

Wpływ interakcji dwóch predyktorów na wczesne i odległe wyniki leczenia schizofrenii

The effect of two predictors' interaction on short- and long-term treatment outcomes of schizophrenia

Andrzej Cechnicki¹, Anna Bielańska², Artur Daren², Konrad Wroński², Aneta Kalisz¹, Piotr Błądziński¹, Maciej Wojciech Pilecki³

¹Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM

Kierownik: dr hab. A. Cechnicki

² Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

Przewodniczący: mgr A. Bielańska

³Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersytecki p.o. Kierownika: dr n. med. M. W. Pilecki

Summary

Objectives. To monitor the effect of interaction of duration of untreated psychosis (DUP) and expressed emotion (EE) on treatment outcomes in schizophrenia.

Methods. 56 individuals diagnosed with schizophrenia were assessed at 4 time points. The number of relapses, the number and duration of rehospitalizations and the severity of symptoms were assessed at index hospitalization and at 3, 7 and 12-year follow-ups.

Results. No correlation was found between DUP and EE measured at index hospitalization. Over the 12-year period the number of rehospitalizations for individuals with short DUP and low EE did not increase, as opposed to those with short DUP and with high EE. In the group with long DUP, the number of rehospitalizations increased irrespectively of EE level. The positive syndrome in the group with short DUP and high EE was less severe than in individuals with long DUP and high EE. Analogous differences appeared in the group with low EE.

Conclusions. 1) No correlation was found between DUP and EE at index hospitalization. 2) Number of rehospitalizations and intensity of positive symptoms proved to be associated over time with the interaction of DUP and EE. 3) Long-time observation and multiple assessments allow to obtain more reliable results.

Słowa kluczowe: schizofrenia, wynik leczenia, ujawniane uczucia

Key words: schizophrenia, treatment outcome, expressed emotions

Wstęp

Ocena wpływu czynników rokowniczych na okoliczności pierwszej hospitalizacji, przebieg choroby i stan końcowy osób cierpiących na schizofrenię były przedmiotem

licznych badań [1–23]. Wskazują one, że obecnie blisko połowa chorujących osób szczęśliwie unika chronicznego, niekorzystnego przebiegu choroby, choć zależy to między innymi od kontekstu, czasu obserwacji i podjętych interwencji terapeutycznych [8, 15]. Potencjalne różnice w rokowaniach dotyczących choroby uzasadniają poszukiwanie czynników chroniących, wzmacniających proces zdrowienia. W analizach czynników rokowniczych w przebiegu schizofrenii dużą uwagę badacze zwracają zjawiska wewnątrzrodzinne, jak te opisywane przez wskaźnik ujawnianych uczuć (Expressed Emotions – EE) [18–24] oraz czas nieleczonej psychozy (Duration of Untreated Psychosis – DUP) [5, 9–16].

Zrozumienie zjawisk zachodzących w rodzinie osoby chorującej ma wielkie znaczenie dla samego pacjenta i procesu leczenia [21–26]. W przebiegu choroby psychicznej dochodzi do skomplikowanych wielostronnych zależności pomiędzy obrazem psychopatologicznym a społecznym środowiskiem pacjenta. Od lat 60. XX wieku badacze, np. Brown i wsp. [22] oraz Vaughn i Leff [23], opisując rolę środowiska rodzinnego, wskazują na pewne cechy atmosfery rodzinnej – opisywane jako wskaźnik ekspresji emocji – i ujawniane przez bliskich krewnych wobec chorującego członka rodziny. W wielu badaniach udowodniono, że poziom tego wskaźnika jest związany z liczbą nawrotów, jakich doświadcza chorująca osoba [7, 8, 18–23], co zaobserwowano w różnych kontekstach kulturowych i społecznych [19, 21, 24]. Wysoki poziom EE stwierdzono w ponad połowie relacji pomiędzy pacjentem a jego opiekunami, a zależność pomiędzy wskaźnikiem EE a liczbą nawrotów może być silniej wyrażona w grupie pacjentów o bardziej chronicznym przebiegu [24]. Ponadto Berry i wsp. [25] zrobili przegląd 27 badań, w których używano wywiadu CFI (Camberwell Family Interview) i testu Five Minute Speech do zbadania wskaźnika EE wśród personelu zajmującego się osobami ciężko chorującymi psychicznie. Ich wyniki wskazują na powiązanie pomiędzy większym krytycyzmem personelu i deficytami w społecznym funkcjonowaniu pacjenta oraz na powiązanie niskiego wskaźnika EE z wypisem ze szpitala w związku z poprawą stanu psychicznego. Nie ma jednak dowodów, w przeciwieństwie do badań nad rodziną, że wysoki wskaźnik EE u personelu jest związany z większą liczbą nawrotów [25].

Innym ważnym czynnikiem predykcyjnym jest czas nieleczonej psychozy. Metaanaliza Perkins i wsp. [14] wskazuje, że krótszy czas, w którym osoba doświadczająca psychozy pozostaje bez interwencji terapeutycznej, wiąże się z trwalszą i pełniejszą remisją objawów ogólnych, pozytywnych, negatywnych, mniejszą liczbą nawrotów, lepszym ogólnym funkcjonowaniem (GAF, GAS). Inne badania, na przykład Johannessena i wsp., Kalla i wsp., Peralta i wsp. [15–17], szczególnie podkreślają związek DUP z funkcjonowaniem społecznym. Pacjenci o dłuższym DUP posiadali niższy wskaźnik zatrudnienia, żyli samotnie (głównie mężczyźni), byli gorzej profesjonalnie przygotowani do podjęcia pracy, mieli słabszą sieć społeczną i ogólnie gorzej radzili sobie w życiu społecznym. W badaniu krakowskim Cechnicki i wsp. [5] zaobserwowali związek między dłuższym czasem nieleczonej psychozy a nasileniem objawów ogólnych, pozytywnych i większą liczbą nawrotów.

