

## **Między zdrowiem a schizofrenią**

### **Between health and schizophrenia**

Magdalena Tyszkowska, Marek Jarema

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

#### **Summary**

The article, based on the literature review, presents actual concerns on prognosis and opportunity to achieve recovery in persons with schizophrenia. Catamnestic long-term studies published during last decades more often indicated a favorable course of schizophrenia than it was in the past. One explanation may be the progress in pharmacotherapy, which allows the achievement of a better outcome in the treatment. On the other hand, the researchers have been committed to more detailed studies on the course of schizophrenia by more frequently repeated public testimonials of the ill persons, which forced the prognosis to be more optimistic. A good example is the discussion about the recovery in schizophrenia and the change in perception of the disease, despite differences in the attitudes between clinicians and patients. Seeing the opportunity to conduct a normal life in spite of serious mental disease is challenging for patients and their relatives, as well for psychiatrists and therapists. It motivates to overcome the limitations that the disease brings and the barriers in society.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, zdrowienie, powrót do zdrowia, rokowanie

**Key words:** schizophrenia, recovery, prognosis

#### **Wstęp**

Schizofrenia jest postrzegana jako poważna, przewlekła i trudna do leczenia choroba psychiczna, a doświadczające jej osoby jako znacznie zaburzone, trudne w kontakcie, niekontrolujące swojego zachowania, często agresywne i nieprzewidywalne. W takim ujęciu można przypuszczać, że powrót do zdrowia po przebyciu choroby psychicznej takiej jak schizofrenia jest bardzo trudny.

Rozpoznanie schizofrenii niesie ze sobą konsekwencje personalne, medyczne, prawne i społeczne. Zgodnie z obowiązującymi obecnie w psychiatrii zasadami rozpoznania to powinno opierać się na spełnianiu kryteriów diagnostycznych ICD-10 lub DSM-IV [1, 2]. Obiektywizacja i standaryzacja rozpoznania wydaje się konieczna, nawet jeśli widoczne są ich niedoskonałości, takie jak upraszczanie i ujednocianie terminologii. Schizofrenia (zaburzenia z kręgu schizofrenii) od dawna opisywana była jako choroba niejednorodna, o zmiennym obrazie klinicznym, zróżnicowanym przebiegu, stosunkowo często wymykająca się jednoznacznej ocenie. Dopiero rzetelne,

zgodne z aktualnie obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi, udokumentowanie rozpoznania schizofrenii u osób badanych upoważnia do porównywania wyników różnych badań i wnioskowania o występowaniu różnych typów przebiegu schizofrenii, rokowaniu i częstości występowania powrotu do zdrowia [3].

W przeszłości dominował pesymistyczny obraz schizofrenii wzmocniony niezadowolającymi efektami leczenia, ponurym wizerunkiem szpitali psychiatrycznych i sceptycyzmem psychiatrów. Obserwowany u poszczególnych pacjentów korzystny przebieg choroby i pomyślne rokowanie nasuwały raczej podejrzenie pomyłki diagnostycznej niż rozpoznanie pełnej remisji czy powrotu do zdrowia. W ostatnich dziesięcioleciach, wraz z postępem farmakoterapii, można zauważyć powolną zmianę w podejściu do rokowania w schizofrenii. Dokonujące się przemiany w świadomości społecznej, głównie u osób z rozpoznaniem schizofrenii oraz ich rodzin, coraz bardziej przekonujące dowody na nierzadkie przypadki „powrotu do zdrowia” w schizofrenii przyczyniły się do wzbudzenia zainteresowania badaczy zjawiskiem i procesem zdrowienia w schizofrenii.

Osiągnięcie stanu pełnego zdrowia i jego utrzymanie nie jest łatwe. Zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) [4] zdrowie to stan pełnego dobrostanu fizycznego, umysłowego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy ułomności. Zdrowie psychiczne – jako integralna część zdrowia człowieka – oznacza stan, w którym osoba potrafi poradzić sobie ze zwykłymi trudnościami życiowymi, jest zdolna pracować i uczestniczyć w życiu swojej społeczności. Ogólna definicja zdrowia według WHO mówiąca o dobrostanie wprowadza pewną utopijność. Człowiek doświadczający bólu i cierpienia, w żałobie, w trudnych okresach fizjologicznych, jak ciąża, poród, doświadczający wewnętrznych rozterek, konfliktów nie jest w stanie dobrostanu, ale też nie jest chory [5]. Podziałowi na zdrowych i chorych, podejściu dychotomicznemu przeciwstawia się Aaron Antonovsky w swojej teorii salutogenetycznej. Zakładając, że w realnym życiu poruszamy się po kontinuum stanów między zdrowiem a chorobą, Antonovsky kieruje uwagę na poszukiwanie i wspieranie czynników, które sprzyjają zdrowieniu, ponieważ naturalną tendencją jest dążenie do zdrowia [6].

