

Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych na schizofrenię – zależność z remisją objawową i czasem trwania choroby

Social functioning and quality of life in schizophrenia patients – relationship with symptomatic remission and duration of illness

Krystyna Górna¹, Krystyna Jaracz¹, Jan Jaracz², Justyna Kiejda¹,
Barbara Grabowska-Fudala¹, Janusz Rybakowski²

¹Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Katedry Pielęgniarstwa UM w Poznaniu
Kierownik: dr hab. n. med. K. Jaracz

²Klinika Psychiatrii Dorosłych UM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

Summary

Aim. The assessment of social functioning and subjective quality of life in relation to symptomatic remission in schizophrenia patients after a first psychiatric hospitalization, as well as the analysis of connection between intensity of psychopathological symptoms and the level of functioning and quality of life, taking into account the status of remission and duration of illness.

Methods. Sixty-four patients were assessed, at 13 months (1st examination) and at mean 8 years (2nd examination) after the first hospitalization, and compared with two control groups of healthy persons. The following scales were used: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS), Social Functioning Scale (SFS), WHO Quality of Life (WHOQoL - Bref) scale and Global Assessment Scale (GAS).

Results. At first examination, the score of SFS domains was not significantly different between patients in remission and without remission while the score of most domains of WHOQoL was significantly higher in patients with remission. At second examination, the scores of both SFS and WHOQoL were significantly higher in patients with remission and did not differ significantly from healthy persons. In both examinations, significant correlations between PANSS and SFS and WHOQoL scores were found, especially in patients without remission.

Conclusions. At mean 8 years after first psychiatric hospitalization, 2/3 of the patients with schizophrenia did not get a symptomatic remission and had worse social functioning and quality of life compared to patients with remission and to healthy controls. Psychopathological symptoms correlated significantly with social functioning and quality of life, especially among patients without remission.

Słowa kluczowe: schizofrenia, remisja, funkcjonowanie społeczne, jakość życia

Key words: schizophrenia, remission, social functioning, quality of life

Wstęp

Koniec ery wielkich szpitali psychiatrycznych, rozwój pozainstytucjonalnych form opieki, wzrost aktywności odbiorców świadczeń zdrowotnych oraz wyniki badań naukowych rzuciły nowe światło na obraz schizofrenii widzianej od czasów Kraepelina jako przewlekły, postępujący proces chorobowy, prowadzący do nieodwracalnych deficytów psychicznych i dezadaptacji życiowej u zdecydowanej większości chorych [1, 2]. Nowe spojrzenie na schizofrenię przejawia się m.in. w odmiennym niż w XX w. kształtowaniu systemów opieki psychiatrycznej oraz definiowaniu celów leczenia [3, 4]. W tym kontekście nastąpił renesans terminu „zdrowienie” (recovery) rozumianego jako proces rozwojowy umożliwiający samodzielne i satysfakcjonujące życie w rodzinie, miejscu pracy, społeczeństwie – niezależnie od procesu chorowania [5, 6]. W konsekwencji zmienił się również sposób podejścia do oceny przebiegu i wyników leczenia schizofrenii. Uznano za zasadne opracowanie kompleksowej miary obejmującej wiele wskaźników, w tym remisję objawową, funkcjonowanie społeczne i subiektywną jakość życia [7–9]. Do tej pory zaproponowano ujednolicone kryteria tylko dla remisji objawowej [8]. Pozostałe komponenty zdrowienia, tj. remisja funkcjonalna i adekwatna jakość życia, wymagają dalszych prac badawczych i koncepcyjnych, podobnie zresztą jak samo zjawisko zdrowienia, które obecnie jest wielorako definiowane przez różnych autorów [1, 3, 6, 9, 10].

Kryteria remisji objawowej zostały opracowane przez Grupę Roboczą Ekspertów (The Remission in Schizophrenia Working Group – RSWG) w 2005 r. [8]. Liczne prace opublikowane po tym okresie potwierdziły trafność i użyteczność nowych kryteriów oraz wykazały, że są one osiągalne dla znacznego odsetka chorych. Według niedawno opublikowanego przeglądu systematycznego AlAqela i Margolese’a [11] ten rodzaj remisji uzyskuje od 17% do 78% osób (mediana = 40%) po I epizodzie schizofrenii i 16% do 62% (mediana = 33%) po wielu epizodach, w zależności od rodzaju badań (poprzeczne vs. podłużne), długości obserwacji, struktury badanych grup, zastosowanych interwencji, uwzględnienia lub nie 6-miesięcznego kryterium czasowego.

