

Relacje społeczne przed wybuchem choroby a przebieg schizofrenii przez okres 20 lat

Premorbid social relationships and the course of schizophrenia in a 20-year follow-up study

Andrzej Cechnicki¹, Anna Bielańska²,
Aleksandra Arciszewska-Leszczuk³, Aneta Kalisz¹, Piotr Błądziński¹,
Artur Daren¹, Dagmara Mętel¹, Dawid Kruk²

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Psychiatrii Środowiskowej

² Stowarzyszenie na rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej,
Pracownia Badań nad Schizofrenią, Kraków

³ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Psychologii, Sopot

Summary

Aim. An important dimension indicating a growing risk of psychosis outbreak and its subsequent unfavorable course is deteriorating social functioning, especially the lack of sufficient social relationships. The aim of the study was to evaluate the association of the quality of social contacts and the scope of support system before the onset of the illness with treatment outcomes in clinical and social dimension in various time intervals of the 20-year illness course.

Method. During the first hospitalization, an 80-person group living in Krakow and suffering from schizophrenia was selected, diagnosed according to DSM-IV-TR criteria and examined six times: at admission and discharge during first hospitalization, after 3, 7, 12 and 20 years. The analysis involved 55 persons (69% of the group included to the study) who went through all the examinations over a period of 20 years. Two-factor analysis of variance was used with one grouping factor (social contacts) and one repeated measures factor (follow-ups) for the results of GAF, BPRS, DSM-III Axis V and a series of simple linear regressions for the associations between these outcome indicators and the Surtees' *Index of Social Support*.

Results. Satisfactory, positive contacts before the outbreak of the illness translated, especially after 20 years, into better general and social functioning and fewer symptoms, especially

negative ones. A wider social support before the outbreak was associated with better general and social functioning of patients and lesser severity of general, positive and negative symptoms; however, in this last case the effect disappeared after 20 years.

Conclusions. The quality and scope of social contacts before the outbreak of the illness, especially satisfactory relationship in non-familial milieu, are an important prognostic factor of a many-year beneficial clinical and social course of psychoses from the schizophrenia group

Słowa kluczowe: schizofrenia, badania prospektywne, czynniki rokownicze, relacje społeczne

Key words: schizophrenia, prospective studies, predictors, social relationships

Wstęp

Istotnym obszarem wskazującym na narastające ryzyko wybuchu psychozy i jej późniejszego niekorzystnego przebiegu jest pogarszające się funkcjonowanie społeczne, a szczególnie deficyt relacji społecznych. W prospektywnych obserwacjach przebiegu psychoz z grupy schizofrenii, zarówno krótkich, jak i odległych w czasie, udowodniono związek gorszego funkcjonowania i przystosowania społecznego przed pierwszym epizodem z niekorzystnym klinicznym i społecznym przebiegiem i wynikiem leczenia [1–6]. W poszukiwaniu istotnych wskaźników dobrego przystosowania społecznego wskazywano najczęściej na dobre wcześniejsze relacje społeczne i stabilność szkolną lub zawodową. Badania Häfnera i an der Heiden [7], podsumowane przez Häfnera [8, 9], udowadniają, że funkcjonowanie społeczne, dla którego wskaźnikiem są dobre relacje społeczne przed wybuchem choroby, różnicuje populację przyszłych chorych, determinując jednocześnie korzystny i niekorzystny przyszły przebieg i stan końcowy choroby. Już we wczesnych europejskich katamnezach Ciompi i Müller [10] stwierdzali, że z korzystnym przebiegiem schizofrenii należy łączyć dobrze zintegrowaną, stabilną, przystosowaną osobowość, co wyrażałoby się przed wybuchem psychozy posiadaniem szerokich kontaktów społecznych poza rodziną generacyjną, przystosowaniem seksualnym, posiadaniem życia rodzinnego i dobrą integracją zawodową. W późniejszym przeglądzie badań nad głównymi czynnikami rokowniczymi przyszłego przebiegu schizofrenii Hubschmid i Ciompi [11] za najważniejsze uznali zdolność do nawiązywania kontaktów społecznych i umiejętność kształtowania związków z płcią przeciwną.

Przykładowo w badaniu Ericksona i wsp. [12] relacje społeczne były czynnikiem rokowniczym krótkoterminowego przebiegu pierwszego epizodu schizofrenii. Badano dwie grupy z użyciem wywiadu (*Interview Schedule for Social Interaction*), który zawierał trzy wymiary: (1) sieć społeczną, (2) dostępność i ilość społecznych relacji z rodziną, przyjaciółmi, kolegami oraz (3) otrzymywane wsparcie w bliskich relacjach. Przed wybuchem psychozy pacjenci z diagnozą schizofrenii mieli znacząco mniej bliskich relacji i były one mniej satysfakcjonujące niż relacje osób z psychozą schizoafektywną i osób zdrowych, a także posiadali mniej przyjaciół w sieci społecznej niż osoby zdrowe. Posiadanie relacji pozarodzinnych było związane z lepszą prognozą dla obu grup z zaburzeniami psychotycznymi. Cannon i wsp. [13] porównywali funkcjonowanie społeczne osób przed wybuchem schizofrenii, osób z chorobą afektywną dwubiegunową (ChAD) i osób zdrowych, używając

