnie w zakresie dwóch analizowanych wskaźników postawy, tj. postawą ogólną wobec doświadczenia, jakim jest choroba schizofreniczna, oraz sposobem jej wartościowania. Aż połowę uczestników grupy kontrolnej charakteryzowała postawa izolująca doświadczenia wynikające z choroby, podczas gdy w grupie rehabilitowanej na izolację w tym zakresie wskazywało 24,3%. Widoczna różnica dotyczyła również integrowania się z chorobą. Tylko 17,6% osób niebiorących udziału w rehabilitacji integrowało doświadczenie schizofrenii z innymi doświadczeniami życiowymi, a w grupie rehabilitowanej było to 40,5%. Zdecydowana większość grupy kontrolnej, bo 82,4% nie przypisywała doświadczeniom związanym z ich chorobą psychiczną żadnych pozytywnych wartości i uczuć, w ten sam sposób określiło swój stosunek emocjonalny do schizofrenii 51,3% badanych rehabilitowanych [7].

Pankiewicz i wsp. [8] dokonując charakterystyki od-czuć nt. schizofrenii wśród osób, które otrzymały jej

rozpoznanie wskazują, że choroba ta jest w większości negatywnym doświadczeniem życiowym, ponieważ w samoocenie ankietowanych prowadzi do pogorszenia relacji z bliskimi i degraduje ich życie uczuciowe i religijne. Zróżnicowane postawy wobec choroby o przewlekłym przebiegu, ale podłożu somatycznym można również zaobserwować w badaniach zrealizowanych przez Chemperek i wsp. [9]. Wśród ankietowanych przeważała postawa twórczo-rozwojowa wobec choroby, szczególnie u kobiet z chorobą nowotworową, które chętniej stosowały się do zaleceń terapeutycznych. Natomiast wśród osób ze schorzeniem narządu ruchu i układu krążenia częściej obserwowano elementy postawy rezygnacyjno-destrukcyjnej, szczególnie wśród mężczyzn, co przejawiało się to mniejszą dyscypliną leczenia i brakiem działań o charakterze prozdrowotnym.

Konkluzją zaprezentowanych rozważań może być stanowisko Kępińskiego [10], które jednoznacznie wskazuje, że abstrahowanie od subiektywności chorego, jego emocji, przekonań i zachowań w stosunku do stanu, jakim jest choroba psychiczna ogranicza, a nawet wyklucza szanse powodzenia oddziaływań terapeutycznych.

#### Wniosek

Schizofrenia jest trudnym i dezintegrującym doświadczeniem życiowym. Udział w programie rehabilitacyjnym ułatwia jednak poznawczą, behawioralną i emocjonalną integrację tego doświadczenia z innymi doświadczeniami życiowymi.

#### Streszczenie

**Wstęp:** Każda choroba jest dla człowieka swoistego rodzaju doświadczeniem życiowym, wobec którego prezentuje on określoną postawę wyrażającą się w sposobie jej wartościowania, wiedzy na jej temat czy wreszcie sposobie zachowania/reagowania w jej sytuacji. Schizofrenia z uwagi na długofalowy przebieg i niewątpliwie negatywny kontekst społeczny bywa często doświadczeniem trudnym i izolowanym przez chorego. Subiektywność w tym zakresie ma istotne znaczenie dla wielu aspektów jego życia (osobistego, zawodowego, społecznego). Determinuje też w dużej mierze jego gotowość do leczenia. Celem podjętych badań było określenie wpływu rehabilitacji psychiatrycznej realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego na postawę wobec choroby.

**Materiał i metody:** Badaniem objęto 35 osób, które otrzymały diagnozę schizofrenii i które po leczeniu w stacjonarnym na oddziale ogólnopsychiatrycznym uczestniczyły w trzymiesięcznym programie rehabilitacji po raz pierwszy. Wykorzystując metodę sondażu diagnostycznego, zastosowano technikę ankiety, a narzędziem badawczym była skala Moje Doświadczenie Choroby. Otrzymane wyniki poddano analizie statystycznej.

**Wyniki:** Zastosowane metody analizy statystycznej wskazują, że rehabilitacja psychiatryczna wpłynęła pozytywnie na postawę ogólną wobec schizofrenii oraz badane jej aspekty. Szczególnie widoczne zmiany zaobserwowano w zakresie izolacji i integracji doświadczenia choroby. Podjęte działania spowodowały zmniejszenie liczebności grupy osób izolujących ją i wzrost liczebności grupy, która podjęła trud jej integracji.

**Wniosek:** Sukcesywnie realizowana rehabilitacja psychiatryczna ułatwia chorym integrację doświadczenia schizofrenii.

**Psychiatria 2014; 11, 2: 114-119**

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, postawa wobec choroby, rehabilitacja psychiatryczna

**Piśmiennictwo**

1. Gruszczynski W., Tsirigotis K. Hierarchia wartości u osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną. *Psychiatria Polska* 2000; 34 (2): 235–248.
2. Opoczyńska M. Kim jestem? Doświadczenie choroby psychicznej, a stawanie się sobą. Możliwości osobowego rozwoju w schizofrenii. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002; 182.
3. Wciórka J. Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 1998.
4. Wciórka J. Postawy chorych wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej po pierwszej hospitalizacji. *Psychiatria Polska* 1996; 30 (1): 5–16.
5. Wciórka J. Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 2. Skala "moje doświadczenie choroby" (MDC). *Psychiatria Polska* 1996; 30 (3): 397–414.
6. Żołnierczuk-Kieliszek D., Żak B. Reakcje uczuciowe chorych na schizofrenię wobec swojej choroby. Postawy otoczenia społecznego wobec schizofreników. *Ann. UMCS Sect. D* 2002; 57 (1): 82.
7. Skorupska A., Czyżowicz K. Wpływ rehabilitacji psychiatrycznej na postawę wobec choroby wśród osób z diagnozą schizofrenii. W: Turowski K., Paluszkiewicz P., Spisacka S. (red). *Problemy osób niepełnosprawnych. PWSZ im. Papieża Jana Pawła II, Biała Podlaska* 2007; 29–32.
8. Pankiewicz P., Mankowicz M., Dziurkowski M. Poglądy i odczucia nt. własnej choroby u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej na podstawie badań ankietowych. *Badania nad schizofrenią* 2004; V (5): 464–465.
9. Chemperek E., Patyrak J., Wieczorski M. Analiza postaw pacjentów wobec choroby. *Zdrowie Publiczne*. 2008; 118 (3): 259–263.
10. Kępiński A. *Schizofrenia*. Wyd. PZWL, Warszawa 1972.