



Związek czynników demograficzno-społecznych oraz klinicznych z siecią społeczną osób chorujących na psychozy schizofreniczne¹

Relationship of socio-demographic and clinical predictors with social networks in people suffering from schizophrenic psychoses

ANDRZEJ CECHNICKI¹, ANNA WOJCIECHOWSKA², ANETA KALISZ³, PIOTR BŁĄDZIŃSKI¹, MICHAŁ SKALSKI⁴

1. Zakład Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM, Kraków

2. Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Kraków

3. Oddział Dzienny Leczenia Psychoz, Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersyteckiego, Kraków

4. Dzienny Oddział Rehabilitacji Psychiatrycznej, Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersytecki, Kraków

STRESZCZENIE

Cel. Badania są częścią krakowskich, prospektywnych badań przebiegu schizofrenii. Oceniono związki czynników demograficzno-społecznych oraz klinicznych ze wskaźnikami sieci społecznej po siedmiu i dwunastu latach chorowania oraz stabilność obserwowanych zależności.

Metoda. Zbadano 47 osób chorujących na schizofrenię według klasyfikacji DSM-IV w dwóch punktach pomiarowych w siedem i dwanaście lat po pierwszej hospitalizacji. Do oceny wskaźników sieci społecznej (zakres sieci, wielkości sieci pozarodzinnej, poziom oparcia – ogólnego, poza rodziną, instrumentalnego i emocjonalnego) użyto „Kwestionariusza oparcia społecznego” Bizonia. Istotne demograficzno-społeczne predyktory zapisano za pomocą „Skali prognostycznej” (modyfikacja Skali Straussa-Carpentera). Do oceny wskaźnika ujawnianych uczuć wykorzystano Camberwell Family Interview (CFI), a skalę Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) do oceny nasilenia objawów. W analizie wpływu posłużono się metodą krokowej, liniowej analizy regresji.

Wyniki. Zakres sieci społecznej po siedmiu latach trwania choroby wyjaśniany jest przez badaną konstelację czynników demograficzno-społecznych oraz klinicznych w 46% ($p < 0,001$), a po dwunastu w 32% ($p < 0,001$), a zakres sieci społecznej pozarodzinnej odpowiednio: w 25% ($p = 0,003$) i w 24% ($p = 0,005$). Ogólny wysoki poziom oparcia społecznego wyjaśniany jest w 36% ($p < 0,001$) i w 33% ($p = 0,001$), wysoki poziom oparcia instrumentalnego odpowiednio: w 31% ($p < 0,001$) i w 38% ($p < 0,001$), wysoki poziom oparcia emocjonalnego w 31% ($p < 0,001$) i w 28% ($p = 0,001$), wysoki poziom oparcia społecznego poza rodziną w 17% ($p = 0,012$) i 19% ($p = 0,016$).

Wnioski. (1) W odniesieniu do bliskich i odległych wyników leczenia, czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne wyjaśniają 17-46% zmienności wskaźników sieci społecznej. (2) Czynniki demograficzno-społeczne oraz kliniczne w największym stopniu wyjaśniają zmienność w zakresie sieci, a w najmniejszym stopniu – zmienność korzystnego poziomu oparcia poza rodziną. (3) Wyższe wykształcenie, głębokie i satysfakcjonujące pozarodzinne kontakty społeczne przed wybuchem choroby, oraz późniejszy wiek zachorowania w różnych konstelacjach mają największy wpływ na wyjaśnianie korzystnych wskaźników sieci społecznej. (4) Zakres wyjaśnianej zmienności pomiędzy siódmym i dwunastym rokiem chorowania jest względnie stabilny.

SUMMARY

Objectives. This report is a part of the Cracow prospective study on the course of schizophrenia. Links between socio-demographic and clinical factors on the one hand and the patient social network indicators on the other, as well as stability of the relationships found were examined at seven and twelve years of living with illness.

Methods. The study sample comprised 47 patients with the DSM-IV diagnosis of schizophrenia, assessed at two time points: at seven and twelve years from their index hospitalization. Social network indicators including the network scope, size of extrafamilial networks, and overall level of instrumental and emotional support outside the family were measured using the Bizon Social Support Questionnaire. Major socio-demographic predictors of the future course of illness were assessed with a Prognostic Scale (modified from the Strauss-Carpenter Scale). The Expressed Emotion indicator was evaluated during the index hospitalization using the Camberwell Family Interview, and the Brief of Psychiatric Rating Scale was employed to rate symptom severity. Impact assessment was carried out using linear stepwise regression analysis.

¹ Praca powstała w „Krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii” w Zakładzie Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CMUJ.