Skali Społecznego Przystosowania Przedchorobowego (Premorbid Social Adjustment Scale). Osoby z diagnozą schizofrenii wykazywały się znacząco słabszym przystosowaniem w okresie dzieciństwa i adolescencji, zarówno w socjalizacji, jak i w przystosowaniu szkolnym w porównaniu z badanymi z ChAD i osobami zdrowymi. Strous i wsp. [14] w retrospektywnym badaniu oceniali grupy z diagnozą schizofrenii i zaburzeń schizoafektywnych przed pierwszym epizodem, korzystając ze *Skali Przystosowania Przedchorobowego (Premorbid Adjustment Scale)*. W okresie między dzieciństwem a adolescencją u około 80% badanych nie stwierdzano zmiany w zakresie funkcjonowania społecznego aż do okresu adolescencji, kiedy pogorszenie wystąpiło szczególnie w grupie mężczyzn. W okresie przed wybuchem psychozy wyniki u jednej trzeciej badanych wskazywały na słaby stopień socjalizacji i większe wycofanie z relacji. Badani w tej grupie osiągnęli też gorsze wyniki leczenia w porównaniu z grupą z lepszym przystosowaniem przed wybuchem choroby. W wielośrodkowych badaniach włoskich Bucci i wsp. [15] oceniali przystosowanie przed wybuchem choroby u 915 osób z diagnozą wg DSM-IV schizofrenii, u ich 368 krewnych pierwszego stopnia oraz u 778 osób z grupy kontrolnej, stosując *Skalę Przystosowania Przedchorobowego*. Skala składa się z kilku obszarów, takich jak: socjalizacja i wycofanie, relacje z rówieśnikami, adaptacja do szkoły, wydajność szkolna, funkcjonowanie społeczno-seksualne, w odniesieniu do czterech okresów: dzieciństwa, wczesnej i późnej adolescencji i dorosłości. Wyniki wskazują na gorsze relacyjne, społeczne i szkolne przystosowanie przed wybuchem choroby w grupie pacjentów oraz gorsze przystosowanie szkolne wśród ich krewnych. Gorsze przystosowanie przed wybuchem psychozy było związane z gorszym funkcjonowaniem poznawczym i społecznym i z większym nasileniem objawów, szczególnie negatywnych. Autorzy uważają, że gorsze funkcjonowanie społeczne we wczesnym okresie życia może być jednym z markerów podatności na schizofrenię.

Wyniki badań Bjornestada i wsp. [16] wskazują, że częstotliwość społecznych interakcji z przyjaciółmi przed wybuchem choroby była znacząco pozytywnie powiązana z klinicznym zdrowieniem, a subiektywna satysfakcja z relacji i ilość kontaktów z rodziną nie miały już takiego znaczącego wpływu. W koreańskich badaniach Lee i wsp. [17] znacząco gorsze społeczne funkcjonowanie ocenione zostało na tym samym poziomie w grupie osób z wysokim ryzykiem zachorowania, co w grupie osób z pierwszym epizodem schizofrenii. Zaobserwowano związek gorszego psychospołecznego funkcjonowania przed wybuchem choroby z gorszym przebiegiem klinicznym, szczególnie zaś z nasileniem objawów negatywnych. Podobny związek z syndromem negatywnym stwierdzili również inni badacze [14, 15] w dużym, wielośrodkowym badaniu, w którym kolejny raz potwierdzono, że pacjenci z gorszym przedchorobowym przystosowaniem mieli większe nasilenie objawów negatywnych: słabszą pamięć, awolację, apatię, gorsze społeczne rozumienie i funkcjonowanie w „realnym życiu”.

W naszym prospektywnym badaniu, sprawozdawanym już odnośnie do znaczenia innych globalnych czynników rokowniczych [18–20], postawiliśmy sobie tym razem za cel prześledzenie związku relacji społecznych przed wybuchem schizofrenii z klinicznymi i społecznymi wskaźnikami jej wieloletniego przebiegu.

Cel badania

Celem badania była ocena związku między jakością kontaktów społecznych i zakresem systemu wsparcia przed wybuchem psychozy a wynikami leczenia w obszarze klinicznym i społecznym w różnych okresach przebiegu schizofrenii przez 20 lat.

Metodologia

Badana grupa

W latach 1985–1988 wyłoniono 80-osobową grupę badaną, która spełniała następujące kryteria wstępne: (a) pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, (b) diagnoza: schizofrenia według kryteriów DSM-IV-TR, (c) zamieszkiwanie z rodziną na terenie Krakowa. Uzasadnienie dla przyjętych kryteriów oraz metodologię przedstawiono we wcześniejszej publikacji [18]. Zgodnie z założeniem badań podłużnych wyłonione osoby badano w kolejnych odcinkach czasowych, łącznie definiując 6 punktów pomiarowych: (1) przy pierwszym przyjęciu do szpitala, (2) przy wypisie, (3) po 3 latach, (4) po 7 latach, (5) po 12 latach (gdzie jednocześnie rediagnozowano pacjentów zgodnie z kryteriami DSM-IV-TR) i (6) po 20 latach. Ostatecznej analizie poddano 55 osób (69% grupy włączonej do badania). U żadnego z pacjentów nie rozpoznano organicznego uszkodzenia mózgu ani uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Wszyscy uczestnicy wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Ocena przebiegu choroby i funkcjonowania w poszczególnych punktach pomiarowych dokonywana była przez dwóch doświadczonych klinicystów. Udokumentowano różne przyczyny wyłączenia z analizy 25 badanych (31,25%). W ciągu dwudziestoletniej katamnezy 5 osób (6,25%) zmarło śmiercią naturalną, 1 osoba (1,25%) została źle zdiagnozowana w chwili kwalifikacji i wyłączona po roku z badania, 2 osoby (2,5%) zerwały kontakt we wczesnym okresie i przeniósł się do innego miejsca zamieszkania, od 2 osób (2,5%) uzyskano informacje listowne, gdyż pracują poza granicami kraju (w Kanadzie i Grecji). Kolejnych 9 osób (11,25%) zostało zbadanych w pełnym badaniu klinicznym w dwudziestoletniej katamnezie, ale nie wykonało wszystkich poprzednich. Od pozostałych 6 osób (7,5%) zebrano informacje telefonicznie lub od rodziny. W tych dwóch ostatnich grupach przebieg w połowie jest niekorzystny lub bardzo niekorzystny, a w połowie bardzo korzystny lub korzystny, biorąc pod uwagę nasilenie objawów, liczbę rehospitalizacji, pracę zawodową i kontakty społeczne. W grupie osób o bardzo dobrym przebiegu schizofrenii za przyczynę odmowy uznano „zdecydowaną chęć odsunięcia od siebie spraw związanych z chorobą i leczeniem”. Zebrane informacje wskazują, że grupa, która nie została włączona do analizy, nie odbiega w swojej charakterystyce od 55-osobowej (68,75%) opisywanej poniżej grupy.

