

Artur de Rosier

**Funkcjonowanie chorych na schizofrenię - analiza na przykładzie wybranej grupy
chorych z Wielkopolski**

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: prof. dr hab. med. Jacek Wysocki

Promotor pomocniczy: dr n.med. Paweł Wójciak



Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2021

SPIS TREŚCI

1. Wstęp	6
2. Schizofrenia	9
2.1 Epidemiologia schizofrenii	9
2.2 Etiologia schizofrenii	9
2.3 Kryteria diagnostyczne schizofrenii	10
2.4 Objawy pozytywne schizofrenii	12
2.5 Objawy negatywne schizofrenii	13
2.5.1 Definicja	13
2.5.2 Epidemiologia objawów negatywnych	14
2.5.3 Etiologia objawów negatywnych	14
2.5.4 Zespół deficytowy i uporczywe objawy negatywne	15
2.6 Przebieg schizofrenii	15
2.7 Leczenie schizofrenii	17
2.7.1 Farmakoterapia	17
2.7.1.1 Leki przeciwpsychotyczne	17
2.7.1.2 Schizofrenia lekooporna	19
2.7.1.3 Uporczywy brak współpracy	20
2.7.2 Psychoterapia	21
2.8 Rokowanie w schizofrenii	22
3. Funkcjonowanie pacjentów ze schizofrenią	24
3.1 Definicja	24
3.2 Jakość życia	25
3.3 Stygmatyzacja osób ze schizofrenią	25
3.4 Kontakty międzyludzkie	26
3.5 Praca zawodowa	27
3.6 Formy pomocy i oparcia społecznego	28
3.7 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego	30
4. Cel pracy i hipotezy badawcze	31
4.1 Cel pracy	31
4.2 Hipotezy badawcze	31
5. Materiał i metody badań	32
5.1 Kryteria doboru osób badanych	32
5.2 Metody badań	32

5.2.1	Zastosowane narzędzia badawcze	32
5.2.2	Wywiad	33
5.2.3	Skala zespołu pozytywnego i negatywnego – PANSS	33
5.2.4	Krótką Skala Objawów Negatywnych – BNSS	34
5.2.5	Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego – PSP	35
5.2.6	Skala funkcjonowania społecznego Birchwooda – SFS	36
5.2.7	Samoocena objawów negatywnych – SNS	37
6.	Wyniki badań własnych	38
6.1	Wstęp	38
6.2	Charakterystyka grup badanych	38
6.2.1	Grupa osób leczonych ambulatoryjnie	38
6.2.2	Grupa hospitalizowana	40
6.3	Zastosowane metody statystyczne	41
6.3.1	Metody opisu statystycznego	41
6.3.2	Metody oceny istotności różnic	42
6.4	Zastosowane narzędzia badawcze	42
6.4.1	Skala zespołu pozytywnego i negatywnego – PANSS	42
6.4.2	Krótką Skala Objawów Negatywnych – BNSS	43
6.4.3	Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego – PSP	43
6.4.4	Skala funkcjonowania społecznego Birchwooda – SFS	44
6.4.5	Samoocena objawów negatywnych – SNS	44
6.5	Porównania grup w ramach próby badanej wyróżnionych ze względu na zmienne demograficzne – płeć, stan cywilny, wykształcenie	45
6.5.1	Porównanie ze względu na płeć	45
6.5.2	Porównanie ze względu na stan cywilny	50
6.5.3	Porównanie ze względu na wykształcenie	56
6.6	Porównanie grup badanych ze względu na stosowaną farmakoterapię	59
6.6.1	Grupa leczona ambulatoryjnie	59
6.6.2	Grupa hospitalizowana	60
6.7	Porównanie grup badanych ze względu na funkcjonowania psychospołeczne	60
6.7.1	Skala BNSS	61
6.7.2	Skala PANSS	61
6.7.3	Skala PSP	63
6.7.4	Skala SFS	63

6.7.5 Skala SNS	64
7. Dyskusja	66
7.1 Wprowadzenie	66
7.2 Porównanie ze względu na płeć	67
7.3 Porównanie ze względu na stan cywilny	68
7.4 Porównanie ze względu na wykształcenie	69
7.5 Porównanie ze względu na stosowaną farmakoterapię	70
7.6 Porównanie grupy hospitalizowanej i ambulatoryjnej ze względu na funkcjonowanie psychospołeczne	72
7.7 Podsumowanie	75
8. Wnioski	78
9. Streszczenie	79
10. Summary	81
11. Bibliografia	83
12. Wykaz tabel i rycin	98
12.1 Tabele	98
12.2 Ryciny	99
13. Aneks	100

OBJAŚNIENIA SKRÓTÓW

5-HT₂	receptor serotoninowy
ANOVA	analiza wariancji (<i>Analysis of Variance</i>)
BNSS	Krótką Skala Objawów Negatywnych (<i>Brief Negative Symptom Scale</i>)
D₂	receptor dopaminowy
Dz.U.	Dziennik Ustaw
EPS	objawy pozapiramidowe (<i>Extrapyramidal Symptoms</i>)
FDA	Agencja Żywności i Leków (<i>Food and Drug Administration</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – wersja dziesiąta (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICD-11	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – wersja jedenasta (<i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
LAI	leki przeciwpsychotyczne o przedłużonym działaniu (<i>Long-acting Antipsychotic Injections</i>)
LPP I	leki przeciwpsychotyczne pierwszej generacji
LPP II	leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OUN	ośrodkowy układ nerwowy
PANSS	Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych (<i>Positive and Negative Syndrome Scale</i>)
PNS	uporczywe objawy negatywne (<i>Persistent Negative Symptoms</i>)
PSP	Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego
PTP	Polskie Towarzystwo Psychiatryczne
SFS	Skala funkcjonowania społecznego Birchwooda (<i>The Birchwood Social Functioning Scale</i>)
SNS	Samooocena objawów negatywnych (<i>Auto-évaluation des symptômes négatifs</i>)
SPSS	Pakiet Statystyczny dla Nauk Społecznych (<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>)
TRS	schizofrenia oporna na leczenie (<i>Treatment Resistant Schizophrenia</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>World Health Organization</i>)
WTZ	warsztaty terapii zajęciowej

1. WSTĘP

Wprowadzenie

Człowiek od zarania dziejów postrzegany był jako istota złożona z dwóch elementów: sfery ducha (*res cogitans* – rzecz myśląca) i sfery materii (*res extensa* – rzecz rozszerzona). Kartezjusz oparł o tą ideę swoją teorię przyrody, ale już w starożytności wyróżniano dualizm duszy i ciała. Stworzone w 1808 r. przez Johanna Reila pojęcie „psychiatria” pochodzi z greckiego *psychē* dusza, umysł oraz *iatros* – lekarz, uzdrowiciel.

Hipokratejski temperament związany z przewagą jednego z płynów w organizmie (choleryczny, sangwiniczny, flegmatyczny i melancholiczny) miał konotacje somatyczne, ale już Średniowiecze i czasy nowożytne nadały temperamentom cechy psychiczne (Bilikiewicz 2007).

Niezależnie od teorii jakie poprzez wieki definiowały człowieka, ich wspólną płaszczyzną zawsze była dążność do utrzymania równowagi dzięki adaptacji zależnej od zbierania i przetwarzania danych w ośrodkowym układzie nerwowym. Wszelkie zaburzenia w sferze adaptacji wyrażające się odbiegającym od zakresu kulturowo oczekiwanego i akceptowanego funkcjonowania wraz z przyczynami i symptomatyką tworzącą poszczególne zaburzenia psychiczne leżą w kręgu zainteresowań psychiatrii.

Początki naukowej psychiatrii przypadają na wiek XVIII, kiedy to uporządkowano i uszczegółowiono podstawy teoretyczne nauki oraz zaczęto przywiązywać większą wagę do humanitarnych warunków leczenia. W wieku XX psychiatria stała się w pełni rozwiniętą, regularną nauką bazującą na biologicznych mechanizmach problemów zdrowotnych, posiadającą rozbudowane zaplecze teoretyczne, klasyfikacje chorób i szeroką wiedzę na temat sposobów ich leczenia (Gałęcki, Szulc 2018).

Schizofrenia zawsze była chorobą, której przejawy i istota nurtowały środowisko medyczne, szczególnie widoczne w historii medycyny pod koniec XIX i na początku XX wieku. W 1896 roku Emil Kraepelin w swojej „*Psychiatrie*” wprowadził pojęcie *dementia praecox*, choć nazwę „schizofrenia” nadał chorobie jego naukowy spadkobierca Eugen Bleuler w 1908 roku. Kraepelin opisał chorobę jako „zespół zaburzeń poznawczych, emocjonalnych i wolicjonarnych o niepomyślnym przebiegu prowadzących do stopniowej degradacji psychicznej” (Gałęcki, Szulc 2018).

Jednym z wiodących ośrodków opieki, ale i myśli psychiatrycznej początku XX wieku w Polsce, był Krajowy Zakład Psychiatryczny Dziekanka zbudowany w 1894 roku w odległości

1 kilometra od Gniezna (Jaska 1994). W środowisku lekarskim Dziekanki według jej ówczesnego dyrektora Aleksandra Piotrowskiego ścierały się poglądy dwóch obozów: Kraepelino-Bleulerowskiego oraz grupy reprezentowanej przez badaczy francuskich, których poglądy podzielali lekarze z Dziekanki (Musielak 2017). Na łamach „Nowin Psychiatrycznych” publikowali m.in. Oskar Bielawski i Kazimierz Wize, lekarze pracujący wówczas w szpitalu w Gnieźnie. Szczególnie bliska jest mi postać Kazimierza Wizego, wszechstronnie wykształconego lekarza, filozofa, badacza i miłośnika literatury, który pracował w Dziekance w latach 1931-1940. Wize odwołując się do pojęć wywodzących się z filozofii i psychologii, rozpatrywał choroby w perspektywie fenomenologicznej, ekologicznej i genealogicznej, co powodowało, że do rozpoznania schizofrenii nie wystarczał tylko zespół powtarzalnych objawów, ale dopiero spojrzenie na szeroki kontekst kulturowy i ekologiczny umożliwiało postawienie pełnej diagnozy, uwzględniającej przeszłość i przeżycia chorego (Musielak 2017). Chory człowiek był dla Wizego przede wszystkim człowiekiem, istotą ludzką niepozbawioną wrażliwości, wśród schizofreników i innych chorych ujawniały się jednostki wybitne, genialne, nieprzeciętne i niezrozumiałe dla świata (Musielak 2017). Wize dostrzegał w osobach cierpiących na schizofrenię ich szczególną wrażliwość i ekspresję, badał ich relacje do sztuki, nadał sens arteterapii. Barwny jest zawarty w „Nowinach Psychiatrycznych” z 1933 roku w artykule K. Wizego „Wpływ pobudek artystycznych u psychicznie chorych” opis pacjentów: schizofatyka z duszą roztańczoną i hebefrenika z duszą sztywniejącą, którzy pod wpływem muzyki zapominają o swoich urojeniach i wszystkich innych przykrych objawach (Musielak 2017).

Pracując od ponad 20 lat w szpitalu „Dziekanka” w Gnieźnie, czując ducha tradycji Mistrzów sprzed wieku uczyć się spoglądać na pacjenta nie tylko w kategoriach diagnostyki symptomatologicznej, ale też patrzeć na jego funkcjonowanie na przestrzeni czasu, zdolności do samodzielności, umiejętności adaptacji, relacji z innymi i posiadania pewnych niespotykanych uzdolnień, wykazując zainteresowanie tym co „niepochwytnie”. Tak też zrodził się pomysł pracy doktorskiej umocowanej w strukturze tak bliskiego mi szpitala, by w pracy z osobami dotkniętymi schizofrenią określić jakim jest pacjent „Dziekanki” i jakie elementy decydują o jego codziennym funkcjonowaniu.

Żyjemy w trudnych czasach pewnego paradoksu, kiedy to z jednej strony opisujemy, kategoryzujemy i nazywamy zaburzenia w funkcjonowaniu osób z zaburzeniami psychicznymi, a jednocześnie dostrzegamy w tzw. „normalnym” społeczeństwie zachowania wymagające piętnowania – dyskryminację i stygmatyzację osób chorych psychicznie (Bilikiewicz 2007).

Od września 2000 roku w Polsce przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (PTP) prowadzony jest program „Schizofrenia – Otwórzcie Drzwi” mający na celu przeciwdziałanie napiętnowaniu i dyskryminacji osób chorych na schizofrenię, w który włączył się Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie.

Chciałbym by niniejsza praca uwrażliwiała na problemy osób chorych psychicznie pokazując czasem szarą i smutną codzienność chorych, których jakże często nikt nie chce, o czym boleśnie mogłem się przekonać zwłaszcza w 2020 roku kiedy pacjentki prowadzonego przeze mnie oddziału dotknęła pandemia Covid-19. Wspomniana pandemia miała niewątpliwy wpływ na pisaną przeze mnie rozprawę – okresowo oddziały były zamykane z powodu kwarantanny, co utrudniało dotarcie do pacjentów, wstrzymane zostały odwiedziny, co wyeliminowało dostęp do wywiadu obiektywnego i ograniczyło możliwość oceny funkcjonowania pacjentów w skali SFS Birchwooda wyłącznie do części przeznaczonej dla pacjentów, a część wizyt w poradniach zdrowia psychicznego odbywało się w drodze „teleporad”.

2. SCHIZOFRENIA

2.1 Epidemiologia schizofrenii

Schizofrenia to grupa chorób o zróżnicowanym obrazie i różnorodnym przebiegu klinicznym (Bilikiewicz i in. 2002), częstość jej występowania waha się w granicach 0,4 – 0,6 do 2 % (Gałęcki, Szulc 2018).

Schizofrenia to niewątpliwie najpoważniejsza choroba psychiczna, dotycząca około 24 mln osób na świecie, ciężka w przebiegu i obciążona wieloma konsekwencjami (Szulc, Samochowiec 2019).

Jak wynika z raportu Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) „Analiza dotycząca schizofrenii w Polsce ICD-10 F20 i F21 w latach 2008-2017” w województwie wielkopolskim w 2017 r. zamieszkiwało blisko 3,5 miliona mieszkańców. Z raportu Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego „Schizofrenia – kluczowe aspekty organizacyjne i finansowe. Model opieki psychiatrycznej nakierowany na wartość zdrowotną” wynika, że w latach 2015-2017 liczba pacjentów, która została sprawozdana przez świadczeniodawców realizujących umowy z NFZ wynosiła rocznie średnio 183 tysiące. W latach 2010-2017 odnotowano systematyczny spadek liczby hospitalizacji pacjentów ze schizofrenią. W 2010 roku NFZ sfinansował prawie 58 tysięcy hospitalizacji natomiast w roku 2017 niespełna 50 tysięcy hospitalizacji. W okresie 7 lat liczba hospitalizowanych pacjentów ze schizofrenią zmniejszyła się o blisko 16%. Współczynnik zapadalności rejestrowanej na 100 tysięcy ludności dla Polski wyniósł 44,4 w 2014 r. (37,82 dla Wielkopolski). Liczbę chorych na schizofrenię w Polsce w 2014 r. oszacowano na 279,4 tysiąca (18,2 tysiąca w Wielkopolsce), a liczba chorych na 100 tysięcy mieszkańców dla Polski wynosi 735,2 (523,18 w Wielkopolsce).

2.2 Etiologia schizofrenii

Jedną ze współcześnie uznanych teorii wyjaśniających etiologię schizofrenii jest teoria podatność – stres oznaczająca genetycznie determinowaną podatność na działanie różnych niekorzystnych czynników zewnętrznych, szczególnie w okresie płodowym, okołoporodowym, a także we wczesnych etapach rozwoju (Gałęcki, Szulc 2018), co prowadzi do zmian zanikowych w OUN. Zmiany w mózgu są związane z zaburzeniami migracji neuronów

w okresie okołoporodowym oraz zjawiskiem *pruningu* czyli trzebieżenia neuronów w okresie intensywnego rozwoju OUN od wczesnego dzieciństwa do okresu dojrzewania (Boksa 2012).

Stwierdzane zmiany strukturalne w mózgowiu chorych na schizofrenię obejmują:

- powiększenie komór bocznych i komory trzeciej,
- zmniejszenie objętości całego mózgu, w tym istoty szarej, zwłaszcza w obrębie płatów czołowych, skroniowych, wzgórza i mózdzku,
- zmniejszenie objętości niektórych struktur – w górnym zakręcie skroniowym oraz jądra migdałowego, hipokampu, zakrętu przyhipokampowego (Gałecki, Szulc 2018).

Nadal pozostają aktualne etiologiczne teorie dopaminowa i glutaminergiczna łączone z zaburzonym neuroprzekaznictwem: nadaktywnością dopaminergiczną w układzie mezolimbicznym (związaną z objawami pozytywnymi) i zmniejszoną aktywnością w szlaku mezokortykalnym (związaną z objawami negatywnymi), nadaktywnością układu glutaminergicznego i działaniem neurodegeneracyjnym glutaminianu (Gałecki, Szulc 2018).

2.3 Kryteria diagnostyczne schizofrenii

Kryteria diagnostyczne według ICD-10 (Gałecki, Szulc 2018):

G1. Albo co najmniej jeden z zespołów, objawów lub przejawów wymienionych niżej w punkcie (1), albo co najmniej dwa z objawów i przejawów wymienionych w punkcie (2) – jeżeli występują przez większość czasu trwania epizodu choroby psychicznej utrzymującego się przez co najmniej jeden miesiąc (lub okresowo w ciągu większości dni tego okresu).

(1) Co najmniej jedno z następujących:

- (a) echo myśli, nasyłanie i zabieranie myśli oraz rozgłaśnianie (odstąpienie) myśli,
- (b) urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia wyraźnie odnoszone do ruchów ciała lub kończyn, albo do określonych myśli, działań czy odczuć; spostrzeżenia urojeniowe,
- (c) głosy omamowe komentujące na bieżąco zachowanie pacjenta albo dyskutujące o nim między sobą, albo innego typu głosy omamowe pochodzące z jakiejś części ciała,
- (d) utrwalone urojenia innego rodzaju, których treść jest niedostosowana kulturowo i całkowicie niemożliwa do zaistnienia

(2) lub co najmniej dwa z następujących:

- (e) utrwalone omamy z zakresu jakiegokolwiek zmysłu, jeżeli występują każdego dnia w ciągu co najmniej jednego miesiąca i towarzyszą im urojenia (mogą być zwiewne lub na wpół ukształtowane) bez wyraźnej treści afektywnej lub utrwalone myśli nadwartościowe,
- (f) neologizmy, przerwy lub wstawki w toku myślenia, prowadzące do rozkojarzenia lub niedostosowania wypowiedzi,
- (g) zachowania katatoniczne, takie jak: pobudzenie, zastyganie lub giętkość woskowa, negatywizm, mutyzm i osłupienie,
- (h) objawy negatywne, takie jak: apatia, zubożenie wypowiedzi oraz spłylenie lub niespójność reakcji emocjonalnych (należy wyraźnie stwierdzić, że nie są spowodowane depresją lub lekami).

G2. Najczęściej stosowane przesłanki wykluczenia:

- (1) Jeżeli pacjent spełnia również kryteria epizodu maniakalnego (F30.-) lub depresyjnego (F32.-), wyliczone powyżej w pkt G1 (1) i G1 (2), kryteria muszą być spełnione przed wystąpieniem zaburzeń nastroju.
- (2) Zaburzenie nie jest uwarunkowane chorobą mózgu (w rozumieniu F00–F09), ani też zatruciem (F1x.0), uzależnieniem (F1x.2) lub odstawieniem (F1x.3 lub F1x.4) alkoholu albo innych substancji.

Podziały objawów schizofrenii na podstawowe i dodatkowe według Bleulera, czy I rzędu i II rzędu według Schneidera, chociaż diagnostycznie i edukacyjnie nadal odgrywają doniosłą rolę, przeszły już do historii klasyfikacji. Podział symptomatologiczny schizofrenii na postaci paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną, niezróżnicowaną, rezydualną i prostą przestanie obowiązywać wraz z wejściem w życie klasyfikacji ICD-11.

W dniu 18 czerwca 2018 r. Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) przedstawiła nową wersję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11. Ostatecznie ICD-11 będzie obowiązywać od 1 stycznia 2022 r.