Normy zdrowia psychicznego, podobnie jak fizycznego, mają swój zakres, a ich granice są często nieostre. Kryteria diagnostyczne i metody oceny stanu psychicznego, pomimo prób standaryzacji, nadal są przyczyną sporów wśród samych psychiatrów. Obiektywne „zmierzenie” zdrowia psychicznego jest trudne. Stan pełnego zdrowia nie jest jednoznacznie określonym punktem pomiarowym, naturalne jest poruszanie się po pewnym obszarze pomiędzy zdrowiem a chorobą w czasie całego życia. Dodatkowo należy uwzględnić, że zdrowie dynamicznie zmienia się pod wpływem różnych czynników, zarówno związanych z chorobą, jak i od niej niezależnych [6]. Paradoksalnie, przy uwzględnieniu podejścia holistycznego zawierającego ocenę zdrowia psychicznego i fizycznego z ich wzajemnymi powiązaniem, końcowy werdykt: „zdrowy czy chory” staje się jeszcze trudniejszy.

### **Rokowanie w schizofrenii**

Przez dziesięciolecia opisy przebiegu schizofrenii koncentrowały się na epizodach psychotycznych i postępującej degradacji psychicznej. Obserwowany korzystny prze-

bieg choroby i pomyślnie jej zejście u poszczególnych pacjentów skłaniały raczej do podważania wcześniejszej diagnozy.

Początkowo Emil Kraepelin (1899 r.) postrzegał chorobę *dementia praecox* jako nieodwracalnie postępującą psychiczną degradację. W późniejszych latach wykazywał już mniejszy pesymizm, dostrzegając możliwość różnego przebiegu choroby z nie zawsze jednakowo niepomyślnym zejściem [7]. Eugen Bleuler dopuszczał już możliwość poprawy stanu psychicznego w schizofrenii poza okresami psychotycznymi, ale nigdy jako powrót do stanu wyjściowego sprzed zachorowania [8]. Wprowadzenie chloropromazyny (1952 r.) przyniosło chwilowe złudzenie, że schizofrenię będzie można u niektórych pacjentów wyleczyć, a remisja będzie powszechnie dostępna dla pacjentów, pod warunkiem odpowiednio wcześniej wprowadzonego systematycznego leczenia.

Zmiana w podejściu do rokowania w schizofrenii następowała stopniowo – ze skrajnie pesymistycznego po bardziej wyważone, uwzględniające realia terapii i możliwości korzystnego zejścia choroby. Problemem do rozwiązania pozostawało oszacowanie częstości występowania poszczególnych wariantów przebiegu choroby, głównie pod kątem korzystnego lub niekorzystnego zejścia. W przeprowadzonych badaniach na temat wyzdrowienia i rokowania w schizofrenii autorzy często ustalali kryteria dobrego zejścia choroby na potrzeby konkretnego badania, stąd trudności w porównaniu wyników. Poczynione obserwacje potwierdzały dużą niejednorodność obrazu i przebiegu choroby.

Manfred Bleuler twierdził, że w czasie pierwszych 5 lat od zachorowania u około 50% pacjentów następuje pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego, które w kolejnych latach nie pogłębia się [9]. W metaanalizie 320 badań przeprowadzonej przez Hegarty'ego i wsp. wykazano, że średnio po 6 latach leczenia około 50% pacjentów uzyskuje stan znacznej poprawy lub wyzdrowienia [10]. Podobnie Harding i wsp. donoszą o naturalnej stabilizacji przebiegu po średnio 32 latach, kiedy to 50–60% chorych na schizofrenię doświadcza wyzdrowienia lub znacznej poprawy [11]. Obserwowano zjawisko całkowitej, wieloletniej remisji objawów, która pojawiła się po 10-letnim okresie powtarzających się licznych epizodów psychotycznych bez pełnych remisji pomiędzy epizodami [10–13]. Davidson i wsp. na podstawie przeglądu piśmiennictwa podają, że 20–65% pacjentów cechuje korzystny przebieg choroby [14].