Kontakty społeczne przedchorobowe zostały ocenione w czasie wywiadu klinicznego z każdym pacjentem oraz jego rodziną w momencie przyjęcia do szpitala. Badanych podzielono ze względu na jakość kontaktów społecznych przed chorobą na dwie grupy: kontakty satysfakcjonujące (A) oraz kontakty niesatysfakcjonujące, ewentualnie brak kontaktów (B). Grupy utworzone na podstawie tych kategorii (ocena

jakościowa) porównano (testy *t*-Studenta, *U* Manna–Whitneya oraz χ^2) pod kątem podstawowych danych socjodemograficznych oraz klinicznych, a także w zakresie utrzymywanych relacji na skali Surteesa [21–22] (tab. 1).

Tabela 1. Dane socjodemograficzne badanych grup

Dane socjodemograficzne	(A) Kontakty satysfakcjonujące (n = 31)		(B) Kontakty niesatysfakcjonujące/ brak kontaktów (n = 24)		Różnice
	Liczba osób	Odsetek	Liczba osób	Odsetek	
Płeć					
Kobiety	22	71	11	46	$\chi^2 = 3,56$ $p = 0,059$
Mężczyźni	9	29	13	54	
Wykształcenie					
Wyższe	10	32	6	25	$\chi^2 = 3,90$ $p = 0,420$
Niepełne wyższe/ studia	2	7	2	8,5	
Średnie	14	45	8	33	
Zawodowe	5	16	6	25	
Podstawowe	0	0	2	8,5	
Status małżeński					
Zamężna/zonaty	13	42	8	33	$\chi^2 = 0,42$ $p = 0,515$
Samotny	18	58	16	67	
	Średnia (±SD)	Mediana	Średnia (±SD)	Mediana	
Wiek	28,2 (±6,9)	28	26,6 (±5,6)	26,5	$t = 0,91$ $p = 0,370$
Wiek (początek objawów)	27,5 (±7,3)	27	25,7 (±5,2)	25	$t = 1,03$ $p = 0,310$
Czas nieleczonej psychozy (tygodnie)	38,8 (±82,2)	12	55,5 (±81,3)	24	$Z = -1,01$ $p = 0,310$
Skala Społecznego Podtrzymania Surteesa	6,12 (±3,1)		8,6 (±2,7)		$t = -3,02$ $p = 0,004$

Grupy różniły się wyłącznie wynikiem na skali Surteesa, co sugeruje, że osób zadowolonych z relacji dotyczą też silniejsza więź społeczna i lepsze wsparcie (na co wskazuje niższy wynik na skali).

Narzędzia i procedura

Każdy z pacjentów został opisany za pomocą narzędzi badawczych odnoszących się do okresu anamnestycznego (wpis na oddział stacjonarny i wypis), a następnie

w kolejnych badaniach katamnesticznych (po 3, 7, 12 i 20 latach). W okresie przygotowywania projektu i wyboru instrumentarium badawczego zespół przeszedł szkolenie, aby zwiększyć rzetelność ocen przy wypełnianiu kwestionariuszy i skal. W kolejnych badaniach wykorzystywano stały zestaw narzędzi diagnostycznych – *Kwestionariusz Anamnesticzny* i *Kwestionariusz Katamnesticzny*, skalę GAF (*Global Assessment of Functioning*), skalę BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) oraz DSM-III Oś V. W *Kwestionariuszu Anamnesticznym* zawarto pytania dotyczące poziomu wykształcenia, statusu zawodowego, stanu cywilnego oraz wieku, w którym wystąpiły objawy. Analizie poddano również poziom funkcjonowania społecznego, relacji interpersonalnych oraz oszacowano czas nieleczzonej psychozy. Do oceny stanu psychopatologicznego wykorzystano skalę BPRS. Ogólną ocenę poziomu funkcjonowania przeprowadzano z użyciem skali porządkowej GAF [23]. Oś V DSM-III to kompleksowa ocena na 5-stopniowej skali najlepszego poziomu funkcjonowania w minionym roku, biorąc pod uwagę relacje społeczne, pracę lub naukę i uczestnictwo w życiu społecznym.

Do analizy statystycznej użyto następujących metod: (a) dwuczynnikowej analizy wariancji z jednym czynnikiem grupującym (kontakty społeczne) i jednym czynnikiem powtarzanego pomiaru (katamnesticzny) dla wyników BPRS, GAF oraz Osi V DSM-III, którą uzupełniono o analizę kontrastów; w pozostałych przypadkach użyto ANOVA Friedmana wraz z szeregiem testów *U* Manna–Whitneya; (b) szeregu korelacji (Pearsona lub Spearmana) dla związków między wynikami klinicznymi i społecznymi a skalą Surteesa. Wszystkich obliczeń dokonano na próbie $n = 55$ (69% grupy włączonej do badania) z zastosowaniem pakietów IBM SPSS Statistics 24 i STATISTICA 13.1. Poziom istotności ustalono na $\alpha = 0,05$, jednakże wyniki prawdopodobieństwa statystyki testu na poziomie $0,05 < p < 0,1$ (ze względu na niewielką liczebność próby) interpretowano jako istotne na poziomie tendencji statystycznej [24, 25].