W literaturze nie ma doniesień, które bezpośrednio badają związek pomiędzy relacjami wewnątrzrodzinnymi oraz czasem nieleczonej psychozy a przebiegiem schizofrenii. Niemniej jednak pojawiły się badania, które łączyły te dwa czynniki

i których wpływ na przebieg choroby wydaje się klinicznie istotny. Ross i wsp. [27] zbadali związek pomiędzy historią rodziny, która wcześniej nie miała doświadczenia psychozy, a czasem nieleczonej psychozy (DUP) i czasem nieleczonej choroby (duration of untreated illness – DUI). Zbadali 169 pacjentów z pierwszym epizodem psychozy. Okazało się, że brak osoby chorującej psychicznie w historii rodziny nie miał związku z długością DUP, ale był związany z dłuższym DUI, gdzie wczesne, lękowe, depresyjne i negatywne, ale nie pozytywne symptomy choroby, nie były rozpoznawane jako prodromy zbliżającej się psychozy. Natomiast rodziny, u których wcześniej występowały zaburzenia psychiczne, szybciej szukały pomocy. Podobne powiązania pomiędzy wcześniejszym doświadczeniem choroby psychicznej w rodzinie a krótszym DUP znaleźli Chen i wsp. [28], a Compton i wsp. potwierdzili, że krótszy DUP jest związany z zaangażowaniem rodziny w poszukiwanie pomocy [29], zachowaniem, które obserwujemy u rodzin z niskim wskaźnikiem EE.

Cele niniejszego badania obejmowały: 1) ocenę relacji pomiędzy EE a DUP w chwili pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, 2) ocenę zależności wczesnych i odległych wyników leczenia schizofrenii w ciągu 12 lat od interakcji między czasem nieleczonej psychozy (DUP) i atmosferą w rodzinie (EE) w chwili pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.

Badana grupa

Analizie poddano 56 osób chorujących na schizofrenię, diagnozowanych według DSM-III, z późniejszą ponowną diagnozą według DSM-IV-TR, które wykonały wszystkie badania katamnesticzne. Stanowi to 70% pierwotnej grupy objętej programem badawczym. Średni wiek osób badanych w momencie pierwszej hospitalizacji wynosił 27 lat (odchylenie standardowe 5,9; zakres od 18 do 43 lat). W grupie było 57% kobiet i 43% mężczyzn. 68% osób pozostawało w stanie wolnym, 32% w związkach małżeńskich. Najwięcej było osób z wykształceniem średnim (41%) i wyższym (29%), 62% osób pracowało lub studiowało. Funkcjonowanie społeczne (oceniane według DSM-IV) na poziomie dostatecznym cechowało 30% badanych, dobrym – 25%, bardzo dobrym – 20%, słabym – 20% i bardzo słabym – 5%. Aż 64% osób charakteryzowało się krótkim przebiegiem choroby (do 6 miesięcy), a 36% długim DUP (powyżej 6 miesięcy).

Metoda

Czynniki rokownicze oceniono w oparciu o zmodyfikowaną Skalę Progностyczną Carpentera-Straussa, do oceny wskaźnika ujawnianych uczuć użyto Camberwell Family Interview (CFI), nasilenie objawów zmierzono zmodyfikowaną w UCLA skalą BPRS-E. Dane zbierano podczas pierwszej hospitalizacji oraz w kolejnych punktach pomiarowych w trzy, siedem i dwanaście lat od pierwszej hospitalizacji z zastosowaniem zaadaptowanego Kwestionariusza Katamnesticznego Alanena i Rekkolainena [8]. W analizie występowały dwie zmienne niezależne międzygrupowe, zmienna niezależna wewnątrzgrupowa, powtarzane pomiary oraz zmienne zależne, czyli wskaźniki wyników leczenia. Dwie zmienne niezależne międzygrupowe to:

- czas nieleczonej psychozy o dwóch poziomach: do 6 miesięcy i powyżej 6 miesięcy,
- wskaźnik ujawnianych uczuć o dwóch poziomach: wysoki i niski.

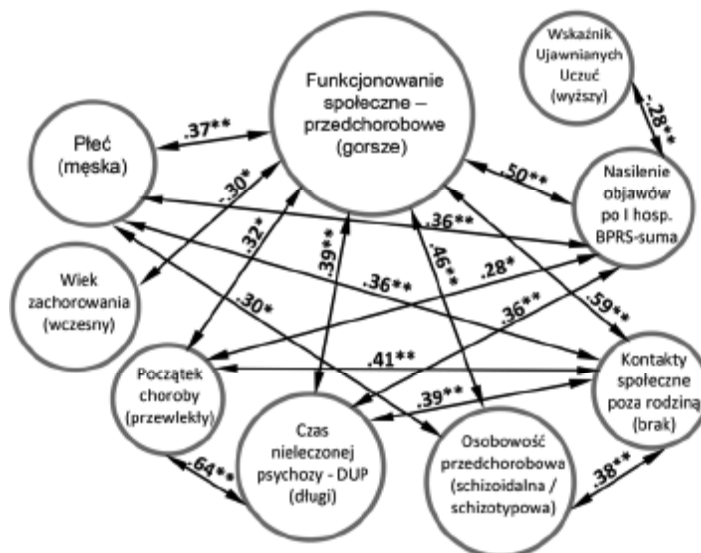
Jako wskaźniki wyników leczenia, czyli zmienne zależne, wybrano:

- liczbę nawrotów (pomiar w katamnezach w 3, 7 i 12 lat od pierwszej hospitalizacji),
- liczbę rehospitalizacji (pomiar w katamnezach w 3, 7 i 12 lat od pierwszej hospitalizacji),
- czas rehospitalizacji (pomiar w katamnezach w 3, 7 i 12 lat od pierwszej hospitalizacji),
- nasilenie objawów (mierzone skalą BPRS: wynik sumaryczny, syndrom pozytywny, syndrom negatywny – pomiar przy wписiu i wypisie podczas pierwszej hospitalizacji i w kolejnych katamnezach w 3, 7 i 12 lat od pierwszej hospitalizacji).

Zmienne niezależne tworzyły trzyczynnikowy plan badawczy typu $2 \times 2 \times 3$, a w odniesieniu do BPRS $2 \times 2 \times 5$, z dwoma czynnikami międzygrupowymi (DUP oraz EE) oraz jednym czynnikiem powtarzanego pomiaru. W obliczeniach posłużono się analizą wariancji (ANOVA) z powtarzaniem pomiarem. Dla istotnych efektów interakcyjnych za pomocą analizy efektów prostych zbadano istotność różnic między grupami o długim i krótkim czasie nieleczonej psychozy oraz wysokim i niskim wskaźniku ujawnianych uczuć w poszczególnych punktach pomiarowych.

Wyniki

W pierwszym kroku badawczym stwierdziliśmy liczne korelacje pomiędzy DUP a wieloma czynnikami rokowniczymi ocenianymi przed wybuchem choroby, np. funkcjonowaniem społecznym, brakiem kontaktów społecznych poza środowiskiem rodzinnym czy przewlekłym początkiem choroby (rys. 1).



Rys. 1. Interkorelacje między czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi przebiegu schizofrenii w chwili pierwszej hospitalizacji – grupa $n = 56$. Do obliczenia interkorelacji użyto współczynnika korelacji rang Spearmana (** oznacza $p \leq 0,001$, * oznacza $p \leq 0,05$)

O ile dłuższy DUP był powiązany w chwili zachorowania z przewlekłym początkiem choroby, silniejszymi objawami chorobowymi, brakiem kontaktów społecznych poza rodziną i ogólnie gorszym przedchorobowym funkcjonowaniem społecznym, o tyle EE nie pozostawał w związku z żadnym badanym czynnikiem rokowniczym (poza niewysoką korelacją z nasileniem objawów choroby). Nie stwierdzono korelacji pomiędzy DUP a wskaźnikiem EE mierzonym w chwili pierwszej hospitalizacji.

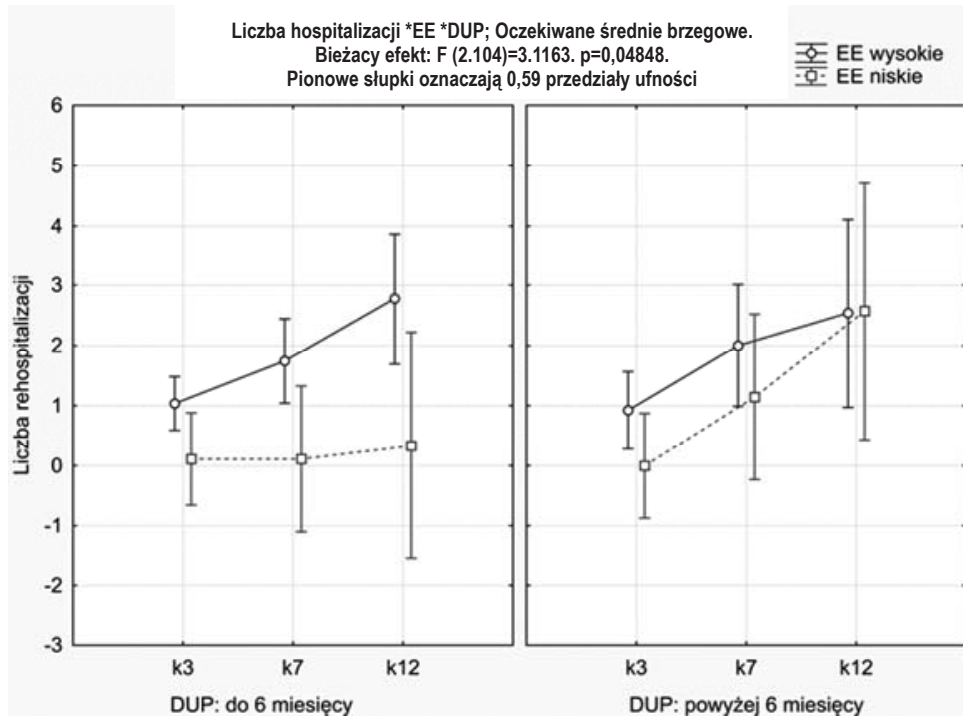
W kolejnych analizach sprawdzono dynamikę liczby nawrotów, liczby rehospitalizacji, czasu rehospitalizacji oraz zależność ich dynamiki od EE i DUP. Wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Analiza wariancji badająca dynamikę liczby nawrotów, rehospitalizacji i czasu rehospitalizacji w interakcji z DUP i EE