Results. The constellation of socio-demographic and clinical factors under study explained 46% of the scope of the patient's social network after 7 years of illness, and 32% after 12 years (both significant at $p < 0.001$). The figures for the scope of the extrafamilial social network were 25% ($p = 0.003$) and 24% ($p = 0.005$) at the 7- and 12-year follow-ups, respectively. High levels of social support were explained as follows: overall social support 36% and 33%, instrumental support 31% and 38%, emotional support 31% and 28%, respectively; all the values significant at $p = 0.001$. Finally, the predictors explained 17% ($p = 0.012$) and 19% ($p = 0.016$) of high levels of social support outside the family.

Conclusions. 1) Socio-demographic and clinical predictors explain between 17% and 46% of variability in social network indicators in short-term and long-term treatment outcomes. 2) Socio-demographic and clinical predictors offer the highest degree of explanation for the scope of the network, and the lowest degree of explanation for the scope of support outside the family. 3) It is most usually a higher education level, profound and satisfying social contacts outside the family prior to the onset of illness, and later age of onset in various configurations that contribute most to the explanation of positive social network indicators. 4) The amount of variability explained between the 7th and 12th years of illness is relatively stable.

Słowa kluczowe: schizofrenia / sieć społeczna / czynniki rokownicze

Key words: schizophrenia / social network / predictors

Wielu badaczy wskazywało na braki w sieci społecznej u osób chorujących na schizofrenię w porównaniu ze zdrową populacją i jej modyfikujący wpływ na przebieg choroby [1,2,3,4,5]. Zdaniem Hirscha [6] dostępność wsparcia społecznego zależy od zmiennych strukturalnych sieci: zakresu sieci czy gęstości powiązań, które to zmienne, jeśli są korzystne mogą sprzyjać rozwojowi satysfakcjonujących człowieka kontaktów społecznych. Większość koncepcji sieci społecznych opiera się na przyjęciu hipotezy, iż bliskie związki są pozytywne i wspierające [1,2,3,5,6,7]. Hipoteza Lina i wsp. [8] sugeruje, że osoby z raczej luźniejszymi niż silnymi związkami są lepiej chronione przed stresującymi wydarzeniami jak np. szukanie pracy czy opieka w czasie choroby. Potwierdzałyby ją badania Michalskiej-Leśniewicz i Gruszczyńskiego [7], które wykazały, że bliski związek wiąże się z trudnym często dla osoby chorującej do wypełnienia oczekiwaniem wzajemności i może być źródłem stresu.

Nieliczne badania analizowały związek pomiędzy czynnikami rokowniczymi przebiegu schizofrenii a siecią społeczną. Badania Erol [9] wykazują związek między wyższym poziomem edukacji a lepszym funkcjonowaniem społecznym, które powiązane jest z umiejętnością tworzenia korzystnej sieci społecznej oraz dawania i otrzymywania z niej wsparcia. Podobne wyniki uzyskała krakowska grupa badawcza nad przebiegiem schizofrenii [10,11]. Sorgaard i wsp. [12] zbadali, że negatywna samoocena nie ma związku z siecią społeczną, wysoka zaś wiąże się z satysfakcją z relacji rodzinnych, posiadaniem co najmniej jednego przyjaciela oraz płcią żeńską. W badaniu Bieniarz i Makary-Studzińskiej [13] na temat związku zakresu sieci społecznej z płcią, mężczyźni tworzyli liczniejsze sieci a kobiety wykazywały większą gotowość w dawaniu wsparcia, podobnie jak w badaniu Sorga-

ard i wsp. [14], z których wynika, że kobiety częściej posiadają związki małżeńskie i czerpią więcej satysfakcji z relacji interpersonalnych.

CEL BADAŃ

Sieć społeczna w opisywanym badaniu rozumiana jest za Bizoniem [10,11] jako liczba osób, z którymi jednostka utrzymuje kontakt, zaś jej funkcją jest społeczne oparcie rozumiane, jako zaspokajanie potrzeb emocjonalnych lub instrumentalnych przez osoby będące w sieci.

We wcześniejszych etapach badania analizowano sieci społeczne osób chorujących na schizofrenię i zależności między właściwościami sieci a wczesnymi i średnio-czasowymi wynikami leczenia [10,11,15] W kolejnym etapie skoncentrowano się na trzech celach badawczych:

1. ocenie związku pomiędzy czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi a wskaźnikami sieci społecznej u osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji,
2. ocenie związku pomiędzy czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi a wskaźnikami sieci społecznej u osób chorujących na schizofrenię w dwanaście lat od pierwszej hospitalizacji,
3. Ocenie stabilności powiązań pomiędzy czynnikami demograficzno-społecznymi i klinicznymi a wskaźnikami sieci społecznej przez lata chorowania.

