



Jakość życia pacjentów schizofrenicznych

Quality of life of schizophrenic patients

JOANNA GÓRECKA

Z Specjalistycznego Psychiatrycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu

STRESZCZENIE. *Celem pracy jest próba odpowiedzi na pytanie, co wpływa na ocenę jakości życia przez pacjentów schizofrenicznych, w oparciu o dotychczasowe wyniki badań. Pokróćce zaprezentowano definicję oraz przegląd dotychczas używanych narzędzi badających jakość życia. Analizowane czynniki podzielono na: związane ze stanem zdrowia, z leczeniem i czynniki socjodemograficzne. Wyniki badań są częściowo niejednoznaczne. Jednak wylaniają się pewne prawidłowości, które pozwalają stwierdzić, że wysoki poziom jakości życia u pacjentów schizofrenicznych można osiągnąć dzięki wczesnemu rozpoczęciu leczenia, dążeniu do zmniejszenia nasilenia objawów psychotycznych (szczególnie negatywnych), leczeniu współistniejących zaburzeń depresyjnych i lękowych, stosowaniu neuroleptyków atypowych, dążeniu do skrócenia czasu pobytu w szpitalu i innych zamkniętych instytucjach, zapewnieniu wsparcia społecznego, wdrożeniu programów rehabilitacyjnych i edukacyjnych, utrzymywaniu związku terapeutycznego z pacjentem.*

SUMMARY. *On the grounds of hitherto existing research findings an attempt was made in this paper to answer the question: what factors affect self-assessed quality of life in schizophrenic patients. The definition of quality of life and major scales measuring the construct were briefly presented. Analysed factors were divided into several groups: those related to health status, to treatment received, and to socio-demographic characteristics. Reported research findings are not quite univocal. However, some regularities seem to emerge suggesting that a high quality of life can be attained in schizophrenic patients due to a number of factors: early treatment of the disorder, reduction of psychotic symptoms – especially negative ones, treatment of concurrent depressive and anxiety disorders, administration of atypical neuroleptics, shortening of the hospitalisation time, providing social support, rehabilitation and educational programs, as well as maintaining therapeutic relationship with the patient.*

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

Schizofrenia jest jednym z najczęściej występujących schorzeń psychicznych, powodujących znaczne spustoszenie w psychice chorego, co przejawia się m.in. wypadnięciem z pełnionych ról społecznych i inwalidyzacją [17]. Jednak najnowsze badania podważają pogląd, że zawsze dochodzi do pogorszenia funkcjonowania i że zawsze występuje ono przez całe życie. W wielu przypadkach możliwe jest osiągnięcie remisji społecznej, której czas trwania jest osobniczo zmienny [26].

Próba określenia stanu zdrowia pacjenta przez użycie obiektywnych parametrów często różni się od subiektywnej oceny dokonanej przez chorego. Możliwe są sytuacje, gdy pacjenci, u których stwierdza się ciężką chorobę psychiczną – schizofrenię deklarują wyższy poziom jakości życia niż osoby cierpiące z powodu lżejszego, wg powszechnej opinii, schorzenia, tj. nerwicy [10].

W ostatnich latach w sposób lawinowy rośnie liczba publikacji z różnych dziedzin medycyny badających jakość życia pacjentów.

Fakt ten jest sposobem praktycznej realizacji holistycznego modelu zdrowia, zakładającego wg Wulffa, że „człowiek stanowi system otwarty, który jest w związku wzajemnego społecznego i fizycznego oddziaływania ze środowiskiem. System ten obejmuje zarówno procesy czysto fizyczne jak i psychiczne, procesy psychosomatyczne i procesy somatopsychiczne”. Jak piszą Wulff, Pedersen i Rosenberg, pojęcie normalności statystycznej nie powinno być utożsamiane ze zdrowiem, „zasadniczym przedmiotem medycyny klinicznej jest więc subiektywne odczucie choroby i subiektywne odczucie zdrowia”. Badania nad jakością życia (JŻ) są wyrazem poszerzenia perspektywy w rozumieniu pojęcia normy w medycynie, polegającego na uwzględnieniu punktu widzenia pacjenta, który staje się najważniejszą instancją oceniającą swoje samopoczucie [30].

