

Zależności pomiędzy właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*

Correlations between features of social network and outcomes in those suffering from schizophrenia seven years from the first hospitalisation

Andrzej Cechnicki, Anna Wojciechowska

Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik: dr n. med. A. Cechnicki

Summary

Aim. A research had been conducted upon the correlations between selected parameters of social networks of 64 patients ill with schizophrenia who were diagnosed according to DSM-III, and the aims of treatment such as: motivation to receive treatment, insight, compliance in taking medication, satisfaction with treatment, and treatment outcomes in the area of clinical and social functioning as well as family functioning seven years after the first admission.

Method. The indices of social networks were studied with Bizon's questionnaire. It serves storing of data on persons who have supportive functions as well as allows to work out characteristic properties of the support system such as: range of the network, size of the extra-familial network, level and localisation of the support, network and support system age.

Results. A compound system of social support and large social network, with a high level of support, correlate in a beneficial way with higher subjective satisfaction with treatment. Whereas a large extra-familial network with high level of support, correlates with better insight into illness. The larger the social network was (its range to be precise), including extra-familial network and the high level of incoming support, the fewer positive and negative symptoms the patients had and much more remissions appeared then. The larger network's range correlates with smaller number of relapses and global time of being hospitalised. People with a larger network, with high level of support located in family and outside the family, have been rarely hospitalised. The connection between network's parameters and number of daily hospitalisations had been rated.

Conclusion. People with a larger network, including extra – familial network, with high level of social support function better in the society didn't become regressive in their professional lives and they have smaller burden in their family life. The high level of social support correlates with better family function. In families of people ill with schizophrenia having larger extra-familial network with a high level of support there is less deterioration and disintegration, criticism and rejection.

Słowa kluczowe: sieć społeczna, schizofrenia, wyniki leczenia, badania katamnesticzne
Key word: social network, schizophrenia, treatment outcome, follow-up study

* Badanie przeprowadziła krakowska grupa badawcza zajmująca się przebiegiem schizofrenii.

Wstęp

Znaczenie wsparcia społecznego dla pacjentów chorujących na schizofrenię było wielokrotnie opisywane w licznych badaniach katamnesticznych dotyczących wpływu różnych zmiennych na przebieg choroby [1]. W Zubinowskiej [2] koncepcji podatności na zranienie jedną ze zmiennych, tzw. moderujących, mających wpływ na przebieg schizofrenii, jest sieć społeczna. Może być ona buforem zabezpieczającym przed wybuchem choroby lub jej nawrotem [3].

W badaniach nad siecią wielu autorów podkreśla, iż jej funkcją jest społeczne wsparcie, czyli coś, co korzystnie wpływa na relacje chorego z otoczeniem, przebieg choroby i jej leczenie [4]. System społecznego wsparcia zaspokaja potrzeby jednostki oraz przeciwdziała obciążeniom emocjonalnym [3]. W przypadku kryzysu dostępność wsparcia społecznego zależy, zdaniem Hirscha [5], od zmiennych strukturalnych sieci społecznej, takich jak wielkość sieci czy gęstość powiązań, które to zmienne mogą hamować lub sprzyjać rozwojowi satysfakcjonujących człowieka kontaktów społecznych. Badania Hirscha [5] dotyczyły atmosfery emocjonalnej w rodzinach pacjentów chorych na schizofrenię. Dane uzyskane przez niego sugerują, iż „rozproszona” sieć związków z osobami neutralnymi uczuciowo dla chorego może sprzyjać bardziej korzystnemu rokowaniu niż gęsta sieć, złożona z silniejszych połączeń.

U osób chorujących na schizofrenię sieć wzajemnie powiązanych osób dająca podtrzymanie może zmniejszyć ryzyko nawrotu i rehospitalizacji [4]. Huessey [za: 4] uważa, że to nieumiejętność w dokonaniu zmiany w pełnieniu roli społecznej wpływa na większą liczbę nawrotów. Być może posiadanie większej sieci umożliwia lepsze przystosowanie się do ról społecznych, możliwości dokonywania ich zmian.

Skantze i wsp. [6] potwierdzają, że w sieci oparcia społecznego istotną rolę odgrywają częste kontakty z rodziną. Z kolei Beels [7] krytykuje koncepcję: „im więcej kontaktów, tym lepiej dla jakości życia”. Podkreśla, że nowe związki tworzą nowe zobowiązania i obciążenia, co przy równoczesnych deficytach percepcji, braku umiejętności inicjowania kontaktów czy oferowania oparcia powoduje w konsekwencji zaburzenie uczestnictwa w społecznej wymianie.

Przegląd badań empirycznych nad rolą sieci społecznych osób chorujących na schizofrenię [4, 7, 8, 9, 10, 11] wskazuje, iż ciągle konieczne są badania mające na celu opisanie systemu oparcia, zbadanie zależności między parametrami sieci a wynikami leczenia schizofrenii przez lata życia z chorobą w różnych jej okresach.