METODA

Czynniki demograficzno-społeczne (np. wiek, płeć, wykształcenie, partner seksualny, przedchorobowe

kontakty społeczne), rodzinne (np. dziedziczenie, wskaźnik ujawnianych uczuć (EE), ocena osobowości przedchorobowej) i kliniczne (np. nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych) oceniono i zapisano w „Karcie predyktorów przedchorobowych” (modyfikacja Skali Carpentera–Straussa) w czasie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej. Nasilenie objawów zmierzono porzerzoną w *University of California*, Los Angeles (UCLA) skalą *Brief of Psychiatric Rating Scale* (BPRS-E). Do oceny wskaźnika ujawnianych uczuć (EE) w rodzinie użyto *Camberwell Family Interview* (CFI).

Wskaźniki sieci takie jak: zakres sieci i wielkość sieci pozarodzinnej oraz poziom oparcia ogólnego, instrumentalnego, emocjonalnego oraz poziom oparcia poza rodziną oceniono „Kwestionariuszem oparcia społecznego” Bizonia, który używany był we wcześniejszych naszych badaniach [10,11,15], w badaniach Bronowskiego i wsp. [16,17] oraz Bieniarz i Makary-Studzińskiej [13].

Konstrukcja wskaźników sieci społecznej została przyjęta za Bizoniem [10,11,15]: mały zakres sieci złożony jest z 0-10 osób, średni: 11-20 osób, duży z 21-30 i powyżej, zaś zakres sieci pozarodzinnej: mały 0-2 osób, średni 3-10 osób, duży 11 i powyżej. Szerszy opis narzędzia badawczego ma miejsce w naszych poprzednich artykułach [10,11].

Poziom oparcia ogólnego został obliczony, jako suma oparcia instrumentalnego i emocjonalnego. Poziom oparcia instrumentalnego oceniono, jako sumę form oparcia (pyt. 1, 3,4,6) takich jak: doradzanie, wyřęczanie w codziennych obowiązkach, załatwianie ważnych spraw, zaopatrywanie w potrzebne rzeczy udzielanych przez osoby w sieci. Podobnie poziom oparcia emocjonalnego obliczono jako sumę funkcji oparcia emocjonalnego z pytań (pyt. 2, 5, 7,8,9,10) zawierających wyrażanie uznania, sprawowanie opieki, przychodzenie z pomocą w kłopotach czy nieszczęściu, pocieszenie na duchu, zwierzenie się z kłopotów i zmartwień, nie opuszczanie w najgorszym. Poziom oparcia poza rodziną został skonstruowany jako suma funkcji oparcia spełnianych przez osoby spoza rodziny.

W analizie wpływu czynników rokowniczych na sieć społeczną posłużono się metodą postępującej regresji krokowej. Analiza ta pozwala ocenić związek między szeregiem zmiennych niezależnych tj. „czynnikami demograficzno-społecznymi” a zmienną zależną – w tym wypadku wskaźnikami „sieci społecznej” i oparcia społecznego”. W wyniku obliczeń otrzymujemy współczynnik korelacji wielokrotnej, którego kwadrat (wariancja) wyrażony w procentach

obrazuje wyjaśnioną przez zmienne niezależne wariację zmiennej zależnej. Spośród różnych metod analizy regresji zastosowana metoda pozwala na stopniowe, tzn. krokowe wprowadzanie do równania regresji zmiennych niezależnych (predyktorów), stosownie do istotności ich wpływu na zmienną zależną. Miarą znaczenia uzyskanego modelu jest procent wyjaśnionej w ten sposób wariacji zmiennej zależnej (efektu) od zmiennych niezależnych (predyktorów), które ostatecznie zostają wprowadzone do modelu – ich udział musi być interpretowany całościowo, a nie w sposób izolowany [18].

OPIS BADANYCH GRUP

W czasie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej a następnie w siedmio- i dwunastoletniej katamnezie zbadano 47 pacjentów chorujących na schizofrenię i ich rodziny. U wszystkich badanych dokonano oceny wskaźnika EE za pomocą CFI. Badania wykonało 62% kobiet i 38% mężczyzn. W okresie pierwszej hospitalizacji w związku małżeńskim pozostawało 32% badanych. Wyższe wykształcenie miało 28% badanych, średnie i niższe 72%. Wysoki wskaźnik ujawnianych uczuć w rodzinie, mierzony nasileniem krytyki i emocjonalnego naduwikłania oceniono u 72% badanych rodzin. Dziedziczenie pierwszego i drugiego stopnia stwierdzano u 28% badanych. Głęboki, satysfakcjonujący związek poza rodziną posiadało 13% badanych, liczne, powierzchowne związki – 43% a 44% miało związki ograniczone do kręgu rodziny. Brak wyraźnych zaburzeń osobowości stwierdzano u 45% badanych, osobowość schizoidalną i schizotypową u 36%, u reszty inne typy zaburzeń. Ostry początek choroby wystąpił u 68% badanych. Krótki czas nieleczonej psychozy do 6 miesięcy cechował 64% badanych.