Spełnienie kryteriów remisji objawowej nie jest równoznaczne z dobrym funkcjonowaniem społecznym i zadowalającą jakością życia, o czym świadczą dane dotyczące częstości występowania powrotu do zdrowia [10]. Według przeglądu systematycznego Jääskeläinen i wsp. występuje ono u 8,1%–20,0% chorych (mediana = 13,5%) [10]. Zbliżone wartości podaje Cechnicki, autor polskich, 20-letnich badań prospektywnych [9]. Różnice w przytoczonych wyżej odsetkach sugerują, że wymienione trzy wymiary zdrowienia są ze sobą dość luźno powiązane. Analizy zależnościowe dostępne w piśmiennictwie na ten temat nie są natomiast jednoznaczne [12]. Część autorów sugeruje, że związek między nasileniem objawów a poziomem funkcjonowania społecznego i jakości życia jest słaby [13, 14], inni, że znaczący [15–19]. Na obecnym etapie badań nie można zatem jednoznacznie stwierdzić, jaki jest charakter wzajemnych zależności między wymienionymi wymiarami zdrowienia. Postuluje się zatem potrzebę dalszych prac, zakładając, że wyjaśnienie istniejących wątpliwości pozwoli na lepsze zrozumienie samego konceptu zdrowienia, wesprze wysiłki zmierzające do opracowania

ujednocionych kryteriów remisji funkcjonalnej i adekwatnej jakości życia oraz wniesie wkład w proces dalszej walidacji kryteriów remisji objawowej [20, 21].

Celem niniejszego badania jest ocena funkcjonowania społecznego i subiektywnej jakości życia w zależności od remisji objawowej, dokonana na podstawie prospektywnej obserwacji grupy chorych po I epizodzie schizofrenii. Wysłunięto hipotezę, że istnieje związek między nasileniem objawów psychopatologicznych a poziomem funkcjonowania i jakości życia, przy uwzględnieniu remisji i czasu trwania choroby.

Metody

Badane osoby

Prezentowane wyniki stanowią część analiz przeprowadzonych w ramach długoterminowego badania prospektywnego, dotyczącego naturalnego przebiegu schizofrenii u pacjentów po I hospitalizacji psychiatrycznej w latach 1998–2002. Pacjenci byli poddani czterokrotnej ocenie: miesiąc po wypisie ze szpitala, 13 miesięcy od wypisu, średnio po 5,2 roku ($SD = 0,9$) i średnio po 8,4 roku ($SD = 1,0$). Łączny czas obserwacji wynosił od 7 do 11 lat. W etapie 1. i 2. wzięło udział 86 chorych, w 3. etapie – 74, a w 4 – 64. Grupa uczestnicząca we wszystkich punktach czasowych obserwacji liczyła 64 osoby. Spośród 22 chorych, którzy zostali wyłączeni z badania, 18 zrezygnowało z dalszego udziału, 1 osoba zmarła, 3 zmieniły miejsce pobytu. Więcej informacji nt. rekrutacji i selekcji osób do badań przedstawiono we wcześniejszych publikacjach [22, 23]. Dla potrzeb niniejszej pracy analizie poddano wyniki dotyczące 64 chorych uczestniczących w 2. i 4. etapie badania (określonych tu odpowiednio jako badanie 1. i badanie 2). Oprócz pacjentów, w obu tych badaniach uczestniczyły również osoby zdrowe (odpowiednio 86 i 64 osoby) dobrane pod względem płci i wieku do badanych chorych, stanowiły one grupy porównawcze w analizach dotyczących funkcjonowania i jakości życia.

Narzędzia badawcze

Skala PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) wykorzystana w celu określenia nasilenia objawów [24] oraz remisji przekrojowej, tzn. w punkcie badania 1 i 2. Remisję rozumiano jako spełnienie kryterium nasilenia objawów zgodnie z propozycją Andreasen [8] bez uwzględnienia kryterium czasowego [25]. Kryterium objawowe dotyczy nasilenia 8 podstawowych objawów reprezentowanych w PANSS przez 8 pozycji (P1 – urojenia, P2 – dezorganizacja pojęciowa, P3 – zachowania omamowe, N1 – spłylenie afektu, N4 – wycofanie społeczne, N6 – brak spontaniczności, G5 – przybieranie dziwacznych póz/manieryzmy i G9 – niezwykle treści myślenia). Żadna z ocenianych pozycji nie może przekraczać 3 punktów [8].

Skala funkcjonowania społecznego (Social Functioning Scale – SFS) w adaptacji Załuskiej [26]. Skala składa się z 79 pozycji przyporządkowanych do 7 dziedzin. Ogólna liczba punktów SFS wynosi od 55 do 145. Uzyskanie więcej niż 115 pkt oznacza dobre funkcjonowanie.

Skala jakości życia WHOQoL-Bref w adaptacji Jaracz i wsp. [27] do oceny subiektywnej jakości życia. Skala zawiera 24 pytania pogrupowane w 4 dziedziny oraz dwa pytania dotyczące globalnej jakości życia i stanu zdrowia. Zakres punktów dla każdej z dziedzin wynosi od 5 do 20, a dla wyniku całkowitego od 26 do 130.

