



Związek między jakością życia osób chorych na schizofrenię a nasileniem zaburzeń chorobowych

Relationship between schizophrenic patients' quality of life and symptom severity

ANDRZEJ CECHNICKI¹, MIGUEL VALDES²

1. Oddziału Dziennego Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie
2. Kliniki Psychiatrycznej w Monterrey (Meksyk)

STRESZCZENIE. Autorzy kierują uwagę na związek między obrazem psychopatologicznym schizofrenii a jakością życia. W tym celu analizują wyniki prospektywnych, katamnesticznych badań takiej zależności w grupie 66 chorych na schizofrenię (wg DSM-III) badanych po upływie 7 i 12 lat od pierwszej hospitalizacji. Wykorzystano skalę BPRS w modyfikacji kalifornijskiej do opisu obrazu psychopatologicznego oraz „Ocenę jakości życia” wg Lehmana jako narzędzie do oceny jakości życia. Omawiając wyniki zwracają uwagę na odmienny wzorec związków obrazu psychopatologicznego z subiektywną i obiektywną oceną jakości życia (red.).

SUMMARY. In the focus of the authors' attention is the relation between psychopathological pattern of schizophrenia and the patients' quality of life. This relationship was studied in a group of 66 patients diagnosed with schizophrenia (by the DSM-III criteria) and followed up for 7 and 12 years since their first hospitalisation. Psychopathological picture of schizophrenia was described using the BPRS in the Californian revision, while quality of life was measured using the QOL scale by Lehman. Discussing their research findings the authors point to a different pattern of relationships between the psychopathological picture on the one hand and subjective and objective evaluation of the patients' quality of life on the other hand.

Słowa kluczowe: jakość życia / schizofrenia
Key words: quality of life / schizophrenia

Od prawie dwóch dziesięcioleci wielu badaczy domaga się wprowadzenia jakości życia (JŻ) jako odrębnego wskaźnika wyników leczenia w schizofrenii [Anthony 1978, Lehman 1982, 1983, Jarema i wsp. 1995, Cechnicki 1997, Valdes i wsp. 1999, Skantze i wsp. 1992, Awada 1994, Becker 1993, Sainfort 1996]. Pomiar ten jest kwestionowany przez tych, którzy uważają iż stan psychopatologiczny może wpływać, a przez to zniekształcać wypowiedzi pacjentów o ich subiektywnym zadowoleniu [Atkinson i wsp. 1997].

Badania dotyczące związków pomiędzy JŻ a stanem psychopatologicznym wskazują

na sprzeczne wyniki. W jednych badaniach stwierdza się istotną, negatywną korelację pomiędzy „pozytywnym syndromem” a JŻ [np. Meltzer 1990, Sullivan 1992], inne pokazują podobny związek JŻ z „negatywnym syndromem” [Lauer 1994, Browne i wsp. 1996], jeszcze inne stwierdzają negatywną korelację z obydwoma syndromami [Meltzer 1990, Heslegrave 1997, Packer 1997].

Należy też wspomnieć o grupie badań, które przeczą jakimkolwiek związkowi pomiędzy JŻ a obu syndromami – „pozytywnym” i „negatywnym” [np. Carpiello i wsp. 1997, Spiridonov i wsp. 1997, Barry

i Crosby 1996, Jarema i wsp. 1995, Konieczńska i wsp. 1996].

Szereg badaczy podkreśla negatywną korelację z syndromem depresyjnym [np. Barry i Crosby 1996, Corrigan i Buican 1995, Sullivan i wsp. 1992]. Jednak trzeba podkreślić, że korelacja ta istnieje w fazie leczenia szpitalnego lub w oddziale dziennym, czyli w okresie klinicznego nasilenia objawów depresyjnych i zanika w jakiś czas po wypisie do środowiska [Barry i Crosby 1996]. Evenson i wsp. [1998] uważają natomiast, iż to przede wszystkim depresja obniża zadowolenie z życia, co więcej, uważają nawet, iż depresja i zadowolenie z życia (satisfakcja z życia), będące miarą ogólnej JŻ, są synonimami. Inne więc badania związków pomiędzy JŻ a obrazem psychopatologicznym osób chorujących na schizofrenię miały na celu sprawdzenie trafności konstruktu subiektywnej JŻ. Badaczy interesowało, czy stanowi on szczególnie, zawężony konstrukt podobny do „anhedonii” (pytanie o „obniżony nastrój” w BPRS), czy też jest w stosunku do niej konstruktem bardziej globalnym i wielostronnym. Corrigan i Buican [1995] udowodnili używając metody analizy regresji, iż „obniżona, subiektywna JŻ jest złożonym zjawiskiem, wyjaśnionym przez kilka deficytowych obszarów funkcjonowania”, chociaż w analizie czynnikowej subiektywna JŻ okazała się w fazie leczenia w oddziale dziennym skorelowana z podskalą depresyjną w BPRS.

Przeprowadzono też badania dotyczące analizy związków pomiędzy innymi, szczególnie pytaniami na skali BPRS a ogólną subiektywną oceną JŻ. Badanie prospektywne Barry i Crosby [1996] przeprowadzono w celu sprawdzenia „wrażliwości” subiektywnych ocen JŻ na różne fazy choroby. Badanie wykazało, iż w tej samej grupie pacjentów związek pomiędzy JŻ a stanem psychopatologicznym, w dwóch różnych punktach pomiarowych, ulega zmianie. Istnieje w czasie ich pobytu w szpitalu w okresie „ostrej fazy” i zanika rok po wypisie. Autorzy wnioskują, że inne czynniki, poza psycho-

patologią, mają wpływ na JŻ pacjentów psychiatrycznych żyjących w środowisku.

