

Prospektywna ocena wczesnego przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*

Prospective evaluation of the early course of schizophrenia in men and women after a first psychiatric hospitalization

Krystyna Jaracz¹, Krystyna Górna¹, Justyna Kiejda¹, Janusz Rybakowski²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego AM w Poznaniu
Kierownik: dr hab. n. med. K. Jaracz

² Klinika Psychiatrii Dorosłych AM w Poznaniu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rybakowski

Summary

Aim. To evaluate prospectively the course of schizophrenia in men and women after a first psychiatric hospitalization in terms of socio-vocational situation, social functioning and psychopathological status.

Methods. A study sample consisted of 74 patients (46 males, 28 females), examined 1 month (T. 1), 13 months (T. 2) after a discharge, and 4-6 years after T. 1 (T.3). The research instruments were: a questionnaire for socio-demographic data and information about the illness course, Social Functioning Scale (SFS) and PANSS.

Results. During the follow-up period, the socio-vocational situation and psychopathological status has worsened. The percentage of patients unemployed or not studying increased by 26%, whilst those receiving a disability pension by 50%. Despite of the pharmacological treatment, symptoms severity increased, particularly in the group of negative symptoms and general psychopathology ($p < 0.01$). Social functioning showed a significant trend to improve but only in some domains. Between T. 1 and the last follow-up, there was an increase in total SFS and in 3 out of the 7 domains. This improvement was particularly noticeable in the group of female patients hospitalized before the age of 20 years ($p < 0.05$). Female patients, regardless of age of their first hospitalization, scored higher in the Independence performance domain.

Conclusions. (1) The early course of schizophrenia appears to be heterogeneous. This was reflected by the deterioration of socio-vocational situation and psychopathological status, and by a variability of the changes in social functioning. (2) This heterogeneity and non-parallel changes should be taken into account when planning and evaluating therapeutic interventions. (3) The early course of schizophrenia seems to be more beneficial for female patients.

Słowa kluczowe: schizofrenia, przebieg choroby, płeć

Key words: schizophrenia, course of illness, gender

* Badania były finansowane ze środków budżetowych na naukę w latach 2005–2007 (nr projektu badawczego KBN: 2 PO5D 089 28).

Wstęp

Wśród opublikowanych dotychczas badań prospektywnych, dotyczących przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszym epizodzie, tylko nieliczne rozpatrują zmiany w czasie. Analiza tego przebiegu, z uwzględnieniem płci, we wcześniejszych pracach wykazała, że w zakresie pewnych cech jest on korzystniejszy dla kobiet, podczas gdy w odniesieniu do innych nie obserwuje się podobnego zróżnicowania [1, 2, 3]. W Polsce, jak do tej pory, przeprowadzono tylko dwa badania prospektywne chorych po pierwszym epizodzie schizofrenii. Jednakże od pierwszego upłynęło już ponad 10 lat, a drugie obejmowało tylko rok obserwacji [4, 5]. Istnieje zatem potrzeba aktualnych badań, pozwalających ocenić przebieg choroby z dłuższej perspektywy czasowej.

Celem niniejszej pracy była prospektywna ocena przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po 4–6 latach od I hospitalizacji psychiatrycznej z uwzględnieniem sytuacji społeczno-zawodowej, funkcjonowania społecznego oraz stanu psychicznego.

Badana grupa

Badanie prowadzono w latach 1998–2006. Ocen dokonywano 1 miesiąc po I hospitalizacji (badanie 1 – b. 1), 12 miesięcy później (b. 2) i po upływie 4–6 lat od b. 1 (śr. 5 lat, SD 0,7) (b. 3). Wstępną rekrutację chorych prowadzono w końcowym etapie hospitalizacji. Kwalifikowano pacjentów, u których rozpoznano pierwszy epizod schizofrenii zgodnie z ICD-10. Kryterium włączenia obejmowało również brak cech uszkodzenia OUN, uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, wyrażenie zgody na uczestnictwo w badaniach. Grupa pacjentów, która spełniała założone kryteria, liczyła 96 osób (38 K, 58 M). Po wyjściu ze szpitala, pomimo wstępnej deklaracji, 8 osób (2 K, 6 M) zrezygnowało z uczestnictwa w badaniach. W rezultacie w b. 1 wzięło udział 88 pacjentów (36 K, 52 M). Z tej grupy do b. 2 przystąpiło 86 chorych (34 K, 52 M), 2 osoby (2 K) odmówiły dalszego udziału. Pomiędzy b. 2 i 3, kolejnych 12 osób (6 K, 6 M) zostało wyłączonych. Nie nawiązano kontaktu z 3 osobami, 1 osoba popełniła samobójstwo, pozostałych 8 odmówiło dalszego uczestnictwa. Łącznie z badania wyłączono 14 osób: 8 K, 6 M (śr. wieku 24,2; SD: 4,0). W b. 3 wzięło udział 74 pacjentów: K 28 (38%), M 46 (62%). Stanowili oni grupę uczestniczącą w pełnym 3-etapowym cyklu badania. Średni wiek tych chorych podczas hospitalizacji wynosił 24,7 roku (SD 6,7), kobiety były starsze od mężczyzn (śr. o 3 lata, $p = 0,04$) (tabela 1).