Skala GAS (Global Assessment Scale) do oceny ogólnego poziomu funkcjonowania w okresie roku poprzedzającego hospitalizację. Zakres skali wynosi od 1 do 100 punktów. Dla potrzeb pracy przyjęto, że punktacja do 50 oznaczała złe funkcjonowanie [28].

Kwestionariusz danych społeczno-demograficznych i klinicznych.

Metody obliczeń statystycznych

W analizach statystycznych dla porównań międzygrupowych zastosowano testy U Manna–Whitneya dla dwóch grup i test Kruskala–Wallisa dla trzech grup. Gdy odrzucono hipotezę zerową o nieistotności różnic między trzema grupami, zastosowano test post-hoc w celu stwierdzenia, między którymi grupami różnica występuje. Do badania zależności między zmiennymi kategoryjnymi zastosowano test χ^2 , a do analizy korelacji – współczynnik korelacji Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

Badanie wykonano w ramach grantu naukowego MNiSW (5216/B/P01/210/38). Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej. Badanie nie było sponsorowane.

Wyniki

W grupie 64 chorych uczestniczących w 1. i 2. badaniu było 42 mężczyzn (65,6%) i 22 kobiety (34,4%). Wiek tych osób podczas I hospitalizacji wynosił od 17 do 47 lat (śr. 24,5, SD = 6,0). Pierwsza grupa porównawcza składała się z 52 mężczyzn i 34 kobiet w wieku od 19 do 44 lat (śr. 24,7; SD = 4,7). Druga grupa obejmowała 42 mężczyzn i 22 kobiety w wieku od 24 do 55 lat (śr. 32,9; SD = 6,2). Pacjenci wyłączeni z badania nie różnili się istotnie od tych, którzy w nim pozostali, pod względem płci, wieku podczas I hospitalizacji, czasu trwania nieleczonej psychozy (duration of untreated psychosis – DUP) oraz całkowitej punktacji w skalach PANSS, SFS i WHOQoL w pierwszym i drugim etapie badania.

W badaniu 1. kryteria remisji objawowej spełniało 50% pacjentów, a drugie 50% ich nie spełniało. Grupy nie różniły się pod względem większości analizowanych cech, w tym pod względem odsetka chorych przyjmujących systematycznie leki przeciwpsychotyczne do czasu badania 1. Różnice stwierdzono w odniesieniu do płci i DUP. W grupie bez remisji więcej było mężczyzn i osób z dłuższym DUP (tab. 1).

W badaniu 2. odsetek chorych spełniających kryteria remisji wynosił 34%, a niespełniających – 66%. W grupie osób niebędących w remisji w porównaniu z pozostałymi istotnie mniej miało wykształcenie średnie lub wyższe, pracowało zawodowo lub uczyło się, a więcej cechowało się dłuższym DUP. W grupie tej odnotowano również większy odsetek osób w stanie wolnym ($p = 0,060$) i z gorszym funkcjonowaniem przed I hospitalizacją ($p = 0,051$). Podobnie jak w badaniu 1., różnic nie stwierdzono

w odniesieniu do liczby chorych przyjmujących leki przeciwpsychotyczne do czasu badania 2. (tab. 1).

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna i kliniczna badanej grupy po 13 miesiącach i średnio po 8 latach od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, z uwzględnieniem remisji objawowej

Charakterystyka	Badanie po 13 miesiącach			Badanie średnio po 8 latach		
	Remisja n = 32	Brak remisji n = 32	p	Remisja n = 22	Brak remisji n = 42	p
<i>Społeczno-demograficzna</i>						
Płeć (męska) n (%)	17 (53,1)	25 (78,1)	0,035	12 (54,5)	30 (71,4)	N.S.
Wiek śr. (SD)	26,8 (6,8)	24,6 (4,8)	N.S.	32,3 (6,8)	33,2 (5,9)	N.S.
Wykształcenie średnie lub wyższe n (%)	23 (65,7)	17 (53,1)	N.S.	19 (86,4)	26 (61,9)	0,042
Praca/nauka n (%)	16 (50,0)	11 (34,4)	N.S.	16 (72,7)	14 (33,3)	0,003
Stan cywilny – kawaler/panna n (%)	29 (90,6)	26 (81,3)	N.S.	13 (59,1)	34 (81,0)	0,060
<i>Kliniczna</i>						
Czas trwania nieleczzonej psychozy > 3 miesiące n (%)	9 (28,1)	20 (62,5)	0,006	1,5 (2,5)	6 (23,3)	0,014
Wiek I hospitalizacji śr. (SD)	25,2 (6,8)	23,4 (4,9)	N.S.	24,0 (6,6)	24,8 (5,7)	N.S.
Obciążenie rodzinne zaburzeniami psychicznymi n (%)	14 (43,8)	12 (37,5)	N.S.	10 (45,5)	16 (38,1)	N.S.
Choroby współistniejące n (%)	11 (34,4)	17 (53,1)	N.S.	10 (45,5)	18 (42,9)	N.S.
GAS > 50 pkt n (%)	16 (50,0)	14 (43,8)	N.S.	14 (63,6)	16 (38,1)	0,051
Systematyczne przyjmowanie leków n (%)	22 (68,8)	26 (81,3)	N.S.	12 (54,5)	28 (66,7)	N.S.

