

Związek deficytów poznawczych z przebiegiem schizofrenii. Badania wstępne uczestników programu rehabilitacyjnego

Correlation between cognitive defects and the course of schizophrenia. Initial study of a rehabilitation programme participants

Igor Hanuszkiewicz, Andrzej Cechnicki, Aneta Kalisz

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

Summary

Aim. Cognitive deficits are the “primary” dysfunction in schizophrenia. They make possible a reliable prediction of the broadly understood adjustment of the psychiatric patients. The purpose of this paper is to evaluate the relation between the results of rehabilitation and the cognitive deficits among the patients diagnosed with schizophrenia.

Method. The assessment of the cognitive deficits presented in this paper was conducted using the WCST, the Trial Making Test and a verbal fluency tests. These tests evaluated mainly executive functioning and working memory. Four indicators of the course of schizophrenia were taken into consideration: the severity of symptoms assessed by PANNS, the range of social interactions, professional functioning (readiness to be employed) and the Quality of Life self-evaluation questionnaire by Olivier. Altogether 64 patients diagnosed with schizophrenia (in accordance with the DSM-IV and ICD-10) who participated in a rehabilitation programme were assessed.

Results. The study showed correlation between poorer verbal fluency and severity of negative symptoms, worse professional functioning, limited range of social interactions and lesser satisfaction with work, privacy level and the time spent outside home estimated by the QLQ.

The poorer results of the TMT correlate with the severity of negative symptoms and the level of general psychopathology as well as with worse professional functioning. The number of correct answers in the WCST is correlated with the level of professional functioning. Persons with higher education made less perseverative errors. Persons who managed to finish the first category of the test faster are characterised by a broader social interactions network.

Conclusions. It was demonstrated that within the studied group of people with a long-term course of schizophrenia cognitive deficits correlate with the considered indicators of the results of rehabilitation process.

Słowa kluczowe: schizofrenia, przebieg choroby, deficyty poznawcze

Key words: schizophrenia, course of illness, cognitive deficits

Wstęp

W ostatnich latach dominuje pogląd, że deficyty poznawcze są „pierwotnym” zaburzeniem i zwykle poprzedzają o wiele lat kliniczne wystąpienie pierwszych objawów schizofrenii [1], jednak przez długi czas były one uważane za wtórne w stosunku do psychozy. W klinicznych opisach Kraepelina [2] i Bleulera [3] deficyty w zakresie percepcji i intelektu zajmowały znaczące miejsce. Rappaport i wsp. w 1945 roku [4] uznali za charakterystyczne dla schizofrenii deficyty w zakresie poprawnej oceny, uwagi, koncentracji, planowania i zdolności antycypacji. W kontekście heterogeniczności zaburzeń z kręgu schizofrenii określenie „deficyt poznawczy” wymaga wyodrębnienia ze złożonej symptomatologii tej choroby.

Przez wiele lat dominującym celem badań nad schizofrenią było stworzenie precyzyjnego opisu choroby i wyodrębnienie specyficznych grup objawów [5]. Badacze odróżniali objawy wytwórcze (pozytywne), takie jak zaburzenia myślenia, omamy i urojenia, od objawów negatywnych, takich jak bierność, skłonność do izolowania się czy zubożenie wypowiedzi [6]. W odróżnieniu od dobrze opisanych syndromów, pozytywnego i negatywnego, definiowanie deficytów poznawczych odbywa się bardziej na drodze operacyjnej, poprzez badanie ich za pomocą odpowiednich testów. Do najczęściej wykazywanych w badaniach eksperymentalnych deficytów poznawczych należą: zaburzenia uwagi [7], pogorszenie się funkcji pamięci [8], mała plastyczność myślenia, będąca skutkiem upośledzenia hierarchizowania zadań, którą Goldberg i wsp. [9] określają jako „niezdolność wykorzystania dostępnych informacji”. Wielu badaczy uważa, że u chorych na schizofrenię dochodzi do obniżenia się IQ, przy czym Wechsler [10] już w połowie ubiegłego wieku stwierdzał, że dotyczy to w większym stopniu skali niewerbalnej. Badania prowadzone z zastosowaniem szczegółowych testów neuropsychologicznych wykazują, że deficyty dotyczą także sfery werbalnej i przejawiają się m.in. mniejszą niż w populacji osób zdrowych zdolnością do „produkcji” słów [11].

Poszczególne elementy procesu przetwarzania informacji są ze sobą tak ściśle powiązane, że trudno sobie wyobrazić, by zaburzenia uwagi nie wpływały negatywnie na proces zapamiętywania czy wykorzystywania dostępnych informacji. W badaniach przekłada się to na stosowanie wielu testów (często w wersjach komputerowych) pozwalających na ocenę zarówno poszczególnych funkcji, jak i globalnego funkcjonowania. W takich badaniach wykazano, iż poziom poznawczego funkcjonowania może w znacznie większym stopniu niż objawy pozytywne lub negatywne wyjaśniać przystosowanie społeczno-zawodowe i przebieg choroby [11]. Wielu badaczy podkreśla, że deficyty poznawcze są w grupie osób chorujących na schizofrenię objawem bardzo stabilnym, w dużym stopniu niezależnym od jej przebiegu czy czasu trwania objawów [12].