Chociaż w badaniach dominują analizy związków pomiędzy subiektywną oceną JŻ a stanem psychopatologicznym, to zwłaszcza w latach dziewięćdziesiątych, dokonano coraz liczniejszych ocen zależności pomiędzy „obiektywnymi warunkami JŻ” a nasileniem objawów chorobowych [Simpson 1989, Lehman 1983, Lauer i Stegmuller 1994, Corrigan 1995, Barry i Crosby 1996, Packer 1997, Carpiniello 1997].

Lauer i Stegmuller [1994] i Packer [1997] nie znaleźli związku między stanem psychopatologicznym a wskaźnikami obiektywnymi JŻ poza organizacją „czasu wolnego”. Simpson i wsp. [1989] znaleźli u chorych na schizofrenię istotną korelację pomiędzy objawami afektywnymi, objawami negatywnymi, zahamowaniem psychoruchowym, stopniem deterioracji a ośmioma obszarami JŻ i to zarówno trzema subiektywnymi – subiektywną oceną warunków mieszkaniowych, relacji społecznych i zdrowia, jak i czterema obiektywnymi – integracją, zakresem niezależności, relacjami społecznymi i spędzaniem czasu wolnego. Również „ogólna ocena JŻ” pozostawała w tym badaniu w istotnym statystycznie związku z nasileniem objawów afektywnych.

Inną, zwykle niekorzystną miarą dla przebiegu schizofrenii i stopnia głębokości zaburzeń jest ilość, a przede wszystkim czas rehospitalizacji. Związek zawarty w ocenie zależności pomiędzy ilością i czasem rehospitalizacji a JŻ wskazywałby na powiązanie JŻ z innymi jeszcze wskaźnikami ciężkości przebiegu choroby. Meltzer i wsp. [1990] badając wpływ kłozapiny na wyniki leczenia w grupie pacjentów chorych na schizofrenię, a opornych na leczenie innymi neuroleptykami, wykazali, że przed podaniem leku istnieje ujemna korelacja pomiędzy liczbą rehospitalizacji i subiektywną JŻ. Przedstawili dwie hipotezy dla wytłumaczenia tego związku: (1) hospitalizacja ma niekorzystny wpływ na JŻ i (2) najciężej chorzy są częściej hospitalizowani. Po sześciu miesiącach

leczenia klozapiną nie wykazano związku między JŻ a liczbą rehospitalizacji. Autorzy wnioskowali, iż ten brak związku sugeruje, że nawet pacjenci z takimi niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi, jak: przynależność do płci męskiej, starszy wiek i większa liczba wcześniejszych hospitalizacji, mają równą szansę na poprawę JŻ po okresie regularnego leczenia klozapiną. Jednak takie obserwacje jak obecność korelacji z różnymi miarami wyników leczenia, np. psychopatologią w okresie szpitalnym i znikanie jej w okresie ambulatoryjnym, obserwuje się powszechnie, niezależnie od typu stosowanych neuroleptyków.

Badanie losowo dobranej próby pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii diagnozowanych wg kryteriów DSM-III-R Browne i wsp. [1996] udowodniło, że niekorzystny związek pomiędzy skumulowanym czasem hospitalizacji a JŻ może wskazywać na „niekorzystny efekt hospitalizacji *per se* lub na fakt, że osoby z dłuższym czasem chorowania „były częściej i dłużej hospitalizowane”. W tym samym badaniu liczba hospitalizacji była niezależna od JŻ.

CEL BADANIA

Badanie niniejsze stanowi część krakowskiego, prospektywnego badania nad jakością życia w różnych okresach przebiegu schizofrenii [Cechnicki 1997, 2001a, 2001b]. Badania są rozciągnięte w czasie i mają na celu przede wszystkim ocenę dynamiki zmian w kolejnych badaniach katamnestycznych w 7 i 12 lat od chwili pierwszego zachorowania. Sformułowano następujące główne cele badawcze:

1. opis subiektywnych i obiektywnych wskaźników jakości życia osób chorych na schizofrenię w 7 lat od pierwszej hospitalizacji,
2. analiza konstruktów jakości życia – ocena wewnętrznych korelacji oraz wpływu czynników wyjaśniających,
3. analiza związku wyników leczenia z jakością życia,

4. ocena dynamiki jakości życia na przestrzeni lat życia ze schizofrenią w 7 i 12 lat od pierwszej hospitalizacji.

Celem niniejszego badania było wyjaśnienie związku pomiędzy JŻ osób chorych na schizofrenię a wybranymi „wynikami leczenia”. Jako „kryteria wyników” leczenia wybrano nasilenie objawów psychopatologicznych oraz liczbę i czas rehospitalizacji. Badanie wykonano w 7 lat od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Sformułowano następujące cztery szczegółowe cele badawcze:

1. ocena związku pomiędzy „ogólnym zadowoleniem” jako wskaźnikiem JŻ a stanem psychopatologicznym oraz ilością i czasem rehospitalizacji,
2. analiza związku pomiędzy subiektywnymi wskaźnikami JŻ w 9 obszarach szczególnych a stanem psychopatologicznym oraz ilością i czasem rehospitalizacji,
3. ocena związku pomiędzy obiektywnymi miarami JŻ w 9 obszarach a stanem psychopatologicznym oraz ilością i czasem rehospitalizacji,
4. ocena złożoności konstruktów JŻ.

BADANA GRUPA

Zbadano populację 66 chorych na schizofrenię wg klasyfikacji DSM-III, zamieszkałych na terenie miasta Krakowa, w 7 lat (K-7) od pierwszej hospitalizacji stacjonarnej. Badani po pierwszej hospitalizacji przeprowadzonej w Krakowskiej Klinice Psychiatrycznej pozostawali przez okres katamnestyczny w indywidualnej opiece terapeutów z Kliniki, co zabezpieczało ciągłość procesu leczenia. W badanej grupie nieznacznie dominują kobiety (58%), osoby z wykształceniem średnim (45%) i zawodowym (21%). Dostała duża grupa, bo aż 30%, to osoby z wykształceniem wyższym, co jest charakterystyczne dla populacji uniwersyteckiego miasta. W czasie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej jedna trzecia badanych (33%) pozostawała w związku małżeńskim. W ciągu siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji 10 osób zawarło małżeństwo (7 kobiet i 3 mężczyzn),

a jedna osoba z tej grupy w okresie katamnestycznym rozwiodła się, podobnie jak dwie kolejne osoby, które zawarły małżeństwo przed pierwszą hospitalizacją.