W nowej klasyfikacji grupa „Schizofrenii, zaburzeń schizotypowych i urojeniowych” z ICD-10 została opatrzona nową nazwą - „Schizofrenia lub inne pierwotne zaburzenia psychiatryczne” (*Schizophrenia or other primary psychotic disorders* – 6A20–6A2Z), podrozdział dotyczący schizofrenii zawiera osiem podgrup. Zamieszczono w nim następujące kategorie diagnostyczne:

- schizofrenia (*Schizophrenia* – 6A20),

- zaburzenie schizoafektywne (*Schizoaffective disorder* – 6A21),
- zaburzenia schizotypowe (*Schizotypal disorder* – 6A22),
- ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (*Acute and transient psychotic disorder* – 6A23)
- zaburzenia urojeniowe (*Delusional disorder* – 6A24), które zastąpiły pochodzące z ICD-10 „uporczywe zaburzenia urojeniowe” (Krawczyk, Świącicki 2020).

Z ICD-11 usunięto „indukowane zaburzenia urojeniowe”.

Największe zmiany, jakie nastąpiły w ICD-11, dotyczą schizofrenii oraz samego sposobu kodowania. Całkowicie zrezygnowano z podziału schizofrenii na podtypy (paranoidalna / hebefreniczna / katatoniczna itd.), zastępując je jedną tylko kategorią diagnostyczną – „schizofrenia”. WHO podjęło tą decyzję ze względu na brak istotnych dowodów na to, że podział na podtypy wpływa na postępowanie terapeutyczne lub na prognozę. Zmienił się natomiast szczegółowy sposób kodowania – za pomocą predefiniowanych kategorii diagnostycznych należy teraz określić epizodyczność choroby (epizod pierwszy / wielokrotne epizody / przebieg stały) oraz nasilenie aktualnych objawów (obecnie objawowy / w częściowej remisji / w pełnej remisji). Korzystając ze specyfikatorów, można określić rodzaj dominujących objawów (pozytywne / negatywne / depresyjne / maniakalne / psychoruchowe / poznawcze), a także nasilenie każdego z nich (łagodne / umiarkowane / ciężkie) (Krawczyk, Świącicki 2020).

Znaczenie praktyczne nadal ma powstała w latach 80-tych XX wieku dychotomia oparta na występowaniu objawów pozytywnych i negatywnych - postać pozytywna i negatywna schizofrenii według Andreasen, czy typu I i II Crowa (Bilikiewicz i in. 2002).

2.4 Objawy pozytywne schizofrenii

W latach osiemdziesiątych XX wieku pojawiły się koncepcje kliniczne i patogenetyczne schizofrenii, które funkcjonują praktycznie do chwili obecnej. Koncepcją kliniczną jest wyodrębnienie wśród symptomów schizofrenii występujących u tego samego chorego objawów tzw. pozytywnych (psychotycznych) i negatywnych (deficytowych). Stanowiło to w pewnym sensie pogodzenie poglądów Emila Kraepelina i Eugena Bleulera, faworyzujących objawy deficytu psychicznego czyli negatywne oraz Kurta Schneidera, który za objawy pierwszorzędowe w schizofrenii uznał objawy psychotyczne - pozytywne (Rybakowski 2020). Według zmodyfikowanej teorii dopaminergicznej schizofrenii nadczynność układu dopaminy jest odpowiedzialna za objawy pozytywne schizofrenii, czyli objawy psychotyczne w węższym

znaczeniu (Porczyk 2009). Objawy pozytywne związane są ze zniekształconą oceną rzeczywistości. Oprócz urojeń i omamów do objawów pozytywnych zalicza się jeszcze zaburzenia formy myślenia, pobudzenie, nastawienia wielkościowe i prześladowcze, podejrzliwość oraz wrogość dające się zinterpretować jako dziwaczne zachowanie (Krupka-Matuszczyk i in. 2007).

2.5 Objawy negatywne schizofrenii

2.5.1 Definicja

W 1985 r. Timothy Crow zaproponował podział objawów schizofrenii na pozytywne i negatywne.

Aktualnie za objawy negatywne uznaje się;

- bladość afektywną,
- alogię,
- wycofanie społeczne,
- anhedonię
- awolicję.

Objawy negatywne dzieli się na objawy pierwotne i wtórne. Objawy pierwotne stanowią integralną część procesu schizofrenicznego, są stabilne w przebiegu, przewlekłe i odporne na dostępne metody terapeutyczne. Objawy wtórne pojawiają się jako efekt współwystępowania różnych dodatkowych objawów i czynników towarzyszących schizofrenii, do których zalicza się m.in. objawy pozytywne (psychotyczne), depresję, lęk, efekty niepożądane farmakoterapii, uzależnienia oraz deprivację społeczną.

Opierając się na wynikach uzyskanych podczas stosowania tzw. skal II generacji do oceny objawów negatywnych (uwzględniających w swej konstrukcji powyższe uzgodnienia) – *Brief Negative Syndrome Scale* (BNSS) i *Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms* (CAINS), dodatkowo podzielono objawy negatywne na dwie podgrupy:

- podgrupa ze zmniejszoną ekspresyjnością obejmująca bladość afektywną i alogię,
- podgrupa ze zmniejszoną motywacją, określana jako AAA (awolicja, anhedonia, asocjalność).

Stworzenie podstaw teoretycznych dla opisu objawów negatywnych pozwoliło myśleć o praktycznym ich wykorzystaniu do celów diagnostycznych i rokowniczych. Do najważniejszych propozycji klinicznych w tym zakresie zaliczyć należy koncepcję

objawów negatywnych pierwotnych i wtórnych oraz koncepcję zespołu deficytowego i przewlekłych objawów negatywnych.

W celu ujednolicenia kryteriów diagnostycznych zaproponowano wprowadzenie pojęcia uporczywych objawów negatywnych (*persistent negative symptoms* – PNS). Zaliczono do nich objawy negatywne oporne na leczenie, ograniczające zdolność do normalnego funkcjonowania oraz obecne w okresach klinicznej stabilizacji (Wójciak i in. 2017).

2.5.2 Epidemiologia objawów negatywnych

Objawy negatywne występują u 50-90% pacjentów z pierwszym epizodem choroby oraz u 20-40% osób przewlekłe chorych. Wtórne objawy negatywne występują zdecydowanie częściej jak pierwotne, wyzwalane są przez objawy wytwórcze np. lęk powstający w reakcji na objawy paranoidalne, spadek ekspresyjności oraz jako wyraz reakcji obronnej u chorych z deficytami percepcyjnymi i poznawczymi na nadmiar bodźców (Wójciak i in. 2017).

Objawy uboczne leczenia farmakologicznego schizofrenii takie jak sedacja, bradykineza i akineza wskazywane są jako kolejny istotny czynnik wyzwalania wtórnych objawów negatywnych. Nie bez znaczenia jest też wpływ mało stymulującego otoczenia na wyzwalanie i nasilenie objawów negatywnych (Wójciak i in. 2017).

2.5.3 Etiologia objawów negatywnych

Przez wiele lat objawy negatywne wyjaśniano przeważnie według teorii neurobiologicznej, która zakładała, że są one następstwem upośledzenia czynności kory przedczołowej. Badania z zastosowaniem czynnościowego rezonansu magnetycznego potwierdziły rolę dysfunkcji układu limbicznego, co wyznaczyło nowy kierunek rozwoju badań farmakologicznych. Najwięcej spójnych dowodów dotyczy układu nagrody zlokalizowanego w brzusznej części prążkowia. Wyniki badań potwierdziły, że u chorych na schizofrenię z większym nasileniem objawów negatywnych występuje zmniejszenie aktywności neuronów w brzusznej części prążkowia w odpowiedzi na bodźce nagradzające lub nowe. Wykazano również, że nadmierna aktywność jądra migdałowatego wiąże się z obecnością objawów negatywnych, a zwłaszcza ze zblednięciem afektu (Hanson i in. 2010).

2.5.4. Zespół deficytowy i uporczywe objawy negatywne

W celu bardziej precyzyjnej i praktycznej identyfikacji pierwotnych objawów negatywnych stworzono pojęcia zespołu deficytowego oraz uporczywych objawów negatywnych. Występują one zdecydowanie częściej niż objawy pierwotne, pojawiają się u ponad połowy chorych na schizofrenię, z uwagi na dobrze zdefiniowane przyczyny są też łatwiejsze do leczenia (Wójciak i in. 2017).

W 1988 r. amerykański psychiatra William Carpenter do opisu chorych na schizofrenię charakteryzujących się obecnością pierwotnych i przewlekłe występujących objawów negatywnych wprowadził pojęcie schizofrenii deficytowej zamiennie stosowane z pojęciem zespołu deficytowego. Zespół deficytowy wiąże się z dłuższym czasem trwania nieleczonej psychozy, większym nasileniem objawów negatywnych i podobnym nasileniem objawów pozytywnych, jego przebieg i rokowanie w porównaniu z zespołem niedeficytowym są zdecydowanie mniej korzystne. U chorych z zespołem deficytowym rzadziej obserwuje się zachowania dysforyczne, wrogość, depresję, myśli samobójcze i nadużywanie substancji psychoaktywnych. W wielu badaniach obserwowano w tej grupie częstsze występowanie miękkich objawów neurologicznych oraz zaburzeń spontanicznych czynności ruchowych, częściej i z większym nasileniem pojawiały się objawy zespołu parkinsonowskiego, dyskinezy i katatonii, rzadziej niż w zespole niedeficytowym drżenie i sztywność. Chorzy z zespołem deficytowym prezentują szeroki zakres zaburzeń poznawczych. O uporczywych objawach negatywnych możemy mówić, kiedy spełnione zostaną następujące kryteria:

- obecność objawów negatywnych o nasileniu co najmniej umiarkowanym stwierdzona na podstawie powszechnie uznanych i akceptowanych skal badawczych,
- zdefiniowany progowy poziom nasilenia objawów pozytywnych, depresji i objawów pozapiramidowych stwierdzonych na podstawie powszechnie uznanych i akceptowanych skal badawczych,
- obecność objawów negatywnych przez okres co najmniej 6 miesięcy (Wójciak i in. 2017).

2.6 Przebieg schizofrenii

Choroba zaczyna się najczęściej w 3 dekadzie życia, a za górną granicę wieku obciążonego ryzykiem zachorowania na schizofrenię przyjmuje się 45 rok życia. Czas jaki

upływa od pierwszych dostrzegalnych objawów do podjęcia leczenia wynosi około 2 lat, a dynamika narastania objawów jest różna i rozciąga się na dni - początek nagły, tygodnie - początek szybki lub miesiące - początek stopniowy (Bilikiewicz i in. 2002).

Bleuler wyróżnił dwa typy długoterminowego przebiegu schizofrenii:

- liniowy – z postępującym, ciągłym narastaniem zaburzeń,
- falujący – z epizodami zaburzeń rozdzielanych okresami pełnego lub częściowego powrotu do zdrowia (Bilikiewicz i in. 2002).

Analizy długofalowego przebiegu schizofrenii pokazują, że około 20% pacjentów będzie miało pojedynczy epizod psychiatryczny zakończony remisją i wyzdrowieniem, u około 30% pojawi się wiele epizodów bez nasilonych objawów rezydualnych, u kolejnych 10% pojawi się wiele epizodów z niewielkimi objawami rezydualnymi, a w 40% oprócz wielu epizodów wystąpią narastające objawy rezydualne (Häfner 2019).

Przebieg schizofrenii u mężczyzn i kobiet jest odmienny. U mężczyzn choroba zaczyna się wcześniej (20-25 rok życia), w obrazie chorobowym dominują objawy negatywne, przebieg choroby jest bardziej przewlekły, z gorszym funkcjonowaniem społecznym i częstym współistnieniem uzależnienia oraz częstszymi objawami ubocznymi w toku farmakoterapii (Gałęcki, Szulc 2018).

Mężczyźni wykazują gorsze przystosowanie przedchorobowe i gorsze funkcjonowanie społeczne, większe nasilenie nieprawidłowości neurorozwojowych, wcześniejszy początek choroby oraz większe nasilenie objawów pozapiramidowych.

Kobiety zaczynają chorować później (26 – 45 rok życia), z ostrym początkiem, dominacją objawów pozytywnych. Kobiety wydają się lepiej reagować na leczenie przeciwpsychotyczne, lepiej współpracują w leczeniu. Późniejszy początek choroby wpływa na ich lepsze funkcjonowanie społeczne i zawodowe, w konsekwencji kobiety ze schizofrenią częściej mają potomstwo i rzadziej żyją samotnie. Kobiety rzadziej podejmują próby samobójcze, epizody zaostrzeń choroby są u nich krótsze, a remisje pełniejsze.

Część różnic płciowych pojawia się już w okresie prodromalnym psychozy. W tym czasie u mężczyzn obserwuje się większe nieprawidłowości w obrębie struktur limbicznych i większe ryzyko rozwoju pełnoobjawowej psychozy. W okresie prepsychotycznym u kobiet dominują zwiewne objawy pozytywne i afektywne, a u mężczyzn negatywne (Wójciak i in. 2018c).

Na podstawie wyników licznych badań wysunięto prawie jednoznaczne wnioski o heterogennym przebiegu schizofrenii. Stwierdzono również, że objawy lub zespół objawów rzadko charakteryzuje się stabilnością, a u części osób w perspektywie długofalowej

rozpoznanie jest zmieniane. Opisano dużą liczbę przypadków nakładania się zaburzeń afektywnych i schizofrenii. W szczególności przy długotrwałym przebiegu notuje się wzrost częstości podtypów niezróżnicowanych lub rezydualnych (Jäger i in. 2012).

2.7 Leczenie schizofrenii

2.7.1 Farmakoterapia

2.7.1.1 Leki przeciwpsychotyczne

Początek farmakoterapii schizofrenii wiązał się z odkryciem w 1952 roku chloropromazyny, od tego czasu nastąpił ogromny postęp w leczeniu schizofrenii, produkowane są leki coraz nowocześniejsze, o coraz to niższym profilu działań niepożądanych i wzrastającej skuteczności oraz leki, których częstotliwość podawania, zwłaszcza u pacjentów niewspółpracujących, jest coraz rzadsza (leki przeciwpsychotyczne o przedłużonym działaniu - *long-acting antipsychotic injections* - LAI).

Aktualny i praktyczny pozostaje podział leków przeciwpsychotycznych na leki I generacji (LPPI) i II generacji (LPPII).

Leki I generacji działają głównie przez blokadę receptorów dopaminergicznych. Leki przeciwpsychotyczne pierwszej generacji są skuteczne w zwalczaniu objawów pozytywnych schizofrenii, ale charakteryzują się stosunkowo niewielką długotrwałą skutecznością w leczeniu objawów negatywnych, zaburzeń nastroju lub deficytów funkcji poznawczych. Ich stosowanie wiąże się również z występowaniem objawów pozapiramidowych (*extrapyramidal symptoms* - EPS) i późnych dyskinez, które często niwelują efekt terapeutyczny (Glick, Peselow 2009).

Zarejestrowanie klozapiny przez Agencję Żywności i Leków (*Food and Drug Administration* - FDA) i wprowadzenie jej do leczenia w Europie w 1989 roku zapoczątkowało nową generację leków przeciwpsychotycznych, które charakteryzują się szerszym zakresem działań terapeutycznych (działanie na objawy pozytywne i negatywne, przy mniejszym niekorzystnym wpływie na funkcje poznawcze) i mniejszym ryzyku EPS i późnych dyskinez w porównaniu ze starszymi lekami i zerwało z panującym mitem, że objawy pozapiramidowe są nieodłączną częścią w terapii schizofrenii (Glick, Peselow 2009).

Do grupy leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji (LPPII) należą: risperidon, olanzapina, kwetiapina, zyprazydon, aripiprazol, lurasydol, sertindol, kariprazyna i kłozapina. Charakteryzują się one silnym lub silniejszym działaniem antagonistycznym wobec receptora serotoninowego 5-HT₂ niż receptora dopaminowego D₂. Te nowsze leki tylko częściowo blokują receptory dopaminowe w prążkowie i silniej blokują receptory serotoninowe w korze czołowej. Stosowanie części nowych leków wiąże się jednak z większym ryzykiem rozwoju zespołu metabolicznego obejmującego cukrzycę, przyrost masy ciała i hiperlipidemię, dlatego nadal aktualna jest potrzeba opracowania nowszych, bezpieczniejszych i bardziej skutecznych leków przeciwpsychotycznych (Glick, Peselow 2009).

Wprowadzenie i rozwój LPPII (tzw. „atypowych”) zrewolucjonizowało farmakoterapię psychiatryczną. Risperidon, kwetiapina i olanzapina odwróciły tradycyjną piramidę efektów farmakologicznych właściwych dla LPPI (Schatzberg, Nemeroff 2017).

Aripiprazol i kariprazyna to częściowi agoniści receptorów dopaminowych (Bieńkowski 2018). W układzie nigrostriatalnym odpowiedzialnym za sferę ruchową częściowy agonizm wobec receptorów D₂/D₃ pomaga ograniczać objawy parkinsonowskie (Corponi i in. 2017). Lurasydol jest lekiem z unikalnym profilem działania farmakologicznego obejmującym blokowanie receptorów dopaminowych D₂, serotoninowych 5-HT_{2A} i 5-HT₇ oraz właściwościami częściowego agonisty wobec receptorów serotoninowych 5-HT_{1A}, przy braku wyraźnego powinowactwa do receptorów histaminowych H₁ i cholinergicznych receptorów muskarynowych, gdzie antagonizm wobec receptora 5-HT₇ i częściowy agonizm 5-HT_{1A} przyczynia się do jego właściwości przeciwdepresyjnych (Filip, Gałęcki 2021).

W ostatnich latach wzrasta liczba dostępnych leków przeciwpsychotycznych w postaci LAI, co w praktyce powinno prowadzić do zasadniczej zmiany wzorców współczesnego leczenia osób z diagnozą schizofrenii (Łoza, Murawiec 2015). Wskazania do ich stosowania to: konieczność stosowania leczenia przeciwpsychotycznego, długi okres leczenia i konieczność poprawy współpracy chorego w leczeniu. (Jarema i in. 2015). Dostępne na rynku leki przeciwpsychotyczne o przedłużonym działaniu to aripiprazol, olanzapina, risperidon i paliperidon. Leki te stosuje się w leczeniu podtrzymującym u pacjentów z uporczywym brakiem współpracy, u których uzyskano stabilizację stanu psychicznego podczas leczenia postacią doustną leku lub, jak w przypadku paliperidonu, odnotowano co najmniej jeden nawrót choroby lub zaostrzenie, które reagują na leczenie paliperidonem lub risperidonem (Jarema i in. 2015).

W strategii dawkowania i zmiany LPP w schizofrenii zaleca się by lekiem pierwszego wyboru był LPP o wysokiej skuteczności i korzystnym profilu działań niepożądanych, w sytuacji braku skuteczności by wstępna dawka była stopniowo podnoszona do maksymalnej, a rozważania zmiany leku były brane pod uwagę na podstawie wstępnej odpowiedzi po dwóch tygodniach leczenia (Hatta i in. 2018). Metaanaliza z 2018 roku wskazuje, że praktycznie nie ma różnic między strategią jednoczesnego zmniejszania dawki jednego leku i wprowadzania nowego a strategią gdzie utrzymuje się stałą dawkę poprzedniego leku i wprowadza się nowy lek (Ijaz i in. 2018).

2.7.1.2 Schizofrenia lekooporna

Ocenia się, że dobrą odpowiedź na leczenie uzyskuje 40-50 % pacjentów, częściową poprawę osiąga kolejne 30-40 %, co oznacza, że około 20 % chorych nie reaguje na zastosowaną terapię (Smith i in. 2010).

Jednym z podstawowych problemów, z jakimi stykają się badacze zajmujący się zagadnieniem lekooporności w schizofrenii, jest brak jednoznacznej definicji tego pojęcia.

Termin schizofrenia oporna na leczenie (TRS, *treatment resistant schizophrenia*) nie jest odrębną kategorią diagnostyczną. Autorem klasycznej, najpowszechniej stosowanej definicji TRS jest Kane - lekooporność stwierdza się w przypadku nieskutecznego leczenia co najmniej trzema LPP stosowanymi w dawce odpowiadającej 1000 mg/dobę chloropromazyny (Kane i in. 1988). Wadą tej definicji jest brak jednoznacznego algorytmu przeliczania dawki LPP na ekwiwalent chloropromazyny, nie zostało również określone, w jaki sposób przeliczać dawki u pacjentów przyjmujących więcej niż jeden LPP lub kombinację LPP z innym lekiem psychotropowym.

Najbardziej kompleksowa definicja TRS została zaproponowana przez International Psychopharmacology Algorithm Project (IPAP, <http://www.ipap.org>).

Kryteria IPAP to:

- 1) brak okresu dobrego funkcjonowania w ciągu ostatnich pięciu lat,
- 2) nieskuteczne leczenie co najmniej dwoma LPP z dwóch różnych klas chemicznych stosowanymi przez co najmniej cztery-sześć tygodni w dawkach odpowiadających ≥ 400 mg chloropromazyny lub 5 mg rysperydonu,
- 3) umiarkowane do ciężkiego nasilenie objawów psychopatologicznych:
 - objawy pozytywne, negatywne, poznawcze,
 - zaburzenia nastroju,

- zachowania lub myśli suicydalne,
- zachowania agresywne.