Cel badania

Celem była ocena deficytów poznawczych i ich wpływu na wyniki uzyskane w trzyletnim programie rehabilitacji osób chorujących na schizofrenię o chronicznym przebiegu. Sformułowano następujące cele badawcze:

1. Ocena wyników rehabilitacji w obszarze psychopatologicznym i ich związku z deficytami poznawczymi po trzech latach uczestnictwa w programie.

2. Ocena wyników rehabilitacji w obszarze funkcjonowania społeczno-zawodowego i ich związku z deficytami poznawczymi po trzech latach uczestnictwa w programie.
3. Ocena wyników rehabilitacji w obszarze subiektywnej oceny jakości życia i ich związku z deficytami poznawczymi po trzech latach uczestnictwa w programie.

Opis programu rehabilitacyjnego

Program Rehabilitacji Kliniki Psychiatrii Dorosłych w Krakowie, realizowany przy współpracy ze Stowarzyszeniem na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, został opisany w odrębnej pracy [13]. Nastawiony jest na stabilizację stanu psychopatologicznego i usamodzielnianie osób przez wiele lat chorujących na schizofrenię o niekorzystnym przebiegu (częste rehospitalizacje, brak pracy zawodowej i aktywności, samotność), poprzez rozwijanie umiejętności psychologicznych oraz kompetencji społecznych i zawodowych. Program rozpoczyna się krótkim, zwykle 3–4-miesięcznym pobytem na Dziennym Oddziale Rehabilitacyjnym, a w następnym kroku – wieloletnim treningiem w ramach Warsztatu Terapii Zajęciowej. Założenia programu obowiązują w całym naszym systemie opieki środowiskowej i dotyczą: ciągłości leczenia i rehabilitacji, niedyskryminujących kryteriów kwalifikacyjnych, idei oddziaływań terapeutycznych w małych grupach przez wielodyscyplinarny zespół, budowania więzi i sieci społecznej, uzgadniania zindywidualizowanych celów i programów rehabilitacji.

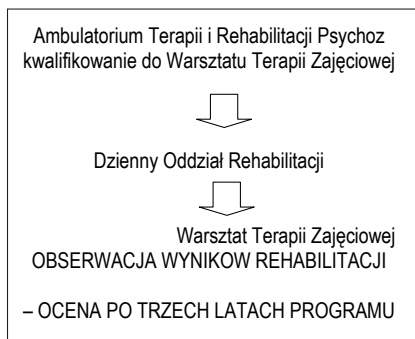
Ostatecznym celem jest umożliwienie pacjentowi zdobycia realnych doświadczeń życiowych dzięki stworzeniu odpowiedniej oferty rehabilitacji i pracy, pomocy w aktywnej organizacji dnia i nauce społecznych umiejętności. Ze względu na głębokość zaburzeń rehabilitowanych osób i ich stygmatyzację uczestniczenie w wieloletnich indywidualnych programach jest często jedyną możliwą formą aktywnego spędzania czasu. Końcowy, najbardziej wymierny efekt rehabilitacji, jakim jest podjęcie i utrzymanie pracy, jest udziałem tylko nielicznej grupy pacjentów.

W wyniku stopniowego poszerzania oferty rehabilitacyjnej powstał w Krakowie zintegrowany program rehabilitacji (tab.1.) W badaniu poddano obserwacji grupę pacjentów, którzy ze względu na swoje deficyty i dotychczasowy niekorzystny przebieg choroby po kilkumiesięcznym pobycie na Dziennym Oddziale Rehabilitacyjnym kontynuowali wieloletni program w WTZ. Na podstawie dotychczasowego doświadczenia klinicznego uznano, że tworzenie grupy kontrolnej pozbawionej takiej możliwości budzi wątpliwości natury etycznej. Z tego też względu odstąpiono od ścisłych reguł eksperymentu badawczego.

Opis badanej grupy

Zbadano grupę 64 osób chorujących na schizofrenię zdiagnozowaną wg kryteriów DSM-IV i ICD-10. Grupa ta obejmowała osoby, które ze względu na szczególnie niekorzystny przebieg choroby zostały zakwalifikowane do wieloletniego programu rehabilitacji. Badanie przeprowadzono w trzecim roku trwania programu.

Tabela 1. Wstępne etapy programu rehabilitacji zawodowej w Krakowie



W badaniu wzięło udział 27 (42%) kobiet i 37 (58%) mężczyzn. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 35 lat, najmłodszy badany miał 21, a najstarszy 55 lat. Wszystkie osoby utraciły pracę zawodową. Wykształcenie wyższe miało 10 osób (16%), nieukończone studia – 6 (9%), średnie – 26 (41%), wykształcenie podstawowe miały 22 osoby (34%). W związku małżeńskim pozostawało 7 osób, 4 były po rozwodzie, a 53 stanu wolnego. Przeważająca większość badanych miała bardzo skąpe kontakty społeczne, głównie obejmujące własne rodziny pochodzenia lub środowisko pacjentów. Średni wiek pierwszej hospitalizacji to 23 lata, a średni czas trwania choroby w badanej grupie – 12 lat (od 3 do 29 lat). Średnia liczba hospitalizacji w badanej grupie wynosiła 3,7. Połowa badanych była hospitalizowana częściej niż dwukrotnie, ponad 6 hospitalizacji miało 15 procent badanych.