Metody

Badania były prowadzone za pomocą kwestionariusza danych społeczno-demograficznych i związanych z przebiegiem choroby oraz standaryzowanych skal. Do oceny funkcjonowania społecznego zastosowano polską adaptację Skali Funkcjonowania Społecznego (SFS) [6]. Obejmuje ona 7 dziedzin funkcjonowania: wychodzenie z izolacji – WI (57,5–133 pkt.), komunikacja i więzi międzyludzkie – KW (55–145), kontakty społeczne – KS (65–145), rekreacja/rozrywka – RR (57–145), samodzielność realizowana – SR (53–131), samodzielność możliwa – SM (49–123), praca/zatrudnienie – PZ (81,5–125,5). Wynik całkowity SFS (SFS C) (55–145), który oznacza ogólny poziom funkcjonowania społecznego, stanowi sumę wyników uzyskanych

w poszczególnych dziedzinach. Do oceny stanu psychicznego zastosowano Skalę PANSS [7]. We wszystkich trzech badaniach skala PANSS była wypełniana przez jedną przeszkoloną osobę, współautorkę tej pracy (K.G.). Dane dotyczące przebiegu choroby były weryfikowane za pomocą dokumentacji medycznej oraz informacji uzyskanych od rodziny/opiekunów pacjenta.

Do analiz statystycznych wykorzystano testy parametryczne i nieparametryczne odpowiednio dla dwóch i więcej niż dwóch grup, dla zmiennych niepowiązanych oraz powiązanych. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

Wyniki

Poniżej przedstawiono analizę sytuacji społeczno-zawodowej (stanu cywilnego, wykształcenia, aktywności zawodowej i szkolnej, źródeł utrzymania), funkcjonowania społecznego, stanu psychicznego oraz leczenia.

Stan cywilny

Podczas I hospitalizacji ponad 2/3 chorych było stanu wolnego, w związku małżeńskim pozostawało 12%. Odsetek kobiet w tej kategorii był wyższy aniżeli mężczyzn ($p = 0,055$). W okresie obserwacji liczba osób stanu wolnego zmniejszyła się o 6,7%, a pozostających w związku wzrosła o 4%. Zmiana stanu cywilnego była istotna statystycznie ($p = 0,01$) i dotyczyła głównie mężczyzn (tabela 1).

Tabela 1. Stan cywilny, z podziałem na płeć

Cechy społeczno-demograficzne	Cała grupa (n = 74)		Kobiety (n = 28)		Mężczyźni (n = 46)		test	p
Wiek (śr. SD)	24,7 (6,1)		26,8 (7,5)		23,4 (4,8)		t = 2,1	0,04
Stan cywilny								
Dane wyjściowe*	n	%	n	%	n	%	Chi ²	
wolny/a	63	85,1	21	75,0	42	91,3		
w związku małżeńskim	9	12,1	6	21,4	3	6,5	3,6	0,055
w separacji	1	1,4	0	0	1	2,2		
rozwidziony/a	1	1,4	1	3,6	0	0		
Badanie 2								
wolny/a	62	83,8	21	75,0	41	89,1		
w związku małżeńskim	9	12,2	6	21,4	3	6,5	2,6	0,11
w separacji	2	2,7	0	0	2	4,3		
rozwidziony/a	1	1,3	1	3,6	0	0		
Badanie 3								
wolny/a	58	78,4	20	71,4	38	82,6		
w związku małżeńskim	12	16,2	7	25,0	5	10,9	1,3	0,26
rozwidziony/a	4	5,4	1	3,6	3	6,5		
Zmiana stanu cywilnego pomiędzy badaniem 1 i 3: Q Cochran = 8,4; p = 0,01								

* dane wyjściowe dotyczą okresu pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej

Wykształcenie

Podczas I hospitalizacji ponad 2/3 badanych miało wykształcenie średnie lub zawodowe. Wraz z upływem czasu odsetek osób z wykształceniem podstawowym i zawodowym uległ zmniejszeniu, a wzrósł o prawie 8% odsetek chorych z wykształceniem średnim i wyższym ($p = 0,009$). Powyższa zmiana dotyczyła głównie mężczyzn. Jednak we wszystkich badaniach kobiety cechowały się wyższym statusem wykształcenia ($p < 0,05$) (tabela 2).

Tabela 2. Wykształcenie, z podziałem na płeć

Wykształcenie	Cała grupa (n = 74)		Kobiety (n = 28)		Mężczyźni (n = 46)		Chi ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Dane wyjściowe								
podstawowe	14	18,9	3	10,7	11	23,9		
zawodowe	18	24,3	4	14,3	14	30,4	6,1	0,01
średnie	38	51,4	18	64,3	20	43,5		
wyższe	4	5,4	3	10,7	1	2,2		
Badanie 2								
podstawowe	12	16,2	2	7,1	10	21,7		
zawodowe	18	24,3	5	17,9	13	28,3	4,5	0,03
średnie	37	50,0	16	57,1	21	45,7		
wyższe	7	9,5	5	17,9	2	4,3		
Badanie 3								
podstawowe	9	12,2	1	3,6	8	17,4		
zawodowe	17	23,0	5	17,9	12	26,1	3,7	0,05
średnie	37	50	14	50,0	23	50,0		
wyższe	11	14,8	8	28,6	3	6,5		
Zmiana wykształcenia pomiędzy badaniem 1 i 3: Q Cochrańa = 9,3; p = 0,009								

Aktywność zawodowa i szkolna, źródła utrzymania

Do czasu I hospitalizacji czynnych zawodowo lub uczących się było ponad 60%. W grupie tej przeważali mężczyźni ($p = 0,02$). W następnych badaniach proporcja aktywnych i nieaktywnych w porównywanych grupach płci uległa wyrównaniu. Pomiedzy b. 1 i 3 odsetek osób niepracujących i nieuczących się zwiększył się o 25,7% ($n = 19$) ($p = 0,001$). Powyższa zmiana dotyczyła głównie mężczyzn, wśród których wzrost liczby osób nieaktywnych wynosił 37%. Spośród 46 badanych, aktywnych do I hospitalizacji, w b. 3 nie uczyło się ani nie pracowało 28 (60,9%) chorych, spośród 28 nieaktywnych pracowało lub uczyło się jedynie 9 (32%). W okresie obserwacji własne źródło utrzymania miało ponad 20% chorych. Pomiedzy b. 1 i 3 wzrosła o 50% liczba osób utrzymujących się wyłącznie z renty (tabela 3).