Z założenia, że subiektywna ocena jakości życia jest jednym z najważniejszych kryteriów zdrowia czy choroby, celem poniższej pracy jest próba odpowiedzi na pytanie: co wpływa na ocenę jakości życia przez pacjentów schizofrenicznych w oparciu o dotychczasowe wyniki badań.

DEFINICJA I NARZĘDZIA BADAJĄCE JAKOŚĆ ŻYCIA

Najczęściej przywoływaną podstawą teoretyczną badań nad jakością życia jest definicja sformułowana przez grupę WHO do spraw badań nad jakością życia (*WHOQOL Group*), wg której jakość życia to „kompleksowy sposób oceniania przez jednostkę jej zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia, także relacji ze środowiskiem (w kontekście) osobistych wierzeń i przekonań” [30]. Klinicyści posługują się krótszą definicją, wg której, jakość życia to subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości [17].

Badania nad metodami mierzącymi jakość życia w chorobach psychicznych nie uległy rozwojowi w takim samym tempie

jak w innych dyscyplinach klinicznych [36]. Choć nie istnieje idealne narzędzie do pomiaru jakości życia naukowcy nie szczędzą sił w opracowaniu jak najlepszej skali.

Istnieje pewna ilość kwestionariuszy do pomiaru stanu zdrowia i związanej ze zdrowiem JŻ. Przykładami są skale: SF-36 [Ware i Sherbourne 1992], *The Nottingham Health Profile* [Hunt i wsp. 1986] oraz *Sickness Impact Profile* [Bergner i wsp. 1981], które są ogólnikowymi miernikami stanu zdrowia i mogą być zastosowane do oceny funkcjonowania i samopoczucia w ogólnej grupie pacjentów. Jednak takie ogólne ankiety mogą przeoczyć aspekt, jakim jest JŻ w specyficznej grupie, jaką jest grupa pacjentów schizofrenicznych. Mimo, że istnieje wiele metod badających JŻ u pacjentów ze schizofrenią, jednak nie zawsze mogą być one odpowiednio zastosowane do oceny podjętych interwencji:

1. niektóre są zbyt długie (ponad 100 elementów), aby można je było użyć w badaniach klinicznych, np. *Oregon Health Related Quality of Life Questionnaire* (OQ-Q) [Bigelow i wsp. 1991], *The Quality of Life Self-Report-100* (QLS-100) [Skantze i wsp. 1992], *Lancashire Quality of Life Profile* [Oliver i wsp. 1996],
2. niektóre z nich muszą być wypełnione przez psychiatrę lub specjalnie wyszkolonego ankietera, podczas gdy pomiar JŻ jest oparty na subiektywnej ocenie pacjenta, np. *Quality of Life Scale* (QLS) [Heinrichs i wsp. 1984], *Manchester Short Assessment of Quality of Life* (MANSA) [Priebe 1999],
3. niektóre zostały stworzone do oceny JŻ u pacjentów żyjących w społeczności, mierzą szerokie spektrum JŻ i dlatego nie uważa się, aby mierzyły wystarczająco czule JŻ w czasie zmian stanu psychicznego pacjenta poddanego badaniom klinicznym, np. *Community Adjustment Form* (CAF) [Stein i Test 1980], *Wisconsin Quality of Life Questionnaire* [Becker i wsp. 1993],
4. niektóre mają ograniczenia związane z właściwościami psychometrycznymi, np. QLS [Heinrichs i wsp. 1984].

Z powodu tych wszystkich ograniczeń podjęto prace nad nowym narzędziem do pomiaru JŻ u pacjentów schizofrenicznych, czego owocem jest skala *Schizophrenia Quality of Life Scale* (SQLS 2000). SQLS został zaprojektowany jako wiarygodny i praktyczny kwestionariusz wypełniany samodzielnie przez pacjentów. Test ten może znaleźć zastosowanie w badaniach klinicznych lub jako ocena leczenia. SQLS posiada pożądane cechy jeśli chodzi o wiarygodność i zastosowalność. Udowodniono, że jest to narzędzie bardzo praktyczne i łatwo akceptowalne przez pacjentów. Przyszłe badania ocenią właściwości psychometryczne tego narzędzia w różnych warunkach klinicznych i wśród pacjentów z różnym stopniem zaawansowania choroby [36].