Bardzo wielu, bo aż 80% badanych, uczyło się lub pracowało zawodowo (często była to praca podjęta w ostatnim roku przed pierwszą hospitalizacją psychiatryczną). Tylko 11% grupy było zupełnie bezczynnych w chwili pierwszej hospitalizacji, a sposób zatrudnienia lub formy uczenia się w pozostałej grupie były zróżnicowane. W ciągu siedmiu pierwszych lat chorowania olbrzymia część badanych, ponad 50%, utraciło pracę i przeszło na rentę [Cechnicki 2001b].

METODA

Ocena jakości życia. Badanie zostało przeprowadzone z użyciem polskiej wersji *Kwestionariusza Jakości Życia* Anthony Lehmana [1982]. Kwestionariusz Lehmana został skonstruowany w 1980 r. w celu oceny warunków życia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, przede wszystkim chorych na schizofrenię. Pozwala on na ocenę zarówno subiektywnej, jak obiektywnej jakości życia w ośmiu podstawowych obszarach: warunki mieszkaniowe, organizacja czasu wolnego, relacje rodzinne, relacje społeczne, finanse, praca i szkoła, bezpieczeństwo i problemy prawne oraz zdrowie. Lehman dopuszczał możliwość modyfikacji kwestionariusza przy zachowaniu istotnych wskaźników obszaru, akceptując również pominięcie lub dopisanie w całości dziedziny życia w zależności od potrzeb badawczych. W naszym badaniu wprowadziliśmy do kwestionariusza obszar religii.

Części dotyczącej każdej z dziedzin życia są skonstruowane w ten sposób, że najpierw zbierane są informacje na temat obiektywnej jakości życia, a następnie na temat subiektywnego stosunku respondenta w tym zakresie. Uzyskane obiektywne i subiektywne wskaźniki jakości życia w badanych obszarach są podstawą modelu oceny jakości życia. Wszystkie subiektywne wskaźniki jakości

życia są uzyskiwane na podstawie 7 stopniowej *Skali zadowolenia*. Osoba badana wybiera jedną odpowiedź w zakresie od „rozczarowany” do „bardzo zadowolony”. Taka procedura podkreśla jedynie poznawcze aspekty a nie emocjonalne, jak w przypadku użycia rysunku „twarzy”. Obiektywne wskaźniki dotyczą z jednej strony oceny funkcjonowania, np. częstości kontaktów społecznych lub aktywności w ciągu dnia, z drugiej zaś – dostępności do źródeł lub możliwości ich wykorzystania przez respondenta, np. zasobów finansowych lub rodzaju opieki.

Ogólne zadowolenie z JŻ dotyczy pojedynczego sądu, w rozumieniu Chenga [1988], o życie jako całość i stanowi średnią z pierwszego („Jak Pan/i ogólnie ocenia swoje życie?”) oraz ostatniego pytania kwestionariusza („Jakie ma Pan/i poczucie odnośnie Pana/i życia w całości?”). Oceny subiektywne z każdego badanego obszaru zostały policzone odrębnie. Wyniki dla danego obszaru pochodzą z sumy wszystkich pytań danego obszaru.

Na *Obiektywną ocenę ogólną JŻ* składają się wyniki obiektywne każdego z dziewięciu szczegółowych obszarów, będące sumą wybranych pytań tego obszaru. Ocena „mieszkania” dotyczy zarówno posiadania zasobów, jak i komfortu, „czas wolny” jest liczbą wszystkich sposobów spędzania czasu w ciągu ostatniego tygodnia, „rodzina” obejmuje częstotliwość rozmów z członkami własnej rodziny, „relacje społeczne” dotyczą częstotliwości kontaktów, „finanse” – oceny ilości pieniędzy otrzymanych w ciągu ostatniego miesiąca ze wszystkich źródeł, „praca” stanowi liczbę godzin przepracowanych w ostatnim tygodniu, „poczucie bezpieczeństwa” dotyczy liczby przestępstw wobec osoby badanej, „zdrowie” obejmuje sumę ocen funkcjonowania fizycznego, funkcjonowania społecznego i przeżywanego bólu, a jako wskaźnik dla „religii” wybrano częstotliwość uczestnictwa w nabożeństwach.

Dla oceny nasilenia objawów użyto wersję 18 punktowej skali BPRS [Overall i Gorham 1962], rozszerzoną do 24 punktów,

BPRS-LA [Lukoff i wsp. 1986], adresowaną do pacjentów ambulatoryjnych. W obrębie skali BPRS-LA wyodrębniono trzy podskale: pozytywną (wrogość, podejrzliwość, zaburzenie treści myślenia, omamy i formalne zaburzenie toku myślenia), negatywną (zahamowanie ruchowe, zblednięcie uczuciowe, wycofanie emocjonalne, zaniedbanie higieny i brak współpracy z badającym) i depresyjną (obawa o zdrowie, lęk, obniżenie nastroju, poczucie winy, myśli i tendencje samobójcze). Dodatkowo nasilenie objawów negatywnych oceniono *Skalą objawów negatywnych* (NSA).

Do sprawdzenia hipotez badawczych użyto korelacji rangowej Spearmana (ρ).

WYNIKI

Kolejno przedstawiono związek pomiędzy stanem psychopatologicznym oraz ilością i czasem rehospitalizacji a ogólnymi ocenami JŻ – subiektywnymi i obiektywnymi, a następnie szczegółowymi w dziewięciu badanych obszarach.