Tabela 3. Status zawodowy i źródło utrzymania, z podziałem na płeć

Status zawodowy	Cała grupa (n = 74)		Kobiety (n = 28)		Mężczyźni (n = 46)		Chi ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Dane wyjściowe								
praca zawodowa	18	24,4	3	10,7	15	32,6		
uczeń/student	28	37,8	10	35,7	18	39,1	4,7	0,03
nie uczy się/nie pracuje	28	37,8	15	53,6	13	28,3		
Badanie 2								
praca zawodowa	16	21,6	4	14,3	12	26,1		
uczeń/student	13	17,6	8	28,6	5	10,9	0,3	0,63
nie uczy się/nie pracuje	45	60,8	16	57,1	29	63,0		
Badanie 3								
praca zawodowa	22	29,7	10	35,7	12	26,1		
uczeń/student	5	6,8	2	7,1	3	6,5	0,9	0,33
nie uczy się/nie pracuje	47	63,5	16	57,1	31	67,4		
Zmiana statusu zawodowego pomiędzy badaniem 1 i 3: Q Cochran = 15,6; p = 0,001								
Źródło utrzymania (n/%)								
Dane wyjściowe	n	%	n	%	n	%		
praca/stypendium, praca + renta	20	27,0	4	14,3	16	34,8		
renta	6	8,1	3	10,7	3	6,5	2,0	0,15
na utrzymaniu, zasiłek	48	64,9	21	75,0	27	58,7		
Badanie 2								
praca/stypendium, praca + renta	16	21,6	4	14,3	12	26,1		
renta	32	43,2	13	46,4	19	41,3	0,8	0,37
na utrzymaniu, zasiłek	26	35,1	11	39,3	15	32,6		
Badanie 3								
praca/stypendium, praca + renta	21	28,4	9	32,1	12	26,0		
renta	43	58,1	15	53,6	28	60,9	0,02	0,9
na utrzymaniu, zasiłek	10	13,5	4	14,3	6	13,1		

Funkcjonowanie społeczne

W badanej grupie funkcjonowanie społeczne (SFS C) w b. 1 było stosunkowo niskie. W okresie pomiędzy b. 1 i 3 średnia SFS C wzrosła. Istotna poprawa miała miejsce pomiędzy b. 2 i 3 (tabela 4). Profil zmiany SFS C nie różnił się w zależności od płci ($p = 0,80$). Poprawę średniego poziomu funkcjonowania obserwowano w 3 dziedzinach spośród 7: KW, RR, SR ($p < 0,05$). W dziedzinie KS również odnotowano poprawę (b. 1 śr. 102,8 vs b. 3 śr. 107,2), jednak różnica nie osiągnęła istotności statystycznej ($p = 0,08$). Pogorszenie wykazano w dziedzinie PZ ($p = 0,01$), a w pozostałych dwóch (WI, SM) nie odnotowano zmian.

Zaobserwowano istotną zależność pomiędzy zmianą funkcjonowania a wiekiem I hospitalizacji (do 20 r.ż. i powyżej). W grupie hospitalizowanych do 20 r.ż. odnotowano poprawę funkcjonowania ($p = 0,003$), natomiast u starszych nie stwierdzono zmian.

Wykonano analizę porównawczą funkcjonowania kobiet i mężczyzn w poszczególnych etapach badania. Kobiety uzyskały lepsze wyniki SR (b. 1: K 98,5 pkt. vs M 90,1, $p = 0,02$; b. 2: K 99,8 vs M 89,3, $p = 0,002$; b. 3: K 107,9 vs M 95,8, $p = 0,001$). Przeprowadzono również analizę funkcjonowania kobiet i mężczyzn z uwzględnieniem wieku i hospitalizacji. We wszystkich badaniach kobiety hospitalizowane do 20 r.ż. uzyskały lepsze wyniki niż mężczyźni. W b. 1 dotyczyło to SFS C oraz 4 dziedzin: WI, KW, SR, SM ($p < 0,01$). W b. 2 wyższą punktację kobiet stwierdzono w dziedzinie SR i SFS C ($p < 0,01$). W b. 3 korzystniejsze wyniki kobiet dotyczyły SR i PZ ($p < 0,05$). W grupie hospitalizowanych po 20 r.ż. kobiety również uzyskały wyższą punktację SFS, ale tylko w jednej dziedzinie (SR) w b. 2 ($p < 0,01$) i w b. 3 ($p < 0,05$).

Tabela 4. Funkcjonowanie społeczne wg SFS – wynik całkowity z podziałem na płeć

SFS (śr. SD)	Cała grupa (n = 74)		Kobiety (n = 28)		Mężczyźni (n = 46)		t	p
	Śr.	SD	Śr.	SD	Śr.	SD		
Badanie 1	103,5	11,4	105,6	11,1	102,2	11,4	1,2	0,21
Badanie 2	104,4	10,6	107,4	10,4	102,6	10,5	1,9	0,06
Badanie 3	107,0	12,4	109,0	11,3	105,8	13,0	1,1	0,29
Zmiana funkcjonowania społecznego pomiędzy badaniem 1 i 3: $F_{2,146} = 4,3$; $p = 0,02$								