Cel badania

W badaniach krakowskich w trzy lata od pierwszej hospitalizacji zanalizowano korelacje między wybranymi wskaźnikami sieci społecznej a wynikami leczenia w obszarze klinicznym i społecznym [10]. W odrębnej publikacji przedstawiono wyniki leczenia w siedem lat od pierwszej hospitalizacji przeprowadzone w ramach krakowskich prospektywnych badań nad przebiegiem schizofrenii [12]. Obecnie przedstawiamy wyniki badań wyżej wymienionych zależności w siedmioletniej katamniezie. Przyjęto następujące cele badawcze:

1. Ocena zależności między wskaźnikami sieci społecznych a wynikami leczenia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji (katamneza siedmioletnia, K-7).
2. Ocena zależności między wskaźnikami sieci społecznych a wynikami leczenia w obszarze klinicznym w siedem lat od pierwszej hospitalizacji (K-7).
3. Ocena zależności między wskaźnikami sieci społecznych a wynikami leczenia w obszarze społecznym w siedem lat od pierwszej hospitalizacji (K-7).
4. Ocena zależności między wskaźnikami sieci społecznych a wynikami leczenia w obszarze rodzinnym w siedem lat od pierwszej hospitalizacji (K-7).

Opis badanej grupy

Badaniem objęto 64 osoby chorujące na schizofrenię, rozpoznaną według kryteriów DSM-III, w tym 36 kobiet i 28 mężczyzn. Oceny dokonano w siedem lat od pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, która miała miejsce w krakowskiej Klinice Psychiatrii Dorosłych w latach 1982–1984. W trakcie okresu katamnestycznego badani leczeni byli w Ambulatorium Terapii i Rehabilitacji Psychoz.

Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 32 lata. Wystąpienie pierwszych objawów chorobowych przypadało średnio na 26 rok życia, a wiek pierwszej hospitalizacji na 27. Okres między zachorowaniem a pierwszą hospitalizacją wynosił średnio 50 tygodni. Dla 53 pacjentów był to pierwszy rzut choroby, dla 11 kolejny nawrót. Oceniając kontakty społeczne w okresie przedchorobowym, stwierdzono, iż 8 osób miało co najmniej 1 głęboki satysfakcjonujący związek poza rodziną, 24 osoby – liczne powierzchowne, 11 osób – jeden powierzchowny związek, 14 osób miało związki niesatysfakcjonujące, a 7 nie miało związków pozarodzinnych. W chwili badania 38 osób było zatrudnionych w pełnym wymiarze godzin, 11 pracowało lub uczyło się, lecz okresowo przebywało na zwolnieniach lekarskich. 4 osoby miały rentę oraz częściowe zatrudnienie, 3 osoby były bezczynne na rencie, 8 zaś badanych nie miało ani renty, ani żadnego zajęcia.

Narzędzie i metoda

Wskaźniki sieci społecznych zbadano za pomocą kwestionariusza Bizonia [13], opisanego w badaniach Axera [14], a także w naszym wcześniejszym artykule [10]. Służy on do gromadzenia danych o osobach pełniących funkcje podtrzymujące oraz do opracowania charakterystycznych właściwości systemu oparcia, takich jak: zakres sieci, czyli liczba osób w sieci (mała sieć – do 10 osób, średnia – od 11 do 20 osób, duża – powyżej 20 osób), wielkość sieci pozarodzinnej, czyli liczba osób w sieci pozarodzinnej (mała sieć – do 2 osób, średnia sieć od 3 do 10 osób, duża sieć powyżej 11 osób), wiek sieci, czyli czas trwania związków (nowe związki – do roku, średnie związki – od roku do 10 lat, stare związki – powyżej 10 lat), poziom oparcia, czyli iloczyn osób i zaspokajanych potrzeb (niskie oparcie – do 20 pkt., średnie oparcie – od 21 do 50 pkt., wysokie oparcie – powyżej 51 pkt.) oraz typ systemu oparcia: zogniskowany (jedna osoba zaspokaja większość potrzeb jednostki), rozproszony (różne

osoby zaspokajają pojedyncze potrzeby) i mieszany (jedna osoba zaspokaja większość potrzeb, a dodatkowo różne osoby zaspokajają pojedyncze potrzeby).

Jako kryterium celów leczenia w programie ambulatoryjnym przyjęto wgląd, motywację do leczenia, współpracę w zażywaniu leków oraz subiektywną satysfakcję z leczenia. Oceny dokonywali sędziowie kompetentni na podstawie skali likertowskiej: wgląd: 1 – brak wglądu w psychozę, 2 – częściowy wgląd w psychozę, 3 – pełny wgląd w psychozę bez wglądu w aspekty psychodynamiczne, 4 – wgląd w psychozę oraz w aspekty psychodynamiczne; motywacja do leczenia: 1 – brak, chęć zerwania z leczeniem, 2 – niska, bierna zgoda na sugestie terapeuty lub rodziny, odrzucanie propozycji terapeuty, 3 – średnia, okresami ambiwalentny stosunek do leczenia przy udziale w proponowanych formach terapii i ogólnej współpracy z terapeutą, 4 – duża, umiejętność formułowania własnych celów leczenia i aktywny udział w proponowanych formach; współpraca w zażywaniu leków: 1 – badany odmawia zażywania leków albo „udaje, że je zażywa”, 2 – pomimo zażywania leków badany ma do nich ambiwalentny stosunek, okresowo odstawiał lek, obniżał dawkę, rodzina była zmuszona często włączać się w kontrolę zażywania leków, 3 – pacjent sam zażywa leki, ale bez przekonania, czasami potrzebna jest kontrola z zewnątrz, 4 – pacjent sam bierze leki zgodnie z zaleceniami terapeuty, zna ich działanie, wie, jak przeciwdziałać skutkom ubocznym, spostrzega korzyści z brania leku. Satysfakcję z leczenia pacjenci oceniali sami wg 7-stopniowej skali (od braku do bardzo dużej). Informacją uzupełniającą był jakościowy opis.