Związek między „ogólnym zadowoleniem” z JŻ a stanem psychopatologicznym

Wymiar subiektywny JŻ, tj. „ogólne zadowolenie”, wykazuje ujemną korelację zarówno z ogólnym nasileniem objawów, z wszyst-

kimi podskalami BPRS (pozytywną, negatywną i depresyjną), jak również z nasileniem objawów negatywnych mierzonych skalą NSA (tabl. 1). Korelacje te są umiarkowane, bowiem wahają się pomiędzy $-0,54$ a $-0,26$. Im większe nasilenie objawów, zwłaszcza depresyjnych, tym niższe „ogólne zadowolenie” z jakości życia.

Stwierdzono również związek między nasileniem syndromu negatywnego a gorszymi wynikami w „ogólnej obiektywnej ocenie” JŻ. Należy podkreślić, że korelacja ta stwierdzona została przy użyciu dwóch różnych narzędzi BPRS-u i bardzo szczegółowej skali oceniającej objawy negatywne – NSA, co świadczy o wartości poszerzonej skali BPRS w ocenach klinicznych. Natomiast nasilenie objawów depresyjnych, jak i pozytywnych, nie pozostawało w związku z ogólną obiektywną oceną JŻ.

Analiza korelacji subiektywnej oceny „ogólnego zadowolenia” z JŻ z nasileniem poszczególnych objawów w skali BPRS wskazuje na istotne powiązania z objawami z podskali depresyjnej, pozytywnej i negatywnej BPRS (tabl. 2). Aż cztery objawy składające się na podskale depresyjną w skali BPRS, tj. obawy o zdrowie, obniżony nastrój (związany w skali BPRS z „anhedonią”), spowolnienie ruchowe oraz myśli i tendencje samobójcze były skorelowane umiarkowanie,

Tablica 1. Zależność pomiędzy „ogólnymi ocenami” JŻ a stanem psychopatologicznym

Nasilenie objawów psychopatologicznych	Wymiar subiektywny „ogólne zadowolenie” z JŻ	„Ogólna obiektywna ocena” JŻ (suma obiektywnych wskaźników)
BPRS – suma objawów	$\rho = -0,54$ $p = 0,00$	$\rho = -0,31$ $p = 0,014$
BPRS – podskala pozytywna	$\rho = -0,43$ $p = 0,00$	$\rho = -0,24$ ns
BPRS – podskala negatywna	$\rho = -0,43$ $p = 0,00$	$\rho = -0,28$ $p = 0,028$
BPRS – podskala depresyjna	$\rho = -0,49$ $p = 0,00$	$\rho = -0,078$ ns
NSA (skala objawów negatywnych)	$\rho = -0,35$ $p = 0,00$	$\rho = -0,33$ $p = 0,012$

ρ – współczynnik korelacji rangowej Spearmana, p – poziom istotności, ns – brak istotności

Tablica 2. Korelacje objawów mierzonych skalą BPRS z „ogólnym zadowoleniem z życia” (uwzględniono tylko zależności istotne statystycznie)

Skala BPRS – objawy	Ogólne zadowolenie z JŻ [współczynnik korelacji rangowej Spearmana]
D1 Obawa o zdrowie	-0,39**
D2 Lęk	-0,35**
D3 Obniżony nastrój	-0,35**
P6 Nieufność, podejrzliwość	-0,33**
P7 Zaburzenia treści myślenia	-0,33**
N/D13 Spowolnienie ruchowe	-0,49**
N14 Zubożenie uczuciowe	-0,33**
N18 Wycofanie emocjonalne	-0,26*
D19 Myśli i tendencje samobójcze	-0,28*
O21 Zachowanie dziwaczne	-0,26*
P24 Rozproszenie uwagi	-0,39**

Tablica 3. Zależność pomiędzy „ogólnymi ocenami” JŻ a ilością i czasem rehospitalizacji (uwzględniono tylko istotne statystycznie zależności)

Wybrane wskaźniki przebiegu schizofrenii	Wymiar subiektywny – „ogólne zadowolenie” z JŻ	„Ogólna obiektywna ocena” JŻ (suma obiektywnych wskaźników)
Liczba rehospitalizacji	rho = -0,17 p = 0,17	rho = -0,42 p = 0,001
Skumulowany czas rehospitalizacji	rho = -0,22 p = 0,07	rho = -0,45 p = 0,000

rho – współczynnik korelacji rangowej Spearmana, p – poziom istotności

negatywnie i w sposób istotny statystycznie z subiektywną, ogólną oceną jakości życia.

Również kluczowa triada objawów z podskali negatywnej, tj. spowolnienie ruchowe, zubożenie uczuciowe, wycofanie emocjonalne, a z objawów pozytywnych – podejrzliwość i urojeniowe zaburzenia myślenia, wykazały ujemną korelację z ogólnym zadowoleniem z życia.

Ogólne zadowolenie z JŻ a liczba i czas rehospitalizacji

Stwierdzono też ujemną korelację pomiędzy liczbą a czasem rehospitalizacji a ogólną obiektywną oceną JŻ (tabl. 3). Zarówno większa liczba hospitalizacji, jak i dłuższy czas ich trwania, związane są z niższymi obiektywnymi wskaźnikami JŻ, ale nie pozostają w związku z ogólną subiektywną oceną JŻ.

Tak więc w subiektywnym odczuciu pacjentów te dwie, tak ważne dla klinicystów miary korzystnego przebiegu schizofrenii i skuteczności oddziaływań terapeutycznych, mogą nie mieć tak istotnego znaczenia, chociaż powiązane są one z gorszą obiektywną sytuacją życiową. Nie pierwsza to i nie ostatnia różnica w ocenie między psychiatrami a pacjentami. Wynik ten mógłby też przemawiać za dawnym spostrzeżeniem klinicznym, iż pacjenci chorzy na schizofrenię przejawiają mniejsze przywiązanie do warunków materialnych i swojego społecznego otoczenia.