Stan psychiczny według PANSS

Dane dotyczące stanu psychicznego przedstawia tabela 5. Szczegółowa analiza pozycji PANSS wykazała, że w b. 1 do najczęściej występujących i najbardziej nasilonych objawów należały: formalne zaburzenia myślenia (śr. 2,3), utrudniony kontakt (śr. 2,8), bierność lub apatia (śr. 2,9), mowa aspontaniczna (śr. 2,5), troska o zdrowie fizyczne (śr. 2,6), lęk (śr. 2,7), depresja (śr. 2,6), zaburzenia uwagi (śr. 2,6). Analiza zmian w czasie wykazała, że w okresie pomiędzy b. 1 i 3 nastąpiło istotne pogorszenie się wszystkich grup symptomów, zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Istotna zmiana miała miejsce pomiędzy b. 2 i 3. Największy udział w pogorszeniu się stanu psychicznego miały objawy, których zarówno częstość występowania, jak i nasilenie wzrosły. Do objawów tych należały: emocjonalne wycofanie ($p = 0,001$), bierność lub apatia ($p = 0,007$), myślenie stereotypowe ($p < 0,001$), brak współpracy ($p < 0,001$), działania impulsywne ($p < 0,001$), zaburzenia woli ($p < 0,001$). Uwzględniając zakres punktacji poszczególnych wymiarów skali, wykazano, że we wszystkich badaniach najbardziej nasilone były objawy negatywne. Punktacja PANSS u mężczyzn i kobiet w poszczególnych etapach badania nie różniła się istotnie.

Tabela 5. Stan psychiczny badanych wg PANSS, z podziałem na płeć

PANSS	Cała grupa (n = 74)		Kobiety (n = 28)		Mężczyźni (n = 46)		t	p
	Śr.	SD	Śr.	SD	Śr.	SD		
Wynik całkowity, zakres: 30–210 pkt.								
Badanie 1	62,4	26,0	57,6	27,3	65,4	25,0	1,3	0,21
Badanie 2	63,7	29,9	55,9	32,2	68,5	27,7	1,8	0,08
Badanie 3	83,7	37,9	77,1	39,6	87,7	36,7	1,2	0,24
Zmiana PANSS pomiędzy badaniem 1 i 3: $F_{2;146} = 21,5; p < 0,001$								
Objawy pozytywne – zakres: 7–49 pkt.								
Badanie 1	12,0	5,7	11,3	5,1	12,5	6,1	0,8	0,37
Badanie 2	12,2	5,6	11,1	6,0	12,8	5,4	1,3	0,21
Badanie 3	17,2	8,2	16,1	8,4	17,9	8,2	0,9	0,36
Zmiana PANSS – P pomiędzy badaniem 1 i 3: $F_{2;146} = 26,7; p < 0,001$								
Objawy negatywne – zakres: 7–49 pkt.								
Badanie 1	16,6	8,9	15,4	10,1	17,3	8,3	0,9	0,38
Badanie 2	17,1	9,9	14,8	10,5	18,5	9,3	1,6	0,12
Badanie 3	21,1	10,5	18,2	10,3	22,5	10,6	1,5	0,15
Zmiana PANSS – N pomiędzy badaniem 1 i 3: $F_{2;146} = 10,0; p < 0,001$								
Objawy ogólne – zakres: 16–112 pkt.								
Badanie 1	33,4	13,5	30,3	18,4	35,3	13,2	1,5	0,13
Badanie 2	34,5	16,0	30,2	17,1	37,2	14,9	1,9	0,07
Badanie 3	45,4	20,8	42,2	22,4	47,4	19,7	1,0	0,30
Zmiana PANSS – G pomiędzy badaniem 1 i 3: $F_{2;146} = 21,02; p < 0,001$								

Przebieg leczenia

W okresie pomiędzy b. 1 i 2 oraz b. 2 i 3 blisko 70% badanych przyjmowało tylko leki atypowe (ALP), pozostali tylko typowe (TLP) lub oba rodzaje neuroleptyków łącznie (tabela 6). Odsetek przyjmujących ALP i TLP w grupie kobiet i mężczyzn nie różnił się istotnie. Przeprowadzono analizę porównawczą średnich wyników PANSS z uwzględnieniem rodzaju farmakoterapii. W b. 3 stwierdzono istotne różnice punktacji. Dotyczyły one całkowitego wyniku PANSS ($p = 0,002$), zespołu objawów pozytywnych ($p = 0,001$), negatywnych ($p = 0,02$) oraz ogólnej symptomatyki psychiatrycznej ($p = 0,001$). We wszystkich wymiarach PANSS najwyższą punktację uzyskano w grupie chorych, u których stosowano terapię łączoną. W okresie pomiędzy b. 1 i 2 oraz pomiędzy b. 2 i 3 zdecydowana większość chorych pozostawała pod opieką lekarza psychiatry: odpowiednio 94 i 89%. Z różnych form opieki pozaszpitalnej, pomiędzy b. 2 i 3, korzystało 18 (24,3%) chorych, w tym 2 (2,7%) przebywało na

oddziale dziennym, 10 (13,5%) w środowiskowym domu opieki, 5 (6,8%) brało udział w warsztatach terapii, 4 (5,4%) należało do klubu pacjenta, 3 (4,1%) uczestniczyły w spotkaniach stowarzyszenia chorych i rodzin, 7 (9,5%) korzystało z psychoterapii i 3 (4,1%) z psychoedukacji.