WYNIKI

Poniżej przedstawiono związek czynników demograficzno-społecznych oraz klinicznych ze wskaźnikami sieci społecznej w dwóch kolejnych badaniach katamnestycznych.

Zakres sieci. Korzystniejszy, większy zakres sieci społecznej po siedmiu latach trwania choroby jest wyjaśniany przez konstelację czynników demograficzno-społecznych oraz klinicznych w 46% ($p<0,001$) a po dwunastu w 32% ($p<0,001$). Zakres wyjaśnianej zmienności zmniejsza się więc o 14% w odległych wy-

nikach leczenia. Predyktorami wyjaśniającymi większy zakres sieci społecznej po siedmiu latach trwania choroby są wyższe wykształcenie oraz głębokie i satysfakcjonujące pozarodzinne kontakty społeczne przed pierwszą hospitalizacją, a po dwunastu latach – tylko wyższe wykształcenie badanych (tab. 1).

Zakres sieci pozarodzinnej. Większy zakres społecznej sieci pozarodzinnej, przedstawiony w tabl. 1, po siedmiu latach chorowania jest wyjaśniany w 25% ($p=0,003$), a po dwunastu – w 24% ($p=0,005$). Jedy- nym predyktorem wyjaśniającym ten związek jest w obu etapach katamnezy wyższe wykształcenie badanych.

Ogólny poziom oparcia. Korzystniejszy, wyższy poziom oparcia, przedstawiony w tab. 2) po siedmiu latach chorowania jest wyjaśniany w 36% ($p<0,001$) a po dwunastu – w 33% ($p=0,001$). Zakres wyjaśnianej zmienności utrzymuje się więc na podobnym poziomie. Uzyskany model regresji wyjaśnia korzystny, wyższy poziom oparcia społecznego po siedmiu latach trwania choroby brakiem objawów pozytywnych, głębokimi i satysfakcjonującymi pozarodzinnymi kontaktami społecznymi przed wybuchem choroby oraz późniejszym wiekiem zachorowania. Natomiast po dwunastu latach wyższy poziom oparcia wyjaśnia tylko wyższe wykształcenie badanych.

Tabela 1. Związki czynników demograficzno-społecznych i klinicznych z zakresem sieci społecznej i zakresem sieci pozarodzinnej w siedem (K-7) i dwanaście (K-12) lat po pierwszej hospitalizacji.

Table 1. Relationships of socio-demographic and clinical factors with the scope of the patient's social and extrafamilial networks at 7-year (K-7) and 12-year (K-12) follow-ups after the first hospitalization

Zakres sieci (większy)	Procent zmienności wyjaśnionej (skorygowany R ²)	Poziom istotności (p)	Hierarchia zmiennych w zależności od siły związku ze wskaźnikami sieci społecznej
K-7 Zakres sieci (większy)	46%	<0,001	wykształcenie (wyższe) kontakty społeczne przed pierwszą hospitalizacją (głębokie i satysfakcjonujące)
K-12 Zakres sieci (większy)	32%	<0,001	wykształcenie (wyższe)
K-7 Zakres sieci społecznej pozarodzinnej (duży)	25%	0,003	wykształcenie (wyższe)
K-12 Zakres sieci społecznej pozarodzinnej (duży)	24%	0,005	wykształcenie (wyższe)

Tabela 2. Związki czynników demograficzno-społecznych i klinicznych z poziomem oparcia społecznego i poziomem oparcia instrumentalnego w siedem (K-7) i dwanaście (K-12) lat od pierwszej hospitalizacji.