Narzędzia i metoda

W ocenie stanu psychopatologicznego wykorzystano skalę PANSS, dokonując odrębnej analizy objawów ogólnych oraz syndromów pozytywnego i negatywnego. Do oceny deficytów poznawczych użyto testu fluencji słownej i kategoryalnej, testu łączenia punktów, badającego szybkość psychomotoryczną i wzrokowo-przestrzenną pamięć operacyjną, oraz testu sortowania kart (WIST), który jest szczególnie czuły w ocenie dysfunkcji czołowych, takich jak zdolność planowania i sprawność funkcji wykonawczych [1]. Fluencję słowną zbadano za pomocą testu literowego i testu kategorii. W teście literowym zadaniem osoby badanej było wypowiedzenie jak największej liczby słów rozpoczynających się na podaną literę alfabetu w ciągu 1 minuty. W teście kategorii zadaniem osoby badanej było podanie jak największej liczby słów z danej kategorii w ciągu 1 minuty. Test łączenia punktów składa się z rozrysowanych na kartce formatu A4 punktów, które mają być połączone linią. W wersji A łączone są kolejne cyfry: 1 z 2, następnie z 3 itd. W wersji B łączenie ma przebiegać naprzemiennie pomiędzy kolejnymi cyframi i literami alfabetu: 1 z A, następnie 2 z B itd. W wersji B test jest trudniejszy ze względu na przełączanie uwagi pomiędzy dwoma zautomatyzowanymi ciągami liczenia i kolejności alfabetycznej. Kryterium wyniku jest czas potrzebny do ukończenia zadania. Test Sortowania Kart (WCST) składa się

z kart, które badany ma ułożyć poprzez dopasowanie wzorów do zmieniającego się w trakcie badania klucza. O tym, czy używa właściwego klucza, badany dowiaduje się uzyskując informację zwrotną. Na wynik składa się: liczba prób potrzebnych do ułożenia całości testu, liczba popełnionych błędów o charakterze perseweracyjnym i nieperseweracyjnym, liczba poprawnych odpowiedzi i liczba prób przed ukończeniem pierwszej kategorii.

Kompetencje zawodowe oceniano wg pięciopunktowej skali likertowskiej. W konstrukcji tej skali uwzględniono fakt, że badana grupa jest niezwykle homogenna. Chorzy w większości od lat nie mają pracy i pozostają bezczynni zawodowo. Najwyżej oceniono podjęcie pracy na wolnym rynku. W pozostałych punktach opisano „gotowość do podjęcia pracy” analizowaną w trzech istotnych wymiarach: a) umiejętności zawodowe i wytrwałość w zajęciach, b) samodzielność i samosterowność, c) współpraca i komunikowanie się z kolegami i przełożonymi. Uznano, że „gotowość do podjęcia pracy” jest ważnym sukcesem w rehabilitacji w sytuacji wysokiego bezrobocia, stanowiącego dodatkową przeszkodę w jej urzeczywistnieniu. W ocenie kontaktów społecznych wykorzystano likertowską skalę kliniczną, najniżej oceniając kontakty ograniczone do rodziny, następnie kontakty ograniczone do grupy pacjentów i najwyżej kontakty społeczne poza rodziną i grupą pacjentów.

Jakość życia zbadano za pomocą kwestionariusza: Lancashire Quality of Life Profile opracowanego przez Josepha Oliviera z University of Manchester. Kwestionariusz ma formę ustrukturyzowanego wywiadu zawierającego „obiektywną” relację pacjenta o jego obecnym poziomie psychospołecznego funkcjonowania w kilku obszarach życia oraz „subiektywną” ocenę zadowolenia z funkcjonowania w tych obszarach. Kwestionariusz składa się z ogólnych działów: osobiste dane pacjenta, ogólna pomyślność (well-being), praca/nauka, czas wolny/rozrywki, religia, finanse, mieszkanie, sprawy prawne/bezpieczeństwo, stosunki rodzinne, stosunki społeczne, zdrowie, wyobrażenie o sobie. W badaniu uwzględniono jedynie subiektywne oceny dotyczące każdego z ww. obszarów i opisano wyniki, które osiągnęły poziom istotności statystycznej. Do oceny użyto siedmiostopniowej likertowskiej skali zadowolenia, w której 1 znaczy „skrajnie niezadowolony”, a 7 – „bardzo zadowolony”. Badani zostali podzieleni, ze względu na uzyskane wyniki, na trzy grupy: grupę niezadowolonych (wyniki od 1 do 3), ambiwalentnych (wynik 4) i zadowolonych (wyniki od 5 do 7). Ten sam podział w swoich pracach zastosowali Cechnicki i Valdes [14].