Tabela 6. Przebieg leczenia, z podziałem na płeć

Cechy społeczno-demograficzne	Cała grupa (n = 74)		Kobiety (n = 28)		Mężczyźni (n = 46)	
	n	%	n	%	n	%
Rodzaj neuroleptyku ^a						
Pomiędzy badaniem 1 i 2						
ALP	49	67,2	21	78,8	28	60,9
TLP	9	12,3	4	14,8	5	10,9
ALP + TLP	12	16,4	2	7,4	10	21,7
Bez leków	3	4,1	0	0	3	6,5
Systematyczność ^b przyjmowania leków						
Tak	53	77,2	22	84,6	31	73,8
Nie	12	17,6	4	15,4	8	19,0
Bez leków	3	4,4	0	0	3	4,4
Rodzaj neuroleptyku						
Pomiędzy badaniem 2 i 3						
ALP	51	68,9	20	71,4	31	67,4
TLP	8	10,8	4	14,3	4	8,7
ALP + TLP	8	10,8	1	3,6	7	15,2
Bez leków	7	9,5	3	10,7	4	8,7
Systematyczność przyjmowania leków						
Tak	64	86,5	24	85,7	40	87,0
Nie	3	4,1	1	3,6	2	4,3
Bez leków	7	9,5	3	10,7	4	8,7

^a n = 73, ^b n = 6

Funkcjonowanie społeczne w zależności od stanu psychicznego i leczenia

We wszystkich badaniach stwierdzono istotną korelację pomiędzy funkcjonowaniem społecznym a stanem psychicznym ($p < 0,01$). Współczynniki korelacji pomiędzy SFS C a PANSS były ujemne i wynosiły odpowiednio: w b. 1 – 0,63, w b. 2 – 0,54, w b. 3 – 0,74. Wykazano również istotną korelację pomiędzy zmianą PANSS a zmianą SFS C w czasie: dla całej grupy $r = -0,53$ ($p < 0,01$), dla mężczyzn $r = -0,54$, ($p < 0,01$), dla kobiet $r = -0,41$ ($p < 0,05$).

Analizując zmianę funkcjonowania społecznego w zależności od rodzaju terapii neuroleptykami (ALP vs TLP vs ALP + TLP vs bez leków), nie wykazano różnic

w profilu zmiany SFS C pomiędzy b. 1 i 2 oraz pomiędzy b. 2 i 3. Natomiast w analizach przekrojowych stwierdzono istotne różnice SFS C w b. 3. Osoby przyjmujące ALP + TLP uzyskały istotnie niższe wyniki w ocenie funkcjonowania psychicznego aniżeli przyjmujące jeden rodzaj neuroleptyku ($p = 0,05$). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic stanu psychicznego pomiędzy grupami osób korzystających i nie korzystających z różnych form opieki środowiskowej.

Analiza porównawcza stanu klinicznego i funkcjonowania społecznego grupy badanej i wyłączonej z badania

Grupę wyłączoną z badania (b. 1: $n = 12$; b. 2: $n = 14$) i grupę, która pozostała w badaniu (b. 1: $n = 76$; b. 2: $n = 74$), porównano pod względem stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego (oddzielnie dla b. 1 i 2). Stan psychiczny wg PANSS osób wyłączonych z badania był lepszy niż osób uczestniczących w b. 1 i 2, jednakże różnica była istotna statystycznie tylko dla wyniku PANSS w b. 2 (śr. 46,4 vs 64,7; $p = 0,05$). Podobnie, funkcjonowanie społeczne było lepsze wśród pacjentów wyłączonych z badania. Różnice statystycznie istotne w b. 1 dotyczyły SFS C (121,5 vs 109,5; $p = 0,04$) oraz dziedzin: WI, KW ($p < 0,05$). W b. 2 różnice istotne dotyczyły: SFS C (113,1 vs 104,4; $p = 0,01$) i dziedzin: WI, KS i SR ($p < 0,05$).

Omówienie

Sposób doboru osób do badań i przyjęte kryteria miały na celu uzyskanie możliwie homogennej próby, mogącej stanowić reprezentację populacji chorych z pierwszym epizodem schizofrenii (por. rozdz. „Badana grupa”). Badana grupa, scharakteryzowana szczegółowo również we wcześniejszym doniesieniu [5], była zbliżona pod względem podstawowych cech społeczno-demograficznych i klinicznych do grup pacjentów z pierwszym epizodem, opisywanych w podobnych badaniach innych autorów [8, 9, 10, 11, 12].

Przebieg schizofrenii analizowano, uwzględniając trzy główne wymiary: sytuację społeczno-zawodową, funkcjonowanie społeczne i stan psychiczny. Uzyskane wyniki wskazują, że przebieg choroby miał charakter zróżnicowany w zależności od ocenianego wymiaru. Stwierdzono pogorszenie się sytuacji społeczno-zawodowej, w zakresie statusu zawodowego, źródeł utrzymania, stanu cywilnego, oraz obniżenie funkcjonowania w dziedzinie PZ. Wykazano również pogorszenie się stanu psychicznego, związane zwłaszcza z nasileniem objawów negatywnych i psychopatologii ogólnej. Jednocześnie stwierdzono poprawę w 3 dziedzinach funkcjonowania i w zakresie wyniku ogólnego oraz brak istotnych zmian w 3 innych obszarach aktywności.

O pogorszeniu się statusu zawodowego świadczy zmniejszenie się odsetka osób aktywnych zawodowo lub uczących się o 1/4. W badaniu 3 blisko 2/3 chorych nie pracowało lub nie uczyło się. W grupie tej znajdowała się większość tych, którzy uczyli się do czasu I hospitalizacji, oraz 4/5 grupy nieaktywnych przed hospitalizacją. Powyższe dane są zbliżone do wcześniejszych doniesień. Według różnych autorów, wskaźnik zatrudnienia chorych na schizofrenię wynosi od 13 do 52% w chwili rozpo-

częcia choroby, a po kilku latach jej trwania obniża się i wynosi od 9 do 30% [13, 14]. W niniejszej pracy, podobnie jak w innych badaniach, nie odnotowano różnic statusu zatrudnienia pomiędzy kobietami a mężczyznami [15, 16]. Z niekorzystną sytuacją zawodową wiązał się między innymi wzrost o 50% grupy osób, dla których renta była jedynym źródłem utrzymania. Należy stąd wnioskować, że problem zatrudnienia chorych na schizofrenię pozostaje nierozwiązany.