Tabela 2 przedstawia funkcjonowanie społeczne i jakość życia chorych w remisji i bez remisji 13 miesięcy po hospitalizacji oraz osób zdrowych.

Tabela 2. Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych z remisją, bez remisji i osób zdrowych oraz objawy psychopatologiczne u chorych z remisją i bez remisji 13 miesięcy po I hospitalizacji psychiatrycznej

Charakterystyka	Badanie po 13 miesiącach				
	Brak remisji n = 32	Remisja n = 32	Zdrowi n = 86	Test K-W/M-W	Test Post-hoc
	śr. (SD)	śr. (SD)	śr. (SD)	p	p < 0,05
<i>Funkcjonowanie społeczne (SFS)</i>					
1. Wychodzenie z izolacji	101,1 (13,5)	108,6 (10,3)	115,9 (10,3)	< 0,001	BR, R < Z
2. Komunikacja/więzi międzyludzkie	106,3 (15,3)	117,2 (20,8)	133,7 (13,7)	< 0,001	BR, R < Z
3. Kontakty społeczne	100,3 (14,9)	106,1 (13,6)	119,9 (15,8)	< 0,001	BR, R < Z
4. Rozrywka/rekreacja	96,3 (14,5)	102,9 (14,4)	114,1 (13,3)	< 0,001	BR, R < Z

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

5. Samodzielność realizowana	84,7 (10,5)	99,9 (14,4)	106,3 (10,8)	< 0,001	BR < R, Z
6. Samodzielność możliwa	104,7 (14,3)	110,8 (13,8)	118,3 (7,3)	< 0,001	BR, R < Z
7. Praca/nauka	101,9 (13,8)	112,2 (11,9)	122,2 (1,8)	< 0,001	BR, R < Z
Wynik całkowity	99,3 (10,0)	108,2 (10,0)	118,6 (6,0)	< 0,001	BR < R < Z
<i>Jakość życia (WHOQoL-Bref)</i>					
Ogólna jakość życia, WHO 1	2,9 (0,9)	3,7 (0,8)	3,9 (0,8)	< 0,001	BR < R, Z
Samocena stanu zdrowia, WHO 2	2,6 (1,0)	3,3 (0,9)	3,9 (0,8)	< 0,001	BR, R < Z
1. Dziedzina fizyczna	13,5 (2,3)	15,7 (2,4)	16,9 (2,1)	< 0,001	BR < R, Z
2. Dziedzina psychologiczna	10,7 (2,8)	14,0 (2,8)	15,1 (2,4)	< 0,001	BR < R, Z
3. Relacje społeczne	11,7 (3,2)	14,4 (2,4)	16,1 (2,8)	< 0,001	BR < R < Z
4. Środowisko	13,2 (2,0)	14,5 (2,4)	14,0 (2,7)	N.S.	-
Wynik całkowity	80,2 (13,3)	95,2 (13,3)	100,1 (13,3)	< 0,001	BR < R, Z
<i>Objawy psychopatologiczne (PANSS)</i>					
Pozytywne	16,2 (5,8)	8,4 (2,0)	-	< 0,001	-
Negatywne	24,8 (8,5)	9,6 (3,5)	-	< 0,001	-
Ogólnopsychopatologiczne	46,0 (14,5)	23,6 (8,1)	-	< 0,001	-
Wynik całkowity	87,0 (26,2)	41,6 (11,8)	-	< 0,001	-

BR – brak remisji, R – remisja, Z – zdrowi; K-W – test Kruskala-Wallisa dla porównań BR/R/Z; test M-W – test U Manna–Whitneya dla porównań BR/R; SD – odchylenie standardowe

Stwierdzono istotne różnice funkcjonowania między grupami, z tym, że w większości dziedzin punkcjacja SFS pacjentów w remisji i bez remisji nie różniła się, była natomiast niższa niż osób zdrowych. Wynik całkowity SFS powyżej 115 pkt wystąpił tylko w grupie osób zdrowych. Wyniki oceny jakości życia również były zróżnicowane, aczkolwiek w części analizowanych obszarów i w zakresie wyniku całkowitego punkcjacja WHOQoL chorych w remisji i osób zdrowych nie różniła się, była natomiast wyższa niż chorych bez remisji. Tabela 2 przedstawia również wyniki oceny stanu psychicznego w zależności od remisji. Punkcjacja PANSS w zakresie wyniku ogólnego i trzech zespołów objawów schizofrenii była istotnie wyższa u chorych bez remisji w porównaniu z chorymi z remisją ($p < 0,001$).