Subiektywne obszary JŻ a nasilenie objawów

Ocena subiektywna szczegółowych obszarów JŻ wykazała istotną statystycznie, ujemną, umiarkowaną korelację między obszarem

Tablica 4. Zależności pomiędzy 9 obszarami subiektywnej JŻ a stanem psychopatologicznym

Obszary JŻ – ocena subiektywna	Skale				
	BPRS – suma	BPRS – pozytywny	BPRS – negatywny	BPRS – depresyjny	NSA
Mieszkanie	ns	ns	ns	ns	ns
Czas wolny	rho = -0,33 p = 0,008	rho = -0,27 p = 0,036	ns	rho = -0,39 p = 0,002	ns
Rodzina	ns	ns	ns	ns	ns
Relacje społeczne	rho = -0,37 p = 0,003	rho = -0,39 p = 0,002	rho = -0,35 p = 0,005	rho = -0,27 p = 0,034	rho = -0,37 p = 0,004
Finanse	ns	ns	ns	ns	ns
Praca	ns	ns	ns	ns	ns
Bezpieczeństwo	ns	ns	ns	ns	ns
Zdrowie	rho = -0,37 p = 0,003	rho = -0,26 p = 0,039	rho = -0,29 p = 0,024	rho = -0,33 p = 0,009	ns
Religia	ns	ns	ns	ns	ns

rho – współczynnik korelacji rangowej Spearmana, p – poziom istotności, ns – brak istotności

zdrowia i relacji społecznych a nasileniem objawów we wszystkich podskalach BPRS i NSA oraz czasu wolnego z podskala pozytywną i depresyjną (tabl. 4).

Umiarkowane wartości współczynnika wahają się od -0,27 do -0,39. Tak więc im większe jest nasilenie syndromu negatywnego, tym gorsza jest subiektywna ocena zdrowia i relacji społecznych, zaś nasilenie objawów pozytywnych i depresyjnych wiąże się z gorszą oceną subiektywną w trzech obszarach: czasu wolnego, relacji społecznych i zdrowia. Te trzy obszary szczegółowe składają się na opisywaną powyżej korelację z oceną ogólną JŻ. Subiektywna satysfakcja z mieszkania, pracy, bezpieczeństwa, rodziny, finansów i religii nie pozostaje w związku z nasileniem objawów psychopatologicznych.

Subiektywne obszary JŻ a liczba i czas rehospitalizacji

Jedynie jeden z dziewięciu badanych obszarów będących wskaźnikami subiektywnej atysfakcji z życia, a mianowicie „finanse” (rho = -0,28, p = 0,025) wykazał istotny związek z ilością rehospitalizacji. Korelacja ta jest

umiarkowana i ujemna. Praktycznie zarówno ilość, jak i czas rehospitalizacji, nie pozostają w związku z subiektywną oceną JŻ.

Obiektywne obszary JŻ a nasilenie objawów

Pośród obszarów obiektywnych praca zawodowa, bezpieczeństwo i religia nie pozostaje w związku z nasileniem objawów psychopatologicznych (tabl. 5). Tak więc te trzy obszary, zarówno w ocenie obiektywnej, jak i subiektywnej, nie są powiązane z nasileniem objawów. Wszystkie inne wskazują na powiązania, choć każdorazowo mają one indywidualną charakterystykę.

Czas wolny, relacje społeczne, zdrowie i finanse pozostają w istotnej, umiarkowanej i ujemnej korelacji nie tylko z ogólną sumą objawów w skali BPRS, ale prawie z wszystkimi podskalami – objawów pozytywnych, negatywnych i depresyjnych. Syndrom negatywny pozostaje w ujemnej korelacji z obiektywnymi obszarami czasu wolnego, finansów i częstotliwością kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi niezależnie od sposobu pomiaru (BPRS v. NSA) i zdrowiem, ale w tym obszarze decyduje o powiązaniu sposób pomiaru

Tablica 5. Zależności pomiędzy 9 obszarami obiektywnymi JŻ a stanem psychopatologicznym

Obszary JŻ – ocena subiektywna	Skale				
	BPRS – suma	BPRS – pozytywny	BPRS – negatywny	BPRS – depresyjny	NSA
Mieszkanie	ns	$r = -0,31$ $p = 0,013$	ns	ns	ns
Czas wolny	$r = -0,41$ $p = 0,001$	$r = -0,38$ $p = 0,002$	$R = -0,36$ $P = 0,004$	$r = -0,34$ $p = 0,006$	$r = -0,48$ $p = 0,00$
Rodzina	$r = -0,25$ $p = 0,047$	ns	ns	ns	ns
Relacje społeczne	$r = -0,33$ $p = 0,008$	$r = -0,44$ $p = 0,000$	$R = -0,40$ $P = 0,001$	$r = -0,43$ $p = 0,00$	
Finanse	$r = -0,53$ $p = 0,000$	$R = -0,46$ $P = 0,000$	$R = -0,50$ $P = 0,000$	$r = -0,34$ $p = 0,007$	$r = -0,47$ $p = 0,00$
Praca	ns	ns	ns	ns	ns
Bezpieczeństwo	ns	ns	ns	ns	ns
Zdrowia	$r = -0,43$ $p = 0,000$	$r = -0,31$ $p = 0,015$	$R = -0,31$ $P = 0,015$	$r = -0,39$ $p = 0,002$	ns
Religia	ns	ns	ns	ns	ns

rho – współczynnik korelacji rangowej Spearmana,

p – poziom istotności, ns – brak istotności

(BPRS v. NSA). Tak więc ogólnie nasilenie objawów powiązane jest z mniejszą ilością codziennych aktywności, ograniczoną częstotliwością kontaktów z przyjaciółmi i znajomymi, mniejszą ilością otrzymywanych pieniędzy w ciągu ostatniego miesiąca i gorszym obiektywnym stanem zdrowia. Na identyczne zależności wskazuje analiza syndromu pozytywnego i depresyjnego (poza relacjami społecznymi).