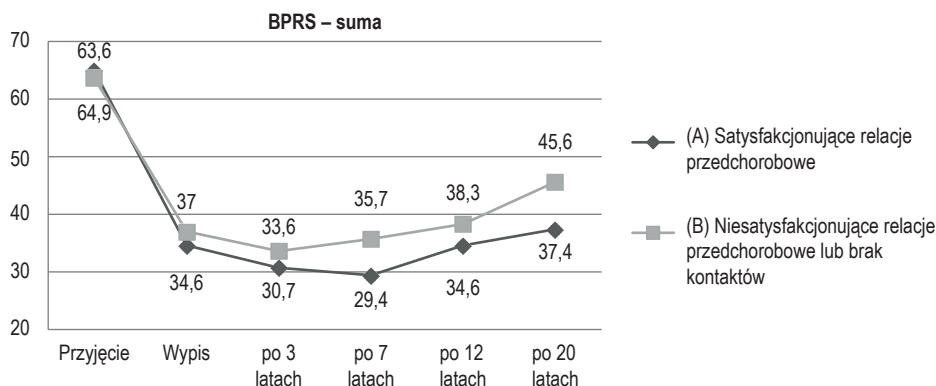
Wyniki

BPRS – suma

Analiza wariancji z powtarzaniem pomiarem ujawniła istotny efekt główny czasu badania $F(5, 49) = 57,81^*$ (gwiazdka oznacza testy wielowymiarowe); $p < 0,001$, co oznacza istotną zmianę średnich punktacji na skali BPRS – suma w poszczególnych punktach pomiarowych, bez względu na przynależność do grupy, a także istotny efekt główny relacji przedchorobowych $F(1, 53) = 4,83$; $p = 0,032$. Niezależnie od punktu pomiarowego grupa osób o satysfakcjonujących i/lub licznych relacjach przedchorobowych uzyskiwała istotnie niższą średnią punktację na skali BPRS – suma w porównaniu z grupą osób deklarujących utrzymywanie niesatysfakcjonujących i/lub ograniczonych relacji lub całkowity brak kontaktów (odpowiednio 38,6 vs. 42,3 pkt).

Efekt interakcji czasu badania oraz przynależności do grupy okazał się nieistotny – $F(5, 49) = 1,17$; $p = 0,335$. Z tego powodu oraz ze względu na dużą liczbę porównań wykonywanych w ramach klasycznej analizy *post-hoc* zdecydowano o sprawdzeniu wpływu relacji przedchorobowych wyłącznie na odległe wyniki leczenia, czyli po 20 latach. W tym celu przeprowadzono analizę kontrastów. Okazało się, że grupa (A)

nie tylko całościowo wypadła lepiej, ale również uzyskiwała istotnie niższy wynik na skali BPRS – suma w końcowej fazie badania (po 20 latach) – $F(1, 53) = 4,84$; $p = 0,032$. Dokładne dane umieszczono na wykresie 1.



Wykres 1. Dynamika wyników na skali BPRS – suma w zależności od jakości relacji

Ze względu na niewielką próbę oraz częsty brak spełnionych założeń dla modelu regresji do oceny związku między skalą Surteesa oraz pozostałymi wynikami użyto współczynnika korelacji (r Pearsona lub ρ Spearmana).

Im słabsze więzi oraz podtrzymanie społeczne przedchorobowe (wyższa punktacja na skali Surteesa), tym wyższy wynik na skali BPRS w momencie wypisu ze szpitala, a także po 7, 12 i 20 latach. Wyniki analiz dla sumy punktów BPRS i skali Surteesa przedstawia tabela 2.

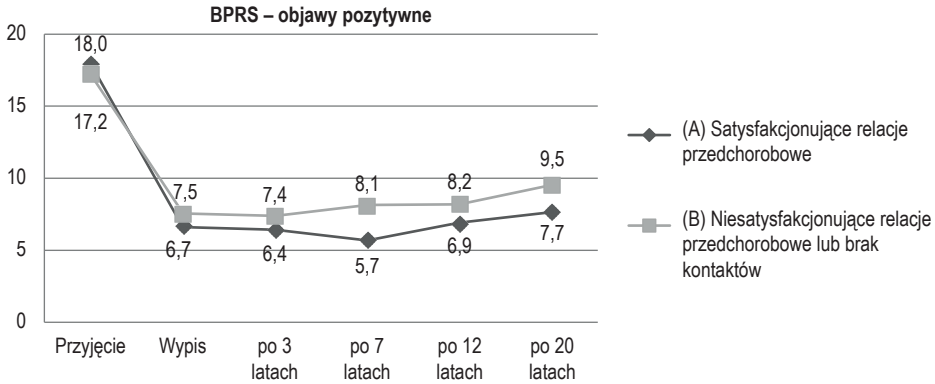
Tabela 2. Współczynniki korelacji dla sumy BPRS oraz Skali Podtrzymania Społecznego Surteesa (n = 55)

Współczynniki korelacji r Pearsona oraz wartości p	BPRS suma					
	przyjęcie	wypis	po 3 latach	po 7 latach	po 12 latach	po 20 latach
Skala Surteesa	-0,01 $p = 0,957$	0,28 $p = 0,040$	0,17 $p = 0,205$	0,31 $p = 0,020$	0,34 $p = 0,011$	0,29 $p = 0,030$

BPRS – objawy pozytywne

Przeprowadzone analizy wariancji ANOVA Friedmana wykazały, że zarówno w grupie o korzystnych relacjach przedchorobowych – $\text{Chi}^2(5) = 79,18$; $p < 0,001$, jak i tych niezadowolających – $\text{Chi}^2(5) = 41,60$; $p < 0,001$ – wyniki na skali BPRS – objawy pozytywne istotnie zmieniają się w czasie, co obrazuje wykres 2. W odniesieniu do odległych wyników badania i wpływu zadowolenia z relacji społecznych po 20

latach różnic między grupami nie zaobserwowano ($U = 277,00$; $Z = -1,64$; $p = 0,100$). Ze względu na lepszą czytelność na wykresie przedstawiono średnie (wykres 2).