Tabela 3 prezentuje analogiczne do tabeli 2 dane nt. funkcjonowania, jakości życia i objawów średnio po 8 latach od hospitalizacji. Stwierdzono istotne różnice między grupami (poza jedną dziedziną SFS). Wystąpiły one między grupą bez remisji i dwiema pozostałymi grupami, tzn. chorymi w remisji i zdrowymi, między którymi istotności różnic nie wykazano. Wynik całkowity SFS powyżej 115 pkt wystąpił w grupie osób zdrowych i chorych w remisji. W analizach uzupełniających dotyczących pacjentów odnotowano różnicę całkowitej punkcjacji SFS w badaniu 2. w stosunku do badania 1., lecz tylko wśród chorych z remisją (118,6 vs. 95,2; $p < 0,001$). Analogiczne analizy dotyczące wyniku całkowitego WHOQoL nie wykazały różnic ani dla grupy z re-

misją, ani bez remisji. W przypadku PANSS natomiast różnicę stwierdzono wśród chorych bez remisji (105,5 vs. 87,0; $p = 0,002$). Analiza zależności między PANSS a wynikiem całkowitym SFS i WHOQoL w obu badaniach wykazała istotne negatywne korelacje, głównie w grupie chorych, którzy nie uzyskali remisji (tab. 4 – *następnej stronie*).

Tabela 3. Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych z remisją, bez remisji i osób zdrowych oraz objawy psychopatologiczne u chorych z remisją i bez remisji średnio po 8 latach od I hospitalizacji psychiatrycznej

Charakterystyka	Badanie średnio po 8 latach				
	Brak remisji n = 42	Remisja n = 22	Zdrowi n = 64	Test K-W/M-W	Test Post-hoc
	śr. (SD)	śr. (SD)	śr. (SD)	p	p < 0,05
<i>Funkcjonowanie społeczne (SFS)</i>					
1. Wychodzenie z izolacji	104,7 (12,8)	118,1 (13,4)	117,8 (10,0)	< 0,001	BR < R, Z
2. Komunikacja/więzi międzyludzkie	107,7 (18,9)	137,0 (15,4)	134,2 (14,0)	< 0,001	BR < R, Z
3. Kontakty społeczne	97,7 (14,9)	116,4 (14,3)	120,8 (10,7)	< 0,001	BR < R, Z
4. Rozrywka/rekreacja	100,0 (16,2)	117,2 (18,6)	111,7 (13,8)	< 0,001	BR < R, Z
5. Samodzielność realizowana	96,5 (17,4)	111,6 (12,5)	110,5 (11,1)	< 0,001	BR < R, Z
6. Samodzielność możliwa	104,9 (14,6)	118,2 (8,9)	122,2 (3,2)	< 0,001	BR < R, Z
7. Praca/nauka	102,0 (14,2)	113,4 (12,3)	122,1 (3,1)	< 0,001	BR < R < Z
Wynik całkowity	101,9 (12,2)	118,8 (9,5)	119,9 (5,6)	< 0,001	BR < R, Z
<i>Jakość życia (WHOQoL-Bref)</i>					
Ogólna jakość życia, WHO 1	2,8 (1,1)	3,8 (0,9)	3,9 (0,7)	< 0,001	BR < R, Z
Samocena stanu zdrowia, WHO 2	2,9 (1,0)	3,8 (0,9)	4,0 (0,6)	< 0,001	BR < R, Z
1. Dziedzina fizyczna	13,6 (2,8)	16,1 (2,9)	17,6 (1,5)	< 0,001	BR < R, Z
2. Dziedzina psychologiczna	11,7 (3,1)	14,4 (2,7)	15,4 (2,1)	< 0,001	BR < R, Z
3. Relacje społeczne	11,1 (4,3)	15,3 (3,6)	15,7 (2,8)	< 0,001	BR < R, Z
4. Środowisko	12,7 (2,8)	14,8 (2,8)	15,2 (1,6)	< 0,001	BR < R, Z
Wynik całkowity	80,8 (16,6)	98,5 (17,6)	95,8 (8,9)	< 0,001	BR < R, Z
<i>Objawy psychopatologiczne (PANSS)</i>					
Pozytywne	23,1 (6,3)	9,7 (2,7)	-	< 0,001	-
Negatywne	27,7 (6,6)	10,6 (3,8)	-	< 0,001	-
<i>Ogólnopsychopatologiczne</i>	54,3 (12,7)	25,1 (5,7)	-	< 0,001	-
Wynik całkowity	105,5 (22,9)	45,5 (10,5)	-	< 0,001	-