Wyniki badań

Oceniono zależności pomiędzy wynikami rehabilitacji (nasileniem objawów, kompetencją zawodową, funkcjonowaniem społecznym i jakością życia) a nasileniem deficytów poznawczych.

Ocena funkcjonowania poznawczego

Porównanie wyników uzyskanych w badaniu funkcji poznawczych po trzech latach trwania programu rehabilitacji z innymi wynikami podobnych badań pozwala

na stwierdzenie, że uzyskane wyniki są niższe niż w populacji osób zdrowych [15, 16,17] i charakterystyczne dla osób z diagnozą schizofrenii [18, 19, 20].

Po trzech latach uczestniczenia w programie rehabilitacji w teście fluencji słownej badani nie przekroczyli średnio 13 słów, a w teście fluencji kategoryjnej 17 słów wypowiedzianych w ciągu jednej minuty (tab. 2). Wykonanie testu łączenia punktów w wersji A przekroczyło średnio czas jednej minuty, a w wersji B trwało średnio prawie 3 minuty. W teście WCST dominowały błędy nieperseweracyjne. Wysoka okazała się liczba prób potrzebnych do ukończenia pierwszej kategorii (tab. 2).

Tabela 2. Funkcje poznawcze w badanej grupie – ocena po trzech latach programu rehabilitacji

Testy badające deficyty poznawcze	Średnia	Odchylenie standardowe
Test fluencji słownej – liczba słów na literę „a”	11,4	5,7
Test fluencji słownej – liczba słów na literę „s”	12,8	5,7
Test fluencji kategoryjnej – liczba słów	17,1	6,6
Test łączenia punktów A (w sekundach)	71	33
Test łączenia punktów B (w sekundach)	151,2	78,6
WCST – liczba poprawnych odpowiedzi	66,6	17,7
WCST – liczba błędów	40,4	27,8
WCST – liczba prób przed ukończeniem pierwszej kategorii	24,9	29,5
WCST – liczba błędów nieperseweracyjnych	41,1	28,00
WCST – liczba błędów perseweracyjnych	18,5	14,9
WCST – liczba poprawnie ułożonych kategorii	4,1	2,2

Związek deficytów poznawczych z nasileniem objawów

Wyniki uzyskane w skali PANSS w trzecim roku trwania programu rehabilitacyjnego ujawniają niski poziom objawów pozytywnych (średni wynik: 16,5, przy możliwym do uzyskania 49), umiarkowany poziom objawów negatywnych (średni wynik: 24,3, przy możliwym do uzyskania 49) i minimalne, do łagodnego, nasilenie psychopatologii (średni wynik: 41,8, przy możliwym do uzyskania 112). Badani stanowią grupę, w której zaznacza się przewaga objawów negatywnych nad pozytywnymi.

Badanie wykazało obecność zależności pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych a głębokością deficytów poznawczych (tab. 3).

Test fluencji badający funkcjonowanie werbalne okazał się powiązany z syndromem negatywnym. Test łączenia punktów (w wersji prostszej) był wykonywany gorzej przez osoby prezentujące więcej objawów negatywnych i wyższy poziom ogólnej psychopatologii. Osoby, które zachorowały później, dają więcej poprawnych odpowiedzi w teście WCST. W badanej grupie nie wykazano związku deficytów poznawczych z objawami pozytywnymi.

Tabela 3. **Korelacje między wynikami uzyskanymi w testach badających deficyty poznawcze a nasileniem objawów**

Testy funkcjonowania poznawczego	PANSS – symptomy negatywne	PANSS – ogólna psychopatologia
Test fluencji słownej – liczba słów na literę „a”	-0,27*	
Test łączenia punktów A	0,36**	0,29*

Zastosowano współczynnik korelacji Spearmana * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Związek deficytów poznawczych z funkcjonowaniem zawodowym

Po trzech latach programu rehabilitacji nikt z badanej 64-osobowej grupy nie podjął pracy na otwartym rynku pracy. W miejscu pracy chronionej lub dorywczo pracowało 12% badanych. Pozostałe 88% nie podjęło pracy zawodowej, w tym 17% nie spełniało jednego, a 59% dwóch lub trzech warunków określających „gotowość do podjęcia pracy”. Dwanaście procent badanych odmówiło współpracy w programie rehabilitacji zawodowej.

Większa liczba poprawnych odpowiedzi w WCST, lepsza fluencja słowna i krótszy czas wykonania TŁP w trudniejszej wersji wykazały istotny statystycznie związek z większymi kompetencjami zawodowymi posiadanymi przez badanych w trzecim roku programu rehabilitacji (tab. 4).