Badany efekt	Liczba nawrotów		Liczba rehospitalizacji		Czas rehospitalizacji	
	Wynik testu F	Poziom istotności	Wynik testu F	Poziom istotności	Wynik testu F	Poziom istotności
Dynamika ogółem	28,604	< 0,001	18,387	< 0,001	20,540	< 0,001
Interakcja dynamiki i DUP	2,119	0,125	2,508	0,086	3,603	0,031
Interakcja dynamiki i EE	0,594	0,554	0,236	0,790	0,034	0,967
Interakcja dynamiki, DUP i EE	1,845	0,163	3,116	0,048	2,776	0,067

Analiza wariancji wykazała, że w przypadku wszystkich trzech zmiennych zależnych (liczby nawrotów, liczby rehospitalizacji i czasu rehospitalizacji) występuje istotna statystycznie dynamika ($p < 0,001$) – wyniki istotnie narastają w kolejnych punktach pomiarowych (wszystkie efekty proste istotne na poziomie $p \leq 0,001$). Odnośnie liczby nawrotów i rehospitalizacji okazało się, że osoby o krótkim i długim DUP nie różniły się istotnie statystycznie w żadnej z katamnez. Z kolei długość czasu trwania rehospitalizacji zmieniała się inaczej w zależności od długości DUP ($p < 0,031$). W grupie o długim DUP w każdej katamnezie występował bardziej stromy przyrost (różnica między pomiarem po 3 a po 7 latach była istotna na poziomie $p < 0,001$, natomiast między 7 a 12 latami na poziomie $p = 0,003$), a w grupie o krótkim DUP był on wolniejszy (istotna różnica wystąpiła dopiero między pomiarem po 7 i po 12 latach, $p = 0,43$). W analizie dynamiki liczby nawrotów, liczby i czasu rehospitalizacji względem EE nie stwierdzono istotnego efektu interakcji dla żadnej z tych trzech zmiennych.

Odnośnie potrójnej interakcji dynamiki liczby nawrotów, liczby rehospitalizacji, czasu rehospitalizacji z poziomem DUP oraz EE przez dwanaście lat nie stwierdzono istotnych statystycznie wyników dla liczby nawrotów ani czasu rehospitalizacji. Natomiast w przypadku liczby rehospitalizacji zaobserwowano interakcję dynamiki z obiema zmiennymi niezależnymi (rys. 2 – na następnej stronie), co znaczy, że zmiany tego parametru w czasie zależą jednocześnie od DUP i EE ($p = 0,048$). W grupie osób z krótkim DUP różnice pomiędzy osobami z wysokim i niskim EE pojawiły się w katamnezie trzyletniej jako wyraźny trend ($p = 0,057$) oraz istotnie statystycznie w siedmioletniej ($p = 0,022$) oraz w dwunastoletniej katamnezie ($p = 0,038$). Dla osób z długim DUP różnice we wszystkich katamnezach pomiędzy EE wysokim a niskim były nieistotne.



Rys. 2. Dynamika liczby rehospitalizacji z rozbiem na krótki i długi DUP oraz wysoki i niski EE

Rysunek 2 obrazuje, że w sytuacji krótkiego DUP osoby o niskim EE mają korzystny przebieg rehospitalizacji (to znaczy „płaską” dynamikę), a osoby o wysokim EE – niekorzystny. Natomiast przy długim DUP zarówno osoby o niskim, jak i o wysokim EE mają niekorzystny przebieg przejawiający się w liczbie rehospitalizacji. Innymi słowy – niskie EE może być czynnikiem chroniącym przed przyrostem liczby rehospitalizacji w kolejnych katamnezach. Dotyczy to jednak wyłącznie osób o krótkim DUP.

Kolejne analizy dotyczyły skali BPRS-L.A. Wykorzystano pięć punktów pomiarowych: wpis, wypis oraz katamnezy 3-, 7- i 12-letnią. Wyniki analizy wariancji badającej dynamikę BPRS i jej interakcje z czasem nieleczzonej psychozy i wskaźnikiem ujawnianych uczuć przedstawia tabela 2 – na następnej stronie.

Zarówno BPRS sumaryczny, jak i podskale syndromu pozytywnego i negatywnego wykazywały istotną statystycznie dynamikę w czasie ($p < 0,001$). Po analizie efektów prostych okazało się, że w przypadku oceny sumarycznej pomiary istotnie różnią się między wpisem a pozostałymi pomiarami (wszystkie $p < 0,001$), wypisem a pozostałymi pomiarami – oprócz katamnezy 12-letniej (dla różnic istotnych $p < 0,001$), pomiarami po 3 i po 12 latach ($p = 0,019$) oraz pomiarami po 7 i po 12 latach ($p = 0,027$). Przy tym najniższe wyniki zanotowano w katamnezach 3- i 7-letniej. W przypadku objawów pozytywnych różnice istotne zanotowano pomiędzy pomiarem przy wpisie a pozostałymi pomiarami (wszystkie $p < 0,001$). Zaś przy objawach

negatywnych istotne różnice stwierdzono pomiędzy pomiarem przy wpisie a pozostałymi ($p = 0,019$ z wypisem i $p < 0,001$ z późniejszymi katamnezami) oraz pomiarem przy wypisie a kolejnymi katamnezami ($p < 0,001$ z pomiarami po 3 i 7 latach oraz $p = 0,008$ z pomiarem po 12 latach).