Obiektywne wskaźniki komfortu mieszkaniowego są istotnie i ujemnie związane z nasileniem pozytywnych objawów w BPRS. Kontakty z rodziną korelują słabo, ujemnie tylko z globalnym nasileniem objawów.

Obiektywne obszary JŻ a liczba i czas rehospitalizacji

Religia, bezpieczeństwo i finanse korelują z liczbą rehospitalizacji. W wypadku finansów i religii jest to korelacja ujemna, a bezpieczeństwa dodatnia (tabl. 6).

Tablica 6. Zależności pomiędzy 9 obszarami obiektywnymi JŻ a ilością i czasem rehospitalizacji

Obszary obiektywne JŻ	Liczba rehospitalizacji	Czas rehospitalizacji
Mieszkanie	ns	ns
Czas wolny	ns	ns
Rodzina	ns	ns
Relacje społeczne	ns	ns
Finanse	$\rho = -0,29$ $p = 0,019$	$\rho = -0,36$ $p = 0,004$
Praca	ns	ns
Bezpieczeństwo	$\rho = 0,28$	$p = 0,024$
Zdrowia	ns	ns
Religia	$\rho = -0,33$ $p = 0,008$	$\rho = -0,31$ $p = 0,013$

rho – współczynnik korelacji rangowej Spearmana,

p – poziom istotności,

ns – brak istotności

Im więcej badani spędzają czasu w szpitalu i im częściej do niego wracają, tym mniejsza jest ich aktywność religijna (częstotliwość udziału w nabożeństwach). Częstsze bycie ofiarą przemocy jest powiązane z większą ilością pobyków w szpitalu.

Związek konstruktów „jakości życia” wg Lehmana ze stanem psychopatologicznym

Próbkę oceny wewnętrznej złożoności konstruktów JŻ podjęto w innej publikacji [Cechnicki 2001b]. W kolejnym kroku badawczym poszukiwano związku między konstruktami JŻ zaproponowanymi przez Lehmana a stanem psychopatologicznym nie tylko poprzez analizę korelacji subiektywnej oceny „ogólnego zadowolenia” z JŻ z nasileniem objawów w skali BPRS, ale również przez ocenę udziału poszczególnych syndromów w wyjaśnianiu zakresu zmienności wariancji, czy też mówiąc językiem klinicznym, stopnia „zadowolenia z życia” jako miary jego jakości.

Dla oceny udziału stanu psychopatologicznego w wyjaśnianiu ogólnego zadowolenia z życia użyto wielokrotnej analizy regresji (*step-wise*) posługując się wynikiem „ogólnego zadowolenia z życia” jako zmienną zależną, a jako zmienne niezależne użyto BPRS – sumę objawów i trzy podskale – pozytywną, negatywną i depresyjną (tablica 5). Konstelacja podskali depresyjnej i pozytywnej tłumaczy istotną część wariancji ($r=0,49$, $r^2=0,24\%$, $p=0,000$). Wynik wskazuje na istotny udział stanu psychopatologicznego w wyjaśnianiu subiektywnego wymiaru JŻ, a zarazem, że jest on konstruktami bardziej złożonym wyjaśnianym jeszcze przez inne, nie objęte badaniem czynniki.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Niniejsze badanie usiłuje wyjaśnić charakter związków pomiędzy JŻ a stanem psychopatologicznym oraz ilością i czasem hospitalizacji w grupie chorych na schizofrenię w 7 lat od pierwszej hospitalizacji. Badanie dotyczyło 66 pacjentów, diagnozowanych wg kryteriów DSM-III, żyjących w środowisku.

Istotna korelacja pomiędzy wszystkimi podskalami BPRS zarówno pozytywną, negatywną, jak i depresyjną a „ogólnym zadowoleniem” z życia potwierdza hipotezę Corrigan i Buicana [1995], iż JŻ stanowi bardziej globalny i wielostronny konstrukt niż np. „anhedonia” (ujmowana w BPRS jako obniżenie nastroju). Pomimo faktu, że objawy reprezentujące różne syndromy wykazały istotne korelacje z ogólnym zadowoleniem z życia, w modelu wielokrotnej regresji zmienne te mogły wyjaśnić jedynie 24% wyjaśnionej zmienności wariancji. Wynik ten, pokazujący związek, wskazuje równocześnie na istnienie wpływu również innych zmiennych, poza obszarem psychopatologicznym, na „ogólne zadowolenie” z życia.

Opisywana w krakowskim badaniu negatywna korelacja pomiędzy subiektywnym wymiarem JŻ a pozytywnym syndromem jest zgodna z wynikami np. Meltzer [1990] i Sullivan [1992], zaś korelacja z negatywnym syndromem jest zgodna np. z wynikami Lauera [1994], Browne i wsp. [1996]. Również wyniki nasze są zgodne z Heslegrave [1997] i Packerelem [1997], którzy znaleźli związek między subiektywną JŻ a obydwoma wymiarami – pozytywnym i negatywnym. Ostatecznie możemy więc potwierdzić ich opinię, że obraz psychopatologiczny może wpływać na strukturę subiektywnej jakości życia. Związek pomiędzy podskala depresyjną w BPRS (oraz czterema objawami składającymi się na tą skalę) a ogólnym zadowoleniem z JŻ są zgodne z wynikami np. Evenson i wsp. [1998], którzy podobnie opisywali związek między nasileniem objawów depresyjnych a obniżeniem zadowolenia z życia.

Analiza omawianych wyników potwierdza te badania, które udowadniają, iż nasilenie objawów psychopatologicznych ma związek zarówno z wynikami ogólnych ocen JŻ, jak również z subiektywną i obiektywną oceną JŻ w szczegółowych badanych obszarach. Związki te jednak są bardzo zróżnicowane.