Harrison i wsp. na podstawie 15- i 25-letniej obserwacji grupy 644 pacjentów chorych na schizofrenię przedstawili w prosty, schematyczny sposób 8 podstawowych wariantów przebiegu choroby, biorąc pod uwagę trzy elementy: początek choroby (ostry lub skryty), przebieg (jeden epizod lub wiele epizodów) i zejście (dobre lub złe) [13]. Dobre zejście oznaczało wyzdrowienie spełniające kryteria Bleulera, a zejście złe, że utrzymywały się średnio lub znacznie nasilone objawy w okresach pomiędzy wyraźnymi epizodami psychotycznymi [3, 15]. Zgodnie z tymi kryteriami około 68% chorych miało korzystny przebieg choroby. Wśród nich byli chorzy, którzy przebyli tylko jeden epizod psychotyczny o ostrym (5%) lub skrytym początku (10%), a następnie uzyskali całkowitą remisję objawów. Kolejna grupa chorych o dobrym rokowaniu (około 29%), pomimo przebycia wielu epizodów psychotycznych, uzyskiwała stan całkowitej remisji objawów w okresach pomiędzy nawrotami. Pozostałe 23% pacjen-

tów z dobrym rokowaniem przeżyło wiele epizodów psychotycznych, ale o skrytym początku, a w okresach pomiędzy nawrotami nie uzyskiwali oni całkowitej remisji objawów. Pomimo tego w tej grupie chorych po wielu latach choroba stabilizowała się i następowała całkowita remisja objawów. W kolejnych przedstawionych schematach przebiegi choroby są podobne, ale różnią się epilogiem, który jest niekorzystny. W czasie 15-letniej katamnezy u 32% pacjentów nie obserwowano okresów powrotu do stanu zdrowia sprzed zachorowania [13].

Dotychczasowe podejście klinicystów praktycznie nie uwzględniało możliwości powrotu do zdrowia w schizofrenii i wynikało w dużym stopniu z rzadkich obserwacji pacjentów pozostających w długotrwałej remisji, bez objawów chorobowych i normalnie funkcjonujących. Na co dzień psychiatrzy obserwują głównie pacjentów w pogorszonym stanie psychicznym, którzy wymagają pomocy. Chorzy będący w długotrwałej remisji zwykle nie szukają kontaktu z psychiatrą [16]. Przy tworzeniu klasyfikacji diagnostycznej DSM-III pesymizm klinicystów – co do możliwości osiągnięcia pełnego powrotu do stanu zdrowia sprzed zachorowania – został wyrażony wprost: „(...) jest to zjawisko tak rzadkie, że głównie skłania do podawania w wątpliwość wcześniejszej diagnozy schizofrenii” [17]. Mimo tego badania katamnetyczne dostarczały danych potwierdzających nierzadkie występowanie pełnego powrotu do zdrowia i normalnego funkcjonowania u pewnej grupy pacjentów z dobrze udokumentowaną diagnozą schizofrenii [11, 17, 18].

Oszacowanie częstości występowania pełnego powrotu do zdrowia w schizofrenii przysparza trudności z powodu braku ustalonych kryteriów, zarówno co do zakresu oceny, jak i czasu trwania. Analiza danych z badań opublikowanych w ostatnich 50 latach wskazuje na dużą rozpiętość uzyskiwanych wyników – od 6 do 67% [19].

Ocena funkcjonowania chorych w opinii wielu badaczy powinna w znaczący sposób wpływać na prognozowanie przebiegu choroby i rokowanie długoterminowe [20–23]. Zaburzenia funkcjonowania często decydują o braku zdolności chorych do samodzielnego życia, w pewnym stopniu niezależnie od nasilenia objawów.

Hegarty i wsp. na podstawie metaanalizy publikacji z 320 badań stwierdzili, że w ostatnich latach obserwuje się poprawę rokowania i łagodniejszy przebieg schizofrenii w porównaniu z okresem przed wprowadzeniem neuroleptyków. W badaniach z lat 1956–1985 donoszono o korzystnym zejściu choroby u 48,5% pacjentów w porównaniu z 35,4% w latach 1895–1955. W ostatnich dekadach, od lat 70., podawane częstości występowania korzystnego rokowania w schizofrenii ponownie obniżyły się do 36,4%. Wyjaśnieniem tych fluktuacji może być coraz większa skuteczność stosowanego leczenia oraz zmiany, które nastąpiły w opiece psychiatrycznej. Z drugiej strony zmodyfikowane zostały kryteria diagnostyczne, które początkowo pozwalały na włączenie do analiz pacjentów z rozpoznaniem z szerokiego spektrum zaburzeń z kręgu schizofrenii, a następnie zostały ograniczone ściśle do schizofrenii. Niektórzy badacze twierdzą, że chorzy z rozpoznaniem psychozy z kręgu schizofrenii charakteryzują się korzystniejszym przebiegiem choroby i lepszym rokowaniem w porównaniu z osobami ze schizofrenią paranoidalną [10].