Tabela 2. Analiza wariancji badająca dynamikę BPRS w interakcji z DUP i EE

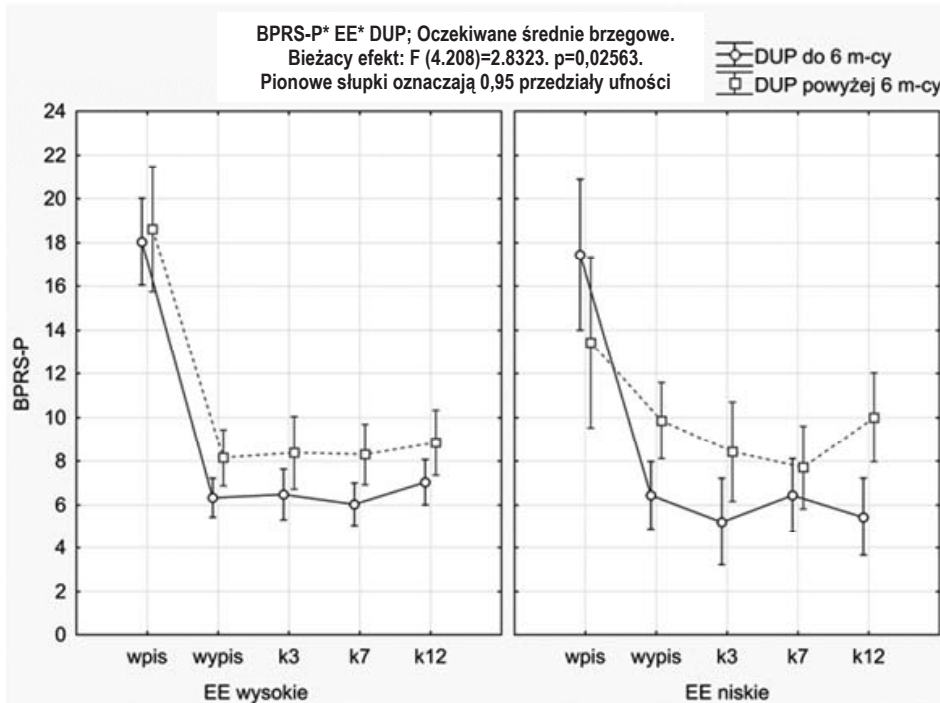
Badany efekt	BPRS ogółem		Objawy pozytywne		Objawy negatywne	
	Wynik testu F	Poziom istotności	Wynik testu F	Poziom istotności	Wynik testu F	Poziom istotności
Dynamika ogółem	89,630	< 0,001	95,804	< 0,001	16,051	< 0,001
Interakcja dynamiki i DUP	2,992	0,020	5,169	< 0,001	0,180	0,948
Interakcja dynamiki i EE	4,845	< 0,001	2,646	0,035	1,575	0,182
Interakcja dynamiki, DUP i EE	2,110	0,081	2,832	0,026	0,545	0,703

Po uwzględnieniu czynnika międzygrupowego czasu nieleczzonej psychozy wykryto wiele interesujących zależności interakcyjnych. Spadek wyników (poprawa objawowa) w BPRS sumarycznym, jak i w syndromie pozytywnym był powiązany z długością DUP (odpowiednio $p = 0,020$ i $p < 0,001$). W zakresie BPRS sumarycznego efekty proste wykazały istotnie niższe wyniki u osób o krótkim DUP we wszystkich punktach pomiarowych poza wpisem ($p \leq 0,008$) niż u mających długi DUP. Podobnie było w przypadku objawów pozytywnych ($p \leq 0,023$). Zatem osoby o krótkim DUP bardziej poprawiły swoje wyniki w przebiegu leczenia niż osoby o długim DUP.

Interakcja dynamiki objawów mierzonych skalą BPRS (oceny sumarycznej oraz objawów pozytywnych) ze wskaźnikiem ujawnianych uczuć (EE) wskazała na różnice między osobami o niskim i wysokim EE, ale – jak się okazuje – dotyczyło to tylko momentu rozpoczęcia hospitalizacji. Osoby o wysokim EE zostały przyjęte na oddział stacjonarny z wyższymi wynikami w skali BPRS i wyraźna różnica między nimi a osobami o niskim EE wystąpiła tylko w momencie wpisu ($p = 0,004$ dla oceny sumarycznej, zaś $p = 0,070$ dla objawów pozytywnych). Od momentu wypisu osoby o wysokim i niskim EE nie różniły się istotnie od siebie w zakresie wyniku sumarycznego w BPRS, jak i objawów pozytywnych.

Spośród interakcji objawów mierzonych skalą BPRS z poziomami DUP i EE jedynie w przypadku syndromu pozytywnego interakcja okazała się istotna (rysunek 3 – na następnej stronie).

W analizie efektów prostych wykryto następujące różnice: w podgrupie wysokiego EE osoby o krótkim DUP różniły się od osób o długim DUP przy wypisie ($p = 0,023$) oraz w katamnezie siedmioletniej ($p = 0,009$) i dwunastoletniej ($p = 0,050$), natomiast w podgrupie o niskim EE różnice pojawiły się przy wypisie ($p = 0,005$), w katamnezie trzy- ($p = 0,038$) i dwunastoletniej ($p = 0,001$). Niemniej rysunek czytelnie obrazuje, że grupy różnicuje w bardziej istotny sposób DUP niż EE, gdyż wszystkie wyniki – poza pomiarem przy wpisie na pierwszą hospitalizację – wskazują na powiązanie długiego czasu nieleczzonej psychozy z wyższymi wynikami w syndromie pozytywnym.