Związki pomiędzy ogólnym nasileniem objawów (suma w BPRS) a trzema subiektywnymi obszarami JŻ, tj. czasem wolnym,

relacjami społecznymi i zdrowiem, są zgodne z wynikami Barry i Crosby [1996] uzyskanymi w grupie pacjentów ambulatoryjnych, przeważnie z rozpoznaniem schizofrenii, rok po wypisie ze szpitala, choć siła korelacji w naszym badaniu okazała się mniejsza, a finanse i bezpieczeństwo nie ujawniły korelacji. Również wyniki dotyczące korelacji pozytywnych objawów z subiektywną satysfakcją z organizacji czasu wolnego, relacji społecznych i zdrowia są analogiczne do uzyskanych przez Barry i Crosby [1996]. Obecność związków pomiędzy subskalą pozytywnych objawów BPRS a „ogólnym zadowoleniem” z życia sugeruje zgodnie z wnioskami innych autorów [np. Corrigan i wsp. 1995], że interwencje farmakologiczne i psychospołeczne, mające na celu obniżenie poziomu objawów pozytywnych, będą miały wpływ na ogólne zadowolenie z życia.

Obecność związku pomiędzy ogólnym zadowoleniem z życia a zaburzeniem myślenia (treści i formy) w naszym badaniu jest sprzeczna z wynikami Lehmana [1988] i Corrigan i Buican [1997]. Jednak warto zaznaczyć iż Corrigan i Buican nie wzięli pod uwagę pojedynczego objawu „nasilenie zaburzeń myślenia”, jak miało miejsce w naszym przypadku, lecz używali „wiązki” złożonej z kilku objawów, w tym „zaburzeń myślenia”, zbudowanej w wyniku analizy czynnikowej przeprowadzonej przez Overall i wsp. [1967]. Ponieważ ta grupa objawów nie wykazała istotnej korelacji z ogólnym zadowoleniem, autorzy ci wnioskowali, że nie ma zależności pomiędzy obydwojoma konstrukcjami, czyli iż zmiany w pozytywnych objawach nie mają wpływu na jakość życia. Można przypuszczać, iż ta badana „grupa objawów” jest zbliżona do używanej przez nas podskali pozytywnej w BPRS, która jest istotnie, choć skromnie, związana z ogólnym zadowoleniem z życia. W krakowskim badaniu, tylko dwa objawy pozytywne ze skali BPRS ujawniły związek z ogólnym zadowoleniem z życia. Z tego wynika, iż dopiero zgrupowane w syndrom objawy pozytywne mogą wskazać swój większy wpływ na ogólne zadowolenie z życia.

Dwa inne wskaźniki przebiegu schizofrenii użyte w tym badaniu, tj. liczba i skumulowany czas rehospitalizacji, nie wykazały korelacji z obszarem subiektywnej jakości życia. Jedynie skumulowany czas rehospitalizacji był związany istotnie i ujemnie z satysfakcją z finansów. Wyniki te, odmienne od opisywanych np. przez Browne i wsp. [1996] oraz od pierwszego etapu badań Meltzera [25], mogłyby zgodnie z ich hipotezami wskazywać, iż grupa pacjentów chorych na schizofrenię, w siedem lat od pierwszej hospitalizacji, objęta programem środowiskowym, może wskazywać na brak związków między subiektywnie przeżywaną JŻ a ilością i czasem rehospitalizacji. Z kolei ograniczenie ilości i czasu rehospitalizacji było celem opieki środowiskowej, co wpłynęło na subiektywnie przeżywaną JŻ. W o wiele większym stopniu oba te czynniki były powiązane ujemnie z ogólną obiektywną oceną JŻ. Gorszemu obiektywnemu poziomowi życia towarzyszyła większa ilość i czas rehospitalizacji. Analizując związek pomiędzy wynikami obiektywnymi w obszarach szczegółowych a tymi wskaźnikami stwierdzamy korelację z finansami i religią w tym sensie, iż narastający czas spędzony w szpitalu skorelowany był z mniejszymi dochodami i osłabieniem praktyk religijnych.

Obserwowana rozbieżność pomiędzy wynikami subiektywnymi i obiektywnymi potwierdza raz jeszcze, że definiowane przez pacjentów cele leczenia i ich wpływ na subiektywnie ocenianą JŻ nie muszą w pełni pokrywać się z obiektywnymi wynikami leczenia i celami definiowanymi przez terapeutów. Choć zaletą tego badania była analiza homogenicznej diagnostycznie grupy, to jednak badanie posiadało liczne ograniczenia metodologiczne. Przede wszystkim nie była to próba losowa i zgromadziła typową populację z uniwersyteckiego miasta z nadreprezentacją osób o wyższym wykształceniu (30%). Badanie miało charakter *cross-sectional*, tak więc istotne związki pomiędzy JŻ a nasileniem obrazu psychopatologicznego nie można traktować w spo-

sób przyczynowo-skutkowy, gdyż wymaga to dalszych prospektywnych badań, w których będzie możliwe przedstawienie pełniejszych wniosków.

WNIOSKI

1. Stan psychopatologiczny (nasilenie syndromu pozytywnego, negatywnego i depresyjnego) może wpływać na ogólne zadowolenie z życia w grupie chorych na schizofrenię, żyjących w środowisku pozaszpitalnym.
2. Ogólne zadowolenie z życia jest konstruktorem złożonym i tylko częściowo wyjaśnianym przez obraz psychopatologiczny.
3. Stan psychopatologiczny jest powiązany z takimi szczegółowymi obszarami subiektywnymi, jak: czas wolny, relacje społeczne i zdrowie.
4. Obiektywne wskaźniki jakości życia są powiązane z nasileniem objawów psychopatologicznych, szczególnie z syndromem negatywnym. Nasilenie objawów psychopatologicznych jest powiązane z takimi szczegółowymi obszarami obiektywnymi, jak: czas wolny, relacje społeczne, finanse, zdrowie.
5. Subiektywna ocena zadowolenia z życia pacjentów chorych na schizofrenię, zarówno ogólna, jak i w 8 z 9 badanych obszarów szczegółowych, nie jest powiązana z ilością i czasem rehospitalizacji w ciągu pierwszych 7 lat od zachorowania.
6. Liczba i czas rehospitalizacji są związane tylko z obiektywną jakością życia, zarówno ogólną, jak i w 3 szczegółowych obszarach, tj. finansach, bezpieczeństwie i religii.

