

Maciej Skibiński

POMOC PSYCHOLOGICZNA W MODELU POZNAWCZO –
BEHAWIORALNYM. WSTĘPNE WYNIKI BADAŃ EFEKTYWNOŚCI
U CHORYCH Z PRZEWLEKŁYM WIRUSOWYM ZAPALENIEM
WĄTROBY TYPU C LECZONYCH PRZECIWWIRUSOWO

Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych UM w Poznaniu
Kierownik Kliniki: Jacek Juszczyk

W pracy przedstawiono wstępne wyniki badań nad wpływem krótkoterminowej psychoterapii poznawczo – behawioralnej na jakość życia chorych na pzwzC w czasie leczenia przeciwwirusowego. Terapia grupowa nie podnosi jakości życia, terapia indywidualna z zaleceniem dalszej, samodzielnej pracy podnosi jakość życia w 3 i 6 miesiącu leczenia, nieformalne wsparcie społeczne podnosi jakość życia przez cały czas leczenia.

Słowa kluczowe: HCV, psychoterapia poznawczo – behawioralna, jakość życia, terapia interferonem alfa2

Key words: HCV, cognitive – behavioral therapy, quality of life, alpha 2 interferon treatment

WSTĘP

W trakcie terapii antywirusowej przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (pzwzC) u około 30-40% chorych pojawiają się objawy neurotoksyczne o charakterze psychiatrycznym. Najczęstsze z nich to depresja, bezsenność i drażliwość (1). Samemu zakażeniu towarzyszy obniżenie jakości życia (*Quality Of Life* - QOL), a w trakcie leczenia ulega ona dodatkowemu pogorszeniu z powodu m.in. wcześniej wymienionych objawów. Dzięki trwałej odpowiedzi na leczenie - QOL wzrasta (2).

W związku z wysokim prawdopodobieństwem wystąpienia obniżenia nastroju osób leczonych, ważną kwestią jest stwierdzenie, czy wcześniej występująca depresja jest przeciwwskazaniem do wdrożenia leczenia antywirusowego. Poglądy są tutaj podzielone – część autorów uważa, że tak (1). Jak zauważył Lang i in., wcześniejsze wystąpienie depresji i/lub uzależnienia nie jest zapowiedzią możliwości wystąpienia epizodu depresji w czasie leczenia (3), choć jego obserwacje dotyczą małej grupy – 29 chorych. Niektórzy autorzy twierdzą,

że dzięki interdyscyplinarnej opiece z możliwością zastosowania leków antydepresyjnych można włączać do leczenia osoby z depresją w wywiadzie i uczestników substytucyjnych programów metadonowych (4). Również sami chorzy postulują dostępność do grup wsparcia i możliwości łagodzenia objawów pojawiających się w czasie terapii (5).

Dotychczas, w literaturze przedmiotu brak jest wzmianek o wpływie interwencji psychoterapeutycznych na QOL chorych zakażonych HCV. Dane z piśmiennictwa z zakresu psychoonkologii (6) i na temat HIV/AIDS (7) wskazują, że związek taki w tych grupach istnieje.

Celem pracy było oszacowanie wpływu zmiennych psychologicznych, w tym i uczestnictwa w programie psychoterapii, na jakość życia chorych z pzwzC w trakcie leczenia przeciwwirusowego.

MATERIAŁ I METODY

METODA TERAPII: Istotą terapii poznawczo – behawioralnej jest pomaganie chorym w radzeniu sobie z problemami przez modyfikowanie dysfunkcjonalnego myślenia i zachowania. Pacjent we współpracy z terapeutą uczy się zmieniania swoich myśli, przekonań, wyobrażeń i zachowań, dzięki czemu zdobywa przynajmniej częściowy wpływ na swój nastój i zależne od niego reakcje fizjologiczne (8).

Szczególnym przypadkiem podejścia z zakresu nurtu poznawczo – behawioralnego jest program *Simontona*, stosowany w onkologii od wczesnych lat 70. Jest to program terapii grupowej z możliwością dodatkowej interwencji w kontakcie indywidualnym. Według tego autora podstawowym celem jest poprawa jakości życia poprzez zmniejszenie poziomu stresu związanego z chorobą. Zagadnienia poruszane w czasie terapii grupowej mają charakter psychoedukacyjny w celu nauczania uczestników samodzielnego radzenia sobie z problemami psychologicznymi związanymi z chorobą (9).