Wykres 2. Dynamika wyników na skali BPRS – objawy pozytywne w zależności od jakości relacji przedchorobowych

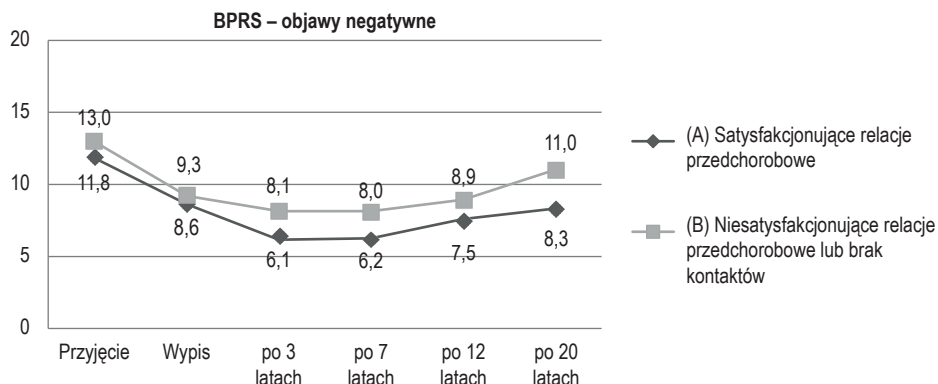
Wyniki korelacji dla sumy punktów BPRS – objawy pozytywne oraz skali Surteesa przedstawia tabela 3. Im słabsze więzi oraz podtrzymanie społeczne w okresie przedchorobowym (wyższy wynik na skali Surteesa), tym większe nasilenie objawów pozytywnych w momencie wypisu ze szpitala, a także po 7, 12 i 20 latach.

Tabela 3. Współczynniki korelacji dla BPRS – objawy pozytywne oraz Skali Podtrzymania Społecznego Surteesa ($n = 55$)

Współczynniki rho Spearmana oraz wartości p	BPRS – objawy pozytywne					
	przyjęcie	wypis	po 3 latach	po 7 latach	po 12 latach	po 20 latach
Skala Surteesa	-0,16	0,31	0,11	0,35	0,35	0,32
	$p = 0,239$	$p = 0,023$	$p = 0,438$	$p = 0,008$	$p = 0,008$	$p = 0,016$

BPRS – objawy negatywne

Przeprowadzone analizy wariancji ANOVA Friedmana wykazały, że zarówno w grupie o korzystnych relacjach przedchorobowych – $\text{Chi}^2(5) = 30,65$; $p < 0,001$, jak i tych niezadowolających – $\text{Chi}^2(5) = 21,71$; $p = 0,001$ – wyniki na skali BPRS – objawy negatywne istotnie zmieniają się w czasie, co obrazuje wykres 3. Jak wskazuje wykonany następnie test *U* Manna–Whitneya, nasilenie objawów negatywnych w grupach różniło się po 20 latach badania na korzyść grupy z satysfakcjonującymi relacjami społecznymi ($U = 255,00$; $Z = -2,01$; $p = 0,044$). Ze względu na lepszą czytelność na wykresie przedstawiono średnie (wykres 3).



Wykres 3. Dynamika wyników na skali BPRS – objawy negatywne w zależności od jakości relacji przedchorobowych

Wyniki korelacji dla sumy punktów BPRS – objawy negatywne oraz skali Surteesa przedstawia tabela 4. Im słabsze więzi oraz podtrzymanie społeczne w okresie przedchorobowym (wyższy wynik na skali Surteesa), tym większe nasilenie objawów negatywnych w momencie wypisu ze szpitala, a także po 3, 7 i 12 latach. Związków między skalą BPRS – objawy negatywne a wsparciem społecznym nie zaobserwowano jednak po 20 latach.

Tabela 4. Współczynniki regresji dla BPRS – objawy negatywne oraz Skali Podtrzymania Społecznego Surteesa (n = 55)

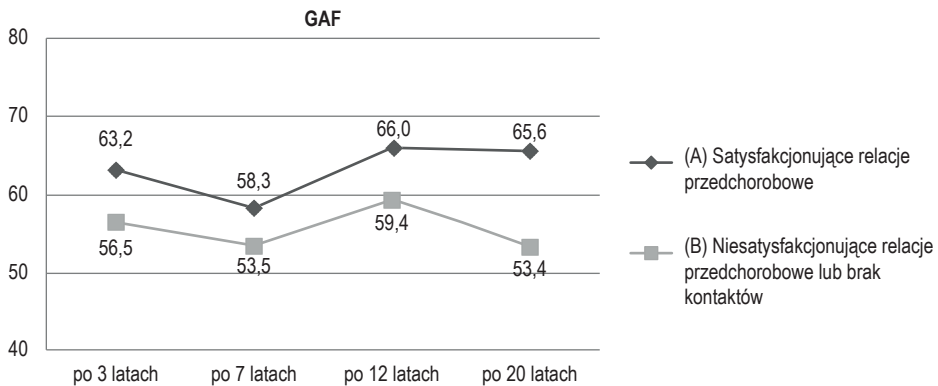
Współczynniki rho Spearmana oraz wartości p	BPRS – objawy negatywne					
	przyjęcie	wypis	po 3 latach	po 7 latach	po 12 latach	po 20 latach
Skala Surteesa	0,02	0,29	0,28	0,31	0,37	0,17
	p = 0,876	p = 0,029	p = 0,036	p = 0,019	p = 0,006	p = 0,220

Funkcjonowanie ogólne w skali GAF

Analiza wariancji z powtarzaniem pomiarem ujawniła istotny efekt główny czasu badania – $F(3, 159) = 4,38; p = 0,005$, co oznacza istotną zmianę w średnim czasie rehospitalizacji w poszczególnych punktach pomiarowych, bez względu na przynależność do grupy, a także istotny efekt główny relacji przedchorobowych – $F(1, 53) = 4,98; p = 0,029$. Niezależnie od punktu pomiarowego grupa osób o satisfakcjonujących i/lub licznych relacjach przedchorobowych uzyskiwała istotnie wyższą średnią punktację na skali GAF w porównaniu z grupą osób deklarujących utrzymywanie niesatisfakcjonujących i/lub ograniczonych relacji lub całkowity brak kontaktów (odpowiednio 63,3 vs. 55,7 pkt).