Table 2. Relationships of socio-demographic and clinical factors with the levels of the patient's social and instrumental support at 7-year (K-7) and 12-year (K-12) follow-ups after the first hospitalization

Poziom oparcia (wysoki)	Procent zmienności wyjaśnionej (skorygowany R ²)	Poziom istotności	Hierarchia zmiennych w zależności od siły związku ze wskaźnikami sieci społecznej
K-7 Ogólny poziom oparcia (wysoki)	36%	$p<0,001$	objawy pozytywne przy wypisie (niski lub brak) satysfakcjonujące kontakty społeczne poza rodziną przed pierwszą hospitalizacją (obecne) wiek w momencie zachorowania (późniejszy)
K-12 Ogólny poziom oparcia (wysoki)	33%	$p=0,001$	wykształcenie (wyższe)
K-7 Poziom oparcia instrumentalnego (wyższy)	31%	$p<0,001$	objawy pozytywne przy wypisie (niski lub brak) wskaźnik ujawnianych uczuć (niski) wykształcenie (wyższe)
K-12 Poziom oparcia instrumentalnego (wyższy)	38%	$p<0,001$	wykształcenie (wyższe) satysfakcjonujące kontakty społeczne poza rodziną przed pierwszą hospitalizacją (obecne) partner seksualny (nie podjął współżycia seksualnego)

Poziom oparcia instrumentalnego. Korzystny, wyższy poziom oparcia instrumentalnego (tab. 2) jest wyjaśniany po siedmiu latach chorowania w 31% ($p < 0,001$), a po dwunastu latach – w 38% ($p < 0,001$). Obserwujemy nieznaczny wzrost zakresu wyjaśnianej zmienności w odległych wynikach. Wyższy poziom oparcia instrumentalnego po siedmiu latach trwania choroby jest wyjaśniany przez brak objawów pozytywnych, niski poziom nadmiernego uwikłania i wrogości w postawie bliskich krewnych, oraz wyższe wykształcenie badanych. Po dwunastu latach korzystne oparcie instrumentalne wyjaśniają: wyższe wykształcenie, głębokie i satysfakcjonujące kontakty pozarodzinne przed pierwszą hospitalizacją oraz brak partnera seksualnego przed wybuchem choroby.

Poziom oparcia emocjonalnego. Korzystny, wyższy poziom oparcia emocjonalnego (tabl. 3) po siedmiu latach chorowania choroby jest wyjaśniany w 31% ($p < 0,001$), a po dwunastu latach w 28% ($p = 0,001$). Obserwujemy nieznaczny spadek zakresu wyjaśnianej zmienności w późniejszej katamnezie. Wyższy poziom oparcia emocjonalnego po siedmiu latach trwania choroby jest wyjaśniany przez przedchorobowo głębokie i satysfakcjonujące, pozarodzinne kontakty społeczne, późniejszy wiek zachorowania, a po dwunastu latach – przez wyższe wykształcenie badanych.

Poziom oparcia społecznego poza rodziną. Korzystny, wyższy poziom oparcia społecznego poza rodziną (tab. 3) analizowane predyktory wyjaśniają po siedmiu latach chorowania w 17% ($p = 0,012$) a po dwunastu – w 19% ($p = 0,016$). Zakres wyjaśnianej zmienności na przestrzeni lat jest więc względnie

stabilny. Wyższy poziom oparcia społecznego poza rodziną po siedmiu latach trwania choroby jest wyjaśniany przez późniejszy wiek w momencie zachorowania oraz głębokie i satysfakcjonujące pozarodzinne kontakty społeczne przed wybuchem choroby, natomiast po dwunastu latach – przez wyższe wykształcenie i niewystępowanie choroby u krewnych pierwszego i drugiego stopnia.

DYSKUSJA

Najczęściej obserwowanym czynnikiem rokowniczym mającym wpływ na wiele wskaźników sieci społecznej w badaniu krakowskim jest wyższy poziom edukacji. Podobnie Erol i wsp. [9] podkreślają, że wyższy poziom edukacji wpływa na lepsze społeczne funkcjonowanie i korzystniejszy obraz sieci społecznej. W naszym badaniu wykształcenie odgrywa istotną rolę w wyjaśnianiu korzystnego zarówno ogólnego, jak i pozarodzinnego zakresu sieci ale również wyższego poziomu oparcia społecznego. W badaniu krakowskim wykształcenie koreluje z szerszą konstelacją takich czynników społecznych i klinicznych jak: późniejszy wiek w momencie zachorowania, brak objawów pozytywnych po pierwszej hospitalizacji oraz posiadanie głębokich, satysfakcjonujących, pozarodzinnych kontaktów społecznych przed wybuchem choroby. Podobnie jak nasze badania, wspomniane badania Erol i wsp. sugerują związek wyższego wykształcenia z korzystnym poziomem oparcia poza rodziną. Wykazany związek oparcia instrumentalnego

Tabela 3. Związki czynników demograficzno-społecznych i klinicznych z poziomem oparcia emocjonalnego i poziomem oparcia w sieci pozarodzinnej w siedem (K-7) i dwanaście (K-12) lat od pierwszej hospitalizacji.