Rys. 3. Dynamika syndromu pozytywnego z rozbiciem na krótki i długi DUP oraz wysoki i niski EE

Dyskusja

O ile literatura dotycząca wpływu wskaźnika ujawnianych uczuć oraz czasu nieleczonej psychozy na przebieg schizofrenii jest bardzo bogata [1–26], to nie spotkano badań dotyczących bezpośredniej interakcji między tymi czynnikami i ich wpływu na wyniki leczenia. Z codziennej praktyki klinicznej wiadomo, że krytyka, wrogość czy nadmierne uwikłanie emocjonalne w rodzinie wpływają na nasilenie symptomów psychozy obserwowane u jednego z jej członków. Czynniki te wpływają także na czas potrzebny rodzinie na decyzję o podjęciu adekwatnego leczenia. Już przed 20 laty, w oparciu o kliniczne opisy, de Barbaro (1992) wskazywał na opóźnienie w podjęciu leczenia (zjawisko ujmowane dzisiaj jako czynnik DUP) w wyniku powiązania ze zjawiskami wewnątrzrodzinnymi (dzisiaj analizowanymi jako czynnik EE). Ukazywał, że rodzina naduwikłana, podobnie jak krytyczna, nie widzi problemu choroby i wydłuża czas od pierwszych ewidentnych objawów psychozy do momentu podjęcia leczenia psychiatrycznego [30]. Te wzajemne interakcje okazały się istotne również dwadzieścia lat później, ale zależności układają się w bardziej skomplikowane wzorce.

Badania wpływu interakcji czynników rokowniczych, w tym przypadku DUP i EE, na odległe wyniki leczenia okazały się wartościowe, gdyż udowadniają związek mniejszej liczby rehospitalizacji i nasilenia objawów pozytywnych z krótkim czasem

nieleczonej psychozy i niskim poziomem wyrażanych uczuć w rodzinie. W innym badaniu Cechnicki i wsp. [5] wskazywali na związek DUP z liczbą rehospitalizacji, który nie osiągał istotności statystycznej, a liczba rehospitalizacji nie wykazywała powiązania z poziomem EE w rodzinie [7]. Obecnie w interakcji z EE związek ten ujawnił się w sposób istotny, gdyż mniejszą liczbę rehospitalizacji stwierdza się u badanych tylko w sytuacji współlistnienia krótkiego DUP i niskiego EE.

We wcześniejszych badaniach Cechnickiego i wsp. [5, 7] zaobserwowano, że długi czas nieleczonej psychozy (DUP) powiązany był z liczniejnymi nawrotami w kolejnych katamnezach. Podobnie wykazano, że wysoki wskaźnik ujawnianych uczuć był powiązany z większą liczbą nawrotów. Niemniej – w przypadku nawrotów – niniejsze badanie nie wykazało istotnej interakcji pomiędzy tymi dwoma czynnikami i powtórzonymi pomiarami.

Z kolei analiza wzajemnego oddziaływania badanych predyktorów z „ostrą” psychopatologią odsłania nowe informacje. Badana w sposób izolowany dynamika syndromu pozytywnego była związana z poziomem EE tylko przy pierwszej hospitalizacji [7]. Obecnie u osób o krótkim DUP stwierdzono, począwszy od pierwszego epizodu przez okres dwunastu lat chorowania, mniejsze nasilenie syndromu pozytywnego zarówno w grupach o wysokim, jak i niskim EE, co wyraźnie wskazuje na istotną rolę DUP w różnicowaniu badanej grupy. Podobnie Crumlish i wsp. w przeprowadzonej 8-letniej katamniezie wykazali, że krótszy DUP był związany z objawami pozytywnymi i lepszym społecznym funkcjonowaniem. Badanie krakowskie nie ujawniło związku z syndromem negatywnym, ale w badaniu irlandzkim poprawa w zakresie objawów negatywnych, która była obserwowana pomiędzy 4 a 8 rokiem badania, powiązana była z czasem nieleczonej choroby [30]. Natomiast Ross i wsp. [27] w badaniach wykazali, że to dłuższe DUP było związane z objawami negatywnymi, które nie były rozpoznawane przez rodzinę jako symptomy choroby. Z kolei Compton i wsp. [29] wskazują na powiązanie dłuższego DUP z mniejszym zaangażowaniem rodziny w szukanie pomocy dla jej chorego członka.

Wcześniej opisywano, że rodziny o niskim EE szybko poszukują pomocy i tym tłumaczono korzystny wpływ na przebieg leczenia, szczególnie na nawroty. Korzystny związek pomiędzy niskim EE a mniejszą liczbą nawrotów stwierdzany w poprzednim badaniu zanika w interakcji z długim DUP [7]. Jeżeli obserwujemy podgrupę osób chorujących, w której doszło do interakcji długiego DUP (mniejsze zaangażowanie w szukanie pomocy) i niskiego EE (większe zaangażowanie w szukanie pomocy), to wówczas decydującym niekorzystnym czynnikiem w naszym badaniu okazał się dłuższy DUP. To oznacza, że niski poziom wskaźnika EE nie chroni od niekorzystnego przebiegu choroby.

Badania interakcji pomiędzy czynnikami pozwalają prześledzić bardziej skomplikowane powiązania opisywanych zjawisk. Umacniają one przekonanie klinicystów, że należy podejmować wysiłki terapeutyczne w celu poprawy relacji wewnątrzrodzinnych, ale równolegle dokładać starań, aby przyspieszyć rozpoczęcie leczenia i skrócić czas nieleczonej psychozy. Praktyczne implikacje tej wiedzy wiążą się z podejmowaniem działań profilaktycznych i psychoedukacyjnych, które mogłyby chronić osoby chorujące na schizofrenię przed niekorzystnym przebiegiem choroby.