BR – brak remisji, R – remisja, Z – zdrowi; K-W – test Kruskala-Wallisa dla porównań BR/R/Z; test M-W – test U Manna-Whitneya dla porównań BR/R; SD – odchylenie standardowe

Tabela 4. Korelacja pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a wynikiem ogólnym funkcjonowania społecznego i jakości życia z uwzględnieniem remisji objawowej po 13 miesiącach i średnio po 8 latach od I hospitalizacji psychiatrycznej

PANSS	Badanie po 13 miesiącach				Badanie średnio po 8 latach			
	SFS		WHOQoL-Bref		SFS		WHOQoL-Bref	
	R	BR	R	BR	R	BR	R	BR
Pozytywne	-0,19	-0,31	-0,03	-0,47*	-0,28	-0,51*	-0,48*	-0,32*
Negatywne	-0,42*	-0,53*	-0,08	-0,60*	-0,11	-0,50*	-0,28	-0,38*
Ogólnopsycho- patologiczne	-0,21	-0,37*	-0,15	-0,62*	-0,32	-0,54*	-0,36	-0,47*
Wynik całkowity	-0,30	-0,46*	-0,17	-0,65*	-0,22	-0,58*	-0,35	-0,45*

BR – brak remisji, R – remisja; * $p < 0,05$

Omówienie wyników

Uzyskane wyniki naszego badania wskazują, że funkcjonowanie społeczne i jakość życia chorych były zależne od remisji objawowej, jednak w przypadku jakości życia zależność ta wystąpiła już w początkowym okresie po I hospitalizacji psychiatrycznej, a w przypadku funkcjonowania wyraźnie ujawniła się dopiero po dłuższym czasie trwania choroby.

We wczesnym okresie po hospitalizacji funkcjonowanie społeczne chorych z remisją i bez remisji nie różniło się w prawie wszystkich dziedzinach, poza dziedziną „samodzielność realizowana” i wynikiem całkowitym. Podobne funkcjonowanie w większości dziedzin w obu grupach mogło być związane ze stanem popsychotycznym, zwanym w literaturze jako faza „moratorium” lub „woodsheading” (plateau). Dla tej fazy charakterystyczna jest względna stabilność objawów i funkcjonowania, przy toczących się, ważnych, ale mało widocznych, psychologicznych procesach adaptacyjnych [6]. Funkcjonowanie badanych chorych zarówno w remisji, jak i bez, w porównaniu ze zdrowymi było gorsze, co z jednej strony potwierdza negatywny wpływ choroby, z drugiej zaś wskazuje, że uzyskanie remisji klinicznej nie warunkuje jeszcze dobrego funkcjonowania, o czym wspomniano we wstępie pracy.

W porównaniu z funkcjonowaniem społecznym, będącym głównie behawioralnym i obiektywnym wymiarem oceny, w zakresie subiektywnej jakości życia stanowiącej wymiar poznawczy i emocjonalny wykazano większe zróżnicowanie ocen między grupami. Chorzy w remisji oceniali jakość życia w większości obszarów podobnie jak zdrowi i istotnie lepiej aniżeli chorzy bez remisji. Uzyskane wyniki mogą sugerować, iż stan remisji objawowej ma istotne znaczenie dla jakości życia już we wczesnym okresie leczenia. Obserwowane różnice mogą być w znacznej mierze odzwierciedleniem dynamicznego procesu adaptacji o charakterze „zmiany odpowiedzi i jakości życia” (response shift and quality of life). Proces ten stanowi funkcję różnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem wynikającym z choroby lub niepełnosprawności oraz innych czynników stresogennych, a jego celem jest m.in. przywrócenie lub utrzymanie homeostazy. Przywrócenie równowagi bazuje na wielu różnych mechanizmach adaptacyjno-obronnych,

takich jak zaprzeczanie, porównania społeczne, podejmowanie lub wzmocnienie praktyk religijnych, poszukiwanie wsparcia, reinterpretacja poznawcza, redefiniowanie jakości życia. Wszystkie one mogą być bardzo skuteczne jako strategie ukierunkowane na poprawę stanu emocjonalnego i przez to na poprawę subiektywnej oceny jakości życia [29–31]. W badanej grupie powyższe mechanizmy mogły odnosić się głównie do chorych w remisji. Natomiast w przypadku chorych bez remisji, ze względu na nasilenie objawów choroby, „zmiana odpowiedzi” prawdopodobnie jeszcze nie nastąpiła.