Na początku, w trakcie interaktywnej dyskusji, pacjenci poznają sposób radzenia sobie ze stresem i kryzysami emocjonalnymi. Jest to uproszczona wersja pisemnej racjonalnej samoanalizy zaproponowanej przez *Maultsby'ego* (10). Polega ona na rozpoznaniu niezdrowych przekonań wywołujących kryzys i przeformułowaniu ich na zdrowsze. Pacjent otrzymuje formularz z zapisem samoanalizy i utrwała sobie nowe, zdrowe myśli redukujące stres.

Kolejna sesja dotyczy relaksacji i pracy z wyobraźnią. Po wstępnej relaksacji pacjenci otrzymują sugestie, by wyobrażali sobie procesy zdrowienia, zachodzące dzięki współdziałaniu stosowanego leczenia i naturalnych, działających w ich organizmach, procesów samoleczenia. Celem takich zabiegów jest odprężenie i koncentracja na pozytywnych aspektach leczenia i radzenia sobie z chorobą (9, 11).

Kolejne sesje dotyczą nadziei i znaczenia przypisywanego chorobie, rozpoznawania wzorców reagowania w sytuacjach stresowych, planu zdrowienia i roli zabawy w zdrowieniu. W czasie tych sesji uczestnicy uczą się, iż niezależnie od stanu zdrowia somatycznego mają prawo i możliwość cieszyć się życiem (9).

ORGANIZACJA TERAPII I BADAŃ. Do programu badawczego włączono grupę 108 pacjentów (mężczyźni n=61 (57%), kobiety n=47 (43%)) z pzwz C, w wieku od 19 do 69 lat (mediana 49 lat), leczonych w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych UM w Poznaniu oraz

w Poradni Wirusowego Zapalenia Wątroby ZOZ Poznań – Stare Miasto, zakwalifikowanych do leczenia przeciwwirusowego pegylowanym interferonem z rybawiryną.

U wszystkich pacjentów przed leczeniem zbadano poziom QOL za pomocą zmodyfikowanego kwestionariusza WHOQOL-Bref (12). W ramach modyfikacji usunięto podskale środowiska, a rozbudowano o dodatkowe pytania podskale psychologiczną. Zbadano także umiejscowienie poczucia kontroli nad zdrowiem (LOC) za pomocą kwestionariusza MHLC-B (*Multidimensional health locus of control scale*) w polskiej adaptacji *Juczyńskiego* (13), subiektywne natężenie objawów pzwzC za pomocą kwestionariusza opracowanego przez *Bolewską* (14) oraz subiektywne natężenie objawów depresji przy pomocy inwentarza depresji *Becka*.

Pacjenci zostali następnie podzieleni na 2 grupy na zasadzie doboru ochotniczego. Grupa A, n=63 (w tym kobiet n=31 (49%) i mężczyzn n=32 (51%)) to pacjenci odmawiający uczestnictwa w grupowych zajęciach terapeutycznych, korzystający wyłącznie z leczenia przeciwwirusowego. Grupa B, n=45 (w tym kobiet n=16 (36%) i mężczyzn n=29 (64%)) to pacjenci, którzy zgłosili się do programu terapii grupowej.

Grupowe zajęcia terapeutyczne odbywały się na terenie Kliniki Chorób Zakaźnych UM w Poznaniu dla pacjentów hospitalizowanych w celu wdrożenia leczenia – a więc odbywały się w czasie pierwszych 2 tygodni terapii. Na pełen program zajęć składały się cztery trzygodzinne sesje, ogółem 12 godzin. Dodatkowo pacjenci z obu grup mieli możliwość korzystania z konsultacji indywidualnych poza grupą, z czego skorzystały 22 osoby. W 8 przypadkach z 22 terapia indywidualna miała charakter interwencji w kryzysie, na zakończenie tych spotkań chorzy otrzymali formularze RSA z zapisem sesji. Uczestnicy zajęć grupowych otrzymywali również materiały z opisem i przykładem metody radzenia sobie z kryzysem emocjonalnym, a od 10 miesiąca trwającego 17 miesięcy programu badawczo – terapeutycznego również płytę CD z nagraniem treningu relaksacyjnego i sugestiami do pracy z wyobraźnią.