### Zdrowienie z perspektywy chorych na schizofrenię

Definiowanie pojęcia wyzdrowienia (powrotu do zdrowia) w schizofrenii przysparza trudności. Wyzdrowienie (recovery) różni się od wyleczenia (cure) i uzdrowienia (healing), które w przypadku schizofrenii nadal pozostają obietnicą niemożliwą do spełnienia; oznaczałoby ono całkowity powrót do stanu sprzed zachorowania i trwałe uwolnienie od choroby. W latach 80. długotrwałe utrzymujący się negatywny obraz i bardzo pesymistyczne rokowanie w schizofrenii zostały skonfrontowane z aktualną wiedzą i coraz częstszymi optymistycznymi publicznymi relacjami pacjentów, którzy żyli pełnym życiem pomimo rozpoznania schizofrenii [24, 25]. Wyniki wieloletnich badań obserwacyjnych nad przebiegiem i rokowaniem w schizofrenii potwierdzają, że zarówno remisja, jak i wyzdrowienie są możliwe i nie tak rzadkie, jak wcześniej sądzono [10, 11, 13, 26].

Obecnie powrót do zdrowia w schizofrenii u niektórych chorych wydaje się celem realnym do osiągnięcia. Oznacza uwolnienie od objawów, powrót do normalnego funkcjonowania i życie na jednym z możliwych do osiągnięcia poziomów normy [25, 27]. Przyjmując perspektywę pacjenta, za wskaźnik wyzdrowienia i jednocześnie cel powrotu do zdrowia w schizofrenii można uznać autonomię w funkcjonowaniu osobistym i społecznym [20, 27]. Wyzdrowienie w schizofrenii nie jest stanem trwałym – ulega wpływom czynników wewnętrznych i zewnętrznych, może tracić swój status w czasie [26]. Pogorszenie zdrowia psychicznego może być ogólne lub dotyczyć poszczególnych zakresów (objawów, funkcjonowania, samopoczucia). Możliwość dynamicznych zmian wokół stanu wyzdrowienia przypomina poruszanie się po wspomnianym kontinuum między chorobą a zdrowiem [6].

Jak dotąd nie ma jednej, powszechnie zaakceptowanej, specyficznej definicji powrotu do zdrowia w schizofrenii. Różni badacze, dostrzegając złożoność zjawiska, proponują definicje i kryteria oceny dotyczące poszczególnych etapów i różnych zakresów procesu zdrowienia – jak poprawa objawowa, funkcjonalna, dobre samopoczucie [18, 21, 23, 28]. Powrót do zdrowia w schizofrenii najczęściej jest złożony i długotrwały, podlega wpływom wielu czynników – jest procesem dynamicznym, zmieniającym się w czasie. W ogólnym ujęciu może być traktowany jako wynik lub proces, analizowany od strony naukowej lub od strony konsumenckiej. Optymalnie powinien łączyć wszystkie wymienione aspekty.

Jacobson i Greenley zaproponowały model wyzdrowienia w schizofrenii, w którym czynniki wewnętrzne (doświadczane przez osobę zdrowiejącą) i zewnętrzne (zdeterninowane warunkami środowiskowymi) kształtują proces zdrowienia. Wśród czynników wewnętrznych wymieniły nadzieję, umacnianie, zdrowienie i więzi społeczne. Za czynniki zewnętrzne (środowiskowe), które wpływają na proces zdrowienia, autorki uznały respektowanie praw człowieka, sprzyjającą atmosferę społeczną i zorientowany na wspieranie zdrowienia system opieki psychiatrycznej [25].

Lieberman i wsp. zauważyli, że rozumienie wyzdrowienia w schizofrenii wśród badaczy, klinicystów i pacjentów może się różnić. Badacze postrzegają wyzdrowienie jako dłużej trwającą remisję, klinicyści – raczej jako powrót do normalnego ogólnego funkcjonowania, a pacjenci – powrót do pełnego życia i funkcjonowania bez przyjmo-

wania leków psychotropowych. Uwzględniając różne podejścia, autorzy przedstawili wyzdrowienie jako stan zależny od licznych czynników, które działają poprzez cztery podstawowe domeny: remisję objawów, niezależne życie, zdolność do pracy lub nauki oraz bliskie relacje społeczne [29].