Średnio po 8 latach od hospitalizacji zaobserwowano istotne zróżnicowanie funkcjonowania i jakości życia chorych w zależności od remisji. Chorzy w remisji stanowiący 1/3 ogółu uzyskiwali wyższe oceny niż chorzy bez remisji poza jedną dziedziną – nauką/pracą, która zaliczana jest do najbardziej upośledzonych obszarów funkcjonowania w schizofrenii [9]; nie różniły się one natomiast od ocen osób zdrowych. Uzyskane dane z jednej strony wskazują na optymistyczny wynik leczenia pierwszego epizodu schizofrenii dla około 1/3 chorych, zaś z drugiej – rysują pesymistyczny obraz choroby dla większości pacjentów, którzy prezentowali zły stan psychiczny, niski poziom funkcjonowania i jakości życia. W tym kontekście należy dodać, że wraz z upływem czasu nastąpił wzrost odsetka chorych niespełniających kryteriów remisji z 50 do 64%. Można przypuszczać, że zaobserwowane dla większości chorych wielowymiarowe negatywne następstwa schizofrenii stanowią konsekwencję strat poniesionych już we wczesnym okresie choroby. Za powyższą hipotezę przemawiają choćby wyniki dotyczące dłuższego czasu trwania nieleczonej psychozy oraz gorszego funkcjonowania w okresie poprzedzającym I hospitalizację.

W celu zapobiegania negatywnym następstwom schizofrenii, w tym utrwalaniu się wczesnych strat z nią związanych, niezbędne jest systemowe wdrożenie kompleksowych programów wczesnej interwencji dla pacjentów po I epizodzie. Umożliwiają one m.in. zmniejszenie ryzyka narastania deficytów, wznowienie lub utrzymanie kontaktów społecznych, kształtowanie umiejętności życia codziennego i kompetencji społecznych oraz ułatwiają rehabilitację zawodową i powrót do szkoły [2, 9].

Na zakończenie warto podkreślić, iż zaobserwowane w badaniu zróżnicowanie poziomu funkcjonowania społecznego i jakości życia w zależności od remisji oraz różna siła związku między nasileniem objawów a poziomem funkcjonowania społecznego i jakości życia w grupach chorych z remisją i bez remisji sugerują, aby w badaniach ukierunkowanych na ocenę zależności między wymienionymi zmiennymi uwzględniać stan remisji jako ważny moderator tej zależności.

Autorzy tej pracy mają świadomość niedoskonałości swojego badania. Jednym z nich jest nieuwzględnienie 6-miesięcznego kryterium czasowego remisji objawowej. Zastosowanie powyższego kryterium w praktyce klinicznej może być problematyczne, dlatego też, podobnie jak w innych badaniach [25, 32, 33], wykorzystano jedynie kryterium nasilenia objawów. Należy podkreślić, że uzyskanie remisji przekrojowej jest uważane za „ważny i wysoce znaczący cel leczenia chorych na schizofrenię” [25].

Wnioski

Funkcjonowanie społeczne i jakość życia chorych z remisją były lepsze niż u pacjentów bez remisji i podobne jak u osób zdrowych, ale różnica ta w przypadku jakości życia

widoczna była już we wczesnym okresie po I hospitalizacji psychiatrycznej, a w przypadku funkcjonowania dopiero po kilku lub kilkunastu latach przebiegu choroby.

Objawy psychopatologiczne miały wpływ na funkcjonowanie społeczne i jakość życia chorych, lecz głównie w grupie pacjentów niebędących w remisji.

Wielowymiarowy wynik leczenia schizofrenii średnio 8 lat po I hospitalizacji był korzystny dla 1/3, a niekorzystny dla 2/3 chorych. Wdrożenie programów wczesnej interwencji mogłoby zwiększyć szanse na uzyskanie korzystnego wyniku dla większego odsetka pacjentów.