W dalszej części programu pacjenci wypełniali kwestionariusze w 3 i 6 miesiącu leczenia oraz kwestionariusz końcowy po zakończeniu leczenia tj. po 12 miesiącach. W 3 i 6 miesiącu mierzono następujące zmienne: jakość życia, natężenie objawów depresyjnych, subiektywne natężenie ubocznych objawów terapii antywirusowej, ilość źródeł wsparcia i częstotliwość wykonywania treningu relaksacyjnego i/lub pracy z wyobraźnią. W kwestionariuszu końcowym mierzono jakość życia, natężenie objawów depresyjnych, umiejscowienie poczucia kontroli nad zdrowiem, subiektywne natężenie objawów ubocznych terapii antywirusowej, ilość źródeł wsparcia i częstotliwość wykonywania treningu relaksacyjnego i/lub pracy z wyobraźnią.

Analizę statystyczną przeprowadzono stosując program *Statistica for Windows*, wersja 5.0 i stosując współczynnik Spearmana dla analizy korelacji.

WYNIKI

Dane demograficzne oraz wartości badanych zmiennych przed rozpoczęciem leczenia u obu grup zebrano w tabeli I.

Zaprezentowane w tabeli II istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami dotyczą pracy zawodowej, umiejscowienia poczucia kontroli nad zdrowiem oraz schorzeń współ-

Tabela I. Charakterystyka badanych grup
Table I. Characteristic of the study populations

		Grupa A: n=63 (bez terapii)		Grupa B: n=45 (terapia grupowa)	
		Liczność	%	Liczność	%
Wykształcenie	wyższe	9	14,75	6	13,64
	średnie	33	54,10	27	61,36
	zawodowe	14	22,95	7	15,91
	podstawowe	5	8,20	4	9,09
	brak danych	2	3,28	1	2,27
Praca zawodowa	pracujący	14	22,22	23	63,89
	niepracujący	21	33,33	13	36,11
	brak danych	28	44,45	9	25,00
Stan cywilny	w związku małżeńskim lub partnerskim	27	81,82	31	86,11
	wolny	6	15,15	5	13,89
	brak danych	30	90,91	9	25,00
Terapia indywidualna	tak	15	23,81	7	15,56
	nie	48	76,19	38	84,44
Otrzymany zapis terapii ind.	tak	4	6,35	4	8,89
	nie	59	93,65	41	91,11
Schorzenia współistniejące	nie	33	52,38	13	28,89
	tak	30	47,62	32	71,11
		Mediana, zakres	Odch.Std	Mediana, zakres	Odch.Std
Wiek		49 (19-66)	13,18	49 (21-69)	12,10
Lata od diagnozy		5 (1-16)	3,67	3,5 (1-11)	3,49
Leczenie (które z kolei)		1 (1-3)	0,54	1 (1-3)	0,61
Jakość życia	HRQOL	3,00 (1,00-4,00)	0,81	3 (1-5)	0,97
	FIZQOL	3,40 (1,60-4,60)	0,78	3,60 (1,60-4,60)	0,63
	PSYQOL	3,38 (2,08-4,54)	0,63	3,46 (2,38-4,23)	0,48
	SPOŁQOL	4,00 (2,00-5,00)	0,67	4,00 (3,00-5,00)	0,67
Depresja		7 (0-39)	8,12	9 (0-35)	7,73
LOC	W	25 (14-33)	4,25	27 (14-34)	4,03
	I	28 (6-36)	6,92	31 (14-35)	4,46
	P	24 (11-36)	6,02	26 (15-35)	4,56
Objawy wzw		20,5 (0-52)	11,97	21 (7-41)	8,19

Legenda:

HRQOL: Jakość życia związana ze zdrowiem; FIZQOL: Jakość życia zależna od zdrowia; PSYQOL: psychologiczna jakość życia; SPOŁQOL: Jakość życia w obszarze kontaktów społecznych; LOC: Umiejscowienie poczucia kontroli nad zdrowiem; W: Nasilenie przekonania o własnym wpływie na stan zdrowia; I: nasilenie przekonania, że stan zdrowia zależy od innych osób; P: nasilenie przekonania, że stan zdrowia zależy od czynników przypadkowych.

istniejących. Osoby decydujące się na udział w terapii grupowej częściej były aktywne zawodowo ($R=-0,24$ $p=0,04$), częściej chorowały na schorzenia współistniejące (w trakcie leczenia przeciwwirusowego lub wcześniej) ($R=0,23$ $p=0,01$) a także miały silniejsze przekonanie o tym, że mają wpływ na stan swojego zdrowia ($R=0,33$ $p=0,00$). Osoby korzystające z terapii indywidualnej miały niższą jakość życia w obszarze psychologicznym ($R=0,38$ $p=0,00$) i fizycznym ($R=0,34$ $p=0,001$), bardziej nasilone objawy depresyjne ($R=-0,30$ $p=0,02$), nie doceniały wpływu innych ludzi na stan swojego zdrowia (np. personelu medycznego) ($R=0,38$ $p=0,00$) i przeceniały wpływ przypadku na stan zdrowia ($R=-0,39$ $p=0,00$). (tab.II)

Tabela II. Istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą chorych, którzy skorzystali z terapii w porównaniu z grupą kontrolną

Table II. Statistically significant differences between group of patients participating in therapy and the control group

		n	R Spearmana	poziom p
Terapia grupowa	Aktywność zawodowa	71	-0,24	0,04
	Przekonanie o własnej odpowiedzialności za stan zdrowia	105	0,33	0,00
	Inne schorzenia	108	0,23	0,01
Terapia indywidualna	Fizyczna jakość życia	63	0,34	0,01
	Psychologiczna jakość życia	63	0,38	0,00
	Depresja	63	-0,30	0,02
	Przekonanie, że inni są odpowiedzialni za stan zdrowia	61	0,38	0,00
	Przekonanie, że stan zdrowia zależy od przypadku	61	-0,39	0,00

Z korelacji zebranych w tabeli III wynika, że w trzecim miesiącu leczenia osoby, które korzystały z terapii indywidualnej i otrzymały formularz z konstruktywnymi, zdrowymi przekonaniami, miały wyższą jakość życia w obszarze psychologicznym ($R=-0,51$ $p=0,00$) i mniej nasilone objawy depresyjne ($R=0,50$ $p=0,00$). (tab. III)

Pacjenci podający więcej źródeł wsparcia również mieli wyższą jakość życia na poziomie psychologicznym ($R=0,23$ $p=0,03$). Osoby korzystające z terapii grupowej i/lub indywidualnej bez otrzymania formularzy ze zdrowymi przekonaniami miały niższą jakość życia (grupowa: $R=-0,24$ $p=0,03$; indywidualna: $R=0,32$ $p=0,01$) i bardziej nasilone objawy depresyjne (grupowa: $R=-0,29$ $p=0,01$; indywidualna: $R=0,43$ $p=0,00$) w porównaniu z osobami nie uczestniczącymi w terapii. Silniejsze przekonanie o wpływie przypadku na stan zdrowia (zmienna P) wiąże się z obniżoną jakością życia ($R=-0,30$ $p=0,02$) i bardziej nasilonymi objawami depresyjnymi ($R=0,26$ $p=0,04$).