Table 3. Relationships of socio-demographic and clinical factors with levels of the patient's emotional and extrafamilial network support at 7-year (K-7) and 12-year (K-12) follow-ups after the first hospitalization

Wskaźniki sieci	Procent zmienności wyjaśnionej (skorygowany R ²)	Poziom istotności (p)	Hierarchia zmiennych w zależności od siły związku ze wskaźnikami sieci społecznej
K-7 Poziom oparcia emocjonalnego (wyższy)	31%	$p < 0,001$	satysfakcjonujące kontakty społeczne poza rodziną przed i hospitalizacją (obecne) wiek w momencie zachorowania (późniejszy)
K-12 Poziom oparcia emocjonalnego (wyższy)	28%	$p = 0,001$	wykształcenie (wyższe)
K7 Poziom oparcia w sieci pozarodzinnej (wyższy)	17%	$p = 0,012$	wiek w momencie zachorowania (późniejszy) satysfakcjonujące kontakty społeczne poza rodziną przed i hospitalizacją (obecne)
K-12 Poziom oparcia w sieci pozarodzinnej (wyższy)	19%	$p = 0,016$	wykształcenie (wyższe) dziedziczenie (brak)

z wyższym wykształceniem oraz brakiem relacji seksualnych przed chorobę z poziomem sugeruje, że osoby o tych cechach mogą mieć lepsze kompetencje społeczne i lepiej radzą sobie z instrumentami oparcia w czasie trwania choroby.

Osoby z wyższym wykształceniem częściej uzyskują zarówno bezpośrednią pomoc np. wsparcie materialne, jak również pomoc w niespodziewanych kłopotach czy nieszczęściu. Zakres wyjaśniania tych zjawisk pomiędzy jednym a drugim badaniem katanestycznym jest względnie stabilny.

Późniejszy wiek zachorowania związany jest z większym postępowaniem procesu socjalizacji – nabywaniem kompetencji społecznych, wykształcenia, tworzeniem związków poza własnym kręgiem rodzinnym – i tym należy prawdopodobnie tłumaczyć, dlaczego późniejszy wiek zachorowania powiązany jest w naszym badaniu z większą umiejętnością czerpania oparcia i to zarówno w ocenie ogólnej, w ocenie oparcia poza rodziną, jak i ocenie poziomu oparcia emocjonalnego. Choć osoby chorujące na schizofrenię często umiejscawiają oparcie w rodzinie, to jednak nasze wcześniejsze wyniki badań wskazują na istotny, nie zawsze korzystny związek pomiędzy wskaźnikami sieci a zjawiskami w obszarze rodzinnym. We wcześniejszych badaniach stwierdziliśmy, że poziom brzemienia w rodzinie jest tym wyższy, im mniejszy jest zakres sieci, mniejsza wielkość sieci pozarodzinnej i niższy poziom oparcia dostarczanego z tej sieci [15]. Wyniki te znajdują potwierdzenie w omawianym badaniu. Bliskie i satysfakcjonujące pozarodzinne kontakty społeczne zawiązane przed wybuchem choroby wpływały zarówno na korzystny zakres sieci, jak również na różne obszary wykorzystania poziomu oparcia – ogólnego, instrumentalnego, emocjonalnego i poza rodziną. Czerpania tak szerokiego zakresu oparcia – od konkretnej pomocy w potrzebie po powiernictwo i nadzieję w sytuacjach kryzysowych – wskazuje na olbrzymie znaczenie tego czynnika zarówno w bliskim, jak również odległym ukształtowaniu sieci wsparcia, oraz we wpływie na wieloletni przebieg choroby [18].

Umiejętność tworzenia bliskich związków wiąże się z umiejętnością czerpania oparcia społecznego. Badania m.in. Tolsdorfa [1] i Angermeyera [19] wskazują, że rodzina stanowi oparcie dla osób chorujących na schizofrenię. Bliskie związki stanowią też źródło stresu, dlatego alternatywą jest szukanie oparcia w związkach pozarodzinnych. Wojciechowska i wsp. [10] zbadali, że osoby, które mają korzystną sieć oparcia zlokalizowaną zarówno w rodzinie, jak i poza rodziną w większym zakresie korzystają ze środowiskowych form leczenia i rehabilitacji w pierwszych

latach chorowania, rozszerzając dzięki temu kontakty społeczne o związki pozarodzinne.