Tabela 4. **Korelacje między wynikami dotyczącymi kompetencji zawodowej a występowaniem i nasileniem deficytów poznawczych**

Kompetencje zawodowe – ocena po trzech latach rehabilitacji	Test WIST – liczba poprawnych odpowiedzi	Fluencja słowna – liczba słów (s)	Fluencja słowna – liczba słów (a)	TŁP (B) – czas w sekundach
Wyższa ocena kompetencji zawodowych	30*	34*	42**	-0,34*

Zastosowano współczynnik korelacji Spearmana * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Związek deficytów poznawczych z funkcjonowaniem społecznym

Po trzech latach programu rehabilitacji kontakty 31 osób (48%) ograniczały się do najbliższej rodziny, 21 osób (32%) utrzymywało kontakty ograniczone do środowiska pacjentów, 13 osób (20%) miało kontakty także poza środowiskiem pacjentów.

Tabela 5. **Korelacje między liczbą i jakością kontaktów społecznych a występowaniem i nasileniem deficytów poznawczych**

Kontakty społeczne – wyniki po trzech latach rehabilitacji	Fluencja słowna – liczba słów (a)	Fluencja słowna – liczba słów (s)	TŁP(A) czas w sekundach	Liczba prób do ukończenia pierwszej kategorii (WCST)
Większy zakres kontaktów społecznych	0,33*	0,35*	-0,35*	-0,36**

Zastosowano współczynnik korelacji Spearmana * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Większy zakres kontaktów społecznych, po trzech latach trwania programu rehabilitacji, wykazywał związek z mniejszymi deficytami poznawczymi, ocenianymi na podstawie testu fluencji słownej i wersji A testu łączenia punktów. Osoby mające więcej kontaktów społecznych potrzebowały mniej prób, aby poprawnie ułożyć pierwszą kategorię testu WCST.

Związek deficytów poznawczych z subiektywną oceną jakości życia

Po trzech latach programu rehabilitacji ponad połowa badanych – 52%, deklaruje zadowolenie w sferze pracy, rozumianej jako zajęcia w pracowniach WTZ (12% jest zadowolonych, a 36% ma ambiwalentne odczucia). Z zajęć poza domem, innych niż zajęcia w pracowni, zadowolonych jest 52% (19% jest niezadowolonych, a opinia 30% jest ambiwalentna). Ze stopnia prywatności we własnym domu zadowolonych jest 53% badanych (niezadowolonych jest 27%, a 36% ma odczucia ambiwalentne).

Tabela 6. Różnice istotne statystycznie w wynikach testu fluencji w grupach osób zadowolonych i niezadowolonych w różnych obszarach wskaźników jakości życia (JŻ)

Test fluencji: obszar subiektywnej oceny wskaźników jakości życia (JŻ)	Zadowoleni		Niezadowoleni		Poziom istotności
	średnia	odchylenie standardowe	średnia	odchylenie standardowe	
Fluencja kategorialna: czas wolny	17,36	4,87	13,50	5,17	p = 0,03
Fluencja słowna: mieszkanie – stopień prywatności	12,05	5,99	9,88	5,17	p = 0,03
Fluencja słowna: praca	11,60	5,19	7,62	4,53	p < 0,05

Różnice ocenione na podstawie testu t-Studenta

Poziom zadowolenia z zajęć, w których badani uczestniczą poza domem, jest w sposób istotny statystycznie powiązany z wynikami uzyskanymi w teście fluencji kategorialnej. Satysfakcja ze stopnia prywatności, zadowolenie z pracy chronionej, z zajęć w pracowniach WTZ i z aktywności poza warsztatami jest w sposób istotny statystycznie powiązana z wynikami uzyskanymi w teście fluencji słownej. Żaden wskaźnik jakości życia nie wykazywał związków z deficytami poznawczymi ocenianymi na podstawie testu łączenia punktów oraz WCST.

Dyskusja wyników

Uzyskane w ocenie dysfunkcji poznawczych wyniki są podobne do opisywanych w innych badaniach, w których wykazano, iż osoby z diagnozą schizofrenii gorzej niż populacja osób zdrowych wykonują użyte w badaniu testy. Liczba błędów w teście WCST w grupie badanej przez Voruganti i wsp. [19] wyniosła 46, podczas gdy w tym samym badaniu grupa osób zdrowych popełniła średnio 7 błędów. Everett i wsp. [21] donoszą, że w ich badaniu osoby z diagnozą schizofrenii w porównaniu z grupą osób zdrowych uzupełniły mniej kategorii, popełniły więcej błędów o charakterze persewe-

racyjnym (28), potrzebowały więcej prób, żeby uzupełnić pierwszą kategorię (ponad 30). Podobne wyniki uzyskał Morice [22]. Także wyniki testu łączenia punktów oraz testu fluencji słownej w badanej grupie są zbliżone do wyników uzyskiwanych przez innych badaczy [1,11].

W prezentowanym badaniu deficyty poznawcze są powiązane z nasileniem psychopatologii poprzez korelacje z syndromem negatywnym, co jest zbieżne z wynikami uzyskiwanymi przez innych autorów [20, 22]. Biorąc jednak pod uwagę dosyć niski współczynnik korelacji z fluencją słowną i brak korelacji z wynikami WCST w naszym badaniu, musimy przyjąć, że uzyskane wyniki wskazują jedynie na częściowy związek syndromu negatywnego z deficytami poznawczymi i na trudność w jednoznacznym określeniu powiązań pomiędzy tymi fenomenami.