Davidson i wsp. podjęli próbę wyodrębnienia podstawowych psychologicznych składowych procesu zdrowienia: odnowienie nadziei i zaangażowania, „przedefiniowanie siebie”, akceptację choroby, zaangażowanie w znaczące aktywności, walkę ze stygmatyzacją, przejmowanie kontroli, umacnianie, radzenie sobie z objawami, uzyskiwanie wsparcia od innych. Nie jest ciągle jasne, czy – odwołując się do istnienia etapów w procesie zdrowienia – konieczne jest przechodzenie ich po kolei, czy można niektóre ominąć i pomimo tego osiągnąć powrót do zdrowia [14, 30].

Wyróżniano też obiektywne i subiektywne wymiary powrotu do zdrowia. Obiektywne dotyczą rozwiązywania problemów wynikających z samej choroby, a subiektywne – doświadczeń życiowych pacjenta. Powrót do zdrowia w wymiarze obiektywnym oznacza remisję objawów, powrót do pracy w pełnym wymiarze godzin czy podjęcie studiów. Zdrowienie w wymiarze subiektywnym podzielić można na dwie domeny. Pierwsza związana jest z postrzeganiem własnej osoby (szacunkiem i poczuciem własnej wartości, odrzuceniem stygmatyzacji), zaś druga dotyczy dostrzegania własnych możliwości życiowych. Wyróżnienie odrębnych, częściowo niezależnych wymiarów pozwala na pełniejsze odzwierciedlenie procesu zdrowienia. Poprawa w zakresie jednego wymiaru, przykładowo objawów, nie musi oznaczać poprawy w drugim wymiarze, np. zwiększenia nadziei na satysfakcjonujące życie. Z kolei istnienie odrębności domen w wymiarze subiektywnym tłumaczy zjawisko m.in. współwystępowania wysokiego poczucia własnej wartości pomimo niezadowolenia z pracy i miejsca zamieszkania albo postrzeganie jakości własnego życia jako zależnej od działań innych osób [30, 31].

Wśród etapów powrotu do zdrowia wyodrębniano fazy odzyskiwania nadziei, brania osobistej odpowiedzialności i radzenia sobie z życiem [32]. Andresen i wsp. w zdrowieniu wyodrębnili dokonujące się u pacjenta cztery główne procesy: odzyskanie nadziei, odbudowanie tożsamości, znalezienie sensu życia i wzięcie odpowiedzialności za swój powrót do zdrowia [33].

Wood i wsp. na podstawie wywiadów z osobami zdrowiejącymi z psychozy wyselekcjonowali 50 zagadnień charakteryzujących proces zdrowienia i rozdzielili je pomiędzy cztery kategorie: wpływ na zdrowie psychiczne (zmniejszenie nasilenia objawów, zmiana emocjonalna), zmiana siebie i adaptacja (zmiana osobista, behawioralna), przedefiniowanie społeczne (zmiana zawodowa, związki i zachowania społeczne), indywidualne mechanizmy radzenia sobie (wsparcie i leczenie, zrozumienie i kontrola). W badaniu oceniano subiektywne doświadczenie zdrowienia, a zwłaszcza jego powiązania z objawami [34].

Jacobson i wsp., na podstawie relacji chorych w „stanie wyzdrowienia”, proponowali cztery fazy zdrowienia: rozpoznawania problemu, przekształcania „ja”, pogodzenia się z możliwościami systemu opieki psychiatrycznej oraz wyjścia naprzeciw innym [25]. W koncepcjach tych zwraca uwagę znaczenie idei umacniania (empowerment) w procesie powrotu do zdrowia. Umacnianie koncentruje się na pozytywach – zdrowiu

zamiast chorobie, na mocnych stronach zamiast słabościach, na wspieraniu i współpracy, samodzielnemu i partnerstwie [25, 35].

### **Chory na schizofrenię, który „wrócił do zdrowia”**

Anthony jako jeden z pierwszych (1993 r.) zaproponował definicję pojęcia zdrowienia w poważnych chorobach psychicznych uwytatniającą perspektywę pacjenta. Według niego „powrót do zdrowia” to osobisty proces zmiany postaw, wartości, uczuć, ról, który prowadzi do prowadzenia satysfakcjonującego, pełnego nadziei i zaangażowania życia pomimo ograniczeń spowodowanych chorobą [36].

Warner reprezentuje pogląd, że największą przeszkodą w powrocie do społeczeństwa są trudności w zatrudnieniu i to powinno być wskaźnikiem pełnego powrotu do zdrowia [37]. Pacjenci oceniani przez klinicystów jako będący w remisji często nie funkcjonują dobrze na co dzień, pozostają nadal wykluczeni z głównego nurtu życia społecznego [38].