JAKOŚĆ ŻYCIA A STAN ZDROWIA

Badaniem JŻ zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym zajmowali się Jarema, Koniecznyńska i Cikowska [20]. Autorzy ci stwierdzili, że nasilenie objawów schizofrenii nie koreluje istotnie z oceną JŻ lecz koreluje ujemnie tylko z niektórymi składowymi JŻ: oceną funkcjonowania fizycznego, ograniczeniem fizycznym pełnienia ról, oceną zdrowia i oceną zdrowia psychicznego. Podobne wyniki uzyskali Głowczak i wsp. [11], którzy badali pacjentów z Oddziału Rehabilitacji Instytutu Psychiatrii i Neurologii i Oddziału Readaptacji – mianowicie brak korelacji między nasileniem objawów psychopatologicznych a JŻ oraz dodatnią zależność między wynikami w skali JŻ i codziennego funkcjonowania.

Nieco inaczej przedstawiają się wyniki badań przeprowadzonych poza granicami Polski. Packer [22] stwierdził ujemną korelację między psychopatiologią a subiektywną oceną JŻ, która w szczególności odnosiła się do objawów negatywnych. Również wg badaczy z Iowa [14] obecność nasilonych objawów negatywnych w czasie pierwszej hospitalizacji może być zwiastunem nis-

kiego, późniejszego poziomu JŻ, natomiast ciężkość objawów pozytywnych nie wydaje się wpływać na ocenę JŻ. Kolejne prace nad pacjentami schizofrenicznymi autorów z Dublina [5] oraz z Insbrucku [19] dowodzą istnienia zależności między nasileniem objawów psychopatologicznych a subiektywną oceną JŻ. Bow-Thomas i wsp. [4] wskazują na istnienie takiej zależności wyłącznie w okresie stabilizacji, a nie zaostrzenia procesu schizofrenicznego.

Według Kemmlera [19] oraz Bengtssona [2] objawy psychopatologiczne są silniejszym determinantem subiektywnej oceny JŻ niż miejsce leczenia, pozapiramidowe objawy uboczne oraz czynniki socjodemograficzne.

Okazuje się, że na JŻ ocenianą przez pacjentów wpływają znacząco obecne u nich objawy depresji i lęku. Fakt ten podkreślają Priebe i wsp. [23] u pacjentów pierwszorazowych oraz Tollefson [33] i Dickerson [8] w grupie pacjentów z różnym czasem trwania choroby.

Wpływ neurokognitywnych deficytów na JŻ oceniali Heslegrave, Awad i Voruganti. Stwierdzili, że deficyty poznawcze mają mały wpływ na postrzeganą przez pacjentów JŻ [13].

JAKOŚĆ ŻYCIA A LECZENIE

Jak wykazują autorzy pracy [31] ocena poziomu JŻ przez pacjentów schizofrenicznych w porównaniu z oceną osób zdrowych jest niższa. W związku z tym leczenie chorych cierpiących z powodu schizofrenii powinno wpłynąć na poprawę w zakresie JŻ. Jednak, jak wynika z przeanalizowanych badań, nie jest to tak jednoznaczne.

Jarema i wsp. [18] stwierdzili, że JŻ koreluje dodatnio z subiektywną oceną farmakoterapii w skali Nabera, natomiast nie stwierdzili takiej korelacji w skali Van Puttena. Skala Nabera mierzy raczej samopoczucie pacjenta leczonego neuroleptykiem, natomiast skala Van Puttena jest ukierunkowana na bezpośrednią ocenę zasadności i skuteczności podanego leku.