Zależności pomiędzy funkcjonowaniem społecznym i zawodowym a deficytami poznawczymi w schizofrenii należą do dobrze udokumentowanych w licznych badaniach naukowych [11, 23]. W prezentowanym badaniu dominują korelacje ze zmiennymi społeczno-zawodowymi, w porównaniu ze zmiennymi klinicznymi. Przyczyną tego może być duża siła, weryfikująca „ogólny poziom funkcjonowania”, zarówno zmiennych społeczno-zawodowych, jak i wyników testów służących do oceny deficytów poznawczych. Koncentrując się na grupie pacjentów cierpiących z powodu objawów schizofrenii należy zaznaczyć, że w procesie codziennej diagnostyki decydujące są nie wyniki testów poznawczych, a obecność objawów klinicznych, które jedynie pośrednio można odnieść do konkretnych deficytów. Wielowymiarowy obraz kliniczny, w przeciwieństwie do uporządkowanego hierarchicznie obrazu zaburzeń poznawczych, [24] pozostaje wciąż lepszym narzędziem do określania granic schizofrenii. Jak zauważają Mosiołek i Łoza [23], pomimo licznych doniesień empirycznych o wyraźnej zależności pomiędzy diagnozą schizofrenii a obecnością perseweracyjnych błędów w wykonaniu WCST nikt nie odważył się wysunąć hipotezy o większym od urojeń znaczeniu diagnostycznym tych wyników.

Ocena jakości życia ze względu na swój subiektywny charakter różni się od pozostałych badanych wymiarów. Interpretacja uzyskanych wyników może być trudna ze względu na fakt, iż ocenę jakości życia można potraktować jako zmienną pośredniczącą. Gorsza ocena zadowolenia z pracy czy czasu spędzanego poza domem w grupie osób wykazujących mniejszą fluencję słowną może wynikać z tego, że są one mniej sprawne w kontaktach z innymi i tym samym sytuacje wymagające takiego kontaktu są dla nich mniej komfortowe. Możliwa jest również interpretacja, iż to właśnie wyższy poziom deficytów poznawczych wpływa na ogólną tendencję do gorszego oceniania się i tym samym mniejszą satysfakcję. Być może z tych metodologicznych powodów mało jest badań zależności deficytów poznawczych i jakości życia osób chorujących na schizofrenię, a wyniki wskazują na brak lub istnienie niewielkich zależności [25]. Tym bardziej istotne jest, że w prezentowanym badaniu, z dużej liczby potencjalnych wyników, znaczące dla subiektywnej oceny okazały się deficyty poznawcze związane ze sferą werbalną, której sprawne funkcjonowanie jest potrzebne do pełnej komunikacji. Wynik ten sugeruje dużą rolę kompetencji komunikacyjnych w ocenie jakości życia i pośrednio samoocenie chorych na schizofrenię.

Wnioski

W grupie osób o wieloletnim przebiegu schizofrenii wykazano powiązania pomiędzy nasileniem deficytów poznawczych a większością badanych wskaźników wyników rehabilitacji.

1. Wykazano powiązanie dobrej fluencji słownej z większością korzystnych wyników rehabilitacji.
2. W trzecim roku programu rehabilitacyjnego nie wykazano związku pomiędzy nasileniem deficytów poznawczych a nasileniem objawów pozytywnych.
3. Badania relacji pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym a wynikami rehabilitacji stanowią wartościową wskazówkę dla konstruowania programów leczenia osób chorujących na schizofrenię.

Связь мнестических дефицитов с течением шизофрении.

Предварительные исследования участников реабилитационной программы

Содержание

Задание. Мнестические дефициты при шизофрении являются „первичным” нарушением, позволяющие на возможное предвидение широко понятого приспособления больных.

Исследования, проведенные в предлагаемой работе, направлены на оценку зависимости между результатами реабилитации .типом и глубиной мнестических нарушений в группе больных с многолетним течением шизофрении.

Методы. Оценка мнестических дефицитов охватывает достаточность функций как исполнительных, так и оперативной памяти. Используются тесты Векслера и Тест соединения пунктов, а также оценка словесной подвижности и понятия категорий. Приняты четыре показателя течения шизофрении: утяжеление психопатологических симптомов, оцененные тестом PANNS, общественные контакты и профессиональное функционирование, оцененное на клинической шкале, а также качество жизни, оцененное глоссарием Оливера. Исследовано 64 больных шизофренией по классификации ДСМ-IV и ICD-10, участвующих в реабилитационной программе.