Влияние интеракции двух предикторов на ранние и поздние результаты лечения шизофрении

Содержание

Задание. Прослеживание влияния интеракции двух предикторов на ранние и отдаленные результаты лечения шизофрении.

Методы. Анализу подвергнуты результаты исследований 56 больных шизофренией в 4 временных пунктах. В качестве показателей течения болезни принято число рецидивов и регоспитализации время регоспитализации и утяжеление симптомов при первой госпитализации и катамнезах полс 3,7 и 12 лет.

Результаты. Не отмечено корреляции между продолжительностью и тяжестью психоза (ПТП) и показателем эмоциональной экспрессии (ЭЭ), определенным во время первой госпитализации у лиц с коротким ПТП и низкой ЭЭ. В группе с длительной ПТП число регоспитализации увеличивалась, независимо от ЭЭ. Утяжеление позитивного синдрома было ниже в группе больных с коротким ПТП и высокой ЭЭ. В группе с низкой ЭЭ в сравнении с лицами с длительным ПТП и высокой ЭЭ. В группе с низкой ЭЭ появились аналогичные различия пр ПТП. В двенадцатилетнем периоде число госпитализаций и регоспитализации у больных с коротким ПТП и и низкой ЭЭ не увеличивалась в сравнении с больными с коротким ПТП и высокой ЭЭ.

Выводы. 1. Не отмечено корреляции между ПТП и показателем ЭЭ, определяемых во время первой госпитализации. 2. Число регоспитализации, а также динамика позитивных симптомов были связаны с взаимной интеракций факторов ДТП и ЭЭ. 3. Длительное наблюдение и многократные исследования позволяют на получение более верных результатов.

Ключевые слова: шизофрения, результат лечения, проявляемые чувства

Interaktion von zwei Prädiktoren auf Früh- und Langzeit – Outcome von Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Beobachtung des Einflusses von Interaktion auf Früh- und Langzeitbehandlung der Schizophrenie.

Methoden. Die Befunde von 56 Personen mit der Diagnose Schizophrenie in 4 Zeitpunkten wurden analysiert. Als Indexe des Krankheitsverlaufs wurden die Zahl der Schübe und wiederholten Krankenhausaufenthalte, Zeit der Krankenhausaufenthalte und Intensität der Symptome angenommen, die bei dem ersten Krankenhausaufenthalt und in den Katamnesen nach 3, 7 und 12 Jahren bewertet wurden.

Ergebnisse. Es wurde keine Korrelation zwischen der Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) und dem EE – Index nachgewiesen, der im Moment der ersten Krankenhausbehandlung gemessen wurde. In zwölf Jahren ist die Zahl der wiederholten Krankenhausaufenthalte bei den Personen mit der kurzen DUP und niedrigen EE nicht gestiegen, im Gegensatz zu den Personen mit der kurzen DUP und hohen EE. In der Gruppe mit der langen DUP stieg die Zahl der wiederholten Krankenhausaufenthalte unabhängig von dem EE - Level. Die Intensität des positiven Syndroms war in der Gruppe der Personen mit der kurzen DUP und der hohen EE niedriger im Vergleich mit den Personen mit der langen DUP und der hohen EE. In der Gruppe mit der niedrigen EE traten ähnliche Unterschiede im Bezug auf DUP auf.

Schlussfolgerungen. 1. Es wurden keine Korrelationen zwischen der DUP und dem EE – Index nachgewiesen, der im Moment der ersten Krankenhausbehandlung gemessen wurde. 2. Die Zahl der wiederholten Krankenhausaufenthalte und die Dynamik der positiven Symptome schienen mit der gegenseitigen Interaktion der DUP und EE – Faktoren verbunden zu sein. 3. Eine Langzeit – Beobachtung und mehrmalige Messungen erlauben glaubhafte Ergebnisse zu erzielen.

Schlüsselwörter: Schizophrenie, Befund, Expressed Emotion

L'influence de l'interaction de deux prédicteurs sur les effets de court terme et de long terme de la thérapie de la schizophrénie

Résumé

Objectif. Observer l'influence de l'interaction de deux prédicteurs sur les effets de court et de long terme de la thérapie de la schizophrénie.

Méthode. On analyse les résultats de 56 patients diagnostiqués « schizophrénie » dans 4 points de temps. Comme indice du cours de la maladie on accepte : nombre des rechutes, nombre d'hospitalisation et leur durée, sévérité des symptômes après la première hospitalisation et après 3, 7 et 12 ans.

Résultats. On ne note pas de corrélation de DUP (duration of untreated psychosis) et EE (expressed emotion) mesuré durant la première hospitalisation. Durant la période de 12 ans le nombre d'hospitalisation des patients avec le court DUP et le petit EE n'accroît pas, inversement dans le groupe avec court DUP et grand EE. La sévérité des symptômes est moins élevée dans le groupe avec court DUP et grand EE. Dans le groupe avec petit EE on note les différences analogues envers DUP.

Conclusions. 1. On ne note pas de corrélations de DUP et d'EE durant la première hospitalisation. 2. Le nombre d'hospitalisation et l'intensité des symptômes positifs se lient avec l'interaction de DUP et d'EE. 3. L'observation de long terme et plusieurs mesures permettent obtenir les résultats plus fiables.