Przeprowadzone analizy wskazują również na niekorzystną sytuację badanych pod względem stanu cywilnego. Tylko nieliczne osoby zawarły związek małżeński w okresie katamnezy. Podobne wyniki podają inni autorzy [1, 17]. Uzyskane dane nie potwierdziły natomiast wcześniejszych doniesień, wskazujących na większy odsetek pozostających w związkach małżeńskich kobiet niż mężczyzn [18, 19].

Funkcjonowanie społeczne wg skali SFS, w porównaniu z sytuacją społeczno-zawodową, charakteryzowało się bardziej zróżnicowanym przebiegiem. W pierwszym roku obserwacji było stosunkowo niskie i utrzymywało się na stałym poziomie. W kolejnych latach, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, nastąpiło pogorszenie w dziedzinie PZ, co potwierdza wyżej prezentowane dane dotyczące aktywności zawodowej i wskazuje na niemożność pokonania przez chorych licznych barier społecznych i ekonomicznych [20]. W dziedzinach: WI, KS, SM zmian nie odnotowano w całym okresie obserwacji, natomiast zaobserwowano poprawę w SFS C i w dziedzinach: KW, RR, SR. Oznacza to, że chorzy poprawili swoją zdolność komunikowania się, zagospodarowywania wolnego czasu i wykonywania czynności życia codziennego. Lepsze funkcjonowanie było szczególnie widoczne u chorych hospitalizowanych do 20 r.ż., co mogło być częściowo związane z większą, w porównaniu z osobami starszymi, opieką i zaangażowaniem rodziców [12]. Analiza porównawcza funkcjonowania z uwzględnieniem płci wykazała lepsze funkcjonowanie kobiet, w porównaniu z mężczyznami, w dziedzinie SR oraz w kilku innych dziedzinach, lecz tylko w grupie osób hospitalizowanych do 20 r.ż. Stwierdzone zróżnicowanie mogło wynikać z uwarunkowań kulturowych związanych z pełnieniem ról oraz innych czynników, takich jak: ochronna funkcja estrogenów, odmienny przebieg procesów adaptacyjnych, gorsza reakcja mężczyzn na farmakoterapię [21, 22, 23].

Kolejnym ocenianym wymiarem przebiegu schizofrenii był stan psychiczny. W pierwszym roku obserwacji nie odnotowano istotnego wzrostu nasilenia objawów psychopatologicznych, które utrzymywały się na umiarkowanym poziomie. W kolejnych latach stan psychiczny w większości, zarówno mężczyzn, jak i kobiet, uległ pogorszeniu. Wydaje się, że jedną z przyczyn mógł być brak ciągłości i kompleksowości opieki szpitalnej, za czym przemawia niewielki odsetek badanych objętych jakąkolwiek formą opieki środowiskowej. Inną przyczyną mógł być sposób dawkowania leków, jednak ta hipoteza, wobec nieprzewodzenia szczegółowego monitorowania przebiegu leczenia farmakologicznego w tej pracy, wymagałaby sprawdzenia w dalszych badaniach.

Przedstawione wyniki, dotyczące zarówno stanu psychicznego, jak i funkcjonowania społecznego, wskazują, że w przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn można wyróżnić 2 etapy: pierwszy – względnej stabilności, i drugi – zauważalnych, zróżnicowanych zmian. Można przypuszczać, że u przynajmniej części pacjentów

udało się zaobserwować opisane przez Straussa i wsp. [24] fazy choroby psychicznej, obejmujące: okresy ostrych zaburzeń psychotycznych, stabilności objawów psychopatologicznych i funkcjonowania, oraz okres zmiany, określane jako punkt zwrotny. Jak dalece zaobserwowany trend jest trwały i jaka będzie dalsza dynamika oraz kierunek zmian, pokażą przyszłe analizy, gdyż badania są kontynuowane.

Ograniczenia przeprowadzonych badań

Można wyróżnić trzy główne ograniczenia tej pracy. Po pierwsze, wraz z upływem czasu nastąpiło zmniejszenie się badanej grupy, co mogło powodować obciążenie ostatecznie uzyskanych wyników, gdyż grupa wyłączona z badania cechowała się lepszym początkowym funkcjonowaniem psychicznym i społecznym. Z drugiej strony osoby wyłączone nie różniły się istotnie od pozostających w badaniu pod względem podstawowych cech społeczno-demograficznych i klinicznych. Po drugie, badaną grupę rekrutowano spośród chorych hospitalizowanych, których stan kliniczny z reguły jest gorszy aniżeli pacjentów leczonych ambulatoryjnie lub osób nie leczących się, mimo występujących objawów. Może to powodować odnoszenie wyników do subpopulacji chorych o mniej korzystnym przebiegu choroby. Po trzecie, odstęp pomiędzy badaniem 2 i 3 nie był jednakowy dla wszystkich chorych, co było powiązane z realizacją projektu badawczego. Przeprowadzona analiza statystyczna nie wykazała jednak istotnych odrębności stanu psychicznego i funkcjonowania społecznego chorych ze względu na różnice czasowe pomiędzy badaniem 2 i 3.