Efekt interakcji czasu badania oraz przynależności do grupy okazał się nieistotny – $F(1, 159) = 1,46; p = 0,227$. Z tego powodu oraz ze względu na dużą liczbę porównań

wykonywanych w ramach klasycznej analizy *post-hoc* zdecydowano o sprawdzeniu wpływu relacji przedchorobowych wyłącznie na odległe wyniki leczenia, czyli po 20 latach. W tym celu przeprowadzono analizę kontrastów. Okazało się, że grupa (A) nie tylko całościowo wypadła lepiej, ale również uzyskiwała istotnie wyższy wynik na skali GAF w końcowej fazie badania (po 20 latach) – $F(1, 53) = 5,54; p = 0,022$. Dokładne dane umieszczono na wykresie 4.



Wykres 4. Dynamika wyników GAF w zależności od jakości relacji przedchorobowych

Wyniki korelacji dla sumy GAF oraz wyników skali Surteesa przedstawia tabela 5. Współczynniki dla wszystkich badanych zależności okazały się nieistotne. Im mocniejsze więzi oraz podtrzymanie społeczne w okresie przedchorobowym (niższy wynik na skali Surteesa), tym lepsza ocena ogólnego funkcjonowania po 3 oraz 12 latach. Ponadto po 7 oraz po 20 latach wyniki (sugerujące ten sam kierunek zależności) pozostają na granicy istotności.

Tabela 5. Współczynniki regresji dla wyników GAF oraz Skali Podtrzymania Społecznego Surteesa (n = 55)

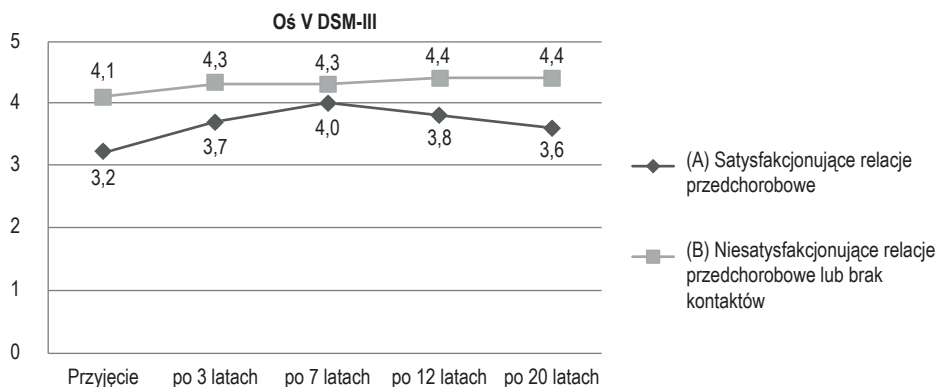
Współczynniki r Pearsona oraz wartości p	GAF			
	po 3 latach	po 7 latach	po 12 latach	po 20 latach
Skala Surteesa	-0,38	-0,25	-0,34	-0,24
	p = 0,005	p = 0,065	p = 0,012	p = 0,076

Funkcjonowanie społeczne – Oś V DSM-III

Analiza wariancji z powtarzaniem pomiarem ujawniła istotny efekt główny czasu badania – $F(4, 50) = 3,46^*; p = 0,014$, co oznacza istotną zmianę w średniej ocenie na Osi V DSM w poszczególnych punktach pomiarowych, bez względu na przynależność do grupy, a także istotny efekt główny relacji przedchorobowych – $F(4,50) = 8,63$;

$p = 0,005$. Niezależnie od punktu pomiarowego grupa osób o satysfakcjonujących i/lub licznych relacjach przedchorobowych uzyskiwała istotnie niższą średnią punktację na Osi V DSM w porównaniu z grupą osób deklarujących utrzymywanie niesatysfakcjonujących i/lub ograniczonych relacji lub całkowity brak kontaktów (odpowiednio 3,7 vs. 4,3 pkt).

Efekt interakcji czasu badania oraz przynależności do grupy okazał się nieistotny – $F(4,50) = 1,37$ (testy wielowymiarowe); $p = 0,258$. Z tego powodu oraz ze względu na dużą liczbę porównań wykonywanych w ramach klasycznej analizy *post-hoc* zdecydowano o sprawdzeniu wpływu relacji przedchorobowych wyłącznie na odległe wyniki leczenia, czyli po 20 latach. W tym celu przeprowadzono analizę kontrastów. Okazało się, że grupa (A) nie tylko całościowo wypadła lepiej, ale również uzyskiwała istotnie wyższy wynik na Osi V DSM-III w końcowej fazie badania (po 20 latach) – $F(1,53) = 5,85$; $p = 0,019$. Dokładne dane umieszczono na wykresie 5.



Wykres 5. Dynamika wyników na Osi V DSM-III w zależności od jakości relacji przedchorobowych

Wyniki korelacji dla wyników funkcjonowania społecznego (Oś V DSM-III) oraz wyników skali Surteesa przedstawia tabela 6. Praktycznie w każdym punkcie pomiarowym odnotowano istotną (pomiar po 7 latach pozostawał na granicy istotności) korelację między wynikami na Osi V DSM-III oraz *Skalą Podtrzymania Społecznego* Surteesa. Im słabsze było wsparcie przed chorobą (wyższy wynik na skali Surteesa), tym gorzej oceniane było ogólne funkcjonowanie społeczne pacjenta (wyższy wynik na Osi V DSM-III) w ciągu całej 20-letniej katamnezy.