Jako kliniczne wskaźniki wyników leczenia przyjęto: nasilenie objawów psychopatologicznych, mierzone za pomocą skali BPRS-LA, oraz ich liczba, czas rehospitalizacji, liczbę nawrotów w ciągu siedmiu lat oraz przebieg schizofrenii wg kryteriów Jablenskiego z badań WHO: 1 – pełna remisja po jednym epizodzie psychotycznym; 2 – po jednym epizodzie psychotycznym, jeden lub więcej niepsychotycznych epizodów z pełną remisją; 3 – dwa lub więcej epizodów psychotycznych z pełną remisją; 4 – niepełna remisja po jednym epizodzie psychotycznym; 5 – po jednym epizodzie psychotycznym, jeden lub więcej niepsychotycznych epizodów z niepełną remisją pomiędzy nimi; 6 – dwa lub więcej epizodów psychotycznych z niepełną remisją między nimi; 7 – ciągła obecność nasilonych objawów psychozy.

Jako wskaźniki społeczne przyjęto: zatrudnienie, funkcjonowanie społeczne wg DSM-III oraz funkcjonowanie rodziny oceniane w trzech wymiarach za pomocą skali likertowskiej przez sędziów kompetentnych, wśród których byli również terapeuci rodzinni prowadzący terapię badanych rodzin. Oceniano postawę rodziny wobec pacjenta: 1 – badany traktowany jest ze spokojną życzliwością; 2 – badany jest wyręczany, otaczany nadmierną opieką; 3 – badany jest krytykowany, odrzucany przez członków rodziny; 4 (zachodzi 2 i 3).

W ocenie poziomu brzemienia rodzinnego uwzględniano miary obiektywne, takie jak negatywny wpływ choroby na sytuację ekonomiczną rodziny, rutyna dnia, spędzanie dodatkowego czasu przy badanym, ograniczanie kontaktów. Przyjęto: 1 – brak brzemienia, 2 – brzemień jest minimalne, 2 – brzemień jest miernie nasilone, 3 – brzemień jest znacznie nasilone. Adaptację rodziny do choroby w ciągu minionych 7 lat sędziowie oceniali wg trzystopniowej skali: 1 – rodzina zmobilizowała się, pozytywne

zmiany struktury i funkcji rodziny pozwoliły na rozwój poszczególnych członków rodziny, rodzina podjęła w ciągu 7 lat choroby jej członka nowe zadania, nie doszło do deterioracji czy dezintegracji w rodzinie; 2 – bez negatywnych zmian w stosunku do czasu zachorowania, ale rodzina „jakby stanęła w miejscu”; 3 – zachodzi stopniowa deterioracja, dezintegracja w rodzinie wyrażająca się narastającą bezradnością, chaosem lub wzajemną niechęcią.

Związki między wskaźnikami sieci społecznej a wynikami leczenia oceniano na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna.

Wyniki badań

Kolejno omówione zostaną związki pomiędzy siecią społeczną a celami leczenia, na które zorientowany jest program psychospołeczny, w którym przez lata pacjenci uczestniczyli, a następnie korelacje z wynikami leczenia w obszarze klinicznym, społecznym i rodzinnym.

Korelacje pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a celami leczenia

Analizowano korelacje pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a czterema celami interwencji psychospołecznej, które mają związek z korzystnym przebiegiem schizofrenii (tabela 1).

Tabela 1. **Badanie zależności między właściwościami sieci społecznej a celami leczenia u chorych na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji**

Cele leczenia	Zakres sieci ↑ (większy)	Wielkość sieci pozarodzinnej ↑ (większa)	Poziom oparcia (wyższy) ↑	Lokalizacja oparcia (w rodzinie i poza rodziną) ↑	Typ systemu oparcia ↑ (mieszany)	Wiek sieci (stare związki) ↑
1) współpraca w zażywaniu leków ↑ (lepsz)	0,17	0,15	0,23	-0,0	0,11	-0,12
2) motywacja do leczenia ↑ (lepsz)	0,20	0,03	0,12	0,06	0,10	-0,01
3) wgląd w chorobę ↑ (większy)	0,24	0,35**	0,28*	0,4	0,19	0,05
4) subiektywna satisfakcja z leczenia ↑ (lepsz)	0,39**	0,9	0,39**	-0,20	0,33**	-0,09

* odpowiada $p < 0,05$, ** odpowiada $p < 0,01$ oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna

Istnieje istotna statystycznie zależność między wskaźnikami sieci społecznej a wglądem w chorobę i subiektywną satysfakcją z leczenia. Pacjenci z większą siecią pozarodzinną, o wyższym poziomie oparcia społecznego częściej mają lepszy wgląd w chorobę. Pacjenci z większą siecią, o wyższym poziomie oparcia społecznego o typie mieszanym częściej mają większą subiektywną satysfakcję z leczenia.

Sieć społeczna a wyniki leczenia w obszarze klinicznym

Ocena dotyczyła korelacji wybranych wskaźników sieci społecznej z nasileniem objawów w podskali ogólnej, negatywnej i pozytywnej BPRS LA (tabela 2a) oraz pięcioma wynikami leczenia: liczba rehospitalizacji stacjonarnych, dziennych, czas rehospitalizacji, liczba nawrotów i przebieg choroby wg Jablenskiego (tabela 2b).