Piśmiennictwo

1. Bellack AS. *Scientific and consumer models of recovery in schizophrenia: concordance, contrasts, and implications*. Schizophr. Bull. 2006; 32(3): 432–442.
2. Tandon R, Nasrallah HA, Keshavan MS. *Schizophrenia, “just the facts” 5. Treatment and prevention past, present, and future*. Schizophr. Res. 2010; 122(1): 1–23.
3. Bobes J, Álvarez E, San L, Novick D, Gilaberte I. *Clinical meaningful outcomes in schizophrenia: remission and recovery*. Rev. Psiquiatr. Salud Ment. 2011; 4(1): 53–65.
4. Remington G, Foussias G, Agid O. *Progress in defining optimal treatment outcome in schizophrenia*. CNS Drugs 2010; 24(1): 9–20.
5. Wciórka J. *Psychozy schizofreniczne, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. W: Pużyński S, Wciórka J, Rybakowski R. red. *Psychiatria. Psychiatria kliniczna*. Tom II, wyd. 2. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011. s. 195–265.
6. Davidson L, Roe D, Andres-Hyman R, Ridgway P. *Applying stages of change models to recovery from serious mental illness: contributions and limitations*. Isr. J. Psychiatry 2010; 47(3): 213–221.
7. Liberman RP, Kopelowicz A. *Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century*. Int. Rev. Psychiatry 2002; 14(4): 245–255.
8. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. *Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus*. Am. J. Psychiatry 2005; 162(3): 441–449.
9. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Instytut Psychiatrii i Neurologii: Warszawa; 2011.
10. Jääskeläinen E, Juola P, Hirvonen N, McGrath JJ, Saha S, Isohanni M i wsp. *A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2012; 39(6): 1296–1306.
11. AlAqeel B, Margolese HCR. *Remission in schizophrenia: critical and systematic review*. Harv. Rev. Psychiatry 2013; 20(6): 281–297.
12. Eack SM, Newhill CE. *Psychiatric symptoms and quality of life in schizophrenia: a meta-analysis*. Schizophr. Bull. 2007; 33(5): 1225–1237.
13. Wolter A, Preuss U, Krischke N, Wong JW, Langosch JM, Zimmermann J. *Recovery und remission bei schizophrenie*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 2010; 78(8): 468–474.
14. Thorup A, Petersen L, Jeppesen P, Nordentof M. *The quality of life among first-episode psychotic patients in the Opus trial*. Schizophr. Res. 2010; 116(1): 27–34.
15. Cechnicki A, Valdes M. *Relation between schizophrenic patients’ quality of life and symptom severity*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2003; 5(3): 55–68.
16. Galuppi A, Turola MC, Nanni MG, Mazzoni P, Grassi L. *Schizophrenia and quality of life: how important are symptoms and functioning*. Int. J. Ment. Health Syst. 2010; 4(1): 1–8.
17. Rocca P, Giugiario M, Montemagni C, Rigazzi C, Rocca, G, Bogetto F. *Quality of life and psychopathology during the course of schizophrenia*. Compr. Psychiatry 2009; 50(6): 542–548

18. Rocca P, Pulvirenti L, Montemagni C, Rasetti R, Rocca G, Bogetto F. *Basic symptoms in stable schizophrenia: relations with functioning and quality of life*. Clin. Neuropsychiatry 2010; 7(3): 100–110.
19. Hunter R, Barry S. *Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment*. Eur. Psychiatry 2012; 27(6): 432–436.
20. Lambert M, Karow A, Leucht S, Schimmelmann BG, Naber D. *Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later*. Dialogues Clin. Neurosci. 2010; 12(3): 393–407.
21. Brissos S, Molodynski A, Dias VV, Figueira ML. *The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia*. Ann. Gen. Psychiatry 2011; 10(1): 18.
22. Jaracz K, Górna K, Kiejda J, Rybakowski J. *Prospektywna ocena wczesnego przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(1): 33–46.
23. Górna K, Jaracz K, Rybakowski F, Rybakowski J. *Determinants of objective and subjective quality of life in first-time-admission schizophrenic patients in Poland: a longitudinal study*. Qual. Life Res. 2008; 7(2): 237–247.
24. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13(2): 261–276.
25. Helldin L, Kane JM, Hjärthag F, Norlander T. *The importance of cross-sectional remission in schizophrenia for long-term outcome: a clinical prospective study*. Schizophr. Res. 2009; 115(1): 67–73.
26. Załuska M. *Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 237–251.
27. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Bączyk G. *Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref*. Scand. J. Caring Sci. 2006; 20(3): 251–260.
28. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. *The Global Assessment Scale*. Arch. Gen. Psychiatry 1976; 33(6): 766–771.
29. Sprangers MAG, Schwartz CE. *Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model*. Soc. Sci. Med. 1999; 48(11): 1507–1515.
30. Franz M, Meyer T, Reber T, Gallhofer B. *The importance of social comparisons for high levels of subjective quality of life in chronic schizophrenic patients*. Qual. Life Res. 2000; 9(5): 481–489.
31. Jaracz K, Górna K. *Ocena jakości życia w świetle nowych ustaleń teoretycznych i metodologicznych*. Przew. Lek. 2005; 74(6): 740–745.
32. Brissos S, Dias VV, Balanzá-Martinez V, Carita AI, Figueira ML. *Symptomatic remission in schizophrenia patients: relationship with social functioning, quality of life, and neurocognitive performance*. Schizophr. Res. 2011; 129(2): 133–136.
33. Karow A, Moritz S, Lambert M, Schöttle D, Naber D. *Remitted but still impaired? Symptomatic versus functional remission in patients with schizophrenia*. Eur. Psychiatry 2012; 27(6): 401–405.

Adres: Krystyna Górna
Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Katedra Pielęgniarstwa UM w Poznaniu
60-179 Poznań, ul. Smoluchowskiego 11

Otrzymano: 16.09.2013
Zrecenzowano: 24.10.2013
Otrzymano po poprawie: 28.10.2014
Przyjęte do druku: 4.02.2014

ANEKS