PIŚMIENNICTWO

1. Anthony WA, Cohen MR, Vitalo R. The measurement of rehabilitation outcome. *Schizophr Bull* 1978; 4 (3).
2. Atkinson M, Zibin S, Chuang H. Characterizing Quality of Life Among Patients With Chronic Mental Illness: A Critical Examination of the Self-Report Methodology. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 99–105.
3. Awad AG, Hogan TP. Subjective response to neuroleptics and the quality of life: implications for treatment outcome. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89: 27–32.
4. Barry MM, Crosby CH. Quality of Life as an Evaluative Measure in Assessing the Impact of Community Care on People with Long-Term Psychiatric Disorders. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 210–6.
5. Becker M, Diamond R, Sainford F. A new patient focused index for measuring quality of live in persons with severe and persistent mental illness. *Quality Life Res* 1993; 2: 239–51.
6. Browne S, Roe M, Lane A, i in. Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 118–24.
7. Carpinello B, Lai GL, Pariante CM, i in. Symptoms, standards of living and subjective quality of life: comparative study of schizophrenic and depressed out-patients. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 235–41.
8. Cechnicki A. The development of quality of life of schizophrenia patients. The cracovian seven years prospective study. I Asia Pacyfic Congr. on Psychosocial Rehabilitation, Kuala Lumpur, Malaysia 1997. Book of Abstracts.
9. Cechnicki A. Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 5 (supl. 2): 7–15.
10. Cechnicki A. Jakość życia pacjentów chorych na schizofrenię w psychospołecznym programie leczenia – badania krakowskie. *Psychoterapia (w druku)*, Kraków 2001a.
11. Cechnicki A. Jakość życia osób chorych na schizofrenię – konstrukt, wewnętrzne zależności i czynniki wyjaśniające. *Psychoterapia (w druku)*, Kraków 2001b.
12. Cheng S. Subjective quality of life in the planning and evaluation of programs. *Evaluat Program Plan* 1988; 11: 123–34.
13. Corrigan W, Buican B. The Construct Validity Of Subjective Quality of Life for the Severely Mentally Ill. *J Nerv Ment Dis* 1995; 183: 281–5.
14. Evenson RC, Vieweg BW. Using a Quality of Life Measure to Investigate Outcome in Outpatient treatment of Severely Impaired Psychiatric Clients. *Compr Psychiatry* 1998; 39 (2): 57–62.

15. Heslegrave RJ, Awad AG, Voruganti LNP. The influence of Neurocognitive Deficits and Symptoms on Quality of Life in Schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22: 4.
16. Jarema M, Koniecznyńska Z, Głowczak M, i in. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr Pol* 1995; 29 (5): 641–54.
17. Koniecznyńska Z, Jarema M, Sokołowska G. Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym. *Psychiatr Pol* 1996; 323–32.
18. Lauer G. The quality of life issue in chronic mental illness. W: Douwalder JP, red. *Psychology and promotion of health*. Seattle: Hogiefe and Hubert Publ; 1994.
19. Lauer G, Stegmüller-Koenemund U. Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener. *Patienten Psych* 1994; *Praxis* 21: 70–3.
20. Lehman AF, Ward N, Linn LS. Chronic mental patients: the quality of life issue. *Am J Psychiatry* 1982; 139: 1271–6.
21. Lehman AF. The Well-being of Chronic Mental Patients. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 4: 40.
22. Lehman AF. The effects of psychiatric symptoms on quality of life assessments among the chronic mentally ill. *Evaluat Program Plan* 1983; 6: 143–51.
23. Lehman AF. A Quality of Life Interview for the Chronically mentally Ill. *Evaluat Program Plan* 1988; 11: 51–62.
24. Lukoff D, Liberman RP, Nuechterlein KH. Symptom monitoring in the rehabilitation of schizophrenic patients. *Schizophr Bull* 1986; 12: 578–603.
25. Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, i in. Effects of Six Months of Clozapine treatment on the Quality of life of Chronic Schizophrenic Patients. *Hosp Community Psychiatry* 1990; 41 (8): 892–7.
26. Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962; 10: 799–812.
27. Overall JE, Hollister LE, Pichot P. Major psychiatric disorders: A four-dimensional model. *Arch Gen Psychiatry* 1967; 161: 146–61.
28. Packer S, Husted J, Cohen S, Tomlinson G. Psychopathology and Quality of Life in Schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22 (4): 231–4.
29. Sainfort F, Becker M, Diamond R. Judgements of Quality of Life of individuals With Severe Mental Disorders: Patient Self-report Versus provider Perspectives. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 497–502.
30. Simpson CJ, Hyde CE, Faragher EB. The Chronically mentally Ill in Community Facilities. A Study of Quality of Life. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 77–82.
31. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, i in. Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 797–801.
32. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Jakość życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. *Post Psychiat i Neurol* 1997; supl 2 (5): 31–8.
33. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43: 794–8.
34. Valdes M, Hanuszkiewicz I, Cechnicki A. Comparison of the quality of life of schizophrenic patients between seventh and twelfth year after the first hospitalisation. XI World Congress of Psychiatry: „Psychiatry on new thresholds”; 1999 August 6–11; Hamburg. Book of Abstracts.

*Adres: Dr Andrzej Cechnicki,
Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
ul. Śniadeckich 6, 31-521 Kraków*