Tabela 2a. Ocena zależności między właściwościami sieci społecznej a nasileniem objawów ocenianym za pomocą skali BPRS LA w K-7

Wyniki leczenia w obszarze klinicznym	Zakres sieci ↑ (większy)	Wielkość sieci pozarodzinnej ↑ (większa)	Poziom oparcia (wyższy) ↑	Lokalizacja oparcia (w rodzinie i poza rodziną) ↑	Typ systemu oparcia ↑ (mieszany)	Wiek sieci ↑ (stare związki)
Ocena globalna BPRS ↑ (wyższa)	-0,32*	-0,29*	-0,37**	-0,03	-0,18	0,01
Podskala negatywna BPRS ↑ (wyższa)	-0,42**	-0,30*	-0,39**	-0,02	-0,23	0,11
Podskala pozytywna BPRS ↑ (wyższa)	-0,38**	-0,37**	-0,45**	-0,11	-0,23	0,03

* odpowiada $p < 0,05$, ** odpowiada $p < 0,01$ oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna

Tabela 2b. Ocena zależności między wybranymi parametrami sieci społecznej a wynikami leczenia w obszarze klinicznym w K-7

Wyniki leczenia w obszarze klinicznym	Zakres sieci ↑ (większy)	Wielkość sieci pozarodzinnej (większa) ↑	Poziom oparcia (wyższy) ↑	Lokalizacja oparcia (w rodzinie i poza rodziną) ↑	Typ systemu oparcia (zogniskowany, rozproszony mieszany) ↑	Wiek sieci (stare związki) ↑
Liczba rehospitalizacji stacjonarnych w ciągu 7 lat (większa)	-0,21	-0,17	-0,24	0,01	0,19	-0,06
Liczba rehospitalizacji dziennych w ciągu 7 lat (większa)	-0,36**	-0,03	-0,26*	-0,36**	-0,19	-0,09
Globalny czas rehospitalizacji stacjonarnych i dziennych (dłuższy)	-0,25*	-0,20	-0,23	0,05	0,15	0,01
Liczba nawrotów (więcej)	-0,27*	-0,08	0,22	-0,06	0,16	-0,09
Przebieg choroby wg Jablenskiego, WHO (gorszy)	-0,28*	-0,50**	-0,38**	0,17	0,02	0,04

* odpowiada $p < 0,05$, ** odpowiada $p < 0,01$ oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna

Istnieje istotna statystycznie zależność między zakresem sieci, wielkością sieci pozarodzinnej i poziomem oparcia a nasileniem objawów pozytywnych i negatywnych oceniony za pomocą skali BPRS LA. Osoby chorujące na schizofrenię posiadające dużą sieć, w tym pozarodzinną, o wyższym poziomie oparcia społecznego mają mniej objawów pozytywnych i negatywnych oraz mają niższy ogólny poziom objawów w skali BPRS LA.

W ciągu siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji stwierdzono następujące zależności: zakres sieci silnie koreluje z wynikami leczenia z wyjątkiem liczby rehospitalizacji stacjonarnych (tabela 2b). Pacjenci z większą siecią społeczną mają mniej rehospitalizacji dziennych, krótszy czas rehospitalizacji stacjonarnych i dziennych, mniej nawrotów, lepszy przebieg choroby. Istnieje silna korelacja pomiędzy takimi wskaźnikami, jak zakres sieci, wielkość sieci pozarodzinnej, poziom oparcia a przebiegiem choroby. Pacjenci z większą siecią, w tym pozarodzinną, oraz wyższym poziomem oparcia mają lepszy typ przebiegu choroby cechujący się remisjami objawowymi. Istnieje korelacja między wskaźnikami takimi, jak zakres sieci, poziom i lokalizacja oparcia a liczbą dziennych rehospitalizacji. Osoby chorujące na schizofrenię z większą siecią, z wysokim poziomem oparcia w rodzinie oraz poza nią, mają mniej dziennych rehospitalizacji. Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy wskaźnikami sieci a liczbą rehospitalizacji stacjonarnych.

Sieć społeczna a wyniki leczenia w obszarze społecznym

Badanie zależności między wybranymi wskaźnikami sieci społecznej a wynikami leczenia w obszarze społecznym zostało zanalizowane według dwóch wybranych kryteriów: praca, funkcjonowanie społeczne wg DSM-III (tabela 3).

W ciągu siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji u osób chorujących na schizofrenię stwierdza się istotną statystycznie zależność między wskaźnikami sieci a wynikami

Tabela 3. Ocena zależności między właściwościami sieci społecznej a wynikami leczenia w obszarze społecznym u chorych na schizofrenię w K-7

Wyniki leczenia w obszarze społecznym w K7	Zakres sieci ↑ (większy)	Wielkość sieci pozarodzinnej (większa) ↑	Poziom oparcia (wyższy) ↑	Lokalizacja oparcia (w rodzinie i poza rodziną) ↑	Typ systemu oparcia (mieszany) ↑	Wiek sieci (stare związki) ↑
↑ Praca w K-7 (progres)	0,32*	0,31**	0,32**	-0,02	0,08	0,01
↑ Funkcjonowanie społeczne wg DSM-III w K-7 (lepsze)	0,38**	0,44**	0,41**	-0,08	-0,05	-0,03

*odpowiada $p < 0,05$, ** odpowiada $p < 0,01$ oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmanna

leczenia w obszarze społecznym, biorąc pod uwagę zarówno pracę, jak i funkcjonowanie społeczne wg DSM-III. U pacjentów z większą siecią, w tym pozarodzinną, oraz wyższym poziomem oparcia częściej nie dochodzi do regresu w ich statusie

zawodowym, lepiej też funkcjonują społecznie (w rolach, w kontaktach społecznych i organizacji czasu wolnego).