Результаты. Обнаружена зависимость между более слабыми результатами, полученными в тесте словесной подвижности и утяжелением негативных симптомов, меньшей охотой возвращения на работу, меньшим количеством контактов в социальной среде, а также худшей оценкой показателей качества жизни. Это последнее относится как к исполняемой работе в смысле пригодности больного в учреждении, так и степени приватности и сатисфакции со времени, проводимого вне дома. Результаты, полученные в тесте соединения пунктов коррелируют с увеличением негативных симптомов и общих, оцененных шкалой PANNS, а также с решением приступления к работе. Количество правильных ответов в тесте Векслера связано с большей охотой пациента быть на работе. Менее персеверационных ошибок было в ответах людей с высшим образованием. Больные, которые быстрее заполнили первую категорию теста, характеризует большее число общественных контактов.

Выводы. В группе больных с многолетним течением шизофрении при проведенных исследованиях обнаружены связи между утяжелением мнестических дефицитов и большинством принятых показателей результатов реабилитации.

Zusammenhang zwischen kognitiven Defiziten und dem Schizophrenieverlauf.

Leitstudien der Teilnehmer eines Rehabilitationsprogramms

Zusammenfassung

Ziel. Kognitive Defizite in der Schizophrenie sind eine „ursprüngliche Störung”, die erlaubt, die Anpassung der Kranken glaubwürdig vorzusehen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Beurteilung der Abhängigkeit zwischen den Ergebnissen der Rehabilitation, Art und Tiefe der kognitiven Störungen in der Patientengruppe mit viele Jahre andauernder Schizophrenie.

Methode. Die Beurteilung der kognitiven Defizite umfasst in der vorliegenden Arbeit die Leistung der ausführenden Funktionen und des Arbeitsgedächtnisses, die mit dem WCST- Test und mit dem Zeichenverbindungstest untersucht werden. Auch wurden die Wortfluenz und Kategorienfluenz untersucht. Es wurden 4 Indexe im Verlauf der Schizophrenie angenommen: die mit der PANSS - Skala gemessene Intensität der psychopathologischen Symptome, soziale Beziehungen und berufliches Funktionieren, die auf der klinischen Skala beurteilt wurde, dann die Lebensqualität, die mit dem Fragebogen von Olivier gemessen wurde. Es wurden 64 kranke Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nach DSM IV und ICD-10 untersucht, die an dem Rehabilitationsprogramm teilnahmen.

Ergebnisse. Es wurde die Abhängigkeit zwischen den schlechteren Ergebnissen im Wortfluenztest und der Intensität der negativen Symptomen, einer niedrigeren Bereitschaft zur Arbeitsaufnahme, kleineren Zahl der sozialen Beziehungen und schlechterer Beurteilung der Indexe der Lebensqualität auf dem Gebiet der Arbeit, des Privatlebens und der Zufriedenheit mit der verbrachten Zeit außerhalb des Hauses gezeigt. Die Ergebnisse des Zeichenverbindungstest hängen mit der Intensität der negativen und allgemeinen Symptome zusammen, die mit der PANSS - Skala beurteilt werden, und mit der Bereitschaft zur Beschäftigung. Die Zahl der korrekten Antworten im WCST - Test ist mit der größeren Bereitschaft zur Aufnahme einer Arbeit verbunden. Weniger perseverative Fehler begingen die Personen mit höherer Ausbildung. Die Personen, die schneller mit der ersten Testkategorie fertig waren, charakterisiert eine größere Zahl der sozialen Beziehungen.

Schlussfolgerungen. In der Gruppe der Personen mit der Schizophrenie, die mehrere Jahre dauert, wurden Zusammenhänge zwischen der Intensität der kognitiven Defizite und den meisten für die Studie angenommenen Indexe der Rehabilitationsergebnisse gezeigt.

Les déficits cognitifs et leurs corrélations avec la schizophrénie. Étude préliminaire concernant les résultats du programme de réhabilitation.

Résumé

Objectif. Les déficits cognitifs constituent les troubles «primaires» dans la schizophrénie. Ils permettent le pronostic authentique concernant le niveau de l'adaptation des malades, adaptation conçue dans le sens le plus large. Ce travail vise à estimer les corrélations des résultats de réhabilitation et le genre ainsi que l'intensité de ces troubles des patients souffrant de la schizophrénie de long terme.

Méthode. Cette estimation embrasse les déficit des fonctions cognitives et de la mémoire à court terme examinées avec les testes : WCTS, the Trial Making Test et les testes de fluence verbale. On prend en considération quatre indices du cours de la schizophrénie : intensité des symptômes mesurée par l'échelle PANSS, relations sociales et fonctionnement professionnel analysés avec les échelles cliniques et la qualité de vie mesurée avec le questionnaire d'Olivier. On a examiné 64 patients avec le diagnostic «schizophrénie» d'après DSM IV et ICD-10 participant au programme de réhabilitation.