W badaniu krakowskim nie ujawniono bezpośredniego wpływu zaburzeń osobowości na wskaźniki sieci. Monroe i Steiner [20] wskazują, że poszukiwanie wsparcia pociąga ze sobą bardzo zróżnicowane konsekwencje – od pomocy, przez rozczarowanie, do konfliktu i odrzucenia. Podkreślają, że to kogo, o co i w jaki sposób osoba prosi o wsparcie może częściowo wynikać z jej osobowości. Brautigam [21] badał przedchorobową osobowość mężczyzn chorych na schizofrenię. W porównaniu z osobami zdrowymi od wczesnego dzieciństwa byli raczej pasywni i lękliwi, od dojrzewania zahamowani w kontaktach z osobami płci przeciwnej i rzadko udawało im się oddzielić od rodzinnego domu. Być może osoby te uzyskują oparcie w instytucjach psychiatrycznych typu oddziały dzienne czy domy środowiskowe lub otrzymują je w mieszkaniach chronionych. Potwierdza to praktyka kliniczna a także badania Scheper-Hughes [22], który badał grupę pacjentów chronicznych ze środowiskowego domu samopomocowego z Bostonu. Nawet po latach od wypisu ze szpitala pielęgowali oni tzw. „wspólnotę wśród swoich”, od której dostawali materialne i psychologiczne wsparcie.

Omawiane badanie ujawnia związek niskiego poziomu ujawnianych uczuć w rodzinie ocenianego w chwili pierwszej hospitalizacji z wyższym poziomem uzyskiwania oparcia instrumentalnego. Krewni z wysokim poziomem wskaźnika ujawnianych uczuć są bardziej konwencjonalni, mniej zadowoleni z siebie, mniej elastyczni i tolerancyjni, wykazują się mniejszą empatią. Cały szereg badań [23, 24, 25] wskazuje, że niski poziom wskaźnika ujawnianych uczuć wiąże się z występowaniem wspierającego otoczenia społecznego. Umożliwia to czerpanie wsparcia emocjonalnego, co powoduje integrację z siecią społeczną. Brak objawów pozytywnych po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej powiązany jest po siedmiu latach od zachorowania z wyższym wykorzystaniem oparcia ogólnego i instrumentalnego. Podobnie Norman i wsp. [25] stwierdzali związek pomiędzy niższym poziomem objawów pozytywnych i wyższym poziomem oparcia. Sorgaard i wsp. [14] wskazują, że to właśnie niski poziom wrogości mierzony skalą BPRS jest powiązany z większą liczbą kontaktów społecznych i większą częstością kontaktów z rodziną.

Badania nad związkami czynników rokowniczych ze wskaźnikami sieci są wartościowe zarówno dla teorii, jak i praktyki klinicznej, wskazują na powtarzające się zjawiska ale również przynoszą trudne do interpretacji wyniki i budzą ciągle wiele pytań. Korzystne

czynniki rokownicze powiązane z siecią społeczną, takie jak wykształcenie i późniejszy wiek zachorowania a zwłaszcza satysfakcjonujące pozarodzinne kontakty społeczne przed wybuchem choroby wzmocniają hipotezę o roli sieci społecznej, jako czynnika chroniącego przed wybuchem psychozy albo przesuwającego jej początek w czasie. Poszukiwanie odpowiedzi na kolejne pytanie badawcze o związek pomiędzy korzystnym obrazem sieci a odległymi wynikami leczenia, może przyczynić się do dalszego rozjaśnienia naszej wiedzy o roli sieci społecznej w przebiegu psychoz schizofrenicznych.

WNIOSKI

1. Czynniki demograficzno-społeczne i kliniczne wyjaśniają pomiędzy 17% a 46% zmienności wskaźników sieci społecznej w wynikach leczenia po 7 i 12 latach choroby.
2. Czynniki demograficzno-społeczne oraz kliniczne w największym stopniu wyjaśniają zmienność w zakresie sieci społecznej, a w najmniejszym stopniu – zmienności poziomu oparcia poza rodziną.
3. Wyższe wykształcenie, głębokie i satysfakcjonujące pozarodzinne kontakty społeczne przed wybuchem choroby, późniejszy wiek zachorowania oraz nienasilone objawy pozytywne w czasie pierwszej hospitalizacji mają w różnych konstelacjach największy wpływ na wyjaśnianie korzystnych cech sieci społecznej.
4. Zakres wyjaśnianej zmienności wskaźników sieci pomiędzy siódmym i dwunastym rokiem choroby jest względnie stabilny.