Pacjenci i ich rodziny są skłonni przyjmować najbardziej optymistyczne scenariusze przebiegu schizofrenii. Pojawiają się ostrzeżenia, żeby – ze względu na szacunek dla pacjentów i zobowiązanie do wyrażania opinii lekarskiej w oparciu tylko o udowodnioną wiedzę – nie składać obietnic bez pokrycia. Nie wszyscy chorzy mogą osiągnąć wyzdrowienie pomimo zastosowania adekwatnego leczenia. Dla niektórych pacjentów uzyskanie satysfakcjonującej remisji objawowej lub funkcjonalnej nie będzie możliwe. Kierowanie do chorych i ich bliskich wyważonej, przemyślanej komunikacji na temat możliwości poprawy urealni oczekiwania, pozwoli uniknąć rozczarowań i załamania [27, 39].

### **Podsumowanie**

Podsumowując dotychczasowe rozważania na temat możliwości powrotu do zdrowia w schizofrenii, można postawić pytanie: co oznacza „chory na schizofrenię w remisji”? Remington i Kapur odpowiadają, że pacjenci w długotrwałej remisji często pozostają osobami z deficytem poznawczym, w izolacji społecznej, bezrobotni i wykluczeni [40]. Osiągnięta przez pacjenta remisja, powrót do zdrowia w schizofrenii nie oznacza końca działania – oznacza dalszą walkę o utrzymanie zdrowia i odpowiednią jego jakość. W takim kontekście chory na schizofrenię zawsze będzie chory. Zdobyczą niech będzie optymizm i nadzieja – w wielu przypadkach choroba nie musi oznaczać marginalizacji społecznej, przekreślenia wszystkich planów życiowych i rezygnacji z dążenia do satysfakcji z życia. Świadomość tej możliwości otwiera na działanie, szukanie motywacji do zmagania się z chorobą i barierami w środowisku. Powinny one zastąpić pesymizm, rezygnację i bierność tam, gdzie jeszcze dominują – wśród chorych na schizofrenię, w środowisku terapeutycznym i społecznym. Do tego powinien dążyć optymalny model opieki uwzględniający aktywności chorego na schizofrenię w jego środowisku.

## Wnioski

Schizophrenia nie oznacza choroby na całe życie; możliwe jest osiągnięcie dobrego stanu zdrowia i prowadzenie satysfakcjonującego życia.

Do oceny poprawy stanu zdrowia w schizofrenii konieczne jest uwzględnienie zarówno obiektywnych przesłanek, jak i subiektywnych odczuć pacjenta.

Elastyczne podejście do perspektywy powrotu do zdrowia w schizofrenii pozwala na implementację optymalnego modelu opieki nad chorym na schizofrenię.

## Между здоровьем и шизофренией

### Содержание

На основании литературного обзора в предлагаемой работе представлены размышления над современными воззрениями на тему прогноза и возможности возвращения к здоровью больных шизофренией. Проводимые в последних годах катамнестических исследований больных шизофренией, чаще указывают на благоприятный болезненный процесс у определенной числа пациентов, нежели о том предполагалось. Объяснением этого явления может быть, с одной стороны, прогресс в лечении этого заболевания, который дает все лучшие результаты фармакологического воздействия на здоровье больных. Со второй стороны, все более частое публичные признания больных шизофренией, которые возвратились к здоровью, наклонили исследователей к более тщательной обсервации течения шизофрении и, в результате, до изменения прогнозирования на более благоприятное. Рассуждения о возвращении к здоровью и процессе выздоровления при шизофрении несмотря на различия в клиническом подходе к больным, свидетельствует о изменении к подходу к этому заболеванию. Указание на возможность больными проводить нормальный ход жизни мимо болезни является для больных и их близких большой сатисфакцией, также и для психиатров и терапевтов. Это обстоятельство мотивирует противостояние против ограничений которое оказывает болезнь, делает больного активным в общественной среде.