W szóstym miesiącu leczenia osoby, które otrzymały formularze ze zdrowymi przekonaniami (RSA) oraz pacjenci podający korzystanie z większej liczby źródeł wsparcia mają wyższą jakość życia w obszarze kontaktów społecznych (RSA: $R=0,35$ $p=0,01$; wsparcie: $R=0,32$ $p=0,01$). Silniejsze przekonanie o własnym wpływie na stan zdrowia (zmienna W) wiąże się z lepszą jakością życia na poziomie psychologicznym ($R=0,47$ $p=0,00$) i słabiej nasilonymi objawami depresyjnymi ($R=-0,46$ $p=0,00$). Przekonanie o wpływie przypadku

Tabela III. Istotnie statystycznie korelacje pomiędzy zmiennymi psychologicznymi w przebiegu leczenia

Table III. Statistically significant correlations between psychological variables during the course of treatment

	Zestawiane zmienne (BD usuwane parami)	n	R Spear- man	poziom p
III miesiąc terapii	Terapia indywidualna i poziom depresji	67	-0,43	0,00
	Terapia indywidualna i psychologiczna jakość życia	67	0,32	0,01
	Terapia indywidualna i jakość życia na poziomie społecznym	67	0,25	0,04
	Przekonanie o wpływie przypadku na zdrowie i poziom depresji	66	0,26	0,04
	Przekonanie o wpływie przypadku na zdrowie i psychologiczna jakość życia	66	-0,30	0,02
	Udział w terapii grupowej i poziom depresji	84	0,29	0,01
	Udział w terapii grupowej i psychologiczna jakość życia	84	-0,24	0,03
	Terapia indywidualna z formularzem RSA i psychologiczna jakość życia	59	-0,51	0,00
	Terapia indywidualna z formularzem RSA i poziom depresji	59	0,50	0,00
	Liczba źródeł wsparcia i psychologiczna jakość życia	84	0,23	0,03
VI miesiąc	Przekonanie o wpływie przypadku na zdrowie i psychologiczna jakość życia	42	-0,32	0,04
	Przekonanie o wpływie przypadku na zdrowie i jakość życia na poziomie społecznym	42	-0,52	0,00
	Terapia indywidualna z formularzem RSA i jakość życia na poziomie społecznym	62	0,35	0,01
	Liczba źródeł wsparcia i jakość życia na poziomie społecznym	62	0,32	0,01
	Przekonanie o własnej odpowiedzialności za stan zdrowia i poziom depresji	42	-0,46	0,00
	Przekonanie o własnej odpowiedzialności za stan zdrowia i jakość życia na poziomie społecznym	42	0,47	0,00
Zakończenie – XII miesiąc	Częstotliwość relaksacji i poziom depresji	46	0,62	0,00
	Częstotliwość relaksacji i psychologiczna jakość życia	46	-0,61	0,00
	Częstotliwość relaksacji i jakość życia na poziomie społecznym	46	-0,38	0,01
	Terapia indywidualna i poziom depresji	46	0,32	0,03
	Terapia indywidualna i psychologiczna jakość życia	46	-0,32	0,03
	Terapia indywidualna z formularzem RSA i poziom depresji	46	0,36	0,01
	Terapia indywidualna z formularzem RSA i psychologiczna jakość życia	46	-0,46	0,00
	Terapia indywidualna z formularzem RSA i jakość życia na poziomie społecznym	46	-0,39	0,01
	Liczba źródeł wsparcia i przekonanie o wpływie przypadku na zdrowie w 12 mies. leczenia	46	-0,34	0,02
	Liczba źródeł wsparcia i jakość życia na poziomie społecznym	46	0,54	0,00
	Udział w terapii grupowej i poziom depresji	46	0,33	0,03
Udział w terapii grupowej i psychologiczna jakość życia	46	-0,30	0,05	

na stan zdrowia (P) wiąże się z obniżeniem jakości życia na poziomie psychologicznym ($R=-0,32$ $p=0,04$) i społecznym ($R=-0,52$ $p=0,00$).

Na zakończenie leczenia utrzymuje się jedynie powiązanie wsparcia z wyższą jakością życia na poziomie społecznym ($R=0,54$ $p=0,00$) i zmniejszeniem przekonania o wpływie przypadku na stan zdrowia ($R=-0,34$ $p=0,02$). Osoby, które korzystały z terapii na początku leczenia i częściej korzystają z treningu relaksacyjnego i/lub pracy z wyobraźnią, mają niższą jakość życia (grupowa: $R=-0,30$ $p=0,05$; RSA: $R=-0,46$ $p=0,00$; relaksacja: $R=0,61$ $p=0,00$) i bardziej nasilone objawy depresyjne (grupowa: $R=0,33$ $p=0,03$; RSA: $R=0,36$ $p=0,01$; relaksacja: $R=0,62$ $p=0,00$).