Grupa ekspertów z Polskiej Grupy Roboczej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, 26 maja 2004 roku opublikowała polską wersję definicji schizofrenii lekoopornej: „Schizofrenię lekooporną rozpoznaje się u chorego, który spełnia kryteria ICD-10 dla schizofrenii (F20-F29) i który był leczony bez uzyskania poprawy co najmniej 2 neuroleptykami z różnych grup chemicznych, stosowanymi w dawkach terapeutycznych przez co najmniej 4 tygodnie lub leczenie takie musiało zostać przerwane w jakimkolwiek momencie z powodu złej tolerancji leków”. Definicja ta została rozesłana przez PTP, z zaleceniem wykorzystania, do placówek psychiatrycznych, oddziałów regionalnych PTP oraz przez centralę NFZ do oddziałów regionalnych NFZ (Meder i in. 2008).

U pacjentów ze schizofrenią lekooporną częsta jest praktyka stosowania polifarmakoterapii (Lin 2020). Pomimo, że strategie augmentacyjne obciążone są częstszym występowaniem działań ubocznych, a badania naukowe nie podają dowodów na przewagę polifarmakoterapii nad monoterapią, to politerapię rutynowo stosuje się na całym świecie w leczeniu schizofrenii (Potkin i in. 2020). Zaleca się by po ustabilizowaniu stanu pacjenta podjąć próbę ponownej monoterapii – większość chorych otrzymujących więcej niż jeden LPP bezpiecznie przechodzi na monoterapię (Ijaz i in. 2018).

2.7.1.3 Uporczywy brak współpracy

Definicja uporczywego braku współpracy to długotrwałe, trwające co najmniej 4 tygodnie i utrzymujące się mimo prób zmiany postępowania chorego co najmniej jedno z poniższych:

- niestosowanie się chorego do zaleceń lekarza w przedmiocie przyjmowania leku w zalecanej dawce i w zalecony sposób,
- stosowanie leków i ich dawek niezgodnie z zaleceniem lekarza,
- dokonywanie przerw w przyjmowaniu leków, które nie są zalecane przez lekarza ani uzasadnione medycznie,
- niezgłaszanie się na kolejne wizyty do lekarza w sytuacji, gdy powoduje to niezalecane zmiany w przyjmowaniu leków (Jarema i in. 2015).

Zdefiniowanie uporczywego braku współpracy doprecyzowało wskazania refundacyjne do stosowania leków o przedłużonym działaniu u pacjentów ze schizofrenią.

2.7.2 Psychoterapia

Większość badań dowodzi, że łączenie psychoterapii z farmakoterapią przynosi lepsze efekty niż sama farmakoterapia (Bilikiewicz i in. 2002).

Terapeuci pracujący w różnych podejściach terapeutycznych zgodnie dążą do zapobiegania nawrotom i poprawy jakości życia chorych. Różnice pojawiają się w definicji celów pośrednich, te zależą bowiem od interpretacji istoty psychopatologii.

W podejściu psychodynamicznym celem będzie udzielenie wsparcia i dostarczenie korektywnego doświadczenia, rozwiązanie emocjonalnych konfliktów pacjentów i unikanie sytuacji, które mogłyby spowodować regresję.

Terapia poznawczo - behawioralna za najważniejsze uznaje opanowanie umiejętności podnoszących poziom życia społecznego, nabycie poznawczych sposobów radzenia sobie w trudnych sytuacjach, rozwiązywania bieżących problemów i wypracowanie umiejętności kompensacji deficytów, wynikających z niewydolności teoriopoznawczej.

W podejściu interpersonalnym istotne będzie wzmocnienie potrzeby więzi z innymi i rozwój umiejętności ich nawiązywania i podtrzymywania.

Terapeuci rodzinni będą kłaść nacisk na zmianę równowagi psychologicznej rodziny tak, aby była ona korzystna dla pacjenta i innych jej członków, udzielenie wsparcia i edukację. Psychoterapia integracyjna natomiast jako całościowe, nieortodoksyjne podejście, aspiruje do połączenia elementów edukacyjnych, psychodynamicznych i interpersonalnych (Murzyn i in. 2010).

Nieocenioną rolę odgrywa również terapia zajęciowa – regularny udział w zajęciach umożliwiających łagodną, spokojną formę kontaktu ze swoim ja pozwala stworzyć rutynę budowania relacji ze sobą, a stała aktywność pozwala wyjść z domu, nadać tygodniowi pewien plan, zwiększa poczucie podmiotowości i sprawczości (Witkowska-Łuć 2019).

Duże nadzieje w leczeniu osób ze schizofrenią przynoszą nowoczesne technologie komputerowe, zwłaszcza rzeczywistość wirtualna. Technologia ta dzięki urządzeniom elektronicznym pozwala na odzwierciedlenie świata zmysłowego sprzyjając wytwarzaniu u użytkownika poczucia obecności w świecie wirtualnym, umożliwiając ścisłą kontrolę prezentowanych bodźców (Gregg i in. 2007). W metaanalizie 144 badań przeprowadzonych przez Fernández-Sotos potwierdzono skuteczność stosowania technologii rzeczywistości wirtualnej u pacjentów ze schizofrenią (Fernández-Sotos i in. 2020).

Za najważniejszą metodę psychoterapeutyczną w leczeniu schizofrenii uznaje się obecnie psychoedukację pacjenta oraz jego rodziny. Oddziaływania psychoedukacyjne ukierunkowane na nabywanie przez rodzinę wiedzy na temat choroby, poprawę relacji rodzinnych i społecznych prowadzą do poprawy współpracy z chorym oraz skuteczności stosowanego leczenia, zmniejszenia ryzyka nawrotów, złagodzenia nasilenia stygmatyzacji i izolacji społecznej, a w konsekwencji do globalnej poprawy funkcjonowania społecznego (Ostrzyżek, Marcinkowski 2014).

Rokowanie w schizofrenii

W przeszłości dominował pesymistyczny obraz schizofrenii wzmocniony niezadowolającymi efektami leczenia, ponurym wizerunkiem szpitali psychiatrycznych i sceptycyzmem psychiatrów. Obserwowany u poszczególnych pacjentów korzystny przebieg choroby i pomyślne rokowanie nasuwały raczej podejrzenie pomyłki diagnostycznej niż rozpoznanie pełnej remisji czy powrotu do zdrowia. W ostatnich dziesięcioleciach, wraz z postępem farmakoterapii, można zauważyć powolną zmianę w podejściu do rokowania w schizofrenii (Tyszkowska, Jarema 2013).

Rozumienie wyzdrowienia w schizofrenii wśród badaczy, klinicystów i pacjentów może się różnić. Badacze postrzegają wyzdrowienie jako dłuższą trwającą remisję, klinicyści – raczej jako powrót do normalnego ogólnego funkcjonowania, a pacjenci – powrót do pełnego życia i funkcjonowania bez przyjmowania leków (Lieberman, Kopelowicz 2002).

Dobre rokowanie w przebiegu schizofrenii uwarunkowane jest w dużej mierze wsparciem najbliższych i zrozumieniem choroby ich członka rodziny, ale ma też na nie wpływ możliwość i umiejętność uczestniczenia w życiu społecznym i praca zawodowa. Rola rodziny jest nie do przecenienia – winna motywować chorego do leczenia, dostrzegać subtelne symptomy pogorszenia i konieczności interwencji medycznej, tłumaczyć i rozumieć istotę choroby. Nierzadko powoduje to, jak w każdej chorobie przewlekłej członka rodziny, zupełną zmianę zachowań i codziennego trybu funkcjonowania rodziny. Istnienie form pomocy dla osoby chorej w postaci zajęć edukacyjnych czy terapeutycznych jest ogromnym ułatwieniem dla funkcjonowania rodziny osoby chorej.

Zgodnie z „regułą jednej trzeciej” 1/3 chorych po leczeniu uzyskuje pełną remisję i powraca do przedchorobowego poziomu funkcjonowania, 1/3 uzyskuje częściową remisję

i funkcjonuje gorzej niż przed pojawieniem się psychozy. U pozostałych – postępujący przebieg schizofrenii doprowadza do całkowitej niesprawności społecznej (Skorupska i in. 2007).

Manfred Bleuler twierdził, że w czasie pierwszych 5 lat od zachorowania u około 50% pacjentów następuje pogorszenie funkcjonowania psychospołecznego, które w kolejnych latach nie pogłębia się (Bleuler 1968).

Długoletnia obserwacja pacjentów ze schizofrenią pozwoliła wskazać, że większość powtórnych hospitalizacji miała miejsce na początku choroby, w pierwszych dwóch latach od rozpoznania, młodszy wiek ujawnienia się choroby i płeć męska związane były z gorszym rokowaniem (Abdel-Baki i in. 2011).

Jako wskaźniki pomyślnego rokowania najczęściej wymieniane są:

- stabilne i niewyróżniające się cechy przedchorobowej osobowości,
- dobre przystosowanie przedchorobowe,
- późniejszy wiek zachorowania,
- ostry początek choroby,
- obecność reaktywnych czynników wyzwalających,
- falujący przebieg,
- obecność objawów afektywnych,
- brak zaburzeń myślenia i objawów deficytowych,
- szybkie ustępowanie zaostrzeń,
- krótkie hospitalizacje,
- brak dysfunkcji neuropoznawczych (Bilikiewicz i in. 2002).

Jako wskaźniki niepomyślnego rokowania najczęściej wymieniane są:

- podstępny powolny początek,
- wczesny początek choroby,
- złe przystosowanie społeczne i zawodowe przed chorobą,
- zachowania autystyczne,
- izolacja społeczna,
- wolny stan cywilny,
- rodzinne obciążenie schizofrenią,
- nieprawidłowy przebieg porodu,
- przewaga objawów negatywnych,
- osłabienie sprawności funkcji poznawczych (Kaplan, Sadock 1995).

3. FUNKCJONOWANIE PACJENTÓW ZE SCHIZOFRENIĄ

3.1 Definicja

Funkcjonowanie to wypadkowa relacji jednostka – społeczeństwo, stosowana w celu opisu możliwości intelektualnych, umiejętności praktycznych i kompetencji społecznych jednostki, kojarzona z terminem funkcjonowania społecznego, związanym z wymiarem jakości życia i realizowanych funkcji w otoczeniu. Funkcjonowanie społeczne można zdefiniować jako jakąkolwiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek jej społecznym układzie odniesienia (Skorupska-Król i in. 2014).

Wśród czynników, które mogą mieć istotny wpływ na funkcjonowanie społeczne wymienia się: osobowość, intelekt, objawy choroby oraz okoliczności. Zadania wynikające z ról społecznych wymagają posiadania zasobów określonych umiejętności społecznych, które obejmują werbalne i niewerbalne elementy zachowania. Deficyty funkcjonowania społecznego mogą ujawnić się u chorych w pierwszym epizodzie psychozy, przetrwać pomimo przyjmowania leków przeciwpsychotycznych, a ich dynamika w kolejnych fazach choroby może przyjmować charakter stabilny bądź postępujący (Skorupska-Król i in. 2014).

Na funkcjonowanie społeczne składa się czas wolny, praca zawodowa, życie rodzinne, hobby, umiejętność zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych.

Według Bellacka umiejętności społeczne są behawioralną właściwością człowieka polegającą na wyrażaniu w sposób społecznie akceptowany swoich pozytywnych i negatywnych stanów emocjonalnych, łącząca w sobie repertuar zachowań werbalnych i niewerbalnych, których celem jest osiągnięcie akceptacji i wzmocnień społecznych (Bellack i in. 1977).

Umiejętności społeczne człowieka oznaczają zdolność do takiego zachowania się w interakcjach z otoczeniem, aby stosownie do sytuacji można było realizować swoje indywidualne cele (Sęk 1993).

Niestety nawet pacjenci, którzy w wyniku leczenia farmakologicznego, oddziaływań psychoterapeutycznych i rehabilitacji psychiatrycznej wyuczyli się odpowiednich umiejętności społecznych nierzadko nie mają możliwości ich realizacji. Sprzyjają temu utarte stereotypy.

W odniesieniu do osób z zaburzeniami psychicznymi stereotyp zbudowany jest z czterech głównych stwierdzeń: chory psychicznie jest niebezpieczny, ponosi częściową odpowiedzialność za swój stan, cierpi na chorobę, która jest chroniczna i trudna do leczenia oraz że jest nieprzewidywalny i niezdolny do należytego wypełniania ról społecznych (Jackowska 2009).

Upośledzenie w pełnieniu ról wiąże się ze specyficznym, często nieakceptowanym społecznie zachowaniem i zaniedbaniami higieny osobistej (Bronowski i in. 2009).

Seeman podaje, że około 11% wśród osób bezdomnych to chorzy na schizofrenię, a mężczyźni są czterokrotnie częściej bezdomni niż kobiety (Seeman 2019).

3.2 Jakość życia

W chorobach przewlekłych, a do takich niewątpliwie należy schizofrenia, czynnikiem rokowniczym i decydującym o ciężkości przebiegu choroby obok syndromolitycznych oddziaływań terapeutycznych jest jakość życia. Według definicji WHO jakość życia to subiektywna ocena przez jednostkę jej sytuacji życiowej w odniesieniu do kultury, w której jednostka żyje, jej systemu wartości, celów, oczekiwań, zainteresowań (Turska i in. 2009). Szczególną właściwością psychobiologiczną tej choroby jest podatność na stresujące czynniki psychospołeczne. Ta podatność w powiązaniu z obniżoną zdolnością umiejętności społecznych prowadzi do niechęci w angażowanie się w kontakty interpersonalne. Rezultatem takiej postawy jest narastanie izolacji społecznej, poczucia osamotnienia i obniżenia satysfakcji życiowej (Kurpas i in. 2014).

Ocena jakości życia i poziomu funkcjonowania społecznego pacjentów ze schizofrenią przekłada się na metody oddziaływania ze szczególnym naciskiem na radzenie sobie i na poprawę funkcjonowania, a nie tylko na wyleczenie w sensie redukcji objawów choroby (Skorupska i in. 2007). Wśród chorych na schizofrenię funkcjonowanie społeczne uwarunkowane jest w znacznym stopniu zakresem deficytów poznawczych powodujących upośledzenie zdolności radzenia sobie w środowisku pozaszpitalnym wskutek osłabienia lub braku umiejętności rozwiązywania problemów międzyludzkich, zmniejszonych możliwości nabywania umiejętności psychospołecznych, mniejszych zdolności uczenia się społecznie akceptowanych zachowań, trudności w zaplanowaniu oraz kontynuowaniu nauki i aktywności zawodowej, a funkcjonowanie społeczne w kontaktach międzyludzkich i aktywności zawodowej osób chorych psychicznie wiąże się ściśle z poziomem funkcjonowania w tych obszarach w okresie przedchorobowym (Skorupska i in. 2007).

3.3 Stygmatyzacja osób ze schizofrenią

W odniesieniu do osób niepełnosprawnych i chorujących psychicznie pojęcie stygmatyzacji obejmuje swoim zasięgiem kilka negatywnych, powiązanych ze sobą

i nakładających się na siebie postaw prezentowanych w społeczeństwie. Wymienić tu trzeba: dystansowanie się (unikanie wchodzenia w nieformalne kontakty), dewaluację i stereotypizację (upowszechnianie negatywnych, uproszczonych, stereotypowych opinii dotyczących wymienionej grupy ludzi), delegitymację (wprowadzenie prawnych ograniczeń możliwości działania w jakimś obszarze), segregację – blokowanie dostępu do pewnych form aktywności oraz eksterminację – najbardziej drastyczną formę dyskryminacji w postaci fizycznego niszczenia życia (Jackowska 2009). Utrudniony dostęp do pracy zawodowej, niski status ekonomiczny i bezdomność, nieregularne leczenie, trudności w prezentacji postaw asertywnych zastępowanych pasywnością lub agresją wraz z wymienionymi czynnikami stygmatyzacji sprzyjają pogłębieniu społecznego wykluczenia osób ze schizofrenią.

Ponad 50% pacjentów psychiatrycznych jest zdania, że większość ludzi postrzega ich jako mniej inteligentnych, mniej wiarygodnych i traktuje ich mniej poważnie. Przekonanie chorych o ich mniejszej przydatności prowadzi do samostygmatazacji (Dyduch i in. 2009).

Niska dbałość o higienę osobistą, dostrzegana zwłaszcza u mężczyzn cierpiących na schizofrenię, wywołuje reakcje unikania i negatywnego nastawiania u innych osób do chorych (Cichocki i in. 2019), kobiety natomiast podlegają większej presji społecznej dotyczącej konieczności dbania o siebie, utrzymania właściwego wyglądu i bywają permanentnie oceniane (Szulc, Samochowiec 2019).

3.4 Kontakty międzyludzkie

Osoby przewlekłe chorujące psychicznie mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, które cechuje się nieumiejętnością nawiązywania kontaktów z innymi ludźmi i wycofywaniem się z kontaktów społecznych.

U większości osób ze schizofrenią przewlekły przebieg choroby z okresami zaostrzeń i popraw powoduje nieprzewidywalność i ograniczone poczucie kontroli nad przebiegiem choroby, co jest trudne zarówno dla samego pacjenta, jak i jego najbliższego otoczenia (Gałęcki i in. 2018).

Niepowodzenia w kontaktach międzyludzkich osób dotkniętych psychozą schizofreniczną wynikają z upośledzenia niektórych aspektów tzw. poznania społecznego definiowanego jako zdolność do identyfikacji znaczących społecznie informacji i zachowywania się zgodnie z nimi. W skład poznania społecznego wchodzi takie elementy jak m.in. rozpoznawanie wyrazu twarzy, odbiór kontaktu wzrokowego, podejmowanie decyzji w sytuacjach społecznych, rozumienie norm, a także percepcja i ekspresja prozodii mowy (Gurańska 2013).

Prozodia określa sposób, w jaki przekazujemy komunikat werbalny. Mają na to wpływ: akcent, melodia, siła dynamiczna, rytmiczność, głośność, tempo mówienia, pauzy, intonacja, iloczyn, wysokość i tembr głosu (Dłuska, 1976).

Konsekwencją tych deficytów mogą być niewłaściwe interpretacje intencji otoczenia, z urojeniowymi włącznie, co znacznie zakłóca funkcjonowanie pacjentów dotkniętych schizofrenią, w niektórych przypadkach prowadząc do ich całkowitej izolacji społecznej. Chorzy na schizofrenię prezentują deficyt w zdolności do identyfikacji stanów afektywnych innych osób na podstawie głosu. Szczególnie dotyczy to emocji negatywnych, takich jak złość i strach. Podobnie jak u osób zdrowych, kobiety z rozpoznaniem schizofrenii lepiej radzą sobie z identyfikacją prozodii emocjonalnej, co może tłumaczyć większe trudności w funkcjonowaniu społecznym chorych mężczyzn (Gurańska 2013).

Ciekawym zagadnieniem jest ocena funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią w oczach opiekunów. Pacjent z perspektywy opiekuna rozpoczyna dzień około godziny 9-11, wymaga przypomnienia o higienie i lekach, większość dnia spędza w domu leżąc i paląc papierosy, wymaga aktywizacji do prostych czynności jak drobne porządki, ścielenie łóżka, obranie ziemniaków, czy wyjście z domu, polega w przewadze na pomocy bliskich i do nich ogranicza swoje kontakty (Kulik i in. 2019).

3.5 Praca zawodowa

Niezwykle istotnym elementem rzutującym na funkcjonowanie osób ze schizofrenią jest aspekt pracy zawodowej, której brak sprzyja pogłębianiu zaburzeń psychicznych oraz uważany jest za przeszkodę w powrocie do zdrowia (Pańczak i in. 2016).

Wskaźnik zatrudnienia osób z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi w krajach Europy Zachodniej i Ameryki Północnej wynosi zaledwie 10–20%. Wśród osób niepełnosprawnych z powodu zaburzeń psychicznych aż 37% nigdy nie podjęło pracy, a tylko około 2% osób z rozpoznaniem schizofrenii pracuje zawodowo w pełnym wymiarze godzin (Pańczak i in. 2016).

Szacuje się, że zaledwie 15% osób chorych na schizofrenię jest aktywnych zawodowo, aż 61% przechodzi na rentę. Najczęściej są to ludzie w wieku 25-35 lat, więc z powodzeniem mogący zasilić budżet państwa, pracując w zawodzie. Większość z nich jest jednak wykluczona z rynku pracy, czego koszty ponosi także państwo (<https://pulsmedycyny.pl>).