Z postrzeganiem potrzeby leczenia jest związany wgląd pacjenta w swoją chorobę. Jednak nie wykazano żadnego związku między wglądem a jakością życia, nawet jeśli przeanalizowano wszystkie aspekty wglądu, tj.: poczucie choroby, umiejętność określenia istoty objawów psychotycznych, wreszcie postrzegana konieczność leczenia [6].

Browne i wsp. [6] wykazali związek między JŻ i subiektywną oceną reakcji na neuroleptyki. Stwierdzili, że znaczna część wariacji JŻ wynikała z dysforycznej reakcji na neuroleptyki. Dysforia może być skutkiem objawów pozapiramidowych. Autorzy postulują szersze zastosowanie nowej generacji leków przeciwpsychotycznych – neuroleptyków atypowych, które nie wywołują pozapiramidowych i psychopatologicznych objawów niepożądanych, aby w ten sposób poprawić JŻ chorych.

Okazuje się, że pacjenci leczeni neuroleptykami atypowymi oceniają swoją JŻ znacznie wyżej niż pacjenci przyjmujący leki klasyczne oraz doświadczają zdecydowanie mniej objawów ubocznych [9, 34].

W świetle badań [5, 7] okazuje się, iż im później od zachorowania pacjent trafia do szpitala tym niższy poziom JŻ osiąga po leczeniu.

Miejsce leczenia wydaje się stanowić ważny czynnik w ocenie JŻ. Taką zależność potwierdzają Borge i wsp. [3] oraz Kemmler [19] wskazując, że pacjenci żyjący poza instytucjami psychiatrycznymi wykazują wyższy poziom JŻ niż pacjenci przebywający w ośrodkach leczniczych i opiekuńczych. Simpson i Hyde [27] porównywali JŻ u osób o podobnym przebiegu choroby, przebywających w oddziale całodobowym, hostelu dla chronicznie chorych i domach wspólnoty dla pacjentów. Pacjenci przebywający w szpitalu uzyskali najniższe wyniki w skali JŻ. Natomiast badanie polskie [16] obejmujące pacjentów z oddziału całodobowego, dziennego i zespołu leczenia środowiskowego nie ujawniło podobnych różnic w ocenie JŻ.

Okazuje się, że im więcej pobytów w szpitalu o długim łącznym czasie trwania tym gorsza oceniana przez pacjentów JŻ [7, 16].

Badanie przeprowadzone w Innsbrucku [15] podkreśla znaczenie programów rehabilitacyjnych. Chorzy ambulatoryjni dzięki uczestnictwu w 15-miesięcznej terapii obejmującej naukę podstawowych codziennych czynności, prace, osiągnęli wyższy poziom subiektywnej JŻ.

Również grupy edukacyjne oparte na teoretycznych wiadomościach na temat choroby, bez trenowania specyficznych umiejętności pozwalają na poprawę funkcjonowania i oceny JŻ u pacjentów schizofrenicznych [1].

Związek terapeutyczny jest ważnym czynnikiem wpływającym na subiektywną ocenę JŻ u pacjentów długoterminowych, natomiast brak jest takiej zależności u chorych pierwszorazowych [21].

JAKOŚĆ ŻYCIA A CZYNNIKI SOCJODEMOGRAFICZNE

Co do wpływu wieku pacjentów na JŻ opinie przedstawione w piśmiennictwie są rozbieżne. Jarema [16] oraz Browne [7] stwierdzili ujemną korelację, a grupa z Dublina – brak związku [5].

Z większości przeanalizowanych prac wynika, że płeć chorych również nie wpływa znacząco na ocenę JŻ [5, 20, 24], lecz odmienna jest konstrukcja subiektywnej JŻ u obydwu płci [25].

Im lepsze przedchorobowe dostosowanie, wyższe wykształcenie tym wyższa ocena przez pacjentów w skali JŻ [5, 20, 28].

Związek między JŻ a obiektywnymi warunkami życia w świetle prac [2, 12, 24] pozostaje niejasny. Pacjenci schizofreniczni raczej nie wiążą subiektywnej JŻ ze standardem życia [29]. Mimo to największe znaczenie przypisują obszarowi finansów i pracy [2], systemowi oparcia społecznego [32] oraz obecności bliskiej osoby [12].