DYSKUSJA

W odróżnieniu od badań z obszaru psychoonkologii i HIV/AIDS, w trakcie tego programu chorzy byli poddawaniu ciągłemu, neurotoksycznemu działaniu interferonu z rybawiryną. Jak wskazują wyniki, krótkoterminowa interwencja w pierwszych dwóch tygodniach leczenia nie jest wystarczająca, by poprawić jakość życia chorych. Wyjątkiem jest tutaj interwencja w kryzysie według procedury Maultsby'ego (10), która z punktu widzenia czasu trwania kontaktu z psychoterapeutą jest terapią krótkoterminową. Na zakończenie takiej sesji pacjent otrzymuje jej zapis, gdzie wyszczególnione są tzw. zdrowe przekonania. Jest to materiał do dalszej, samodzielnej pracy pacjenta – i z tego punktu widzenia jest to terapia długoterminowa (o ile pacjent stosuje się do zaleceń). Zauważalny jest też wpływ innych zmiennych psychologicznych na nasilenie objawów depresyjnych i jakość życia – najdłużej utrzymuje się wpływ wsparcia. Daje to wskazówkę, że być może program psychoterapii długoterminowej z grupą wsparcia będzie bardziej efektywny.

W pracach empirycznych na temat wpływu zmiennych psychospołecznych na jakość życia osób przewlekle chorych zakażenie pojawiają się doniesienia na temat ważnej roli wsparcia społecznego. Im rozleglejsza sieć wsparcia społecznego u kobiet żyjących z HIV, tym lepszy stan ich zdrowia psychicznego i ogólna QOL (15). U osób żyjących z HCV niski poziom wsparcia społecznego koreluje z nasileniem dolegliwości fizycznych oraz wiąże się z nasileniem niepokoju i objawów depresyjnych a także wyższym odsetkiem współistniejących zaburzeń o charakterze psychiatrycznym (16). W czasie sterowanych dyskusji grupowych dotyczących oceny jakości opieki i skutków ubocznych leczenia pacjenci z pzwzC uskarżali się na brak wystarczającego wsparcia społecznego (5).

Absolwenci grupowych zajęć terapeutycznych są z nich zadowoleni, zawiązały się też tam nieformalne, „korytarzowe” grupy wsparcia funkcjonujące przez cały czas leczenia. Pomimo tego, że grupowe zajęcia nie dały oczekiwanych efektów, wielu uczestników dzięki nim przezwyciężyło swoją, wspomnianą przez innych autorów (17) niechęć do kontaktu z psychiatrą czy psychologiem.

PODSUMOWANIE

1. Krótkoterminowa terapia grupowa stosowana w pierwszych dwóch tygodniach leczenia przeciwwirusowego nie poprawia jakości życia pacjentów zakażonych HCV.
2. Wczesna interwencja psychoterapeutyczna w kontakcie indywidualnym zachęca pacjenta

do dalszej samodzielnej pracy z wykorzystaniem zapisu przebiegu sesji, a uzyskana dzięki niej poprawa QOL utrzymuje się do VI miesiąca leczenia.

3. Najtrwalsze efekty (zmniejszenie nasilenia objawów depresyjnych i poprawa jakości życia) dają stałe korzystanie z możliwie wielu źródeł wsparcia.

M. Skibiński

COGNITIVE – BEHAVIORAL MODEL OF PSYCHOSOCIAL COUNSELING. PRELIMINARY OUTCOMES OF EFFICACY RESEARCH IN HEPATITIS C PATIENTS DURING ANTIVIRAL TREATMENT

SUMMARY

OBJECTIVE: To examine impact of psychological variables, including cognitive – behavioral therapy, on quality of life and depression during treatment. **METHODS:** The following research instruments were used: WHOQOL-Bref (modified), Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC-B), The Beck Depression Inventory, Hepatitis C Symptoms Questionnaire and Interferon Side Effects Questionnaire. A group of 45 patients participated in group cognitive – behavioral psychotherapy at the beginning of treatment, 63 were the control group. 22 patients attended individual psychotherapy, 8 of them received records of the session for further work on their own. **MAIN OBSERVATIONS:** Short-term group psychotherapy does not increase the quality of life, but the individual therapy does. Long-term unprofessional support is the most efficient. **RESULTS:** Increased number of support sources correlates with better quality of life in the 3rd ($R=0,23$, $p=0,03$), 6th ($R=0,32$, $p=0,01$) and 12th ($R=0,54$, $p=0,00$) month of treatment. Participation in individual psychotherapy correlates with better quality of life in the 6th month of treatment ($R=0,35$, $p=0,001$).