Nie sposób oczekiwać zatrudniania osób chorych psychicznie skoro niemal wszyscy ankietowani pracodawcy (95%) nie widzą możliwości zatrudnienia na jakimkolwiek stanowisku osób cierpiących na schizofrenię, a ponad 10% ankietowanych nigdy nie zatrudniłoby osoby z chorobą psychiczną i osoby te są niechętnie zatrudniane i w pierwszej kolejności zwalniane (Babicki i in. 2018).

Jak wynika z badań europejskich przeprowadzonych w populacji chorujących na schizofrenię, odsetek pacjentów mających stałe zatrudnienie nie przekracza 20%. W momencie wystąpienia pierwszego epizodu psychozy pracuje 13–65% pacjentów. Stwierdzono, że mężczyźni przechodzą na rentę wcześniej niż kobiety (Cybula-Fujiwara i in. 2015).

Kaszyński przyjął następujący rozkład zapotrzebowania na miejsca pracy w grupie osób ze schizofrenią:

- 20% osób jest zdolnych do pracy na takich samych zasadach jak pracownik zdrowy,
- 60% osób wymaga różnorodnych form wspieranego zatrudnienia,
- 20% osób wymaga zindywidualizowanej rehabilitacji społecznej m.in. w formie ośrodków dziennego pobytu (Kaszyński 2006).

Czynnikami zewnętrznymi, które wpływają na zatrudnienie osób chorujących na schizofrenię, są uzyskiwane świadczenia socjalne i rentowe, historia pracy oraz wsparcie społeczne. Deficyty pierwotne w schizofrenii, które najbardziej istotnie wpływają na zatrudnienie, to funkcjonowanie poznawcze, negatywne objawy choroby, wykształcenie i wiek. Okazuje się, że deficyty poznawcze mają najsilniejszy wpływ na funkcjonowanie zawodowe osób chorujących na schizofrenię, wpływ objawów negatywnych uznaje się za umiarkowany, natomiast objawów pozytywnych za marginalny (Cybula-Fujiwara i in. 2015).

3.6 Formy pomocy i oparcia społecznego

Niewiele osób z zaburzeniami psychicznymi pracuje na otwartym rynku pracy, a ci pacjenci, którzy zaangażowani są w jakąkolwiek aktywność zawodową korzystają z kilku form aktywizacji zawodowej i rehabilitacji. Są to środowiskowe domy samopomocy, warsztaty terapii zajęciowej, zakłady aktywności zawodowej, firmy społeczne, zakłady pracy chronionej, zatrudnienie wspierane na otwartym rynku pracy (Pańczak i in. 2016).

Niestety tylko 18% korzystających z warsztatów to osoby niepełnosprawne z powodu choroby psychicznej. Skuteczność rehabilitacji prowadzonej w ramach warsztatów jest mocno

ograniczona, ponieważ brakuje ich funkcjonalnego połączenia z zakładami pracy chronionej czy z otwartym rynkiem pracy (Pańczak i in. 2016).

W Polsce funkcjonuje około 100 zakładów aktywności zawodowej zatrudniających blisko 4000 osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności oraz osób z umiarkowanym stopniem niepełnosprawności, u których stwierdzono autyzm, upośledzenie umysłowe lub chorobę psychiczną i wymagają tzw. chronionych warunków pracy (pfron.org.pl). Zakłady pracy chronionej są jednostkami biznesowymi, które generują i są nastawione na zysk. Co najmniej 50% pracowników zakładu muszą stanowić niepełnosprawni, z czego minimum 20% to osoby ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Chorujący psychicznie są obecnie wypierani z chronionego rynku pracy ze względu na dominację priorytetów ekonomicznych. W wielu przypadkach oferowana im praca jest pozbawiona funkcji socjoterapeutycznej (Pańczak i in. 2016).

Pacjenci cierpiący na schizofrenię wymagają również interdyscyplinarnych oddziaływań rehabilitacyjnych. Zaliczamy do nich zarówno oddziaływania mające na celu zwiększenie samodzielności chorego (np. kształtowanie nawyków higienicznych), poprawę funkcjonowania w środowisku (umiejętności komunikacyjne, asertywność, radzenie sobie z problemami), jak i zwiększające ich potencjał do kontynuowania edukacji lub podjęcia pracy zawodowej (Owen i in 2016).

Na mocy ustawy z 12 marca 2004 roku o pomocy społecznej powstały mieszkania chronione, przeznaczone dla osób niepełnosprawnych niewymagających całodobowej opieki, a jedynie wsparcia w samodzielnym funkcjonowaniu. Celem programu jest przygotowanie do samodzielnego funkcjonowania w środowisku, integracja ze społecznością lokalną oraz umożliwienie funkcjonowania osób niepełnosprawnych poza instytucjami opieki całodobowej. Terapeuci, pracownicy socjalni oraz rehabilitanci wspierają mieszkańców w utrzymaniu i gospodarowaniu lokalem, codziennych czynnościach domowych, planowaniu wydatków oraz w znalezieniu pracy (Wilczyńska i in. 2019).

W przypadku pacjentów opuszczających szpital psychiatryczny lub dom pomocy społecznej pomocne mogą być przejściowe formy opieki – pomiędzy całkowicie stacjonarną i całkowicie ambulatoryjną, takie jak oddziały pobytu dziennego albo hostele. Prócz tego, że ułatwiają one pacjentowi reintegrację ze środowiskiem zamieszkania, pozwalają także jego rodzinie na stopniowe przystosowanie się do nowej sytuacji (Cernovsky 2017).

3.7 Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego

Założenia Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 mają na celu m.in. upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej, unowocześnienie form pomocy i oparcia społecznego oraz aktywizację zawodową osób z zaburzeniami psychicznymi i prowadzenie działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wdrożenie środowiskowego modelu ochrony zdrowia psychicznego oznacza zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi wielostronnej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym (Dz.U. z 2017 r. poz. 458).

4. CEL PRACY I HIPOTEZY BADAWCZE

4.1 Cel pracy

Zasadniczym celem pracy jest opis i ocena funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią na przykładzie grupy pacjentów z Wielkopolski na podstawie analizy zmiennych psychospołecznych w podziale na grupy ambulatoryjną i hospitalizowaną z uwzględnieniem stosowanego leczenia oraz w podziale ze względu na zmienne demograficzne, takie jak płeć, stan cywilny i wykształcenie.

Cele szczegółowe badania dotyczą:

1. porównania funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią w grupach: ambulatoryjnej i hospitalizowanej,
2. porównania funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią w podziale ze względu na zmienne demograficzne (płeć, stan cywilny, wykształcenie),
3. porównania stosowanego leczenia u pacjentów ze schizofrenią w grupach: ambulatoryjnej i hospitalizowanej.

4.2 Hipotezy badawcze

Istnieją statystyczne różnice w funkcjonowaniu i leczeniu pacjentów ze schizofrenią w grupach ambulatoryjnej i hospitalizowanej oraz w podziale na wybrane zmienne demograficzne, takie jak płeć, stan cywilny i wykształcenie.

5. MATERIAŁ I METODY BADAŃ

5.1 Kryteria doboru osób badanych

Badaniem zostali objęci pacjenci Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie.

Grupę hospitalizowaną stanowiło 100 pacjentów (50 kobiet i 50 mężczyzn) leczonych szpitalnie z diagnozą schizofrenii według kryteriów ICD-10. Do grupy zakwalifikowano pacjentów w wieku 18-65 lat obu płci, badania przeprowadzono w okresie objawowej stabilizacji choroby traktowanej jako uzyskanie sumarycznego wyniku w skali PANSS poniżej 80 punktów i otrzymywanie niezmiennego leczenia farmakologicznego w okresie ostatnich 3 tygodni, z wykluczeniem osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i z organicznym uszkodzeniem OUN.

Grupę ambulatoryjną, 30 osób w wieku 18 – 65 lat obu płci, stanowili pacjenci poradni zdrowia psychicznego z rozpoznaniem schizofrenii według kryteriów ICD-10, w okresie objawowej stabilizacji choroby traktowanej jako uzyskanie sumarycznego wyniku w skali PANSS poniżej 80 punktów i otrzymywanie niezmiennego leczenia farmakologicznego w okresie ostatnich 3 miesięcy, nie hospitalizowanych w ostatnich sześciu miesiącach, z wykluczeniem osób uzależnionych od środków psychoaktywnych i z organicznym uszkodzeniem OUN.

W analizie cech demograficznych dokonano oceny łącznej osób badanych z grupy leczonych ambulatoryjnie i grupy hospitalizowanej dokonując podziału ze względu na płeć, stan cywilny, wykształcenie i formę zatrudnienia, poza tym oceniano pacjentów leczonych ambulatoryjnie i z grupy hospitalizowanej z uwzględnieniem stosowanych leków.

Wszystkie zbadane osoby wyraziły zgodę na udział w badaniach i były zdolne do udzielania odpowiedzi na pytania.

5.2 Metody badań

5.2.1 Zastosowane narzędzia badawcze

U każdego pacjenta przeprowadzono wywiad oraz jednokrotne badanie skalami: PANSS, BNSS, PSP oraz każdy z pacjentów dokonywał samooceny przy pomocy kwestionariuszy SFS i SNS. W związku z faktem, że skale SFS i PSP badają funkcjonowanie pacjenta w środowisku

pozaszpitalnym i dotyczą takich aktywności, których realizacja w warunkach szpitalnych byłaby niemożliwa, pacjenci z grupy hospitalizowanej zostali poinstruowani o odniesieniu się przy odpowiadaniu na poszczególne pytania do okresu ostatnich trzech miesięcy sprzed hospitalizacji.

5.2.2 Wywiad

Wywiad obejmował zebranie informacji na temat przebiegu choroby osoby badanej oraz jej aktualnego stanu psychicznego w oparciu o badanie psychiatryczne i analizę dokumentacji medycznej w celu potwierdzenia stabilizacji stanu psychicznego i stałej farmakoterapii przez okres co najmniej 3 tygodni w odniesieniu do osób z grupy hospitalizowanej i 3 miesięcy z grupy ambulatoryjnej, a także potwierdzenia dla grupy ambulatoryjnej okresu co najmniej 6 miesięcy bez hospitalizacji. Wywiad obejmował następujące dane:

- data badania,
- imię i nazwisko,
- płeć,
- wiek,
- stan cywilny: wolny, w związku (małżeńskim / partnerskim),
- wykształcenie: podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe,
- sytuacja zawodowa: brak pracy, zatrudnienie na cały etat, zatrudnienie na pół etatu, praca chroniona, warsztaty terapii zajęciowej, gospodyni domowa,
- długość trwania choroby – od momentu zachorowania,
- przyjmowane leki.

5.2.3 Skala zespołu pozytywnego i negatywnego – PANSS

PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) służy ocenie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii, składa się z 30 objawów podzielonych na 3 grupy opisujące zespoły „pozytywny”, „negatywny” oraz ogólną symptomatykę psychiatryczną (Bilikiewicz i in. 2002, Rzewuska 2000).

Składają się na nią podskale: P1 – urojenia, P2 – dezorganizacja pojęciowa, P3- zachowania omamowe, P4 – pobudzenie, P5- postawa wielkościowa, P6 – podejrzliwość, prześladowanie, P7 – wrogość, N1 spływanie afektu, N2 -wycofanie emocjonalne, N3 – słaby

kontakt, N4 – bierność / apatia, wycofanie społeczne, N5 – zaburzenie myślenia abstrakcyjnego, N6 – brak spontaniczności i płynności rozmowy, N7 – myślenie stereotypowe, G1 – troska o ciało, G2 – lęk, G3 – poczucie winy, G4 – napięcie, G5 – manieryzmy i zastyganie, G6 – depresja, G7 – zahamowanie ruchowe, G8 – brak współpracy, G9 – niezwykle treści myślenia, G10 – dezorientacja, G11 – zaburzenia uwagi, G12 – brak krytycyzmu i wglądu, G13 – zaburzenia woli, G14 – słaba kontrola impulsów, G15 – pochłonięcie, G16 – czynne unikanie społeczne (Bilikiewicz i in. 2002). Sumowane są wszystkie punkty oraz nasilenie objawów w grupach PANSS.P, PANSS.N i PANSS.G. Nasilenie każdego objawu jest wyrażane za pomocą 7-stopniowej skali, a badający ocenia stan pacjenta na podstawie obserwacji i wywiadu z okresu ostatniego tygodnia (Hanson i in. 2010).

Ocena w skali od 1 – 7 wskazuje na poziom nasilenia objawów: 1 – nieobecne, 2 – minimalne, 3 – łagodne, 4 – umiarkowane, 5 – umiarkowanie ciężkie, 6 – ciężkie, 7 – krańcowe. Sumaryczny wynik skali wynosi 30 – 210 punktów.

5.2.4 Krótka Skala Objawów Negatywnych - BNSS

BNSS – (*Brief Negative Symptom Scale*) - Krótka Skala Objawów Negatywnych w wersji polskiej (Wójciak i in. 2018a) opracowana w 2011 roku przez Briana Kirkpatricka i in., jest obecnie jednym z najczęściej wykorzystywanych w praktyce badawczej narzędzi służących do oceny objawów ubytkowych schizofrenii.

Skala ocenia pięć objawów, co do których istnieje dzisiaj konsensus odnośnie ich charakteru jako objawów negatywnych – anhedonię, wycofanie społeczne, awolicję, spłylenie afektu i alogię. Dodatkowo włączono podskalną szóstą, opisującą brak prawidłowego dystresu.

W skład dokumentacji skali BNSS wchodzi: formularz oceny (*Scoresheet*) obejmujący 13 objawów i 6 podskal, podręcznik (*Manual*) oraz zeszyt szkoleniowy (*Workbook*) (Wójciak i in. 2018a) opracowane i przetłumaczone na język polski w Klinice Psychiatrii Dorosłych w Poznaniu.

Badanie ma charakter wywiadu przeprowadzanego na podstawie przewodnika zawierającego m.in. podpowiedzi oraz przykładowe pytania. Każda pozycja mierzona jest na siedmiostopniowej skali (od 0 do 6), o zakresie określającym dany objaw jako nieistniejący (0) aż po ciężki (6). Ramy czasowe oceny zostały ustalone na siedem dni. Podstawą wywiadu są informacje uzyskane od chorego. Inne jego ważne elementy to także obserwacja badanego oraz w razie potrzeby dane uzyskane od zewnętrznych informatorów.

Skala obejmuje 13 pozycji zorganizowanych w 6 podskal, takich jak:

- anhedonia - intensywność i częstość odczuwania przyjemności, intensywność oczekiwanej przyjemności,
- zmartwienie - sposób przeżywania przez badanego nieprzyjemnych albo rozstrajających emocji różnego typu, takich jak smutek, depresja, niepokój, żal, gniew,
- wycofanie społeczne określane jako zredukowana aktywność towarzyska połączona z obniżonym zainteresowaniem tworzenia bliskich więzi z innymi - zachowanie, wewnętrzne doświadczanie,
- awolicja - określana jako zanik woli charakteryzujący się obniżeniem zdolności do podejmowania działań i ich podtrzymywania - zachowanie, wewnętrzne doświadczanie,
- spłycenie afektu - określane jako obniżenie zewnętrznej ekspresji emocjonalnej - mimika, ekspresja wokalna, gestykulacja,
- alogia - określana jako zubożenie mowy - objętość wypowiedzi, spontaniczność wypowiedzi - (Wójciak i in. 2018a).

5.2.5 Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego - PSP

PSP - Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego ocenia stopień nieprawidłowości w czterech dziedzinach funkcjonowania pacjenta:

- aktywność przydatna społecznie (włączając tu pracę, naukę, studia),
- relacje osobiste i społeczne,
- dbanie o siebie,
- zachowania niepokojące i agresywne.

Kwestionariusz jest oceniany przez badacza i zawiera częściowo ustrukturyzowany wywiad, aby uzyskać informacje o każdym z obszarów. Pacjent odpowiadał na pytania dotyczące jego funkcjonowania w ciągu ostatnich trzech miesięcy, pacjenci z grupy hospitalizowanej brali pod uwagę trzy miesiące poprzedzające hospitalizację.

Na tej skali obszary są oceniane w skali Likerta wynoszącej 6 punktów, od 1 (nieobecny) do 6 (bardzo poważny). Wyniki są uzyskiwane w każdym z 4 obszarów. Łącznie maksymalnie uzyskać można 100 punktów, im wyższa ilość uzyskanych punktów, tym lepsze funkcjonowanie osobiste i społeczne.

W zakresie punktacji 91 – 100 przyjmuje się, że pacjent doskonale funkcjonuje we wszystkich czterech obszarach wykazując dużą rozagę w działaniu, adekwatnie daje sobie radę z rozwiązywaniem życiowych problemów, jest zaangażowany w szeroką gamę aktywności, ma zainteresowania.

W najniższej skali 1-10 uważa się, że pacjent wykazuje brak samodzielności w zakresie podstawowego funkcjonowania ze skrajnymi zachowaniami bez zagrożenia życia (punktacja 6 – 10) lub z zagrożeniem życia (punktacja 1 – 5) np. z powodu infekcji, niedożywienia, odwodnienia, niezdolności rozpoznawania niebezpiecznych sytuacji.

5.2.6 - Skala funkcjonowania społecznego Birchwooda - SFS

SFS – (*The Birchwood Social Functioning Scale*) - skala funkcjonowania społecznego Birchwooda została zaadaptowana do warunków polskich przez M. Załuską (Załuska 1997). Przy tworzeniu skali funkcjonowania społecznego Maxa Birchwooda uwzględniono szczególnie te sfery funkcjonowania, które decydują o utrzymaniu się chorego w środowisku pozaszpitalnym.

Poszczególne podskale SFS oceniają:

- I. wychodzenie z izolacji,
- II. komunikację i więzi międzyludzkie,
- III. kontakty społeczne,
- IV. rekreację – rozrywkę,
- V. samodzielność realizowaną,
- VI. samodzielność możliwą
- VII. pracę – zatrudnienie (Załuska 1997).

Skala jest narzędziem przydatnym w diagnozowaniu deficytów funkcjonowania oraz ocenie efektów interwencji psycho-socjoterapeutycznych i rehabilitacyjnych w odniesieniu do osób i grup chorych na schizofrenię (Załuska 1997).

Każda z podskal skali SFS zawiera od kilku do kilkunastu pytań, sumaryczny wynik możliwy do uzyskania wynosi 55–145 punktów. Przyjęto, że średni ogólny zakres wyników dla ludzi zdrowych mieści się w przedziale 114–145 punktów. Wyniki poniżej 114 punktów oznaczają zaburzenia w funkcjonowaniu chorego w poszczególnych obszarach. Im niższy wynik, tym słabsze funkcjonowanie (Foryś i in. 2013). W badaniach wykorzystano wersję dla osoby

chorującej, pacjent oceniał swoje funkcjonowanie w ciągu ostatnich trzech miesięcy, pacjenci z grupy hospitalizowanej brali pod uwagę trzy miesiące poprzedzające hospitalizację.

5.2.7 - Samoocena objawów negatywnych - SNS

Skala SNS to pierwsza skala samooceny objawów negatywnych dokonująca ewaluacji wszystkich pięciu domen objawów negatywnych, tj.

- wycofania społecznego,
- spłycenia afektu,
- awolacji,
- anhedonii,
- alogii (Wójciak i in. 2018b).

Skala zawiera 20 pytań sytuujących się w wymienionych domenach objawów negatywnych, po 4 dla każdego objawu negatywnego, na które pacjent może udzielić jednej z trzech odpowiedzi „zgadzam się całkowicie”, „trochę się zgadzam” lub „nie zgadzam się zupełnie”, które są punktowane odpowiednio 2, 1 i 0 punktów, a ocena dotyczy ostatniego tygodnia.

Wycofanie społeczne (asocjalność) ocenia relacje towarzyskie badanego oraz skłonność do nawiązywania nowych kontaktów, spłycenie afektu (blady afekt) ocenia odczuwanie szczęścia lub smutku w sytuacjach, w których zazwyczaj emocje te występują, awolacja ocenia motywację, poziom energii oraz zdolność do realizacji założonych celów, anhedonia opisuje przyjemność odczuwaną i oczekiwaną, alogia zaś (zubożenie mowy) ma charakter subiektywnej oceny badanego (Wójciak i in. 2018b).

6 WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

6.1 Wstęp

W niniejszym rozdziale zaprezentowane zostaną wyniki badań własnych wybranych zmiennych demograficznych i psychospołecznych osób z rozpoznaniem schizofrenii. W rozdziale zaprezentowane zostały tabele oraz ryciny zawierające dane statystyczne najistotniejsze z punktu widzenia analizy wyników.

6.2 Charakterystyka grup badanych

W badaniu wzięło udział 130 osób – 30 osób leczonych ambulatoryjnie w poradniach zdrowia psychicznego na terenie Gniezna i 100 osób hospitalizowanych w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie.