**Ключевые слова:** шизофрения, выздоровление и возвращение к нормальной жизни в обществе, прогноз

## Zwischen Gesundheit und Schizophrenie

### Zusammenfassung

Gestützt auf die Literaturübersicht wurden in dem Artikel die Erwägungen über die zeitgenössischen Ansichten zum Prognostizieren und Wiederherstellung der Gesundheit der Schizophrenie Kranken besprochen. Die in den letzten zehn Jahren durchgeführte katamnestic Studie an der Schizophrenie weist häufiger auf den positiven Verlauf der Krankheit bei einer gewissen Gruppe der Patienten hin, als man es früher glauben konnte. Die Erklärung dafür kann einerseits der Fortschritt in der Pharmakotherapie sein, der immer bessere Behandlungsergebnisse ermöglicht. Andererseits veranlassen die Wissenschaftler die immer häufigeren Aussagen der Kranken Personen, die wieder gesund wurden, zu einer genaueren Beobachtung des Verlaufs von Schizophrenie und in der Folge zur positiveren Veränderung beim Prognostizieren. Die Rede von der Wiederherstellung der Gesundheit und vom Genesungsprozess in der Schizophrenie zeugt, trotz der Unterschiede in der Einstellung der klinischen Ärzte und der Kranken, von der Veränderung beim Betrachten der Krankheit. Die Möglichkeit des zufriedenstellenden Lebens der Kranken trotz der Krankheit ist eine Aufforderung für die Kranken, ihre Nächsten, für Psychiater und Therapeuten. Das ist eine Motivation dafür, die Beschränkungen zu bewältigen, die aus der Krankheit und Hindernissen in der Umgebung resultieren.

**Schlüsselwörter:** Schizophrenie, Genesung, Wiederherstellung der Gesundheit, Prognostizieren



## Entre la santé et la schizophrénie

### Résumé

En basant sur la revue de littérature l'article présente les réflexions concernant les opinions récentes quant au pronostique de guérir des personnes souffrant de la schizophrénie. Les recherches catamnétiques à long terme de dernières dix années indiquent plus souvent le cours plus favorable de schizophrénie qu'auparavant. On peut expliquer ce phénomène par le progrès de la pharmacothérapie qui rend ma guérison plus accessible. D'autres parts les aveux et les témoignages publics des personnes connues qui confirment leur guérison incitent les cliniciens à observer de plus près la schizophrénie et à pronostiquer d'une manière plus optimiste. Parler de la guérison de la schizophrénie c'est attester le changement de sa perception, malgré l'existence de la différences du point de vue des patients et des cliniciens. La possibilité de mener la vie satisfaisante par les personnes malades malgré leur maladie est un défi pour les malades, pour leur familles et leurs psychiatres et thérapeutes. Cela les mobilise à dépasser les limitations résultant de la maladie et du milieu.

**Mots clés.** Schizophrénie, guérison, pronostic

### Piśmiennictwo

1. Dąbrowski S. red. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych - rewizja dziesiąta ICD-10, rozdział V*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994. oraz WHO ICD-10 online versions [www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en](http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en) dostęp 30.06.2013.
2. Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Wciórka J. red. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2008.
3. Modestin J, Huber A, Satirli E, Malti T, Hell D. *Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler's study reconsidered*. Am. J. Psychiatry 2003; 160 (12): 2202–2208.
4. Definicja zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia, [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en](http://www.who.int/topics/mental_health/en) dostęp 30.06.2013.
5. Dąbrowski K. *W poszukiwaniu zdrowia psychicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1996.
6. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
7. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia*. Edinburgh: ES Livingston; 1919.
8. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. New York: International University Press; 1950.
9. Bleuler M. *A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia*. W: Rosenthal D, Ketty S. red. *The transmission of schizophrenia*. New York: Pergamon Press; 1968. s. 3–12.
10. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Wateraux C, Oepen G. *One hundred years of schizophrenia: meta-analysis of the outcome literature*. Am. J. Psychiatry 1994; 151: 1409–1416.
11. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. *The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: longterm outcome of subjects who retrospectively met DSM III criteria for schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1987; 144 (6): 727–735.
12. Ciompi L. *Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics*. Schizophr. Bull. 1980; 64: 606–618.
13. Harrison G, Hopper K, Craig T i in. *Recovery from psychotic illness: A 15- and 25-year international follow-up study*. Br. J. Psychiatry 2001; 178: 506–517.
14. Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, Andres-Hyman R. *Remission and recovery in schizophrenia: practitioner and patient perspectives*. Schizophr. Bull. 2008; 34 (1): 5–8.