CONCLUSIONS: Quality of life in hepatitis C patients during antiviral treatment is increased more effectively by the long term social support than by short-term cognitive – behavioral psychotherapy.

PIŚMIENNICTWO

1. Fontana R, J. Neuropsychiatric Toxicity of Antiviral Treatment in Chronic Hepatitis C. *Dig Dis*. 2000;18:107-16.
2. Bernstein D, Kleinman L, Barker CM, i in. Relationship of health-related quality of life to treatment adherence and sustained response in chronic hepatitis C patients. *Hepatology* 2002;35:704-8.
3. Lang JP, Halleguen O, Vecchionacci V, i in. Reflections on the treatment of EDM in hepatitis C virus patients treated with interferon alpha from a retrospective survey concerning 29 patients. *Encephale* 2003;29:273-7.
4. Schaefer M, Schmidt F, Folwaczny C, i in. Adherence and mental side effects during hepatitis C treatment with interferon alfa and ribavirin in psychiatric risk groups. *Hepatology* 2003; 37(2):443-51.
5. Fraenkel L, McGraw S, Wongcharatrawee S, i in. Patients' experiences related to anti-viral treatment for hepatitis C. *Patient Education and Counseling* 2006;62:148-55.
6. Carlson LE, Bultz BD. Benefits of psychosocial oncology care: Improved quality of life and medical cost offset. *Health Qual Life Outcomes* 2003;1:8. <http://www.hqlo.com/content/1/1/8>
7. Feldmann TB. Psychotherapy with AIDS patients. *J Ky Med Assoc* 1989;87:368-70.
8. White CA. Cognitive behavioral principles in managing chronic disease. *West J Med* 2001;175:338-42. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=11694487>

9. Simonton C, Henson R, Hampton B. Jak żyć z rakiem i go pokonać. Łódź: Wyd. Ravi: 2003: 74-120.
10. Maultsby M. Racjonalna terapia zachowania. Podręcznik psychoterapii. Poznań: Fundacja Alterna: 1992: 194-220.
11. Roffe L, Schmidt K, Ernst E. A systematic review of guided imagery as an adjuvant cancer therapy. *Psychooncology* 2005;14:607-17.
12. Wołowicka L, Jaracz K. Polska wersja WHOQOL – WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka, L. (red.) Jakość życia w naukach medycznych. Poznań: Wyd. Uczelniane AM: 2001: 235-266.
13. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa: Wyd. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego: 2001.
14. Bolewska B. Ocena odległych wyników leczenia interferonem alfa chorych na przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu C. Praca doktorska, Poznań: 1999. (niepublikowane).
15. Gielen AC, McDonnell KA, Wu AW, i in. Quality of life among women living with HIV: the importance violence, social support, and self care behaviors. *Soc Sci Med* 2001;52:315-22.
16. Blasiolo JA, Shinkunas L, Labrecque DR, i in. Mental and physical symptoms associated with lower social support for patients with hepatitis C. *World J Gastroenterol* 2006;12:4665-72.
17. Czarnecki M, Inglot M, Małyszczak K, i in. Zaburzenia neuropsychiatryczne u osób zakażonych HCV – obserwacje własne. *Przeegl Epidemiol* 2005;59:431-8

Otrzymano: 23.07.2007 r.

Adres autora:

Maciej Skibiński

Katedra I Klinika Chorób Zakaźnych UM w Poznaniu

ul. Św. Wincentego 2, 61-003 Poznań

tel. +48 61 8790256, fax +48 61 8773687,

e-mail: maciejskib@tlen.pl