6.2.1 Grupa osób leczonych ambulatoryjnie

Grupa osób leczonych ambulatoryjnie złożona była z 15 mężczyzn i 15 kobiet. Średni wiek badanych wynosił 42,4 lata, a średni czas trwania choroby 15,5 roku. Szczegóły prezentuje Tabela 1.

Tabela 1. Wiek i Czas trwania choroby – charakterystyki opisowe

	Wiek	Czas trwania choroby
N	30	30
Średnia	42,4	15,5
Odchylenie standardowe	11,193	6,399
Minimum	20,0	6,0
Maksimum	65,0	30,0

Spośród osób badanych po 3 miały wykształcenie podstawowe i wyższe, 11 osób wykształcenie zawodowe a 12 średnie. Procentowy rozkład zmiennej w grupie prezentuje Tabela 2.

Tabela 2. Wykształcenie w obrębie badanej grupy – charakterystyki opisowe

Wykształcenie	N	Procent
Wykształcenie podstawowe	3	10,0
Wykształcenie zawodowe	11	36,7
Wykształcenie średnie	12	40,0
Wykształcenie wyższe	3	10,0
Ogółem	29	96,7
Brak danych	1	3,3
Ogółem	30	100,0

W zakresie bliskich relacji intymnych 13 osób deklarowało bycie w związku (małżeństwo lub konkubinaty), 17 natomiast było stanu wolnego. Procentowy rozkład zmiennej w grupie prezentuje Tabela 3.

Tabela 3. Stan cywilny w obrębie badanej grupy – charakterystyki opisowe

Stan cywilny	N	Procent
Wolny(a)	17	56,7
W związku	13	43,3
Ogółem	30	100,0

Większość osób badanych w grupie leczonej ambulatoryjnie pozostawała bez pracy (19 osób), jedynie 6 z nich pracowało w pełnym wymiarze czasu pracy. Szczegółowy oraz procentowy rozkład zmiennej w grupie prezentuje Tabela 4.

Tabela 4. Zatrudnienie w obrębie badanej grupy – charakterystyki opisowe

Zatrudnienie	N	Procent
Brak pracy	19	63,3
WTZ/praca chroniona/gospodyni domowa	2	6,7
Pół etatu	3	10,0
Pełen etat	6	20,0
Ogółem	30	100,0

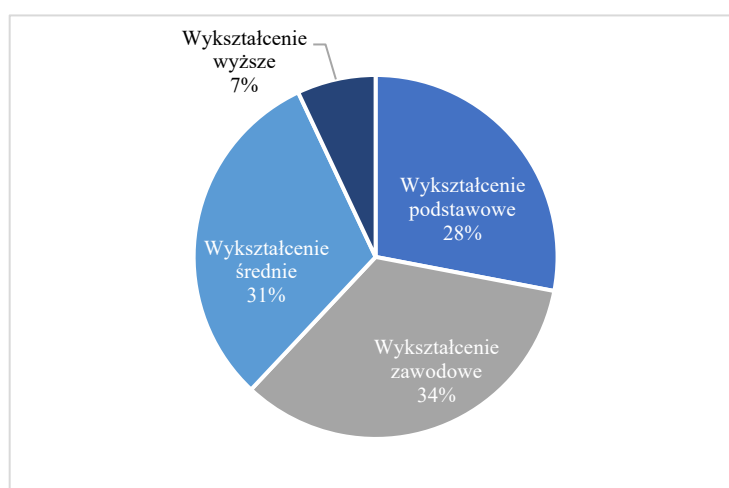
6.2.2 Grupa hospitalizowana

Grupa osób hospitalizowanych składała się z 50 kobiet i 50 mężczyzn. Średni wiek osób badanych wyniósł 41,41 lat, a średni czas trwania choroby 14,2 lat. Szczegóły prezentuje Tabela 5.

Tabela 5. Charakterystyki opisowe – wiek i czas trwania choroby

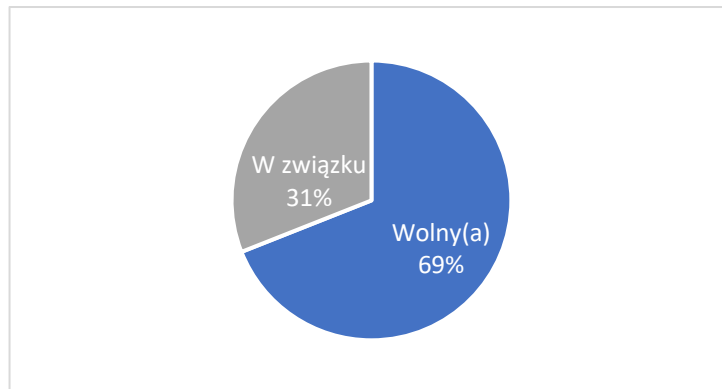
	Wiek	Czas trwania choroby
N	100	100
Średnia	41,41000	14,20000
Odchylenie standardowe	12,150649	7,574545
Minimum	19,000	2,000
Maksimum	65,000	32,000

Podobny odsetek badanych (około 30%) miał wykształcenie podstawowe, zawodowe lub średnie. Jedynie 7% badanych (7 osób) miało wykształcenie wyższe. Szczegóły prezentuje Rycina 1.

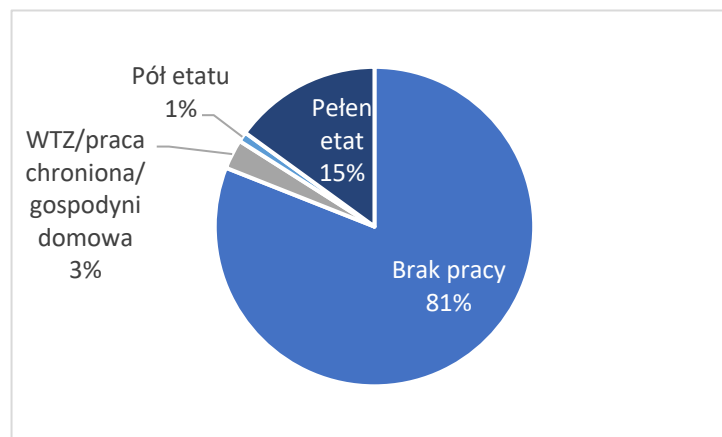


Rycina 1. Charakterystyki opisowe - wykształcenie

Większość osób badanych w grupie hospitalizowanej nie pozostawała w związkach. Znacząca większość także nie posiadała pracy. Szczegóły prezentuje Rycina 2 i Rycina 3.



Rycina 2. Stan cywilny – charakterystyki opisowe



Rycina 3. Zatrudnienie – charakterystyki opisowe

6.3 Zastosowane metody statystyczne

6.3.1 Metody opisu statystycznego

Całość analizy statystycznej uzyskanych wyników została przeprowadzona z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS for Windows, wersja 26.

W celu opisu badanych grup zastosowano standardowe metody opisu statystycznego. Grupy badawcze zostały scharakteryzowane poprzez średnią, odchylenie standardowe, wielkość błędu standardowego średniej oraz procent, wartości minimalną, maksymalną i ich rozstęp. Dodatkowo włączone zostały także takie statystyki jak wariancja (określana, jako miara rozproszenia wokół średniej, równa sumie podniesionych do kwadratu odchyleń od średniej, podzielonej przez liczbę obserwacji minus jeden, mierzona w jednostkach będących kwadratami jednostek miary dla zmiennej, do której wariancja się odnosi), skośność (określana

jako miara asymetrii rozkładu) i kurtoza (określana jako miara ilości skrajnych wartości odstających).

6.3.2 Metody oceny istotności różnic

Badane zmienne, w związku z faktem, że część zmiennych mierzona była za pomocą niewystandaryzowanych narzędzi badawczych oraz ogólną specyfikę wyników uzyskiwanych w testach wykorzystywanych w psychologii i psychiatrii zaklasyfikowane zostały jako zmienne porządkowe.

Ocena istotności różnic międzygrupowych dokonana została za pomocą testu U Manna-Whitneya z uwagi na przyporządkowanie zmiennych jako porządkowych oraz w niektórych przypadkach, znaczącą dysproporcję liczby osób badanych w każdej z grup. Test ten służy do weryfikacji hipotezy o nieistotności różnic pomiędzy medianami badanej zmiennej w dwóch populacjach.

Istotność statystyczna różnic w ramach grup porównawczych, gdy $K > 2$ przeprowadzona została metodą analizy średnich. Zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA - służy ona do weryfikacji hipotezy o równości średnich badanej zmiennej w badanych populacjach) oraz jako kolejny krok analizy wariancji, w celu uzyskania dokładnego obrazu różnic między poziomami zmiennych demograficznych (porównania wielokrotne), test *post-hoc* T3 Dunnetta (w związku z niespełnieniem założenia o zgodności wariancji).

W niniejszej pracy przyjęto poziom istotności statystycznej $p < 0.05$.

6.4 Zastosowane narzędzia badawcze

U każdego pacjenta z grup badanych, zarówno z grupy leczonej ambulatoryjnie, jak i z grupy hospitalizowanych przeprowadzono badanie skalami: PANSS, BNSS, PSP oraz każdy z pacjentów dokonywał samooceny przy pomocy kwestionariuszy SFS i SNS.

6.4.1 Skala zespołu pozytywnego i negatywnego – PANSS

PANSS służy ocenie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii, składa się z 30 objawów podzielonych na 3 grupy zawierające podskale opisujące zespoły „pozytywny” (PANSS.P), „negatywny” (PANSS.N) oraz ogólną symptomatykę psychiatryczną (PANSS.G).

Sumowane są wszystkie punkty oraz nasilenie objawów w grupach P, N i G. Nasilenie każdego objawu jest wyrażane za pomocą 7-stopniowej skali, a badający ocenia stan pacjenta na podstawie obserwacji i wywiadu z okresu ostatniego tygodnia. Ocena w skali od 1 – 7 wskazuje na poziom nasilenia objawów: 1 – nieobecne, 2 – minimalne, 3 – łagodne, 4 – umiarkowane, 5 – umiarkowanie ciężkie, 6 – ciężkie, 7 – krańcowe. Sumaryczny wynik skali wynosi 30 – 210 punktów.

6.4.2 Krótka Skala Objawów Negatywnych – BNSS

BNSS - Krótka Skala Objawów Negatywnych w wersji polskiej służy do oceny objawów ubytkowych schizofrenii, ocenia pięć objawów z kategorii objawów negatywnych schizofrenii: anhedonię, wycofanie społeczne, awolicję, spłylenie afektu i alogię oraz podskalnę opisującą brak prawidłowego dystresu. Każda pozycja mierzona jest na siedmiostopniowej skali (od 0 do 6), o zakresie określającym dany objaw jako nieistniejący (0) aż po ciężki (6). Ramy czasowe oceny zostały ustalone na siedem dni. Podstawą wywiadu są informacje uzyskane od chorego. Skala obejmuje 13 pozycji zorganizowanych w 6 podskal: anhedonia, zmartwienie, wycofanie społeczne, awolicja, spłylenie afektu, alogia.

6.4.3 Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego – PSP

PSP - Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego ocenia stopień nieprawidłowości w czterech dziedzinach funkcjonowania pacjenta:

- aktywność przydatna społecznie (włączając tu pracę, naukę, studia),
- relacje osobiste i społeczne,
- dbanie o siebie,
- zachowania niepokojące i agresywne.

Pacjent odpowiadał na pytania dotyczące jego funkcjonowania w ciągu ostatnich trzech miesięcy, pacjenci z grupy hospitalizowanej brali pod uwagę trzy miesiące poprzedzające hospitalizację. Łącznie maksymalnie uzyskać można 100 punktów, im wyższa ilość uzyskanych punktów, tym lepsze funkcjonowanie.

6.4.4 - Skala funkcjonowania społecznego Birchwooda – SFS

SFS – skala funkcjonowania społecznego ocenia te sfery funkcjonowania, które decydują o utrzymaniu się chorego w środowisku pozaszpitalnym.

Poszczególne podskale SFS oceniają:

- I. wychodzenie z izolacji,
- II. komunikację i więzi międzyludzkie,
- III. kontakty społeczne,
- IV. rekreację – rozrywkę,
- V. samodzielność realizowaną,
- VI. samodzielność możliwą
- VII. pracę – zatrudnienie.

Każda z podskal skali SFS zawiera od kilku do kilkunastu pytań, sumaryczny wynik możliwy do uzyskania wynosi 55–145 punktów. Przyjęto, że średni ogólny zakres wyników dla ludzi zdrowych mieści się w przedziale 114–145 punktów. Wyniki poniżej 114 punktów oznaczają zaburzenia w funkcjonowaniu chorego w poszczególnych obszarach. Im niższy wynik, tym słabsze funkcjonowanie. Pacjent oceniał swoje funkcjonowanie w ciągu ostatnich trzech miesięcy, pacjenci z grupy hospitalizowanej brali pod uwagę trzy miesiące poprzedzające hospitalizację.

6.4.5 - Samoocena objawów negatywnych - SNS

Skala SNS to skala samooceny objawów negatywnych dokonująca ewaluacji wszystkich pięciu domen objawów negatywnych, tj.

- wycofania społecznego,
- spłycenia afektu,
- awolacji,
- anhedonii,
- alogii.

Skala zawiera 20 pytań sytuujących się w wymienionych domenach objawów negatywnych, po 4 dla każdego objawu negatywnego, na które pacjent może udzielić jednej z trzech odpowiedzi „zgadzam się całkowicie”, „trochę się zgadzam” lub „nie zgadzam się zupełnie”, które są punktowane odpowiednio 2, 1 i 0 punktów, a ocena dotyczy ostatniego tygodnia.

6.5 Porównania grup w ramach próby badanej wyróżnionych ze względu na zmienne demograficzne – płeć, stan cywilny, wykształcenie

Z uwagi na częściowo eksploracyjny charakter badania w celu dokonania bliższej analizy badanej próby podjęto decyzję o przeprowadzeniu analiz zmiennych psychospołecznych nie tylko w podziale na grupy ambulatoryjną i hospitalizowaną, ale także w podziale ze względu na zmienne demograficzne jak płeć, stan cywilny i wykształcenie. Z analizy w podziale ze względu na formę zatrudnienia zrezygnowano z uwagi na znaczne dysproporcje między liczebnościami w wyodrębnionych ze względu na tę zmienną w podgrupach, jak i ze względu na małą liczebność grup osób pracujących.

W analizie cech demograficznych dokonano oceny łącznej osób badanych z grupy leczonych ambulatoryjnie i grupy hospitalizowanej, ponieważ za główny punkt wyjścia w tej części dociekań uznano scharakteryzowanie badanych, jako wykazujących określonych rodzaj psychopatologii oraz rozpoznanie ze względu na cechy demograficzne właśnie, a nie tryb leczenia. Poniżej zostaną przedstawione istotne statystycznie różnice międzygrupowe w podziale ze względu na płeć, stan cywilny i wykształcenie osób z badanej próby.

6.5.1 Porównanie ze względu na płeć

W badanych grupach porównawczych znalazło się łącznie 65 mężczyzn i 65 kobiet (po 60 z grupy hospitalizowanej i po 15 z grupy leczonych ambulatoryjnie).

W badaniu z użyciem skali BNSS kobiety uzyskiwały istotnie statystycznie niższe wyniki niż mężczyźni na wszystkich wymiarach oraz na poziomie sumarycznego wyniku testu. Szczegółowe dane prezentują Tabele 6, 7 i 8 oraz Rycina 4.

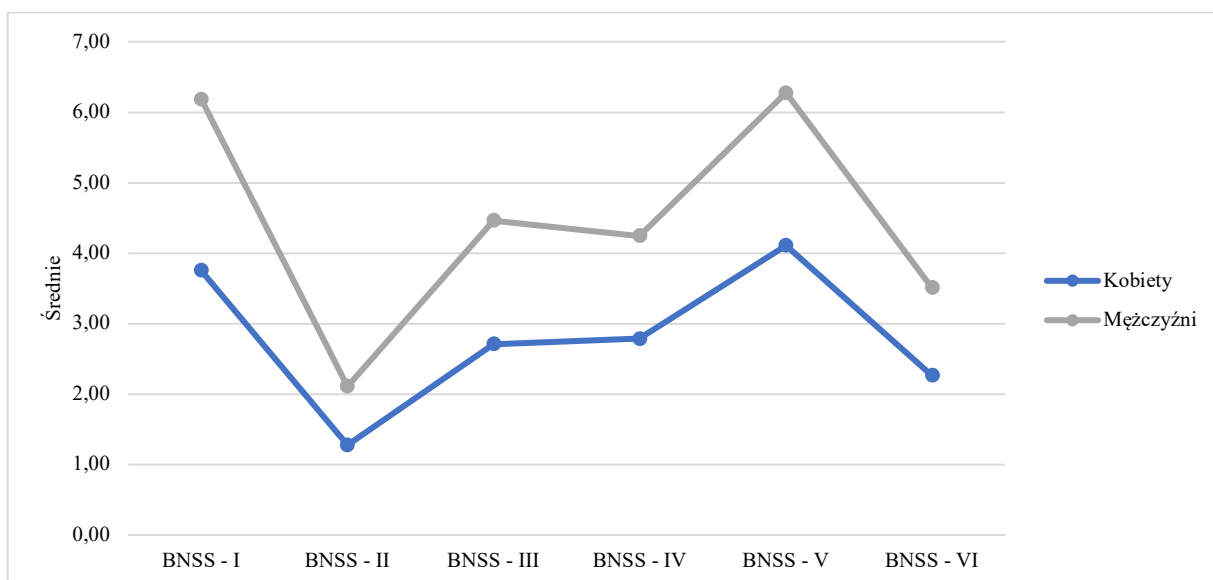
Tabela 6. Wyniki w skali BNSS – charakterystyki opisowe

Kobiety	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
BNSS - I	0,000	14,000	3,754	2,872
BNSS - II	0,000	4,000	1,277	0,960
BNSS - III	0,000	9,000	2,708	2,082
BNSS - IV	0,000	9,000	2,785	1,833
BNSS - V	0,000	16,000	4,108	3,961

BNSS - VI	0,000	9,000	2,262	2,181
BNSS - suma	0,000	61,000	16,862	12,027

Tabela 7. Wyniki w skali BNSS – charakterystyki opisowe

Mężczyźni	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
BNSS - I	0,000	14,000	6,185	4,603
BNSS - II	0,000	5,000	2,108	1,480
BNSS - III	0,000	10,000	4,462	3,057
BNSS - IV	0,000	10,000	4,246	2,767
BNSS - V	0,000	15,000	6,277	4,807
BNSS - VI	0,000	10,000	3,508	2,829
BNSS - suma	3,000	66,000	27,123	18,545



Rycina 4. Wyniki w skali BNSS – wykres średnich

Tabela 8. Skala BNSS – istotne różnice międzygrupowe

	BNSS - I	BNSS - II	BNSS - III	BNSS - IV	BNSS - V	BNSS - VI	BNSS - suma
U Manna-Whitneya	1513,500	1436,000	1415,500	1485,000	1577,000	1565,000	1456,500
W Wilcoxon	3658,500	3581,000	3560,500	3630,000	3722,000	3710,000	3601,500
Z	-2,811	-3,243	-3,287	-2,978	-2,505	-2,584	-3,056
p	0,005	0,001	0,001	0,003	0,012	0,010	0,002

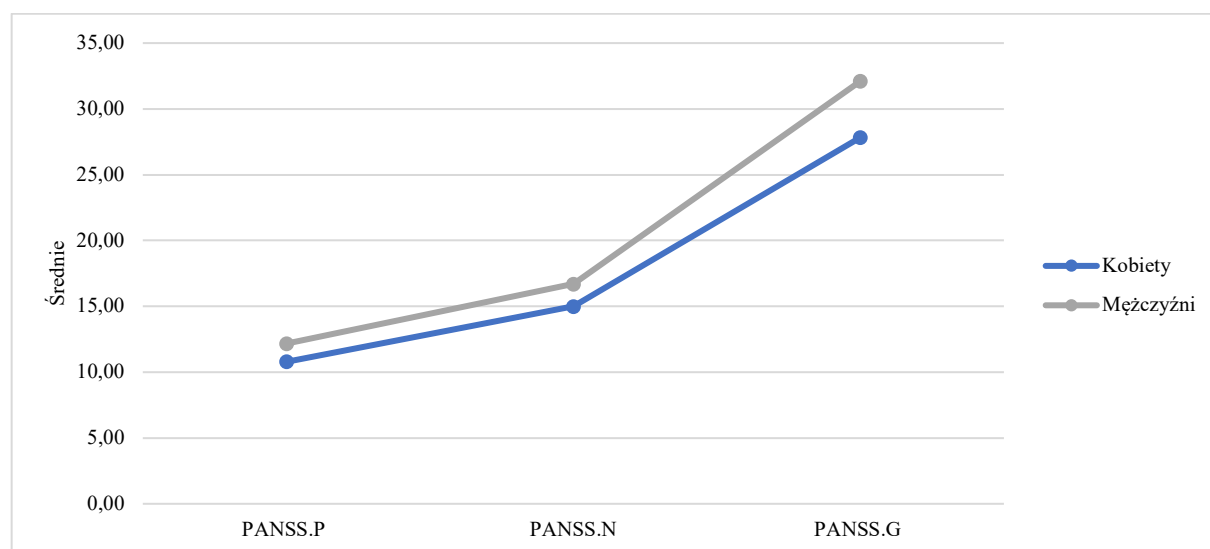
W zakresie wyników w skali PANSS (zarówno podskal, jak i wyniku sumarycznego) mężczyźni osiągnęli wyniki statystycznie wyższe niż kobiety. Szczegóły prezentują Tabele 9, 10 i 11 oraz Rycina 5.