15. Bleuler M. *The schizophrenic disorders: long-term patient and family studies (1972)*. London: Yale University Press; 1978.
16. Cohen P, Cohen J. *The clinician's illusion*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 1178–1182.
17. Kopelowicz AJ. *Using recovery principles to define treatment goals. American Psychiatric Association 161st Annual Meeting, May 3–5, 2008*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2008 .
18. Robinson DG, Woerner MG, McMeninan M, Mendlowitz A, Bilder RM. *Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder*. Am. J. Psychiatry 2004; 161: 473–479.
19. Faerden A, Nesvag R, Marder SR. *Definitions of the term "recovered" in schizophrenia and others disorders*. Psychopathology 2008; 41: 271–278.
20. Harvey PD, Bellack AS. *Toward a terminology for functional recovery in schizophrenia: is functional remission a valuable concept?* Schizophr. Bull. 2009; 35 (2): 300–306.
21. Lambert M, Naber D, Schacht A, Wagner T, Hundemer HP, Karow A, Huber CG, Suarez D, Haro JM, Novick D, Dittmann RW, Schimmelmann BG. *Rates and predictors of remission and recovery during 3 years in 392 never-treated patients with schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 2008; 118: 220–229.
22. Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. *Validating measures of real world outcome: the results of the VALERO expert survey and RAND panel*. Schizophr. Bull. 2011; 37 (2): 334–343.
23. Wunderink L, Sytema S, Nienhuis FJ, Wiersma D. *Clinical recovery in first-episode psychosis*. Schizophr. Bull. 2009; 35 (2): 362–369.
24. Andresen R, Caputi P, Oades L. *Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness*. Aus. N. Z. J. Psychiatry 2006; 40: 972–980.
25. Jacobson N, Greenley D. *What is recovery? A conceptual model and explication*. Psychiatr. Serv. 2001; 52 (4): 482–485.
26. Torgalsboen AK, Rund BR. *Maintenance of recovery from schizophrenia at 20-year follow-up: What happened?* Psychiatry 2010; 73 (1): 70–83.
27. Bellack AS. *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications*. Schizophr. Bull. 2006; 32 (3): 432–442.
28. Petersen L, Thorup A, Øqhlenschlaeger J, Christensen TØ, Jeppesen P, Krarup G, Jørgensen P, Mortensen EL, Nordentoft M. *Predictors of remission and recovery in a first-episode schizophrenia spectrum disorder sample: 2-year follow-up of the OPUS Trial*. Can. J. Psychiatry 2008; 53 (10): 660–670.
29. Liberman RP, Kopelowicz A. *Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century*. Int. Rev. Psychiatry 2002; 14: 245–255.
30. Lysaker PH, Buck KD. *Is recovery from schizophrenia possible? An overview of concepts evidence and clinical implications*. Prim. Psychiatry 2008; 15 (6): 50–65.
31. Resnick SG, Fontana A, Lehman AF, Rosenheck RA. *An empirical conceptualization of the recovery orientation*. Schizophr. Res. 2005; 75: 119–128.
32. Noordsy D, Torrey W, Mueser K, Mead S, O'Keefe C, Fox L. *Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition*. Int. Rev. Psychiatry 2002; 14 (4): 318–326.
33. Andresen R, Oades L, Caputi P. *The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model*. Aust. N. Z. J. Psychiatry 2003; 37: 586–594.
34. Wood L, Price J, Morrison A, Haddock G. *Konceptualizacja zdrowienia z psychozy: perspektywa pacjenta*. Psychiatr. Dypl. 2011; 8 (1): 27–32.

35. Anczewska M, Roszczyńska-Michta J. *O umacnianiu pacjentów w procesie zdrowienia*. W: Anczewska M, Wciórka J. red. *Umacnianie – nadzieja czy uprzedzenia*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2007. s. 68–82.
36. Anthony WA. *Explaining “psychiatric rehabilitation” by an analogy to “physical rehabilitation”*. Psychosoc. Rehabil. J. 1988; 5(1): 61–65.
37. Warner R. *Recovery from schizophrenia and the recovery model*. Curr. Opin. Psychiatry 2009; 22 (4): 374–380.
38. Shrivastava A, Johnston M, Shah N, Bureau Y. *Redefining outcome measures in schizophrenia: integrating social and clinical parameters*. Curr. Opin. Psychiatry 2010; 23 (2): 120–126.
39. Eberhard J, Levander S, Lindström E. *Remission in schizophrenia: analysis in a naturalistic setting*. Compr. Psychiatry 2009; 50: 200–208.
40. Remington G, Kapur S. *Remission: what’s in a name?* Am. J. Psychiatry 2005; 162 (12): 2393–2934.

Adres : Magdalena Tyszkowska  
III Klinika Psychiatryczna IPiN  
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 9

Otrzymano: 20.03.2012  
Zrecenzowano: 15.09.2012  
Otrzymano po poprawie: 17.10.2012  
Przyjęto do druku: 19.06.2013