Tabela 6. Współczynnik regresji dla wyników Osi V DSM-III oraz Skali Podtrzymania Społecznego Surteesa (n = 55)

Współczynniki rho Spearmana oraz wartości p	Oś V DSM-III				
	Przyjęcie	po 3 latach	po 7 latach	po 12 latach	po 20 latach
Skala Surteesa	0,28	0,366	0,25	0,32	0,40
	p = 0,038	p = 0,006	p = 0,076	p = 0,018	p = 0,003

Dyskusja

Wieloletnie, prospektywne badanie krakowskie potwierdziło zarówno w krótkich, jak i w odległych w czasie ocenach związek gorszego funkcjonowania społecznego mierzonego jakością i ilością relacji społecznych przed pierwszym epizodem z niekorzystnym klinicznym i społecznym przebiegiem i wynikami leczenia. Podobnie jak Carpenter i Strauss [1], Möller i wsp. [2], Prudo i Blum [3], Munk-Jørgensen i Mortensen [4], Melle i wsp. [5], Hopper i wsp. [6], Häfner i an der Heiden [7], Häfner [8, 9], Cannon i wsp. [13], Strous i wsp. [14], Bucci i wsp. [15] oraz Lee i wsp. [17] potwierdziliśmy, że dobre relacje społeczne przed wybuchem choroby różnicują populację przyszłych chorych i pozostają w związku z mniejszym nasileniem objawów zarówno pozytywnych, jak i negatywnych oraz lepszym funkcjonowaniem społecznym i ogólnym przyszłych pacjentów.

W naszym badaniu satysfakcja szczególnie z relacji pozarodzinnych przed wybuchem psychozy różnicowała punktacje na skali BPRS bez względu na czas przebiegu choroby. Osoby, które nawiązały satysfakcjonujące relacje przed wybuchem choroby, miały mniejsze nasilenie objawów (wynik sumaryczny na skali BPRS). W fazie końcowej analizy różnica się utrzymała, co oznacza, że ten wskaźnik funkcjonowania społecznego pozostawał w związku z odległymi wynikami leczenia. Ilościowa miara relacji, rozumiana jako zakres więzi społecznej mierzonej skalą Surteesa, stanowiła istotny czynnik rokowniczy ogólnego nasilenia objawów w momencie opuszczania szpitala po pierwszej hospitalizacji, a następnie od 7 lat wzwyż ciągle miała znaczenie, nawet dla odległych wyników leczenia po 12 i 20 latach. Podobne wyniki uzyskano w ocenie objawów pozytywnych, gdzie różnica między grupą z satysfakcjonującymi relacjami a grupą o niesatysfakcjonujących relacjach utrzymuje się po 20 latach. Inna była odległa dynamika związków z objawami negatywnymi. Im słabsze więzi oraz wsparcie społeczne w okresie przedchorobowym mierzone skalą Surteesa, tym większe stwierdzano nasilenie objawów negatywnych w momencie wypisu ze szpitala, po 7 i 12 latach, ale nie zaobserwowano związków między skalą BPRS – objawy negatywne a wsparciem społecznym po 20 latach.

Podobne rezultaty otrzymaliśmy, obserwując ogólne i społeczne funkcjonowanie chorych z zastosowaniem skali GAF i Osi V DSM-III. Im mocniejsze więzi oraz podtrzymanie społeczne w okresie przedchorobowym, tym lepsze stwierdzaliśmy ogólne funkcjonowanie po 3 oraz 12 latach mierzone w skali GAF i lepsze ogólne funkcjonowanie społeczne (na Osi V DSM-III) w ciągu całej 20-letniej katamnezy.

W badaniu Ericksona i wsp. [12] użyty do badania społecznego podtrzymywania *Interview for Social Interaction* był zbliżony do zastosowanej przez nas skali Surteesa. W obu badaniach oceniano ilość i jakość kontaktów oraz dostępność przyjaciół, znajomych i krewnych. I nie tylko ilość i jakość kontaktów oraz dostępność przyjaciół, znajomych i krewnych w okresie przedchorobowym prognozowały przebieg choroby, ale właśnie relacje pozarodzinne pozytywnie wiązały się z lepszym rokowaniem. Wydaje się, że szczególnie ważnym wnioskiem z tych badań jest konieczność wczesnego rozpoznawania trudności w społecznym funkcjonowaniu dzieci i młodzieży oraz rozwijania działań profilaktycznych w środowisku szkoły w bliskiej współpracy

z rodziną. Oczywiście jest więc potrzeba rozwijania oddziaływań profilaktycznych nastawionych na budowanie satysfakcjonujących relacji z rówieśnikami i kompetencji w uzyskiwaniu wsparcia, a także w zakresie lepszego przystosowania w szkole, znacząco słabiej rozwiniętych u osób z ryzykiem zachorowania na psychozę, szczególnie na schizofrenię. Jest to o tyle trudne, że brak tych relacji i kompetencji może być związany – jak próbują interpretować to zjawisko Erickson i wsp. [12] – z małą tolerancją na stres i trudności w nawiązaniu i utrzymaniu bliskości. Dlatego oddziaływanie rodziny, szkoły, instytucji i organizacji społecznych mające na celu rozwijanie indywidualnych zasobów i kompetencji interpersonalnych przydatnych w radzeniu sobie w stanach stresu, nastawionych na wzmacnianie relacji wewnątrzrodziny, dojrzałego ojcostwa i macierzyństwa są najlepszym programem profilaktycznym przed późniejszymi kryzysami, a co szczególnie ważne – chronią przed ryzykiem samobójczym wśród młodzieży w okresie dojrzewania.

Dobre funkcjonowanie społeczne przed wybuchem choroby, wyrażające się zwłaszcza poprzez satysfakcjonujące relacje pozarodzinne, wiąże się z możliwością otrzymania wsparcia od przyjaciół, znajomych, ale także z nawiązywaniem nowych relacji, funkcjonowaniem w różnych grupach w trakcie choroby i jest istotnym czynnikiem rokowniczym wpływającym na jej przebieg i proces zdrowienia.