Tabela 9. Skala PANSS – charakterystyki opisowe

Kobiety	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
PANSS.P	7,000	25,000	10,785	3,612
PANSS.N	7,000	29,000	15,000	4,684
PANSS.G	16,000	40,000	27,831	5,544
PANSS suma	37,000	79,000	53,615	10,766

Tabela 10. Skala PANSS – charakterystyki opisowe

Mężczyźni	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
PANSS.P	7,000	21,000	12,169	3,476
PANSS.N	8,000	28,000	16,708	4,575
PANSS.G	21,000	45,000	32,108	5,847
PANSS suma	40,000	79,000	60,985	10,988



Rycina 5. Wyniki z skali PANSS – wykres średnich

Tabela 11. Istotne różnice międzygrupowe w skali PANSS

	PANSS.P	PANSS.N	PANSS.G	PANSS suma
U Manna-Whitneya	1534,500	1601,000	1290,000	1318,500
W Wilcoxona	3679,500	3746,000	3435,000	3463,500
Z	-2,707	-2,388	-3,836	-3,699
p	0,007	0,017	0,000	0,000

W kwestionariuszu SFS jedyna statystycznie istotna różnica została zanotowana w zakresie różnic średnich wyników podskali SFS V – tutaj mężczyźni osiągnęli wynik znacząco niższy niż kobiety. Szczegóły prezentują Tabele 12 i 13.

Tabela 12. Charakterystyki opisowe SFS

Kobiety	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
SFS - I	75,500	133,000	106,685	13,155
SFS - II	55,000	145,000	108,123	18,261
SFS - III	65,000	139,000	104,685	14,528
SFS - IV	66,000	140,000	105,331	15,114
SFS - V	63,500	131,000	104,415	14,199
SFS - VI	3,000	123,000	109,892	18,918
SFS - VII	81,500	122,500	96,377	13,012
SFS średnie - policzone	80,600	125,300	104,822	10,226
SFS surowe - suma	41,000	169,000	114,631	24,297
Mężczyźni				
SFS - I	70,500	133,000	105,115	14,559
SFS - II	55,000	145,000	106,185	17,338
SFS - III	65,000	133,500	106,192	16,447
SFS - IV	72,000	145,000	106,215	16,106
SFS - V	76,500	124,000	98,708	12,485
SFS - VI	72,000	123,000	115,946	10,195

SFS - VII	81,500	122,500	100,208	13,848
SFS średnie - policzone	81,700	129,000	105,497	10,893
SFS surowe - suma	36,000	170,000	114,446	28,973

Tabela 13. Statystyka istotności różnic dla SFS

	SFS - I	SFS - II	SFS - III	SFS - IV	SFS - V	SFS - VI	SFS - VII	SFS średnie - policzone	SFS surowe - suma
U Manna-Whitneya	1963,500	1956,000	1994,000	2109,000	1549,000	1723,500	1803,500	2030,000	2111,500
W Wilcoxon	4108,500	4101,000	4139,000	4254,000	3694,000	3868,500	3948,500	4175,000	4256,500
Z	-0,698	-0,736	-0,552	-0,016	-2,628	-1,938	-1,454	-0,384	-0,005
p	0,485	0,462	0,581	0,987	0,009	0,053	0,146	0,701	0,996

Także w ramach wyników skali SNS, mężczyźni i kobiety różnili się statystycznie istotnie jedynie w jednym z podwymiarów – w zakresie awolucji. Mężczyźni osiągnęli tutaj znacząco wyższe wyniki niż kobiety. Szczegóły prezentują Tabele 14 i 15.

Tabela 14. Statystyki opisowe dla wyników w skali SNS

Kobiety	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
SNS - asocjalność	0,000	8,000	2,877	2,434
SNS - błady afekt	0,000	8,000	3,277	1,875
SNS - alogia	0,000	8,000	3,369	2,240
SNS - awolucja	0,000	8,000	3,185	2,338
SNS - anhedonia	0,000	8,000	3,062	2,128
SNS - suma	0,000	36,000	15,769	9,005
Mężczyźni				
SNS - asocjalność	0,000	8,000	3,769	2,633
SNS - błady afekt	0,000	8,000	3,738	2,167
SNS - alogia	0,000	8,000	3,462	2,681
SNS - awolucja	0,000	8,000	4,046	2,308

SNS - anhedonia	0,000	8,000	2,754	2,222
SNS - suma	1,000	39,000	17,723	9,140

Tabela 15. Statystyka istotności różnic dla skali SNS awolicja

	SNS - asocjalność	SNS - błady afekt	SNS - alogia	SNS - awolicja	SNS - anhedonia	SNS - suma
U Manna- Whitneya	1713,500	1849,500	2104,500	1674,500	1911,000	1871,000
W Wilcoxon	3858,500	3994,500	4249,500	3819,500	4056,000	4016,000
Z	-1,880	-1,238	-0,038	-2,064	-0,954	-1,125
p	0,060	0,216	0,970	0,039	0,340	0,260

6.5.2 Porównanie ze względu na stan cywilny

Osoby uczestniczące w badaniu różniły się także ze względu na fakt pozostawania w związkach, dlatego podjęto decyzję o przeprowadzeniu dodatkowych analiz z uwagi na wartości przyjmowane przez tę zmienną. Spośród całości próby 44 osoby żyły w związkach (konkubinat lub małżeństwo) a 86 osób samotnie.

W wyniku przeprowadzonych analiz wykazano, że w skali BNSS osoby nie żyjące w stałym związku prezentują istotnie wyższe średnie wyniki w większości podwymiarów BNSS (z wykluczeniem BNSS IV) oraz na poziomie wyniku sumarycznego.

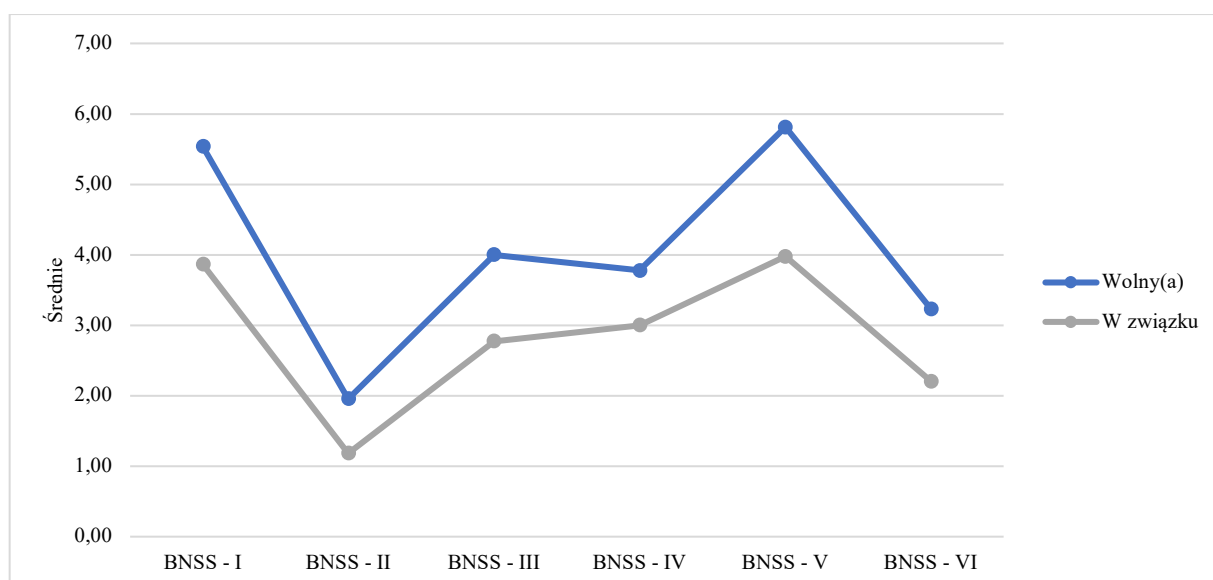
Szczegóły prezentują Tabele 16,17 i 18 oraz Rycina 6.

Tabela 16. Skala BNSS – charakterystyki opisowe

Wolny(a)	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
BNSS - I	0,000	14,000	5,535	4,052
BNSS - II	0,000	5,000	1,953	1,301
BNSS - III	0,000	10,000	4,000	2,770
BNSS - IV	0,000	10,000	3,779	2,555
BNSS - V	0,000	15,000	5,814	4,302
BNSS - VI	0,000	10,000	3,233	2,597
BNSS - suma	3,000	66,000	24,558	16,303

Tabela 17. Skala BNSS – charakterystyki opisowe

W związku	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
BNSS - I	0,000	14,000	3,864	3,733
BNSS - II	0,000	4,000	1,182	1,187
BNSS - III	0,000	9,000	2,773	2,551
BNSS - IV	0,000	9,000	3,000	2,167
BNSS - V	0,000	16,000	3,977	4,737
BNSS - VI	0,000	9,000	2,205	2,474
BNSS - suma	0,000	61,000	16,977	15,571



Rycina 6. Skala BNSS – wykres średnich

Tabela 18. Statystyki istotności różnic międzygrupowych dla BNSS

	BNSS - I	BNSS - II	BNSS - III	BNSS - IV	BNSS - V	BNSS - VI	BNSS - suma
U Manna-Whitneya	1382,000	1229,000	1355,500	1564,000	1321,500	1415,000	1258,500
W Wilcoxona	2372,000	2219,000	2345,500	2554,000	2311,500	2405,000	2248,500
Z	-2,529	-3,358	-2,674	-1,645	-2,820	-2,379	-3,119
p	0,011	0,001	0,007	0,100	0,005	0,017	0,002

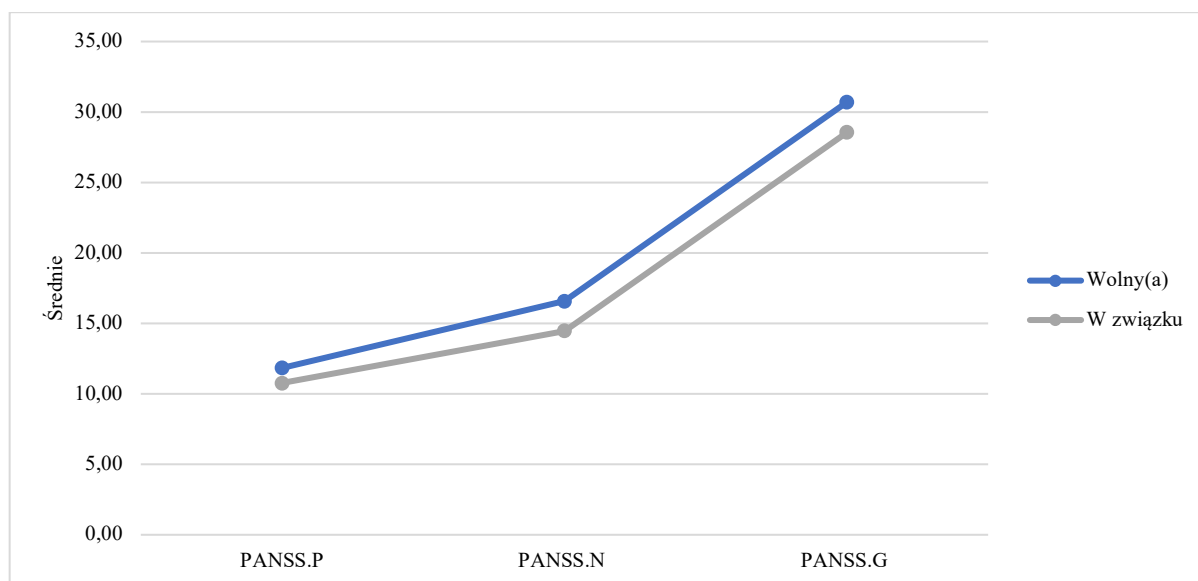
W zakresie wyników skali PANSS istotne różnice między osobami żyjącymi w związkach i samotnie odnotowano na poziomie podskal PANSS.N i PANSS.G oraz wyniku sumarycznego PANSS suma. Tutaj osoby żyjące w związkach uzyskiwały wyniki znacząco niższe. Szczegółowe dane prezentują Tabele 19, 20 i 21 oraz Rycina 7.

Tabela 19. Skala PANSS – charakterystyki opisowe

Wolny(a)	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
PANSS.P	7,000	21,000	11,837	3,571
PANSS.N	7,000	28,000	16,570	4,280
PANSS.G	20,000	45,000	30,698	5,815
PANSS suma	40,000	79,000	59,105	10,706

Tabela 20. Skala PANSS – charakterystyki opisowe

W związku	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
PANSS.P	7,000	25,000	10,773	3,589
PANSS.N	7,000	29,000	14,455	5,174
PANSS.G	16,000	42,000	28,545	6,363
PANSS suma	37,000	79,000	53,773	12,142



Rycina 7. Skala PANSS – wykres średnich

Tabela 21. Skala PANSS – statystyka istotności różnic międzygrupowych

	PANSS.P	PANSS.N	PANSS.G	PANSS suma
U Manna-Whitneya	1525,500	1312,000	1489,500	1335,500
W Wilcoxon	2515,500	2302,000	2479,500	2325,500
Z	-1,814	-2,861	-1,983	-2,740
p	0,070	0,004	0,047	0,006

Istotne różnice statystyczne pomiędzy osobami żyjącymi w związkach i osobami żyjącymi samotnie odnotowano także w kwestionariuszu PSP – tutaj osoby żyjące w związkach osiągały znacząco wyższe wyniki. Szczegóły prezentują Tabele 22, 23 i 24.

Tabela 22. Statystyki opisowe – skala PSP

	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
PSP - Wolny(a)	20,000	91,000	61,314	15,484
PSP - W związku	28,000	95,000	70,136	12,725

Tabela 23. Statystyki istotności różnic międzygrupowych w skali PSP

	PSP
U Manna-Whitneya	1268,500
W Wilcoxona	5009,500
Z	-3,070
p	0,002

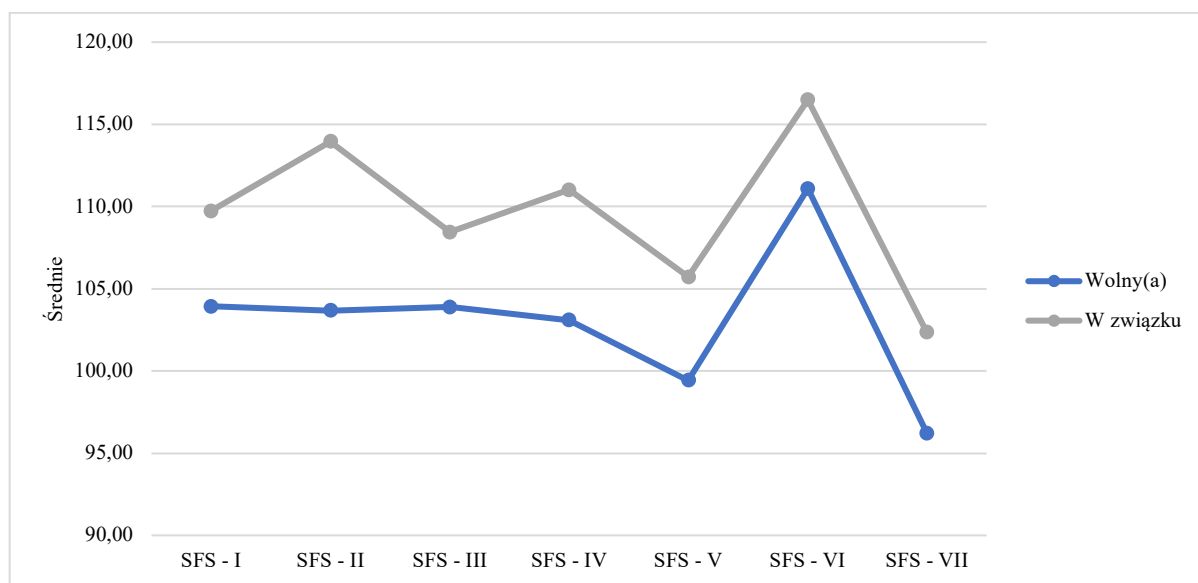
W zakresie wyników w skali SFS istotne różnice między omawianymi podgrupami odnotowano na poziomie większości podskal (SFS I, II, IV, V i VII) oraz wyników średnich i sumarycznych, przy czym to osoby żyjące w związkach osiągały statystycznie istotnie wyższe wyniki. Szczegóły prezentują Tabele 24, 25 i 26 oraz Rycina 8.

Tabela 24. Statystyki opisowe – skala SFS

Wolny(a)	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
SFS - I	75,500	133,000	103,936	13,463
SFS - II	55,000	145,000	103,674	17,182
SFS - III	65,000	133,500	103,895	15,594
SFS - IV	66,000	145,000	103,087	15,238
SFS - V	63,500	131,000	99,430	13,819
SFS - VI	3,000	123,000	111,093	17,499
SFS - VII	81,500	122,500	96,221	13,087
SFS średnie - policzone	80,600	123,800	103,007	10,304
SFS surowe - suma	36,000	170,000	109,233	26,808

Tabela 25. Statystyki opisowe – skala SFS

W związku	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
SFS - I	70,500	133,000	109,739	13,921
SFS - II	80,000	145,000	113,955	17,073
SFS - III	76,000	139,000	108,455	14,956
SFS - IV	84,000	140,000	111,023	15,001
SFS - V	83,000	124,000	105,727	12,345
SFS - VI	91,500	123,000	116,489	9,491
SFS - VII	81,500	122,500	102,341	13,586
SFS średnie - policzone	91,500	129,000	109,366	9,766
SFS surowe - suma	79,000	169,000	124,909	23,261



Rycina 8. Skala SFS – wykres średnich

Tabela 26. Skala SFS – statystyki istotności różnic międzygrupowych

	SFS - I	SFS - II	SFS - III	SFS - IV	SFS - V	SFS - VI	SFS - VII	SFS średnie - policzone	SFS surowe - suma
U Manna-Whitneya	1415,500	1249,500	1584,000	1355,000	1370,000	1555,000	1411,500	1262,500	1305,000
W Wilcoxona	5156,500	4990,500	5325,000	5096,000	5111,000	5296,000	5152,500	5003,500	5046,000
Z	-2,359	-3,192	-1,517	-2,646	-2,572	-1,774	-2,390	-3,097	-2,889
p	0,018	0,001	0,129	0,008	0,010	0,076	0,017	0,002	0,004

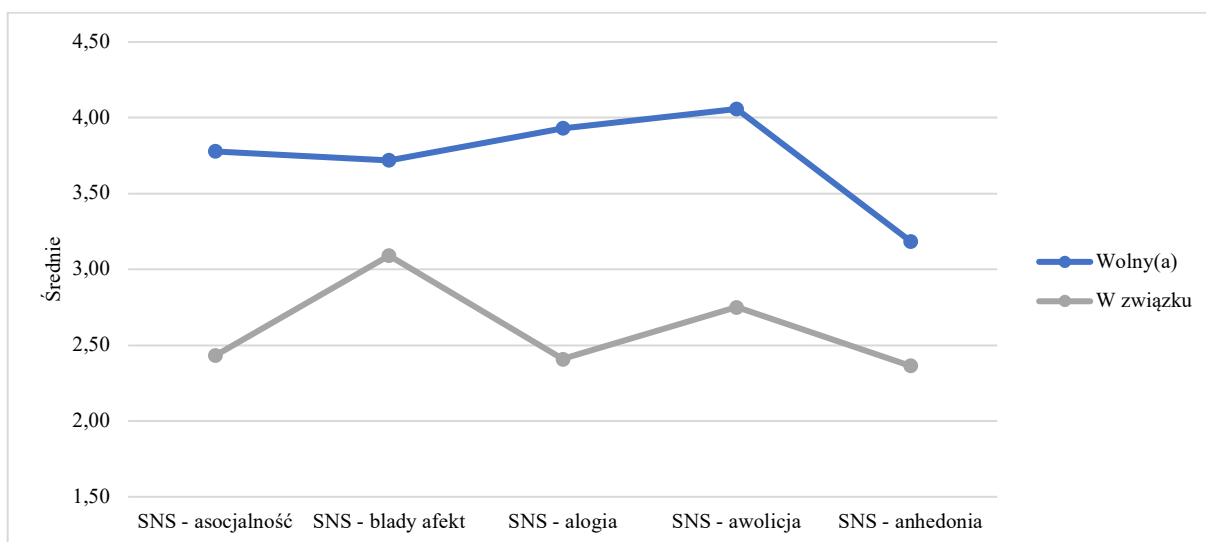
Analiza kwestionariusza SNS osób żyjących w związkach i żyjących samotnie różniły się istotnie statystycznie w zakresie poziomu alogii, asocjalności i awolucji, przy czym to osoby żyjące w konkubinatach lub małżeństwach prezentowały w podanych podskalach statystycznie istotnie niższe wyniki. Szczegóły prezentują Tabele 27, 28 i 29 oraz Rycina 9.