Sieć społeczna a wyniki leczenia w obszarze rodzinnym

Badano zależność między wybranymi wskaźnikami sieci społecznej a wynikami leczenia w obszarze rodzinnym, biorąc pod uwagę postawę rodziny, brzemień rodziny i adaptację rodziny do choroby (tabela 4).

Istnieje istotna statystycznie korelacja między wskaźnikami sieci a wynikami leczenia w obszarze rodzinnym, obejmującym postawę rodziny, brzemień rodziny i adaptację do

Tabela 4. Ocena zależności między parametrami sieci społecznych a wskaźnikami funkcjonowania rodziny w K-7

Funkcjonowanie w rodzinie	Zakres sieci (większy) ↑	Wielkość sieci pozarodzinnej (większa) ↑	Poziom oparcia (wyższy) ↑	Lokalizacja oparcia (w rodzinie) ↑	Typ systemu oparcia (mieszany) ↑	Wiek sieci (stare związki) ↑
↑ Postawa rodziny w K-7 (mniej krytyki i odrzucenia)	0, 23	0, 27*	0, 32*	0, 11	0, 13	-0, 18
↑ Brzemień rodziny w K-7 (mniejsze)	0, 32	0, 46**	0, 27*	0, 34**	0, 14	-0, 01
↑ Adaptacja rodziny w K-7 (lepsz)	0, 14	0, 13	0, 30*	0, 18	0, 04	-0, 03

*odpowiada $p < 0,05$, ** odpowiada $p < 0,01$ oceniane na podstawie współczynnika korelacji Spearmana

choroby. Poziom brzemienia w rodzinie koreluje z czterema parametrami sieci społecznej i jest tym niższy, im większy jest zakres sieci i wielkość sieci pozarodzinnej. Jednak poziom brzemienia w rodzinie jest tym niższy, im wyższy jest poziom oparcia dostarczanego z sieci, a szczególnie znajdowanego w rodzinie. Poziom oparcia społecznego koreluje pozytywnie ze wszystkimi wskaźnikami funkcjonowania rodziny. W rodzinach pacjentów o większej pozarodzinnej sieci społecznej i wyższym poziomie oparcia mniej jest krytyki lub odrzucenia. Rodziny osób chorujących na schizofrenię o sieci z wysokim poziomem oparcia społecznego ulegają mniejszej deterioracji, dezintegracji.

Omówienie wyników badań

Zbadano zależności między właściwościami sieci społecznych, takimi jak: zakres sieci, wielkość sieci pozarodzinnej, poziom i lokalizacja oparcia, typ systemu oparcia, wiek sieci, a celami leczenia, takimi jak: wgląd, motywacja do leczenia, współpraca w zażywaniu leków, satysfakcja z leczenia, oraz wynikami leczenia w obszarze klinicznym, społecznym i rodzinnym u 64 osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji.

Istnieje statystycznie istotna zależność między wskaźnikami sieci społecznej, takimi jak: zakres sieci, wielkość sieci pozarodzinnej, poziom oparcia, typ systemu

oparcia społecznego, a celami leczenia, takimi jak: wgląd w chorobę, subiektywna satysfakcja z leczenia. Pacjenci z większą siecią, w tym pozarodzinną, z wyższym poziomem oparcia społecznego mają lepszy wgląd w chorobę. Ten związek potwierdza wcześniejsze wyniki badań krakowskich w katamniezie trzyletniej. Potwierdzenie znajdujemy również w doniesieniach Beelsa [7], opisujących korelację między akceptacją przez rodzinę sytuacji choroby a korzystną prognozą schizofrenii i uzyskaniem przez pacjenta wglądu. W badaniach Tolsdorfa [8] odnajdujemy, iż kontakty osób chorujących na schizofrenię z innymi osobami są krótkotrwałe i podatne na zaburzenia (sieć dostarcza mało oparcia społecznego). Lin, Dean, Ensel [15] sugerują, że osoby chorujące na schizofrenię wolą uzyskiwać wsparcie z powiązań „bardziej odległych”, zatem mniej obciążających. Nasze badania częściowo potwierdzają zarówno jedną, jak i drugą hipotezę. Są osoby chorujące na schizofrenię, które otrzymują dużo wsparcia (wysoki poziom oparcia) zarówno od rodziny, jak i z powiązań „bardziej odległych”, tj. ze związków pozarodzinnych, i mają lepszy wgląd w chorobę.

Koivumaa-Honkanen i współpracownicy [za: 11] uważają, że brak wsparcia społecznego koreluje z małą satysfakcją z leczenia. Badania krakowskie potwierdzają związek między zakresem sieci i poziomem oparcia a satysfakcją. Pacjenci z większą siecią, z wysokim poziomem oparcia społecznego o typie mieszanym częściej odczuwają większą satysfakcję z leczenia.

Zarówno w katamniezie trzyletniej, jak i obecnie, w siedmioletniej, istnieje statystycznie istotna korelacja między wskaźnikami sieci a nasileniem objawów pozytywnych i negatywnych ocenionych za pomocą skali BPRS LA. Pacjenci z większą siecią, w tym pozarodzinną, z wyższym poziomem oparcia mają mniej objawów pozytywnych i negatywnych. Powyższe dane znajdują potwierdzenie w badaniach Hammer [4], mówiących o korelacji między rozmiarem sieci i rodzajem związków a liczbą objawów psychotycznych.