Ograniczenia

Jedną ze słabości niniejszego badania była stosunkowo ograniczona liczba uczestników, którzy wzięli udział we wszystkich punktach pomiarowych badania, oraz brak dodatkowych, ustrukturalizowanych narzędzi do jakościowej oceny przedchorobowych relacji społecznych. Chociaż badaczy zaangażowanych w nasze badanie cechował wysoki poziom doświadczenia klinicznego, to jednak nie zostały przeprowadzone żadne formalne testy zgodności ocen.

Ogólne wnioski

Przedstawione analizy wskazują, że zarówno jakość, jak i zakres kontaktów społecznych przed wybuchem choroby, a szczególnie satysfakcjonujące relacje w środowisku pozarodzinnym, są istotnym czynnikiem rokowniczym wieloletniego korzystnego klinicznego i społecznego przebiegu psychoz z grupy schizofrenii.

Podziękowania

Autorzy dziękują wszystkim pracownikom Krakowskiej Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży i Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, którzy uczestniczyli przez 20 lat w badaniach nad tym projektem. Dziękujemy również panu Janowi Godyniowi za tłumaczenie niniejszej pracy.

Badanie było finansowane z grantu nr K/ZDS/001469 dla Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Piśmiennictwo

1. Carpenter WT Jr, Strauss JS. *The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort.* J. Nerv. Ment. Dis. 1991; 179(9): 517–525.
2. Möller HJ, Schmid Bode W, Wittchen HU, Zerssen D. *Outcome and prediction of outcome in schizophrenia: Results from the literature and from two personal studies.* W: Goldstein MJ, Hand I, Hahlweg K red. *Treatment of schizophrenia. Family assessment and intervention.* Berlin: Springer Verlag; 1986. S. 11–25.
3. Prudo R, Blum HM. *Five year outcome and prognosis in schizophrenia: A report from the London Field Research Center of the International Pilot Study of Schizophrenia.* Br. J. Psychiatry 1987; 150: 345–354.
4. Munk-Jørgensen P, Mortensen PB. *Social outcome in schizophrenia: A 13-year follow-up.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1992; 27(3): 129–134.
5. Melle I, Friis S, Hauff E, Vaglum P. *Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies.* Psychiatr. Serv. 2000; 51(2): 223–228.
6. Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N. *Recovery from schizophrenia: An international perspective. A report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia.* Oxford: Oxford University Press; 2007.
7. Häfner H, Heiden an der W. *The course of schizophrenia in the light of modern follow-up studies: The ABC and WHO studies.* Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1999; 249(Suppl 4): 14–26.
8. Häfner H. *Onset and early course as determinant of the further course of schizophrenia.* Acta Psych. Scand. 2000; (407): 44–48.
9. Häfner H. *Risk and protective factors in schizophrenia.* Darmstadt: Springer-Steinkopf Verlag; 2002.
10. Ciompi L, Müller C. *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Senium.* Monographien aus dem Gesamtgebiete der Psychiatrie. Berlin–Heidelberg–New York: Springer; 1976.
11. Hubschmid T, Ciompi L. *Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs – eine Literaturübersicht.* Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1990; 58: 359–366.
12. Erickson DH, Beiser M, Iacono WG, Fleming JA, Lin T. *The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis.* Am. J. Psychiatry 1989; 146(11): 1456–1461.
13. Cannon M, Jones P, Gilvarry C, Rifkin L, McKenzie K, Foerster A i wsp. *Premorbid social functioning in schizophrenia and bipolar disorder: Similarities and differences.* Am. J. Psychiatry 1997; 154(11): 1544–1550.
14. Strous RD, Alvir JM, Robinson D, Gal G, Sheitman B, Chakos M i wsp. *Premorbid functioning in schizophrenia: Relation to baseline symptoms, treatment response, and medication side effects.* Schizophr. Bull. 2004; 30(2): 265–278.
15. Bucci P, Galderisi S, Mucci A, Rossi A, Rocca O, Bertolino A i wsp. *Premorbid academic and social functioning in patients with schizophrenia and its associations with negative symptoms and cognition.* Acta Psychiatr. Scand. 2018; 138(3): 253–266.
16. Bjornestad J, Bronnick K, Davidson L, Velden Hegelstad ten W, Joa I, Kandal O i wsp. *The central role of self-agency in clinical recovery from first episode psychosis.* Psychosis 2017; 9(2): 140–148.
17. Lee SJ, Kim KR, Lee SY, An SK. *Impaired social and role function in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia: Its relations with negative symptoms.* Psychiatry Investig. 2017; 14(2): 186–192.

18. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
19. Cechnicki A, Bielańska A, Hanuszkiewicz I, Daren A. *The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study*. J. Psychiatr. Res. 2013; 47(2): 208–214.
20. Cechnicki A, Cichocki Ł, Kalisz A, Błądziński P, Adamczyk P, Franczyk-Glita J. *Duration of untreated psychosis (DUP) and the course of schizophrenia in a 20-year follow-up study*. Psychiatry Res. 2014; 219(3): 420–425.
21. Surtees PG. *Social support, residual adversity and depressive outcome*. Soc. Psychiatry 1980; 15: 71–80.
22. Surtees PG, Dean C, Ingham JG, Kreitman NB, Miller PM, Sashidharan SP. *Psychiatric disorder in women from an Edinburgh community: Associations with demographic factors*. Br. J. Psychiatry 1983; 142: 238–246.
23. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. *Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF)*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6(3): 253–267.
24. Coolican, H. *Research methods and statistics in psychology*. London–New York: Psychology Press; 2014.
25. Thiese MS, Ronna B, Ott U. *P value interpretations and considerations*. J. Thorac. Dis. 2016; 8(9): E928–E931. Doi: 10.21037/jtd.2016.08.16.

Adres: Andrzej Cechnicki
 Zakład Psychiatrii Środowiskowej
 Katedry Psychiatrii UJ CM
 31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8
 e-mail: andrzej.cechnicki@uj.edu.pl

Otrzymano: 21.05.2019
 Zrecenzowano: 16.11.2019
 Otrzymano po poprawie: 26.11.2019
 Przyjęto do druku: 19.12.2019