Tabela 27. Skala SNS – statystyki opisowe

Wolny(a)	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
SNS - asocjalność	0,000	8,000	3,779	2,518
SNS - błady afekt	0,000	8,000	3,721	2,090
SNS - alogia	0,000	8,000	3,930	2,482
SNS - awolucja	0,000	8,000	4,058	2,358
SNS - anhedonia	0,000	8,000	3,186	2,314
SNS - suma	0,000	39,000	18,651	9,302

Tabela 28. Skala SNS – statystyki opisowe

W związku	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
SNS - asocjalność	0,000	8,000	2,432	2,444
SNS - błady afekt	0,000	7,000	3,091	1,865
SNS - alogia	0,000	8,000	2,409	2,106
SNS - awolucja	0,000	8,000	2,750	2,114
SNS - anhedonia	0,000	7,000	2,364	1,766
SNS - suma	0,000	27,000	13,023	7,444



Rycina 9. Skala SNS – wykres średnich

Tabela 29. Skala SNS – statystyki istotności różnic międzygrupowych

	SNS - asocjalność	SNS - błady afekt	SNS - alogia	SNS - awolicja	SNS - anhedonia	SNS - suma
U Manna-Whitneya	1311,000	1586,000	1219,000	1276,000	1509,000	1214,500
W Wilcoxona	2301,000	2576,000	2209,000	2266,000	2499,000	2204,500
Z	-2,893	-1,523	-3,341	-3,068	-1,916	-3,336
p	0,004	0,128	0,001	0,002	0,055	0,001

6.5.3 Porównanie ze względu na wykształcenie

W obrębie badanej próby wydzielono cztery grupy porównawcze ze względu na poziom wykształcenia – osoby z wykształceniem podstawowym, zawodowym, średnim i wyższym, przy czym grupa osób z wykształceniem wyższym była najmniej liczna i liczyła jedynie 10 osób. Szczegóły prezentuje Tabela 30.

Tabela 30. Statystyki opisowe w podziale na poziom wykształcenia badanych

		Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
BNSS - I	Wykształcenie podstawowe	6,129	4,631	0,000	14,000
	Wykształcenie zawodowe	4,911	3,901	0,000	14,000
	Wykształcenie średnie	4,837	3,779	0,000	13,000
	Wykształcenie wyższe	2,600	2,319	0,000	8,000
	Ogółem	5,000	4,012	0,000	14,000

BNSS - II	Wykształcenie podstawowe	1,935	1,569	0,000	5,000
	Wykształcenie zawodowe	1,667	1,314	0,000	5,000
	Wykształcenie średnie	1,674	1,229	0,000	4,000
	Wykształcenie wyższe	1,200	0,632	0,000	2,000
	Ogółem	1,698	1,315	0,000	5,000
BNSS - III	Wykształcenie podstawowe	4,516	3,065	0,000	10,000
	Wykształcenie zawodowe	3,444	2,809	0,000	10,000
	Wykształcenie średnie	3,674	2,358	0,000	10,000
	Wykształcenie wyższe	1,100	1,524	0,000	4,000
	Ogółem	3,597	2,757	0,000	10,000
BNSS - V	Wykształcenie podstawowe	7,452	5,045	0,000	16,000
	Wykształcenie zawodowe	4,533	4,214	0,000	14,000
	Wykształcenie średnie	4,860	4,257	0,000	15,000
	Wykształcenie wyższe	3,000	3,018	0,000	10,000
	Ogółem	5,225	4,523	0,000	16,000
BNSS - VI	Wykształcenie podstawowe	4,226	2,789	0,000	10,000
	Wykształcenie zawodowe	2,778	2,601	0,000	9,000
	Wykształcenie średnie	2,535	2,261	0,000	9,000
	Wykształcenie wyższe	1,000	1,333	0,000	4,000
	Ogółem	2,907	2,590	0,000	10,000
BNSS - suma	Wykształcenie podstawowe	28,516	17,920	2,000	61,000
	Wykształcenie zawodowe	20,800	16,532	0,000	66,000
	Wykształcenie średnie	21,442	15,141	2,000	61,000
	Wykształcenie wyższe	11,000	7,986	3,000	31,000
	Ogółem	22,109	16,409	0,000	66,000
PANSS.N total	Wykształcenie podstawowe	17,968	5,419	9,000	29,000
	Wykształcenie zawodowe	15,489	4,208	8,000	25,000
	Wykształcenie średnie	15,558	4,154	7,000	28,000
	Wykształcenie wyższe	12,600	4,526	7,000	21,000
	Ogółem	15,884	4,696	7,000	29,000
PSP	Wykształcenie podstawowe	57,548	17,414	23,000	92,000

	Wykształcenie zawodowe	65,422	15,210	20,000	91,000
	Wykształcenie średnie	66,628	12,242	27,000	91,000
	Wykształcenie wyższe	70,400	14,744	49,000	95,000
	Ogółem	64,318	15,207	20,000	95,000

Istotne statystycznie różnice między podgrupami ze względu na poziom wykształcenia zanotowano głównie na wymiarach testu BNSS (III, V, VI i suma), w podskali PANSS.N kwestionariusza PANSS oraz w teście PSP. W obszarach funkcjonowania psychospołecznego badanego za pomocą wymienionych narzędzi osoby z wykształceniem wyższym funkcjonowały znacząco lepiej niż osoby, które krócej pozostawały w systemie edukacji, z uwagi jednak na małą liczebność tej grupy oraz znaczną dysproporcję między liczebnością grupy osób z wykształceniem wyższym a pozostałymi grupami, należy zachować ostrożność w formułowaniu wniosków.

Szczegółowe dane dotyczące różnic między grupami wyróżnionymi ze względu na poziom wykształcenia prezentuje Tabela 31.

Tabela 31. Tabela ANOVA dla różnic międzygrupowych

Jednoczynnikowa ANOVA		Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	p
BNSS - III	Między grupami	89,844	3	29,948	4,239	0,007
	Wewnątrz grup	883,195	125	7,066		
	Ogółem	973,039	128			
BNSS - V	Między grupami	230,440	3	76,813	4,021	0,009
	Wewnątrz grup	2388,040	125	19,104		
	Ogółem	2618,481	128			
BNSS - VI	Między grupami	96,989	3	32,330	5,304	0,002
	Wewnątrz grup	761,895	125	6,095		
	Ogółem	858,884	128			
BNSS - suma	Między grupami	2602,934	3	867,645	3,404	0,020
	Wewnątrz grup	31861,547	125	254,892		
	Ogółem	34464,481	128			
PANSS.N	Między grupami	254,039	3	84,680	4,120	0,008
	Wewnątrz grup	2569,217	125	20,554		
	Ogółem	2823,256	128			
PSP	Między grupami	2074,867	3	691,622	3,141	0,028
	Wewnątrz grup	27527,102	125	220,217		
	Ogółem	29601,969	128			

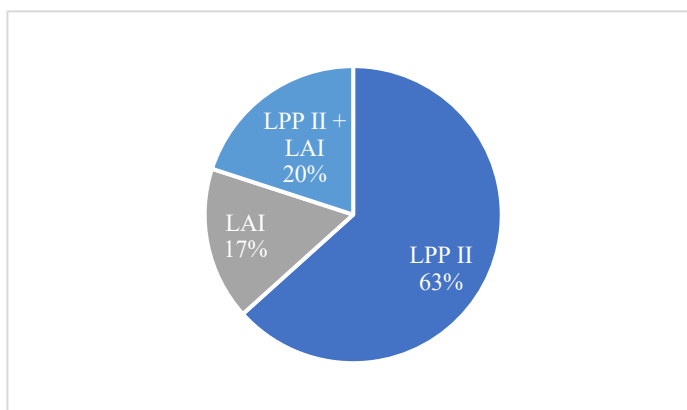
Tabela 32. Porównania wielokrotne pomiędzy grupami ze względu na poziom wykształcenia badanych

Test T3 Dunnetta			Różnica średnich (I-J)	Błąd standardowy	p	95% przedział ufności	
						Dolna granica	Górna granica
BNSS - I	Wykształcenie wyższe	Wykształcenie podstawowe	-3,529032*	1,109	0,019	-6,630	-0,428
BNSS - III	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie wyższe	3,416129*	0,732	0,000	1,371	5,461
BNSS - III	Wykształcenie zawodowe	Wykształcenie wyższe	2,344444*	0,638	0,007	0,530	4,159
BNSS - III	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe	2,574419*	0,601	0,002	0,836	4,313
BNSS - IV	Wykształcenie wyższe	Wykształcenie podstawowe	-2,190323*	0,735	0,037	-4,281	-0,099
BNSS - V	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie wyższe	4,451613*	1,316	0,013	0,725	8,179
BNSS - VI	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie średnie	1,690923*	0,608	0,043	0,035	3,346
BNSS - VI	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie wyższe	3,225806*	0,655	0,000	1,399	5,052
BNSS - VI	Wykształcenie wyższe	Wykształcenie zawodowe	-1,777778*	0,573	0,026	-3,397	-0,158
BNSS - suma	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie wyższe	17,516129*	4,091	0,001	6,139	28,893
BNSS - suma	Wykształcenie średnie	Wykształcenie wyższe	10,441860*	3,422	0,030	0,758	20,125
PANSS.N	Wykształcenie podstawowe	Wykształcenie wyższe	5,367742*	1,731	0,035	0,300	10,435

6.6 Porównanie grup badanych ze względu na stosowaną farmakoterapię

6.6.1 Grupa leczona ambulatoryjnie

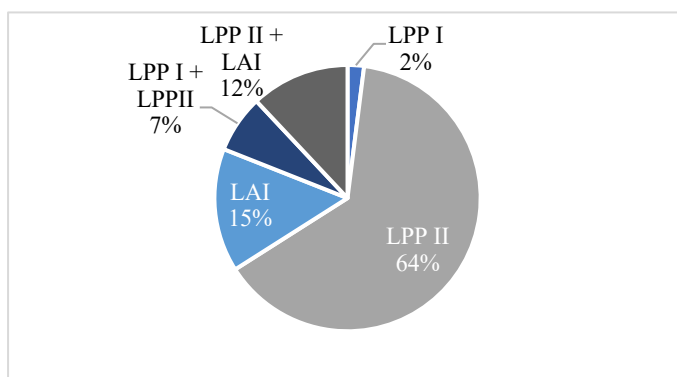
W grupie osób leczonych ambulatoryjnie najczęstszą formą farmakoterapii było stosowanie leków z grupy LPP II (63% osób) oraz politerapia LPP II + LAI (20% badanych). Leki z grupy LPP I nie były stosowane. Szczegółowe dane prezentuje Rycina 10.



Rycina 10. Typy leków stosowanych w mono- i politerapii – na przypadkach

6.6.2 Grupa hospitalizowana

W grupie osób hospitalizowanych najczęściej stosowaną formą farmakoterapii były leki z grupy LPP II (64% badanych) oraz monoterapia lekami LAI (15% badanych). Najrzadziej stosowane były leki z grupy LPP I (przyjmowało je 2% pacjentów). Szczegółowe dane prezentuje Rycina 11.



Rycina 11. Typy leków stosowanych w mono- i politerapii – na przypadkach

6.7 Porównanie grup badanych ze względu na funkcjonowanie psychospołeczne

6.7.1 Skala BNSS

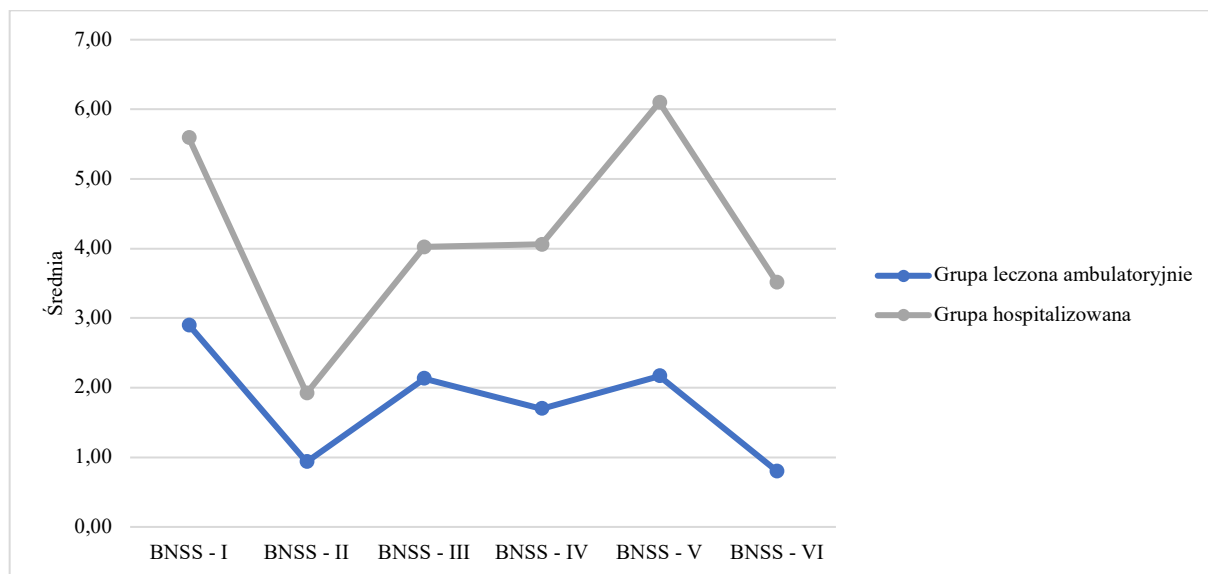
W zakresie wyników w Krótkiej Skali Objawów Negatywnych, zarówno na poziomie sumy punktów, jak i poszczególnych podskal średnie w grupie osób leczonych ambulatoryjnie i osób hospitalizowanych, różniły się statystycznie istotnie. We wszystkich podskalach osoby z grupy leczonej ambulatoryjnie uzyskiwały niższe wyniki, czyli wykazywały ilościowo mniej lub mniej nasilone objawy negatywne. Szczegóły prezentują Tabele 33, 34 i 35 oraz Rycina 12.

Tabela 33. Skala BNSS – statystyki opisowe

Grupa leczona ambulatoryjnie	BNSS - I	BNSS - II	BNSS - III	BNSS - IV	BNSS - V	BNSS - VI	BNSS - suma
N	30	30	30	30	30	30	30
Średnia	2,900	0,933	2,133	1,700	2,167	0,800	10,533
Odchylenie standardowe	2,264	0,868	1,737	0,877	1,341	1,064	5,457
Minimum	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	3,000
Maksimum	7,000	3,000	6,000	3,000	5,000	4,000	21,000

Tabela 34. Skala BNSS – statystyki opisowe

Grupa hospitalizowana	BNSS - I	BNSS - II	BNSS - III	BNSS - IV	BNSS - V	BNSS - VI	BNSS - suma
N	100	100	100	100	100	100	100
Średnia	5,590	1,920	4,020	4,060	6,100	3,510	25,430
Odchylenie standardowe	4,217	1,338	2,853	2,510	4,743	2,592	17,023
Minimum	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Maksimum	14,000	5,000	10,000	10,000	16,000	10,000	66,000



Rycina 12. Skala BNSS – wykres średnich

Tabela 35. Skala BNSS – statystyki różnic międzygrupowych

	BNSS - I	BNSS - II	BNSS - III	BNSS - IV	BNSS - V	BNSS - VI	BNSS - suma
U Manna-Whitneya	952,000	860,000	928,000	601,000	785,500	523,500	656,000
W Wilcoxon	1417,000	1325,000	1393,000	1066,000	1250,500	988,500	1121,000
Z	-3,052	-3,641	-3,202	-5,064	-3,967	-5,470	-4,667
p	0,002	0,000	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000

6.7.2 Skala PANSS

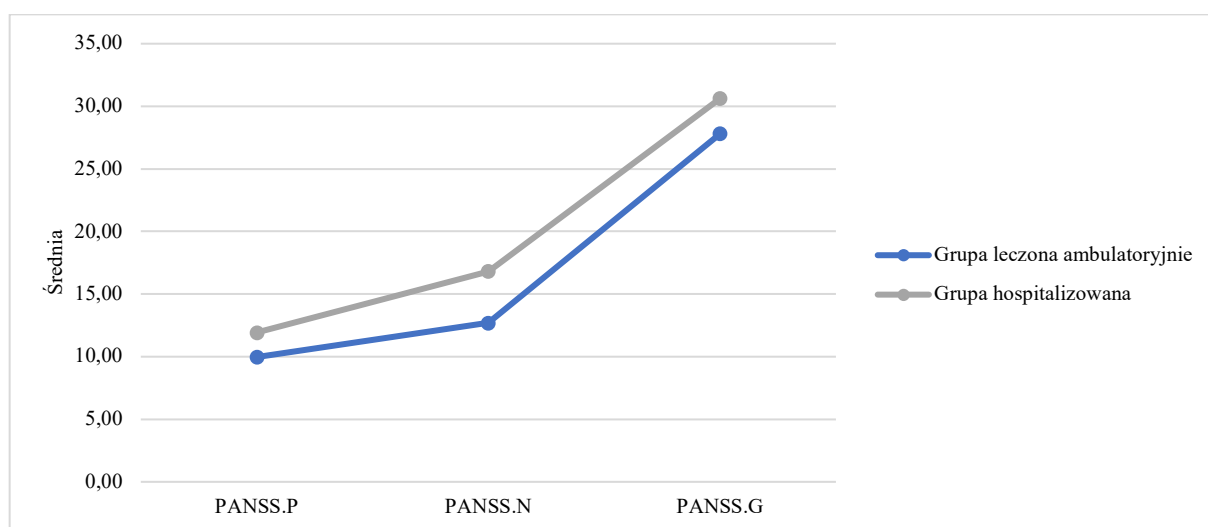
W zakresie wyników uzyskanych przez osoby badane w Skali Objawów Pozytywnych i Negatywnych na wszystkich jej wymiarach osoby z grupy leczonej ambulatoryjnie osiągały istotnie niższe wyniki niż osoby z grupy hospitalizowanej. Szczegóły prezentują Tabele 36, 37 i 38 oraz Rycina 13.

Tabela 36. Skala PANSS – statystyki opisowe

Grupa leczona ambulatoryjnie	PANSS.P	PANSS.N	PANSS.G	PANSS suma
N	30	30	30	30
Średnia	9,967	12,700	27,800	50,467
Odchylenie standardowe	2,859	3,207	3,274	7,060
Minimum	7,000	7,000	21,000	37,000
Maksimum	16,000	21,000	33,000	65,000

Tabela 37. Skala PANSS – statystyki opisowe

Grupa hospitalizowana	PANSS.P	PANSS.N	PANSS.G	PANSS suma
N	100	100	100	100
Średnia	11,930	16,800	30,620	59,350
Odchylenie standardowe	3,685	4,662	6,556	11,739
Minimum	7,000	8,000	16,000	37,000
Maksimum	25,000	29,000	45,000	79,000



Rycina 13. Skala PANSS – wykres średnich

Tabela 38. Skala PANSS – statystyki istotności różnic międzygrupowych

	PANSS.P	PANSS.N	PANSS.G	PANSS suma
U Manna-Whitneya	1007,000	707,500	1095,000	827,000
W Wilcoxona	1472,000	1172,500	1560,000	1292,000
Z	-2,740	-4,390	-2,241	-3,721
p	0,006	0,000	0,025	0,000

6.7.3 Skala PSP

W Kwestionariuszu Funkcjonowania Osobistego i Społecznego osoby z grupy hospitalizowanej uzyskiwały statystycznie niższe wyniki niż osoby z grupy leczonej ambulatoryjnie. Szczegóły prezentują Tabele 39 i 40.