Badania długoterminowe wśród pacjentów ambulatoryjnych wykazują utrzymanie JŻ na niezmiennym poziomie przez okres 7 i 10 lat. Stan powyższy pacjenci zawdzięczają liczniejszym kontaktom w środowisku umożliwiającym społeczną integrację, wzajemną pomoc, oraz edukacji w celu popra-

wy lub modyfikacji własnych aspiracji, pomocy w utrzymaniu domu, udzielanej warunkowo w zależności od indywidualnych potrzeb pacjentów w zakresie JŻ [28, 32].

WNIOSKI

1. Ocena JŻ dokonana przez pacjenta stanowi ważną, dodatkową informację o wynikach leczenia.
2. Celem działań klinicysty powinno być dążenie do osiągnięcia przez pacjenta satysfakcji z życia.
3. Choć istnieje pewna niejednoznaczność w wynikach, należy stwierdzić, że wysoki poziom JŻ pacjentów schizofrenicznych można osiągnąć dzięki:
 - wczesnemu rozpoczęciu leczenia farmakologicznego,
 - dążeniu do zmniejszenia nasilenia objawów psychotycznych, a szczególnie negatywnych,
 - leczeniu współistniejących zaburzeń depresyjnych i lękowych,
 - stosowaniu neuroleptyków atypowych, nie wywołujących objawów pozapiramidowych,
 - dążeniu do skrócenia czasu pobytu w szpitalu bądź innych zamkniętych instytucjach,
 - zapewnieniu oparcia społecznego (osoby bliskie lub pracownicy socjalni),
 - wdrożeniu programów rehabilitacyjnych i edukacyjnych,
 - utrzymywaniu związku terapeutycznego.
4. Interesujący jest często stwierdzany brak związku między JŻ a obiektywnym stanem zdrowia. Może to wynikać z faktu, iż wielu pacjentów, mimo utrzymujących się objawów psychotycznych, stosuje odpowiednie mechanizmy radzenia sobie z doznaniem (*coping*) i osiąga stosunkowo wysoki poziom JŻ. Z drugiej strony pacjenci ze znacznie zawansowanym ubytkiem schizofrenicznym nie są w stanie właściwie ocenić swojej sytuacji życiowej.
5. Różnice w prezentowanych stanowiskach mogą wynikać z nieodpowiedniego do-

boru pacjentów i stosowania różnych narzędzi badawczych. Tylko klinicznie dostrzegani, stabilni psychopatologicznie pacjenci mogą oceniać swoją JŻ z dużym stopniem wiarygodności [35].

PIŚMIENNICTWO

1. Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH, i in. The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br J Psychiatry 1996; 168 (2): 199–204.
2. Bengtsson-Tops A, Hansson L. Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. Eur Psychiatry 1999; 14 (5): 256–63.
3. Borge L, Martinsen Ew, Ruud T, i in. Quality of life, loneliness and social contact among long-term psychiatric patients. Psychiatr Serv 1999; 50 (1): 81–4.
4. Bow-Thomas CC, Velligan D, Miller AI, i in. Prediction quality of life from symptomatology in schizophrenia et exacerbation and stabilization. Psychiatry Res 1999; 86 (2): 131–42.
5. Browne S, Clarke M, Gervin M, i in. Determinants of quality of life et first presentstinos with schizophrenia. Br J Psychiatry 2000; 176: 173–6.
6. Bowne S, Garavan J, Gervin M, i in. Quality of life in schizophrenia: insight and subjective response to neuroleptics. J Nerv Ment Dis 1998; 186: 74–8.
7. Browne S, Roe M, Lane A, i in. Quality of life in schizophrenia: relationship to socio-demographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. Acta Psychiatr Scand 1996; 94 (2): 118–24.
8. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates. Acta Psychiatr Scand 1998; 89 (2): 124–7.
9. Franz M, Lis S, Pluddemann K, i in. Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients. Br J Psychiatry 1997; 17: 422–5.
10. Głowczak M, Jarema M, Meder J, i in. Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. Psychiatr Pol 1996; 3: 369–80.
11. Głowczak M, Kasperek B, Meder J, i in. Wstępna ocena jakości życia pacjentów przewlekłe chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Psychiatr Pol 1997; 3: 313–22.