Résultats. On démontre la corrélation des faibles résultats du teste de la fluence verbale et de la plus grande intensité des symptômes négatifs, nombre amoindri des relations sociales, disposition plus faible à travailler, qualité de vie estimée comme pire, bas niveau de la satisfaction du travail, de la vie privée et des loisirs. Les résultats du teste TMT corrént aussi avec l'intensité ses symptômes négatifs de l'échelle de PANSS et la plus faible disposition au travail. Le nombre des réponses correctes du teste WCTS corréle avec la plus grande disposition au travail. Les personnes avec l'éducation supérieure ont le nombre moins élevé des erreurs persévérées. Les personnes qui ont fait plus vite la première partie du teste se caractérisent par le plus grand nombre des relations sociales.

Conclusions. On a démontré que chez les patients avec la schizophrénie de longue durée on note des corrélations de l'intensité des déficits cognitifs et la plupart des indices analysés des résultats de réhabilitation.

Piśmiennictwo

1. Borkowska A, Rybakowski J. *Deficyty poznawcze w schizofrenii. W: Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych.* Biblioteka Psychiatrii Polskiej 2005, s. 7–29.
2. Kraepelin E. *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte.* 8 Auflage Leipzig: Barth, 1913.
3. Bleuler E. *Dementia praecox or the group of schizophrenias.* New York: International Universities Press; 1945.
4. Rappaport D, Gill M, Schafer R. *Diagnostic psychological testing.* Year Book, Chicago 1945.

5. Kay SR, Fiszbein A, Opler A. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13: 262–276.
6. Andreasen NC, Olsen S. *Negative v positive schizophrenia. Definition and validation*. Arch. Gen. Psychiatry 1982; 39 (7): 789–794.
7. Hirt M, Pithers W. *Selective attention and levels of coding in schizophrenia*. Brit. J. Clin. Psychol. 1991; 30: 139–149.
8. Carter CS, Barch DM. *Attention, memory and language disturbances in schizophrenia: characteristics and implications*. Advanc. Psychiatry 2000; 3: 45–72.
9. Goldberg TE, Weinberger DR., Berman KF, Pliskin NH, Podd MH. *Further evidence for dementia of the prefrontal type in schizophrenia? A controlled study of teaching the Wisconsin Card Sorting Test*. Arch. Gen. Psychiatry 1987; 44 (11): 1008–1014.
10. Wechsler D. *The measurement of the adult intelligence*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1941, s. 145–162.
11. Henry J, Crawford J. *A meta-analytic review of verbal fluency deficits in schizophrenia relative to other neurocognitive deficits*. Cogn. Neuropsychiatry 2005; 10 (1): 1–33.
12. Weinberger DR, Gallhofer B. *Cognitive function in schizophrenia*. Int. Clin. Psychopharmacol. 1997; 12 (supl. 4): 29–36.
13. Cechnicki A, Kaszyński H. *Programy rehabilitacji zawodowej i pracy dla osób chorych na schizofrenię – rozwiązania krakowskie*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9, s. 427–434.
14. Goldberg TE, Hyde TM, Kleinman JE, Weinberger DR. *Course of schizophrenia: neuropsychological evidence for a static encephalopathy*. Schiz. Bull. 1993; 19 (4): 797–804.
15. Cechnicki A, Valdez M. *Relation between schizophrenic patients' quality of life and symptom severity*. Arch. Psychiatry Psychother. 2003; 3: 55–69.
16. Harvey PD, Keefe RS. *Cognitive impairment in schizophrenia and implications of atypical neuroleptic treatment*. CNS Spectr. 1997; 2: 1–11.
17. Heinrichs RW, Zakzanis KK. *Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence*. Neuropsychol. 1998; 12 (3): 426–445.
18. Saykin AJ, Gur RC, Gur RE. *Neuropsychological function in schizophrenia. Selective impairment in memory and learning*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; 48 (7): 618–624.
19. Voruganti L, Heslegrave R, Award A. *Neurocognitive correlates of positive and negative syndromes in schizophrenia*. Can. J. Psychiatry 1997; 42: 1066–1071.
20. Arduini L, Kalyvoka A, Stratta P, Rinaldi O, Daneluzzo E, Rossi A. *Insight and neuropsychological function in patients with schizophrenia and bipolar disorder with psychotic features*. Can. J. Psychiatry 2003; 48, 5: 338–341.
21. Everett J, PhD, Lavoie K, MPs, Gagnon J-F, MPs, Gosselin N, MPs. *Performance of patients with schizophrenia on the Wisconsin Card Sorting Test (WCST)*. J. Psychiatry Neurosc. 2001; 26, 2: 123–130.
22. Morice R. *Cognitive inflexibility and prefrontal dysfunction in schizophrenia and mania*. Brit. J. Psychiatry 1990; 157: 50–54.
23. Mosiolek A, Łoza B. *Co mierzą testy neurokognitywne w schizofrenii?* Psychiatr. 2004; 1, 2: 113–119.
24. Andreasen NC. *Unitary model of schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 781–787.
25. Heslegrave RJ, Awad AG, Voruganti LNP. *The influence of neurocognitive deficits and symptoms on quality of life in schizophrenia*. J. Psychiatry Neurosc. 1997; 22; 4: 235–243.

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

Otrzymano: 4.09.2006
Zrecenzowano: 30.10.2006
Przyjęto do druku: 26.03.2007