Zakres sieci koreluje z kilkoma wskaźnikami wyników leczenia. W ciągu siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji pacjenci z większą siecią mają mniej dziennych rehospitalizacji, krótszy globalny czas rehospitalizacji stacjonarnych i dziennych, mniej nawrotów i lepszy typ przebiegu choroby cechujący się remisjami objawowymi. Dużo osób chorujących na schizofrenię, pomimo kolejnych rehospitalizacji, ma większą sieć, złożoną z 20 i więcej osób. Z doświadczenia klinicznego wynika, że osoby chorujące na schizofrenię tworzą sieć społeczną pozarodzinną poszerzoną o kontakty z innymi pacjentami, spotykając się z nimi prywatnie, a także korzystając z instytucjonalnego systemu oparcia (oddział dzienny, WTZ, ŚDS).

W ciągu siedmiu lat od pierwszej hospitalizacji osoby chorujące na schizofrenię z większą siecią, o wyższym poziomie oparcia w rodzinie oraz poza nią mają mniej dziennych rehospitalizacji. Pacjenci z większą siecią, w tym pozarodzinną, oraz o wyższym poziomie oparcia mają lepszy typ przebiegu choroby cechujący się remisjami objawowymi. Być może korzystna sieć o dużym zakresie, z wyższym poziomem oparcia stanowi bufor zabezpieczający przed hospitalizacjami oraz wpływa na lepszy przebieg choroby. Potwierdzają to badania Caplana [3], według którego system oparcia przeciwdziała obciążeniom emocjonalnym, a badania Hammer [4] wskazują na związek między siecią a liczbą rehospitalizacji.

Pacjenci z większą siecią społeczną mają mniej nawrotów. Huessey [za: 11] uważa, że nieumiejętność dokonania zmiany w pełnieniu roli społecznej wpływa na większą liczbę nawrotów. Być może posiadanie większej sieci umożliwia lepsze przystosowanie się do pełnienia ról społecznych, możliwości dokonywania ich zmian. Nie stwierdzono natomiast związku pomiędzy wskaźnikami sieci a liczbą rehospitalizacji stacjonarnych, chociaż taki związek istotny statystycznie odnotowaliśmy w katamniezie trzyletniej.

Istnieje korelacja pomiędzy wskaźnikami sieci społecznej a wynikami leczenia w obszarze społecznym, biorąc pod uwagę funkcjonowanie społeczne oraz pracę. Pacjenci z dużą siecią, w tym pozarodziną, z wyższym poziomem oparcia lepiej funkcjonują społecznie (w rolach, w kontaktach społecznych i organizacji czasu wolnego) oraz nie ulega regresowi ich status zawodowy. Świadczy to o większej mobilności tej grupy osób chorujących na schizofrenię.

Istnieje istotna statystycznie korelacja między wskaźnikami sieci a wynikami leczenia w obszarze rodzinnym, biorąc pod uwagę postawę rodziny, brzemień rodziny i adaptację do choroby. Poziom brzemienia w rodzinie koreluje z czterema wskaźnikami sieci społecznej i jest tym niższy, im większy jest zakres sieci i wielkość sieci pozarodzinnej. Jednak poziom brzemienia w rodzinie jest tym niższy, im wyższy jest poziom oparcia, szczególnie w rodzinie. Poziom oparcia społecznego koreluje pozytywnie ze wszystkimi wskaźnikami funkcjonowania rodziny. W rodzinach pacjentów o większej pozarodzinnej sieci społecznej i wyższym poziomie oparcia mniej jest krytyki lub odrzucenia. Rodziny osób chorujących na schizofrenię o sieci z wyższym poziomem oparcia społecznego ulegają mniejszej deterioracji, dezintegracji.

Powyższe wyniki potwierdzają między innymi badania Angermeyera [16], który opisuje tzw. „efekt pończochy” polegający na rozszerzaniu sieci o związki rodzinne; zmniejsza się natomiast wyraźnie krąg przyjaciół i znajomych. Skantze i wsp. [6] przeprowadzili badania, które potwierdzają, że sieć oparcia społecznego tworzą częste kontakty z rodziną. Wyniki badań krakowskich w katamniezie siedmioletniej częściowo potwierdzają powyższe doniesienia, lecz różnica dotyczy kontaktów pozarodzinnych. W naszych badaniach osoby chorujące na schizofrenię czerpią oparcie również z sieci znajomych, przyjaciół, sąsiadów bądź terapeutów.

Beels [7] krytykuje koncepcję „im więcej kontaktów, tym lepiej dla jakości życia”. Nowe związki tworzą nowe zobowiązania i obciążenia. Brak umiejętności inicjowania kontaktów, brania i dawania oparcia społecznego wiąże się z defektem zdolności do spostrzegania w zakresie społecznej wymiany, umiejętności nawiązywania i utrzymywania kontaktów z innymi ludźmi.

Wydaje się, iż można częściowo zgodzić się z refleksjami Beelsa [7], lecz trzeba odnieść się także do kontekstu, w którym żyje chory. Jeśli istnieją dobre, głębokie związki pacjenta z jedną, dwoma osobami z najbliższego otoczenia, czy to rodzinnego, czy pozarodzinnego, to opierając się na nich pacjent może rozszerzać swoją „sieć” innych, może bardziej powierzchownych, lecz także przynoszących satysfakcję, relacji. Doświadczenia z oferowania pacjentom rozbudowanej oferty terapeutyczno-rehabilitacyjnej w krakowskim, środowiskowym modelu pokazują, iż również oparcie znajdowane w instytucjach może być źródłem motywacji do podejmowania różnych działań [17]. W rezultacie korzystna sieć społeczna pozwala osobom chorującym, zwłaszcza chorującym przewlekle, na życie wśród innych i aktywność własną.