12. Hansson L, Middelboe T, Meridner L, i in. Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45 (4): 247–58.
13. Helsinggrave RJ, Awad AG, Voruganti LN. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22 (4): 235–43.
14. Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, i in. Two-year outcome in first-episode schizophrenia: predictive value of symptoms for quality of life. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (9): 1196–201.
15. Holzner B, Kemmler G, Meise U. The impact of work-related rehabilitation on the quality of life of patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998; 33 (12): 624–31.
16. Jarema M, Bury L, Koniecznyńska Z, i in. Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. *Psychiatr Pol* 1997; 5: 584–94.
17. Jarema M, Koniecznyńska Z, Głowczak M, i in. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr Pol* 1995; 5: 641–55.
18. Jarema M, Murawiec S, Szafranski T, i in. Subiektywna ocena farmakoterapii i jakości życia w schizofrenii. *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 137–47.
19. Kemmler G, Meise U, Tasser A i in. Subjective quality of life of schizophrenic patients. Effect of treatment setting, psychopathology and extrapyramidal motor drug effects. *Psychiatr Prax* 1999; 26 (1): 9–15.
20. Koniecznyńska Z, Jarema M, Cikowski G. Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym. *Psychiatr Pol* 1997; 3: 323–32.
21. McCabe R, Roder-Wanner UU, Hoffmann R, i in. Therapeutic relationships and quality of life: association of two subjective constructs in schizophrenia patients. *Int J Soc Psychiatry* 1999; 45 (4): 276–83.
22. Packer S, Husted J, Cohen S, i in. Psychopathology and quality of life in schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22 (4): 231–4.
23. Priebe S, Roder-Wanner UU, Kaiser W. Quality of life in first admitted schizophrenia patients: a follow-up study. *Psychol Med* 2000; 30 (1): 225–30.
24. Roder-Wanner UU, Oliver JP, Priebe S. Does quality of life differ in schizophrenic woman and man? An empirical study. *Int J Soc Psychiatry* 1997; 43 (2): 129–43.
25. Roder-Wanner UU, Priebe S. Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998; 248 (5): 250–8.
26. Scully JH. *Psychiatria*. Wrocław: Urban & Partner; 1998: 60.
27. Simpson CJ, i in. The chronically ill in community facilities. A study of quality of life. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 77–82.
28. Skantze K. Subjective quality of life and standard of living: a 10-year follow-up of out-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1998; 98 (5): 390–9.
29. 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.
30. Skrzypek M. O badaniach nad jakością życia i sposobach rozumienia normy. Lublin: Alma Mater; 2000: 1/34, 136–139.
31. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekłych chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych. *Psychiatr Pol* 1998; 3: 297–306.
32. Tempier R, Mercier C, Leonffre P, i in. Quality of life and social integration of severely mentally ill patients: a longitudinal study. *J Psychiatry Neurosci* 1997; 22 (4): 249–55.
33. Tollefson GD, Andersen SW. Should we consider mood disturbance in schizophrenia as an important determinant of quality of life? *J Clin Psychiatry* 1999; 60 (supl 5): 23–9, discussion 30.
34. Voruganti L, Cortese L, Oyewumi L, i in. Comparative evaluation of conventional and novel antipsychotic drugs with reference to their subjective tolerability, side-effect profile and impact on quality of life. *Schizophr Res* 2000; 43 (2–3): 135–45.
35. Voruganti L, Helsinggrave R, Awad AG, i in. Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychol Med* 1998; 28 (1): 165–72.
36. Sharma V, Fitzpatrick R, Jenkinson C. Self-report quality of life measure for people with schizophrenia: the SQLS. *Br J Psychiatry* 2000; 177: 42–6.