Mots clés : schizophrénie, effet thérapeutique, émotions exprimées

Piśmiennictwo

1. Sartorius N, Jablensky A, Emberg G, Leff J, Korten A, Gulbinat W. *Course of schizophrenia in different countries: Some results of a WHO International 5-year follow-up study*. W: Hafner H, Gattaz WF, Janzarik W. red. *Search for the causes of schizophrenia*. Germany: Springer-Verlag; 1987. s. 107–113.
2. Westermeyer JF, Harrow M. *Course and outcome in schizophrenia*. W: Tsuang MT, Simpson JS. red. *Handbook of schizophrenia: nosology, epidemiology and genetics, 3rd no*. New York: Elsevier; 1988. s. 205–244.
3. 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.
4. Hopper K, Harrison G, Janca A, Sartorius N. red. *Recovery from schizophrenia: an international perspective. A report from the WHO collaborative project, the international study of schizophrenia*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
5. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Bielańska A. *Prospektywna ocena wpływu czasu nieleczzonej psychozy na przebieg schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2010; 3: 381–394.
6. Häfner H. *Risk and protective factors in schizophrenia*. Darmstadt: Steinkopff Verlag; 2002.
7. Cechnicki A, Hanuszkiewicz I, Polczyk R, Cichocki Ł, Kalisz A, Rostworowska M. *Wskaźnik ekspresji emocji (EE) jako rodzinny predyktor przebiegu schizofrenii*. Psychiatr. Pol. 2010; 2: 173–184.
8. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
9. Wunderink A, Nienhuys NJ, Sytema S, Wiersma D. *Treatment delay and response rate in first episode psychosis*. Acta Psychiatr. Scand. 2006; 113: 332–339.
10. Wiersma D, Nienhuis FJ, Sloff CJ, Giel R. *Natural course of schizophrenic disorders: a 15-year follow-up of a Ditch incidence cohort*. Schizophr. Bull. 1998; 24: 75–85.
11. McGlashan TH. *Duration of untreated psychosis in first episode schizophrenia: marker or determinant of course?* Biol. Psychiatry 1999; 46: 899–907.

12. Norman RM, Malla AK. *Duration of untreated psychosis: a critical examination of the concept and its importance*. Psychol. Med. 2001; 31: 381–400.
13. Norman RM, Malla AK, Verdi MB. *Understanding delay in treatment for first episode psychosis*. Psychol. Med. 2004; 34: 255–266.
14. Perkins DO, Gu H, Boteva K, Lieberman JA. *Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis*. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 1785–1804.
15. Johannessen JO, Larsen TK, McGlashan T. *Duration of untreated psychosis: An important target for intervention in schizophrenia*. Nord J. Psychiatry 1999; 53 (4): 275–283.
16. Kalla O, Aaltonen J, Wahlstrom J, Lehtinen V, Garcia Cabeza I, Gonzalez de Chavez M. *Duration of untreated psychosis and its correlates in first-episode psychosis in Finland and Spain*. Acta Psychiatr. Scand. 2002; 106: 265–275.
17. Peralta V, Cuesta M, Martinez-Larrea A, Serrano J, Langarica M. *Duration of untreated psychotic illness. The role of premorbid social support networks*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 40: 345–349.
18. Vaughn C, Synder K, Jones S, Freeman W, Falkon I. *Family factors in schizophrenia relapse: Replication in California of British research on expressed emotion*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 1169–1177.
19. Leff J. *Needs of the families of people with schizophrenia*. Adv. Psychiatr. Treat. 1998; 4: 277–284.
20. Tanaka S, Mino Y, Inoue S. *Expressed emotion and the course of schizophrenia in Japan*. Br. J. Psychiatry 1995; 167: 794–796.
21. Ronald L, Butzlaff AM, Hooley JM. *Expressed emotions and psychiatric relapse. A meta-analysis*. Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55: 547–552.
22. Brown GW, Birley J, Wing J. *Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: replication*. Br. J. Psychiatry 1972; 121: 241–258.
23. Vaughn C, Leff J. *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness*. Br. J. Psychiatry 1976; 129: 125–137.
24. Bebbington P, Kuipers L. *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis*. Psychol. Med. 1994; 24 (3): 707–718.
25. Berry K, Barrowclough C, Haddock G. *The role of expressed emotion in relationship between psychiatric staff and people with a diagnosis of psychosis: A revive of the literature*. Schizophr. Bull. 2011; 37 (5): 958–972.
26. Raune E, Kuipers R, Bebbington P. *Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model*. Br. J. Psychiatry 2004; 184: 321–326.
27. Ross N, Ashok M, Rahul M. *Delay in treatment for psychosis: its relation to family history*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42 (6): 507–512.
28. Chen H, Dunn E, Miao M i in. *The impact of family experience on the duration of untreated psychosis (DUP) in Hong Kong*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2005; 5 (40): 350–356.
29. Compton M, Chien V, Leiner A, Goulding S, Weiss P. *Mode of onset of psychosis and family involvement in help – seeking as determinants of duration of untreated psychosis*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2008; 43: 975–982.
30. de Barbaro B. *Wpływ czynników wewnątrzrodzinnych na okoliczności pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej osób chorych na schizofrenię*. Psychiatr. Pol. 1992; 1–2: 78–85.
31. Crumlish N, Whitty P, Clarke M. *Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-effective psychosis*. Br. J. Psychiatry 2009; 194: 18–24.

Adres: Andrzej Cechnicki
Zakład Psychiatrii Środowiskowej
Katedra Psychiatrii UJ CM
31-501 Kraków ul. Kopernika 21 A

Otrzymano: 10.05.2013
Zrecenzowano: 23.06.2013
Otrzymano po poprawie: 2.07.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013