Wnioski

1. W siedem lat od zachorowania wskaźniki sieci społecznej osób chorujących na schizofrenię, takie jak: zakres sieci społecznej, wielkość sieci pozarodzinnej oraz poziom oparcia są bardziej powiązane z wynikami leczenia niż wiek sieci, typ systemu oparcia czy jego lokalizacja.
2. Występuje korelacja pomiędzy większym zakresem sieci i wyższym poziomem oparcia społecznego a lepszym wglądem w chorobę i większą subiektywną satysfakcją z leczenia.
3. Stwierdzono korelację pomiędzy większym zakresem sieci, wielkością sieci pozarodzinnej i poziomem oparcia a mniejszym nasileniem objawów psychopatologicznych oraz lepszymi wynikami leczenia w obszarze społecznym.
4. Wyższy poziom oparcia społecznego koreluje pozytywnie z lepszym funkcjonowaniem rodzin badanych osób w siedem lat od pierwszej hospitalizacji.

Зависимости между особенностями общественной сети и результатами лечения больных шизофренией после семи лет со времени первой госпитализации

Содержание

Задание. Целью исследований был анализ „общественной сети” помощи больным шизофренией после и в течение семи лет со времени их первой госпитализации. Кроме того, анализ связей между „общественной сетью” больных шизофренией и результатами лечения, а в особенности с „качеством сети”.

Методы. Исследовано и описано 64 больных шизофренией по Международной классификации болезней III пересмотра после семи лет со времени их первой госпитализации. В исследованной группе было 34 мужчины (55,7%) и 27 женщин (44,3%). Средний возраст больных равнялся 32 годам. Для исследований использованы Глоссарий качества жизни Лемана и Глоссарий общественной помощи Бизоня. Показатель общественных сетей определены при помощи глоссария 3. Бизоня, который служит для суммирования данных о лицах, исполняющих общественные функции. Кроме того, этот глоссарий может быть использован для разработки характеристических особенностей системы опеки, таких как: радиус сети, величина внесемейной сети, уровень и локализация опеки, возраст сети и тип системы опеки.

Результаты. В краковских исследованиях лица с большой сетью общественной помощи и высшим уровнем социальной опеки в сети указывают на лучшее общее субъективное самочувствие и удовлетворение качеством жизни. Эти результаты находят подтверждение в исследованиях Лемана и сотр. (1,2) Дорригана и Буцана (3). Отсутствие связи между параметрами общественной сети и актуальным состоянием здоровья как объективным и субъективным показателями качества жизни больного, не согласуется с сообщениями некоторых исследователей (4,5), которые то считают, что по мере истечения времени обнищание системы помощи, особенно угрожает здоровью и приводит к появлению психических нарушений. Исследования над связями общественной сети помощи и качеством жизни больных шизофренией указывают на факт, что полученные результаты не однозначны, трудны в их интерпретации и постоянно будят много сомнений.

Abhängigkeiten zwischen den Eigenschaften des sozialen Netzwerkes und Ergebnissen der Behandlung der schizophrenkranken Personen sieben Jahre nach der ersten Hospitalisierung

Zusammenfassung

Ziel. Es wurden die Abhängigkeiten zwischen den Indexen des sozialen Netzwerkes bei 64 Patienten untersucht, die an Schizophrenie krank waren und die nach den DSM III Kriterien

diagnostiziert wurde, und den Behandlungszielen solchen wie: Motivierung zur Behandlung, Einsicht, Zusammenarbeit bei Medikamenteneinnahme, Zufriedenheit mit der Behandlung und Ergebnissen der Behandlung im klinischen Bereich und im sozialen Bereich und dem Funktionieren der Familie sieben Jahre nach der ersten Hospitalisierung.

Methode. Die Indexe des sozialen Netzwerkes wurden mit dem Fragebogen von Bizon untersucht. Er dient zur Sammlung von Angaben bei den Personen, die unterstützende Funktionen ausführen, und zur Bearbeitung der charakteristischen Eigenschaften des unterstützenden Systems, solcher wie: Netzbereich, Größe des Netzes außer der Familie, Niveau und Lokalisierung der Unterstützung, Netzalter und System der Unterstützung.

Ergebnisse. Das gemischte System der sozialen Unterstützung und ein großes Netzwerk, das einen höheren Unterstützungslevel gibt, hängen positiv mit einer höheren subjektiven Zufriedenheit mit der Behandlung zusammen. Ein großes Netz außer der Familie, das einen höheren Unterstützungslevel gibt, hängt mit der besseren Einsicht in die Krankheit zusammen. Je größer das soziale Netzwerk (Netzbereich - darunter auch, erweitertes Netz) und je höher das Niveau der Unterstützung aus dem Netz ist - sieben Jahre nach der ersten Hospitalisierung - desto kleiner die Zahl der positiven und negativen Symptome und besserer Typ des Verlaufs mit Symptomenremissionen. Der größere Bereich des Netzwerkes hängt mit der kleineren Zahl der Rezidive und einer globalen Zeit der stationären Rehospitalisierungen und Tageshospitalisierungen zusammen. Die Personen mit einem größeren Netzwerk, das ein höheres Niveau der Unterstützung seitens der Familie und außer ihr gibt, haben weniger Tageshospitalisierungen. Es wurde kein Zusammenhang zwischen den Netzindizes und der Zahl der stationären Rehospitalisierungen festgestellt.