PIŚMIENNICTWO

1. Tolsdorf C. Social Networks, Support and Coping: An Explanatory Study. *Family Process*. 1976; 15(4): 407–417.
2. Dohrenwend BP. Overview and initial results from a risk factor study of depression and schizophrenia. W: Angermeyer MC. red. *From social class to social stress. New developments in psychiatric epidemiology*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer; 1987. s.210–234.
3. Klussmann D, Angermeyer MC. Urban ecology and psychiatric admission rates. Results from a study in the city of Hamburg. W: Angermeyer MC. red. *From social class to social stress. New developments in psychiatric epidemiology*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer; 1987. s.16–45.
4. Erikson DH. The role of social relationships in the course of first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Am J Psychiatry*. 1989; 146: 1456–1461.
5. Zubin J. Models for the etiology of schizophrenia. W: Burrows GD, Norman TR, Rubinstein G. red. *Handbook of studies on schizophrenia*. Part 1: Epidemiology, etiology and clinical features. Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier; 1986. s.97–104.
6. Hirsch BJ. Coping and Adaptation in High-Risk Populations: Toward an Integrative Model. *Schizophr Bull*. 1981; 7(1): 164–172.
7. Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W. Czynniki psychologiczne w depresji. *Psychiatria*. *Via Medica*. 2010; 7(3): 95–103.
8. Lin N, Dean A, Ensel WE. Social Support Scales: A Methodological Note. *Schizophr Bull*. 1981; 7(1): 73–88.
9. Erol A, Keles Unal E, Tunc Aydin E, Mete L. Predictors of Social Functioning in Schizophrenia. *Turk J Psychiatry*. 2009; 20(4): 313–321.
10. Wojciechowska A, Walczewski K, Cechnicki A. Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia u chorych na schizofrenię w trzy lata od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr Pol*. 2001; 1: 21–32.
11. Cechnicki A, Wojciechowska A. Zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatr Pol*. 2007; 4: 513–525.
12. Sorgaard KW, Heikkila J, Hansson N, Vinding HR, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Merinder L, Nilsson LL, Sandlund M, Middelboe T. Self-esteem in persons with schizophrenia. A Nordic multicentre study. *J Mental Health*. 2002; 11(4): 405–415.
13. Bieniarz A, Makara-Studzińska M. Charakterystyka sieci wsparcia u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej – wstępne doniesienia. *Badania nad schizofrenią*. 2009; 10: 200–207.
14. Sorgaard KW, Hansson L, Heikkila J, Vinding HR, Bjarnason O, Bengtsson-Tops A, Merinder L, Nilsson LL, Sandlund M, Middelboe T. Predictors of social relations in persons with schizophrenia living in the community: a Nordic multicentre study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001; 36 (1): 13–9.
15. Walczewski K, Wojciechowska A. Sieci społeczne chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. Porównanie grupy objętej programem leczenia środowiskowego z grupą z indywidualnym programem leczenia. *Psychiatr Pol*. 1998; 1: 59–68.
16. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Indywidualna sieć wsparcia społecznego osób przewlekle chorych psychicznie objętych środowiskowym programem rehabilitacji. *Post Psychiatr Neurol*. 2008; 17(4): 297–303.
17. Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. Funkcjonowanie społeczne osób przewlekle chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego. *Post Psychiatr Neurol*. 2009; 18(1): 43–50.
18. Cechnicki A. Schizofrenia – proces wielowymiarowy. *Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: IPiN; 2011.
19. Angermeyer MC. Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker. W: Häfner H. red. *Was ist Schizophrenie?* Berlin: Gustav Fischer Verlag; 1995.
20. Monroe SM, Steiner SC. Social support and psychopathology: Interrelations with pre-existing disorder, stress and personality. *J Abnorm Psychol*. 1986; 95: 29–39.
21. Brautigam W. Untersuchungen zur Persönlichkeitsentwicklung im Vorfeld der Schizophrenie. *Nervenarzt*. 1974; 45(6): 298–304.
22. Schepher-Hughes N. Dilemmas in deinstitutionalization. A view from inner city Boston. *J Operat Psychiatry*. 1981; 12: 90–99.
23. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry*. 2004; 184: 321–326.

24. Marom S, Munnitz H, Jones PB, Wezman A, Hermesh H. Expressed Emotion: Relevance to Rehospitalization in Schizophrenia Over 7 years. *Schiz Bull.* 2005; 31(3): 751–758.
25. Docherty NM, St-Hilaire A, Aakre JM, Seghers JP, McCleery A, Divilbiss M. Anxiety Interacts With Expressed Emotion Criticism in the Prediction of Psychotic Symptom Exacerbation. *Schizophr Bull.* 2011; 37(3): 611–618.
26. Normann RMG, Malla AK, Manchanda R, Harricharan R, Takhar J, Northott S. Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophr Res.* 2005; 80(2): 227–234.

Nadesłano/Submitted: 20.08.2012. Zrecenzowano/Reviewed: 19.10.2012. Przyjęto/Accepted: 13.02.2013.

Adres/Address: dr Andrzej Cechnicki, Pracownia Psychiatrii Środowiskowej, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ, Pl. Sikorskiego 2/8, 31-115 Kraków, tel. 12 421 51 17, e-mail: mzcechni@cyf-kr.edu.pl