Wnioski

1. Przebieg schizofrenii u chorych w ciągu kilku lat po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej miał charakter zróżnicowany.
2. W przebiegu choroby obserwowano zarówno pogorszenie się stanu psychicznego, sytuacji społeczno-zawodowej, brak zmian (w trzech dziedzinach funkcjonowania społecznego), jak i poprawę (w trzech dziedzinach funkcjonowania społecznego).
3. Złożoność i niejednokierunkowość wczesnego przebiegu schizofrenii powinna być uwzględniana w planowaniu i ocenie interwencji terapeutycznych.
4. Wczesny przebieg schizofrenii wydaje się korzystniejszy dla kobiet niż mężczyzn, szczególnie wśród chorych hospitalizowanych do 20 roku życia.

Перспективная оценка раннего течения шизофрении у женщин и мужчин после первой психиатрической госпитализации

Содержание

Задание. Перспективная оценка течения шизофрении у женщин и мужчин после I госпитализации с учетом общественно-профессиональной ситуации, общественного функционирования и психического состояния.

Методы. Исследовано 74 больных (в том числе 28 женщин и 46 мужчин) после одного месяца со времени первой госпитализации, далее после 13 месяцев и после 4–6 годах. Для

исследований использованы глоссарий общественно-демографических данных и течения болезни, Шкалу общественного функционирования и шкалу PANSS.

Результаты. В периоде наблюдения наступило ухудшение общественно-профессиональной ситуации и психического состояния. Процент неучащихся и неработающих увеличился на 26%, получающих пенсию на 50%. Несмотря на фармакологическое лечение, в исследованной группе повысилась средняя пунктов в шкале PANSS, особенно негативных симптомов и общей психопатологии ($p < 0,01$). Частичному улучшению подвергалось общественное функционирование. Между первым месяцем после госпитализации и после 4–6 годах со времени первой госпитализации появилось улучшение полного результата в Шкале общественного функционирования у трех среди семи симптомов. Улучшение психического состояния было лучшим среди женщин, госпитализированных до 20 года жизни – $p < 0,05$. Кроме того, независимо от возраста первой госпитализации, они лучше функционировали в области реализации самодельности.

Выводы. 1. Течение шизофрении в нескольколетнем периоде после первой психиатрической госпитализации было неоднородно, отражением которого было ухудшение психического состояния и общественно-профессионального положения больных. Кроме, того отмечена разнородность изменений в отдельных областях функционирования. 2. Сложность и разнонаправленность раннего течения болезни должна быть учитываема при планировании и оценке терапевтических интервенций. 3. Ранний процесс шизофрении, по-видимому, лучший для женщин, нежели мужчин.

Prospektive Beurteilung der frühen Verlaufs von Schizophrenie bei Frauen und Männern nach der ersten psychiatrischen Hospitalisierung

Zusammenfassung

Ziel. Prospektive Beurteilung des Schizophrenieverlaufs bei Frauen und Männern nach der ersten Hospitalisierung unter Berücksichtigung der sozialberuflichen Lage, des sozialen Funktionierens und psychischen Zustandes.

Methoden. 74 Patienten wurden untersucht (28 F., 46 M.) nach einem Monat seit der ersten Hospitalisierung (b.1), nach 13 Monaten (b.2) und nach 4–6 Jahren seit b.1 (b.3). Bei der Studie wurden angewandt: Fragebogen der sozialdemographischen Angaben und zum Krankheitsverlauf, Skala zum sozialen Funktionieren (SFS) und PANSS - Skala.

Ergebnisse. In der Beobachtungszeit verschlechterten sich die sozial - berufliche Lage und der psychische Zustand. Der Prozentsatz der Nicht - Studierenden und Nicht - Berufstätigen stieg um 26%, der von der Pension Lebenden um 50%. Trotz der pharmakologischen Behandlung stieg in der untersuchten Gruppe die Durchschnittszahl der PANSS - Score, besonders der negativen Symptome und der allgemeinen Psychopathologie ($p < 0,01$). Teilweise verbesserte sich soziales Funktionieren. Zwischen b.1 und 3 verbesserten sich die ganzen Ergebnisse der SFS und drei aus 7 Gebieten. Die Verbesserung war signifikant bemerkbar unter den Frauen, die im Alter bis zum 20. Lebensjahr hospitalisiert wurden ($p < 0,05$). Außerdem funktionierten die Frauen, unabhängig vom Alter bei der ersten Hospitalisierung, besser auf dem Gebiet: realisierte Selbständigkeit.

Schlussfolgerungen. (1) Der Schizophrenieverlauf hatte einige Jahre nach der ersten psychiatrischen Hospitalisierung einen unterschiedlichen Charakter, was die Verschlechterung des psychischen Zustandes und die Verschlechterung der sozialberuflichen Lage der Kranken widerspiegelte. Wichtig waren auch die uneinheitlichen Veränderungen in einzelnen Gebieten des Funktionierens. (2) Die Zusammengesetztheit und Mangel an Einseitigkeit beim frühen Verlauf sollen auch beim Planen und bei der Beurteilung der therapeutischen Maßnahmen berücksichtigt werden. (3) Der frühe Verlauf der Schizophrenie scheint für die Frauen günstiger zu sein.

L'évaluation prospective du cours précoce de la schizophrénie des femmes et des hommes après la première hospitalisation psychiatrique

Résumé

Objectif. L'évaluation prospective du cours précoce de la schizophrénie des femmes et des hommes après leur première hospitalisation psychiatrique en prenant en considération leur: situation sociale, professionnelle, fonctionnement social et état psychique.

Méthodes. On examine 74 patients (28 femmes, 46 hommes) trois fois: un mois après leur première hospitalisation, après 13 mois, après 4-6 ans après leur première hospitalisation. Pour cet examen on utilise les questionnaires: des données socio-démographiques et du parcours de la maladie, Social Functioning Scale(SFS) et l'échelle PANSS.