Schlussfolgerungen. Die Personen mit einem größeren Netzwerk, darunter dem erweiterten, mit einer größeren sozialen Unterstützung, funktionieren sozial besser, es kam zu keinem Regress in ihrem beruflichen Status, sie haben eine kleinere Familienlast. Das Niveau der sozialen Unterstützung hängt mit den günstigen Indexen des Familienfunktionierens zusammen. In den Familien der Personen, die an Schizophrenie krank sind, und die ein größeres Netz außerhalb der Familie und eine größere Unterstützung haben, kommt nicht zur Deterioration oder Desintegration, es gibt weniger Kritik und Ablehnung.

Les corrélations de certains paramètres du réseau social et de l'efficacité de la thérapie des patients souffrant de la schizophrénie sept ans après leur première hospitalisation

Résumé

Objectif. On analyse les corrélations de certains paramètres du réseau social de 64 schizophrènes (diagnostiqués d'après DSM III) et de certains buts thérapeutiques tels que : motivation à la thérapie, pénétration, coopération à la pharmacothérapie, satisfaction de la thérapie, résultats cliniques et sociaux de la thérapie et fonctionnement en famille après sept ans de la première hospitalisation.

Méthode. On analyse les paramètres du réseau social avec le questionnaire de Bizon. Ce questionnaire sert à amasser les données concernant les personnes qui apportent le soutien et à élaborer certaines caractéristiques du système du soutien telles que : champ du réseau, volume du réseau extra familial, niveau et localisation du soutien, âge du réseau et système du soutien.

Résultats. Le système mixte du soutien social et le réseau social de grand volume apportant le niveau plus élevé du soutien social corrélaient positivement avec la plus grande satisfaction de la thérapie. Le réseau extra familial assez grand corréla avec la pénétration meilleure de la maladie. Plus grand est le volume du réseau social (son champ), y compris le réseau extra familial, plus grand est son soutien social et cela cause la diminution des symptômes positifs et négatifs et leur rémission. Le plus grand volume du réseau corréla avec le nombre amoindri des rechutes et la durée totale d'hospitalisation et d'hospitalisation de jour. Les personnes avec le réseau plus grand qui leur fournit le niveau plus élevé de soutien, localisé en famille et en dehors d'elle, sont plus rarement hospitalisées. On ne note pas de corrélation de paramètres du réseau et du nombre d'hospitalisation de jour.

Conclusions. Ces personnes avec le réseau social de grand volume, y compris extra familial, avec le soutien social plus fort, fonctionnent mieux dans la société, leur position professionnelle est

aussi meilleure, leur fardeau familial est plus léger. Le niveau élevé du soutien social corrèle avec les indices très favorables du fonctionnement en famille. Dans les familles des schizophrènes qui ont le réseau extra familial plus étendu et le niveau du soutien social plus élevé on n'observe pas de détérioration et de désintégration, de criticisme ou de refus.

Piśmiennictwo

1. Mueller DP. *Social networks: A promising direction for research on the relationship of the social environment to psychiatric disorder*. Soc. Sc. Med. 1980; 14 A: 147–161.
2. 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.
3. Caplan G. *Support and systems and community mental health*. New York Publications 1974.
4. Hammer M. *Social supports, social networks, and schizophrenia*. Schiz. Bull. 1981; 7, 1.
5. Hirsch BJ. *Coping and adaptation in high-risk populations: Toward an integrative model*. Schiz. Bull. 1981; 7, 1.
6. Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA, Corrigan P. *Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients*. Brit. J. Psychiatry 1992; 161: 797–801.
7. Beels Ch. *Social support and schizofrenia*. Schiz. Bull. 1981; 7, 1.
8. Tolsdorf C. *Social networks, support and coping: An explanatory study*. Fam. Proc. 1976; 15, 4: 407–417.
9. Lipton FR, Cohen CI i in. *Schizophrenia: A network crisis*. Schiz. Bull. 1981; 7, 1.
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, Valdez M. *Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji*. Psychiatr. Pol. 2007; 4: 527–537.
12. Cechnicki A. *Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 5, supl. 2: 7–15.
13. Bizoń Z, Kokoszka A, Roszczyńska J i in. *Ocena otoczenia i oparcia społecznego według Zdzisława Bizonia. Opis metody i jej zastosowania*. Psychiatr. Pol. 2001; 4, 35: 617–634.
14. Axer A. *Spoleczne systemy oparcia w środowisku chorego psychicznie*. Stud. Socjol. 1983; 4 (49).
15. Lin N, Dean A, Ensel WE. *Social Support Scales: A methodological note*. Schiz. Bull. 1981; 7, 1.
16. Angermeyer MC. *Ergebnisse der Forschung zum sozialen Netzwerk schizophrener Kranker*. W: Hafner H, Angermeyer MC, Boser H, red. *Was ist schizophrenie*. Gustav Fischer Vlg; 1950, s. 171–188.
17. Cechnicki A. *Co jest istotne w psychospołecznym leczeniu schizofrenii*. W: Bomba J, red. *Schizofrenia. Różne konteksty, różne terapie*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000, s. 37–47.

Adres: Andrzej Cechnicki
Oddział Dzienny Kliniki Psychiatrii Dorosłych
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 5.06.2006
Zrecenzowano: 7.09.2006
Przyjęto do druku: 26.03.2006