Résultats. Durant la période analysée on note l'aggravation de la situation sociale et professionnelle et de l'état psychique. Le pourcentage des personnes sans travail et ne continuant pas leur éducation augmente de 26%, le pourcentage des personnes vivant de leur pension d'invalidité augmente de 50%. Malgré la pharmacothérapie poursuivie les résultats de l'échelle PANSS augmentent, surtout des symptômes négatifs et de la psychopathologie générale ($p < 0,01$). Le fonctionnement social s'améliore un peu. Durant la période du premier examen jusqu'à troisième on observe l'amélioration du résultat total de SFS des 7 domaines. Cette amélioration est visible surtout dans le groupe de femmes hospitalisées avant leur 20 années ($p < 0,05$). En général, indépendamment de l'âge, le fonctionnement des femmes est meilleur dans le domaine – indépendance réalisée.

Conclusions. 1. Le cours de la schizophrénie quelques ans après la première hospitalisation est hétérogène et cela se fait voir dans l'aggravation de l'état psychique et de la situation sociale et professionnelle des patients ainsi que dans la variabilité des changements du fonctionnement. 2. L'hétérogénéité et les changements omnidirectionnels du cours précoce de la schizophrénie doivent être pris en considération dans les plans et les évaluations thérapeutiques. 3. Le cours précoce de la schizophrénie semble être plus avantageux pour les femmes.

Piśmiennictwo

1. Hafner H. *Schizophrenia: Do men and women suffer from the same disease?* Rev. Psiqu. Clin. 2002; 29: 267–292.
2. Thara R. *Twenty-year course of schizophrenia: The Madras longitudinal study.* Can. J. Psychiatry 2004; 49: 564–569.
3. Usall J, Ochoa S, Araya S, Marguez M. NEDES group (Assessment Research Group in Schizophrenia). *Gender differences and outcome in schizophrenia: a 2-year follow-up study in a large community sample.* Eur. Psychiatry 2003; 18: 282–284.
4. Cechnicki A. *Jakość życia osób chorych na schizofrenię. Część I – wyniki badań w psychospołecznym programie leczenia.* Psychoterapia 2001; 2: 5–17.
5. Górna K. *Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.* Poznań: AM w Poznaniu; 2005.
6. Załuska M. „Skala funkcjonowania społecznego” (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 237–251.
7. Kay SR, Izbin A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia.* Schizophr. Bull. 1987; 13: 261–276.
8. Gupta S, Andreasen NC, Arndt S, Flaum M, Hubbard WC, Ziebell S. *The Iowa longitudinal study of recent onset psychosis: one-year follow-up of first episode patients.* Schizophr. Res. 1997; 23: 1–13.
9. Coldham EL, Addington J, Addington D. *Medication adherence of individuals with a first episode of psychosis.* Acta Psychiatr. Scand. 2002; 106: 286–290.
10. Ho BC, Nopoulos P, Flaum M, Arndt S, Andreasen NC. *Two year outcome in first episode schizophrenia: Predictive value of symptoms for quality of life.* Am. J. Psychiatry 1998; 155: 1196–1201.

11. Malla AK, Norman RMG, McLean TS, Macintosh E. *Impact of phase-specific treatment of first episode of psychosis on Wisconsin Quality of Life Index (client version)*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 103: 355–361.
12. Lenior ME, Dingemans MAJ, Schene AH, Linszen DH. *Predictors of the early 5-year course of schizophrenia: A path analysis*. Schizophr Bull. 2005; 31: 781–791.
13. Marwaha S, Johnson S. *Schizophrenia and employment. A review*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39: 337–349.
14. Załuska M. *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię po 15 latach od pierwszej hospitalizacji (cz. I – ocena funkcjonowania)*. Psychiatr. Pol. 1997; XXXI: 559–572.
15. Van der Heiden W, Krumm B, Muller S, Weber I, Biehl H, Schafer M. *Eine prospective Studie zum Langzeitverlauf schizophrener Psychosen: Ergebnisse der 14-Jahres-kiatamnese*. ZMP, 1996; 66–75.
16. Rogers ES, Anthony WA, Tolle J, Brown MA. *Vocational outcomes following psychosocial rehabilitation*. J. Vocation. Rehabil. 1991; 1: 21–29.
17. Vazquez-Barquero J, Kuesta MJ, Castandeo SH, Lastra I, Herman A, Dunn G. *Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up*. Brit. J. Psychiatry 1999; 174: 141–149.
18. Leong A, Chue P. *Sex differences in schizophrenia, a review of the literature*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 101: 3–38.
19. Thara R, Srinivasan TN. *Outcome of marriage in schizophrenia*. Soc. Psychiatr. Epidemiol. 1997; 32: 416–420.
20. Wciórka B, Wciórka J. *Polacy o schizofrenii i chorych na schizofrenię*. Warszawa: CBOS; 2002.
21. Hafner H. *Gender differences in schizophrenia*. Psychoendocrinol. 2003; 28: 17–54.
22. Kelley DL. *Treatment considerations with schizophrenia*. J. Women's Health 2006; 15: 1132–1140.
23. Roder-Wanner UU, Priebe S. *Objective and subjective quality of life of first-admitted women and men with schizophrenia*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 1998; 248: 250–258.
24. Strauss JS, Hafez H, Lieberman P, Harding CM. *The course of psychiatric disorder, III: longitudinal principles*. Am. J. Psychiatry 1985; 142: 289–296.

Adres: Krystyna Jaracz
Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Psychiatrycznego
Akademii Medycznej 460-179 Poznań,
ul. Smoluchowskiego 11

Otrzymano: 12.02.2007
Zrecenzowano: 10.04.2007
Przyjęto do druku: 4.10.2007