Tabela 39. Wyniki PSP – statystyki opisowe

	PSP ambulatoryjna	PSP - hospitalizowana
N	30	100
Średnia	73,50000	61,54000
Odchylenie standardowe	13,066804	14,686914
Minimum	47,000	20,000
Maksimum	95,000	91,000

Tabela 40. Statystyki istotności różnic międzygrupowych – skala PSP

	PSP
U Manna-Whitneya	899,000
W Wilcoxona	5949,000
Z	-3,324
p	0,001

6.7.4 Skala SFS

W Skali Funkcjonowania Społecznego Birchwooda osoby z grupy hospitalizowanej uzyskiwały statystycznie istotnie niższe wyniki w podskalach SFS V oraz SFS VI.

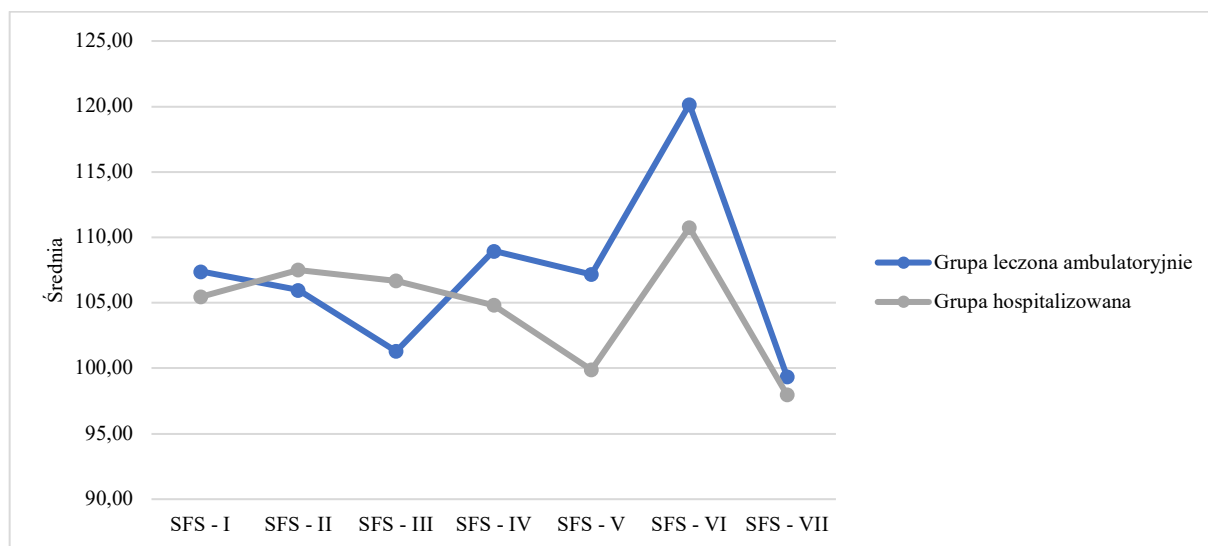
W pozostałych podskalach różnice między grupami nie były statystycznie istotne. Szczegóły prezentują poniższe Tabele 41, 42 i 43 oraz Rycina 14.

Tabela 41. Skala SFS – charakterystyki opisowe

Grupa leczona ambulatoryjnie	SFS - I	SFS - II	SFS - III	SFS - IV	SFS - V	SFS - VI	SFS - VII	SFS średnie - policzone	SFS surowe - suma
N	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Średnia	107,383	105,967	101,317	108,967	107,183	120,167	99,367	107,177	118,100
Odchylenie standardowe	16,437	13,553	14,339	14,138	15,067	7,402	15,526	11,251	29,122
Minimum	75,500	78,000	65,000	81,500	75,000	91,500	81,500	80,600	39,000
Maksimum	133,000	124,000	128,000	137,000	131,000	123,000	122,500	123,600	160,000

Tabela 42. Skala SFS – charakterystyki opisowe

Grupa hospitalizowana	SFS - I	SFS - II	SFS - III	SFS - IV	SFS - V	SFS - VI	SFS - VII	SFS średnie - policzone	SFS surowe - suma
N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Średnia	105,455	107,510	106,676	104,815	99,875	110,745	97,970	104,554	113,470
Odchylenie standardowe	13,027	18,889	15,657	15,907	12,762	16,549	12,929	10,285	25,901
Minimum	70,500	55,000	76,000	66,000	63,500	3,000	81,500	81,500	36,000
Maksimum	133,000	145,000	139,000	145,000	127,000	123,000	122,500	129,000	170,000



Rycina 14. Skala SFS – wykres średnich

Tabela 43. Skala SFS – statystyki istotności różnic międzygrupowych

	SFS - I	SFS - II	SFS - III	SFS - IV	SFS - V	SFS - VI	SFS - VII	SFS średnie - policzone	SFS surowe - suma
U Manna-Whitneya	1372,000	1459,000	1228,000	1226,000	1015,500	840,000	1478,500	1211,000	1231,000
W Wilcoxona	6422,000	6509,000	1693,000	6276,000	6065,500	5890,000	6528,500	6261,000	6281,000
Z	-0,712	-0,229	-1,504	-1,516	-2,681	-3,902	-0,120	-1,597	-1,487
p	0,477	0,819	0,133	0,129	0,007	0,000	0,904	0,110	0,137

6.7.5 Skala SNS

W kwestionariuszu Samooceny Objawów Negatywnych osoby z grupy hospitalizowanej uzyskiwały statystycznie istotnie wyższe wyniki na wymiarach oceniających błady afekt, alogię i anhedonię niż osoby z grupy leczonej ambulatoryjnie. Grupa osób hospitalizowanych uzyskała także wyższy średni wynik sumaryczny w tej skali istotnie statystycznie wyższy niż grupa osób leczonych ambulatoryjnie. Szczegóły prezentują Tabele 44, 45 i 46 oraz Rycina 15.

Grupa leczona ambulatoryjnie	SNS - asocjalność	SNS - błady afekt	SNS - alogia	SNS - awolucja	SNS - anhedonia	SNS - suma
N	30	30	30	30	30	30
Średnia	3,033	2,867	2,233	3,833	1,967	13,767
Odchylenie standardowe	2,785	1,871	1,569	2,135	1,752	6,996
Minimum	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Maksimum	8,000	8,000	5,000	8,000	5,000	27,000

Grupa hospitalizowana	SNS - asocjalność	SNS - błdy afekt	SNS - alogia	SNS - awolicja	SNS - anhedonia	SNS - suma
N	100	100	100	100	100	100
Średnia	3,410	3,700	3,770	3,550	3,190	17,640
Odchylenie standardowe	2,503	2,047	2,574	2,422	2,214	9,479
Minimum	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Maksimum	8,000	8,000	8,000	8,000	8,000	39,000

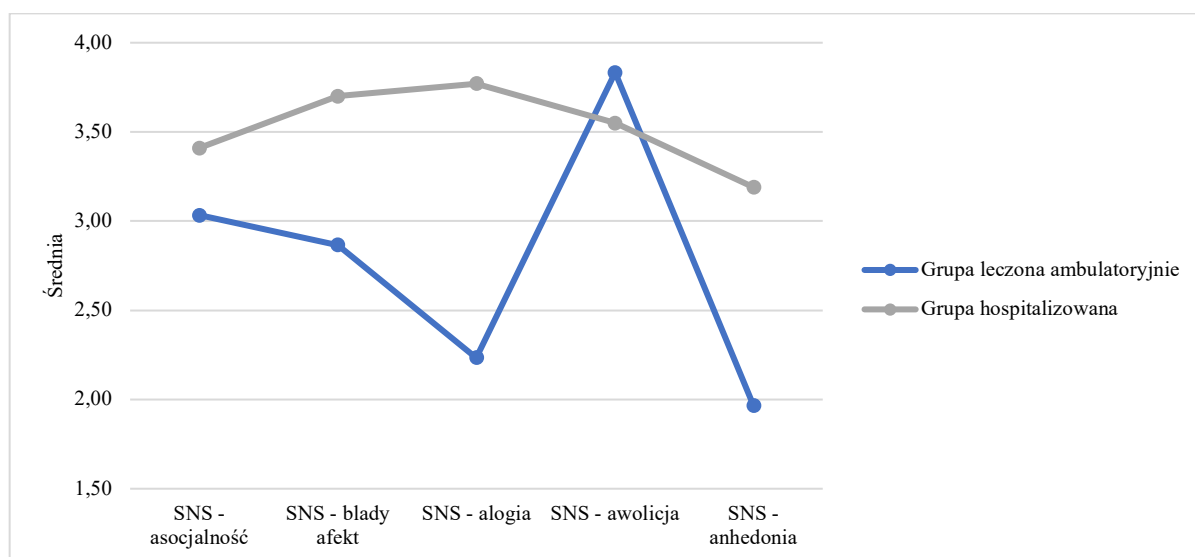


Tabela 46. Skala SNS – statystyki istotności różnic międzygrupowych

	SNS - asocjalność	SNS - blady afekt	SNS - alogia	SNS - awolicja	SNS - anhedonia	SNS - suma
U Manna-Whitneya	1346,500	1137,500	984,000	1376,500	1027,500	1131,500
W Wilcoxon	1811,500	1602,500	1449,000	6426,500	1492,500	1596,500
Z	-0,858	-2,026	-2,877	-0,691	-2,654	-2,038
p	0,391	0,043	0,004	0,490	0,008	0,042

7. DYSKUSJA

7.1 Wprowadzenie

W niniejszej pracy dokonano opisu i oceny funkcjonowania chorych ze schizofrenią na przykładzie grupy pacjentów z Wielkopolski na podstawie analizy zmiennych psychospołecznych oraz zastosowanego leczenia w podziale na grupy ambulatoryjną i hospitalizowaną oraz w podziale ze względu na zmienne demograficzne takie jak płeć, stan cywilny i wykształcenie. Zrezygnowano z analizy uwzględniającej formę zatrudnienia z uwagi na znaczne dysproporcje między liczebnościami, jak i ze względu na małą liczebność grupy osób pracujących. W analizie cech demograficznych dokonano oceny łącznej osób badanych z grupy leczonych ambulatoryjnie i grupy hospitalizowanej.

Zastosowane metody badawcze pozwoliły na ocenę szeregu elementów codziennego funkcjonowania osób ze schizofrenią: godziny pobudki, czasu spędzanego w samotności, wychodzenia z domu, liczebności grupy znajomych, stanu cywilnego, częstości podejmowanych form aktywności, sposobu spędzania czasu, posiadanych umiejętności, hobby, radzenia sobie w samoobsłudze, dbałości o siebie, oceny samodzielności, poruszania się, robienia zakupów, posługiwania się pieniędzmi, aktywność przydatną społecznie.

Analizując występowanie i nasilenie objawów negatywnych określano wykonywanie przyjemnych aktywności i ich intensywność, zachowania i przeżywanie społeczne oraz związane z wolą, ekspresję emocjonalną, spontaniczność i ilość mowy.

W zakresie relacji interpersonalnych przeprowadzone badania dały możliwość oceny inicjowania nawiązywania kontaktów z innymi osobami, umiejętności rozmowy ze zrozumieniem, potrzeby nawiązywania relacji.

W sferze zawodowej przeprowadzone badania oceniały posiadane zatrudnienie, jego charakter oraz umiejętność poszukiwania pracy i ocenę zdolności do jej wykonywania.

Przeprowadzony wywiad i badanie psychiatryczne pozwoliły na ocenę nasilenia objawów schizofrenii oraz określenie wybranych cech demograficznych osób badanych, a także na ocenę zastosowanego leczenia.

7.2. Porównanie ze względu na płeć

Różnice międzypłciowe w schizofrenii zostały po raz pierwszy opisane w 1919 r. przez Kraepelina, który wskazał, że mężczyźni doświadczają cięższych objawów i cierpią na większe zaburzenia poznawcze (Samochowiec i in. 2020).

W przeprowadzonym badaniu w analizie porównawczej z uwagi na płeć uwidacznia się lepsze funkcjonowanie kobiet w porównaniu z mężczyznami. Kobiety uzyskały statystycznie niższe wyniki we wszystkich podskalach BNSS, niższe wyniki w skali PANSS we wszystkich wymiarach (PANSS.P, PANSS.N, PANSS.G i PANSS suma), co wskazywałoby na mniejsze nasilenie objawów schizofrenii u przebadanych kobiet. Zbliżone wyniki potwierdzono w innych badaniach (Moriarty i in. 2001, Galdierisi i in. 2012).

Szereg badań dotyczących przebiegu schizofrenii wskazuje w większości na gorszy przebieg choroby wśród mężczyzn, a dotyczy to gorszego funkcjonowania przedchorobowego, różnic w obrazie klinicznym i osiąganym poprawie zarówno objawowej jak i funkcjonalnej (Remington, Seeman 2019).

Mimo, że pacjenci płci męskiej są częściej hospitalizowani i pozostają w szpitalu dłuższy czas (Samochowiec i in. 2020), to jednak w literaturze przedmiotu różnice w obrazie klinicznym między płciami nie są jednoznaczne – istnieją doniesienia o większej częstości występowania objawów pozytywnych i afektywnych u kobiet oraz o większym nasileniu objawów negatywnych u mężczyzn, inne wskazują jednak na większą częstotliwość objawów pozytywnych u mężczyzn w porównaniu z kobietami lub o braku wyraźnych różnic międzypłciowych (Riecher-Rössler i in. 2018, Salokangas i in. 1990).

W Samoocenie Objawów Negatywnych SNS istotna statystycznie różnica na korzyść mniejszego nasilenia objawów negatywnych u kobiet dotyczyła awolucji, co oznacza, że kobiety łatwiej osiągały wyznaczone cele, regularnie poddawały się codziennym czynnościom, miały więcej motywacji i energii do aktywności.

Liczne publikacje oraz własne obserwacje pacjentów, wskazują na powiązanie między nasileniem objawów negatywnych a ich wpływem na pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego, ale też na zdolność chorych do samodzielnej egzystencji (Szulc, Samochowiec 2019). Objawy negatywne rzadziej są powodem hospitalizacji, są bagatelizowane i nierozumiane przez otoczenie, traktowane jako wyraz lenistwa i cech charakteru osób chorych na schizofrenię (Wróbel, Szulc 2019).

W skali oceniającej funkcjonowanie SFS kobiety osiągały statystycznie istotnie wyższe wyniki i tym samym prezentowały lepsze funkcjonowanie w podskali oceniającej samodzielność

realizowaną. Wskazuje to na większą samodzielność i umiejętność w realizacji takich czynności jak: zakupy (w tym spożywcze, ubraniowe), sprzątanie, dbałość o higienę osobistą i wygląd, pranie własnych rzeczy, gotowanie posiłków, poszukiwanie pracy, wychodzenie z domu, poruszanie się środkami komunikacji, posługiwanie się pieniędzmi i planowanie budżetu.

Ponieważ schizofrenia rozpoczyna się u kobiet późniejszym wieku, pełnią one przed zachorowaniem więcej ról społecznych i charakteryzują się lepszym poziomem funkcjonowania społecznego w przebiegu choroby psychicznej (Lieberman i in. 2006).

W funkcjonowaniu społecznym kobiety ze schizofrenią przewyższają populację mężczyzn z tą chorobą, niezależnie od etapu jej przebiegu. Badania, których przedmiotem była subiektywna ocena identyfikacji zarówno z cechami żeńskimi, jak i męskimi, pokazują, że kobiety wykazują większą aktywność w funkcjonowaniu społecznym w porównaniu z mężczyznami z rozpoznaną schizofrenią (Nasser i in. 2002, Sajatovic i in. 2005).

7.3 Porównanie ze względu na stan cywilny

Spośród wszystkich badanych osób 1/3 (44 osoby - 33,8%) to osoby pozostające w stałych związkach zarówno małżeńskich, jak i partnerskich, zaobserwowano dominację kobiet (26 kobiet vs. 18 mężczyzn), które stanowiły prawie 3/5 (59,1%) spośród osób w związkach.

W badaniu u osób pozostających w stałych związkach uwidoczniło się mniejsze nasilenie objawów w podskalach PANSS.N i PANSS.G oraz wyniku sumarycznego PANSS suma, istotnie niższe wyniki w zakresie poziomu alogii, asocjalności i awolucji w skali SNS. Osoby w związkach osiągały też wyższe wyniki i lepiej funkcjonowały na poziomie większości podskal SFS – wychodzenia z izolacji, komunikacji i więzi międzyludzkich, rekreacji, samodzielności realizowanej oraz zatrudnienia. Podobnie lepsze funkcjonowanie osób pozostających w związkach widoczne jest w wyższych wynikach skali PSP. W w skali BNSS osoby wolne wykazywały większe nasilenie objawów negatywnych w zakresie anhedonii, prawidłowego dystresu, bładości afektywnej i alogii.

Obserwacje powyższe znajdują potwierdzenie w literaturze - wydaje się, że pozostawanie w związku jest pomyślnym czynnikiem prognostycznym przebiegu schizofrenii (Bilikiewicz i in. 2002).

Odsetek kobiet chorujących na schizofrenię, które rozpoczynają stały związek jest nadal niższy jak u zdrowych, ale liczba ta przewyższa w tym aspekcie odsetek mężczyzn, którzy mają

ustalone rozpoznanie schizofrenii. Na tle populacji ogólnej schizofrenia trwale zmniejsza zdolność nie tylko zawarcia związku, a i jego utrzymania, co ma swoje odzwierciedlenie w wysokim odsetku rozwodów wśród pacjentek (Häfner 2019).

Problem braku posiadania partnera życiowego wśród osób ze schizofrenią wynika zarówno z czynników bezpośrednio związanych z samą chorobą takich jak niska samoocena i trudności w relacjach interpersonalnych, jak również z czynników egzogennych jak stygmatyzacja społeczna. Pewne znaczenie ma tu fakt, że początek zachorowania u kobiet jest późniejszy niż u mężczyzn, co daje kobietom szansę na zawarcie związku przed zachorowaniem, poza tym kobiety skupiając się na prowadzeniu domu zakładają rodziny łatwiej godząc się z wypadnięciem z rynku pracy (Lieberman i in. 2006).

Większą łatwość w tworzeniu związków mają chorujące na schizofrenię kobiety, wobec których przewidywana jest rola bardziej bierna w związku. Te czynniki mogą w znacznej mierze odpowiadać za wyższe prawdopodobieństwo bycia w związku oraz wyższe wskaźniki posiadania potomstwa wśród kobiet ze schizofrenią (Szulc, Samochowiec 2019).

7.4 Porównanie ze względu na wykształcenie

Istotne statystycznie różnice między podgrupami ze względu na poziom wykształcenia zanotowano głównie na wymiarach testu BNSS, w podskali PANSS.N kwestionariusza PANSS oraz w teście PSP - u osób z wykształceniem wyższym odnotowano najmniejsze nasilenie objawów negatywnych oraz najlepsze funkcjonowanie psychospołeczne. Osoby z wykształceniem wyższym funkcjonowały znacząco lepiej niż osoby, które krócej pozostawały w systemie edukacji, z uwagi jednak na małą liczebność tej grupy oraz znaczną dysproporcję między liczebnością grupy osób z wykształceniem wyższym (10 osób – 7,7%), a pozostałymi grupami, należy zachować ostrożność w formułowaniu wniosków, niemniej jednak podobne obserwacje znaleźć można w literaturze. Jarema i in. w swoich badaniach stwierdzili negatywną korelację między jakością życia a wiekiem pacjentów i czasem trwania hospitalizacji a dodatnią zależność między oceną jakości życia a wykształceniem (Jarema 1997).

Liczne badania wskazują na istnienie deficytów neuropsychicznych u osób ze schizofrenią. Deficyty te obejmują m. in. funkcje motoryczne, uczenie się i pamięć, funkcje wykonawcze, uwagę, język, umiejętności przestrzenne i ogólną inteligencję. Dotychczasowe badania oceniają, że zaburzenia procesów poznawczych występują nawet u 90% osób chorych na schizofrenię (Makarewicz i in. 2017), co w konsekwencji prowadzić może do obniżenia ogólnego poziomu wykształcenia w tej grupie.

7.5 Porównanie ze względu na stosowaną farmakoterapię

Zarówno w grupie ambulatoryjnej jak i hospitalizowanej stosowano przede wszystkim leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji (LPP II).

W grupie osób leczonych ambulatoryjnie najczęstszą formą farmakoterapii było stosowanie leków z grupy LPP II (63% osób) oraz politerapia LPP II + LAI (20% badanych). Leki z grupy LPP I nie były stosowane.

W grupie osób hospitalizowanych najczęściej stosowaną formą farmakoterapii były leki z grupy LPP II (64% badanych) oraz monoterapia lekami LAI (15% badanych). Najrzadziej stosowane były leki z grupy LPP I (przyjmowało je 2% pacjentów).

Opublikowane dotychczas wyniki przeprowadzonych badań sugerują korzystniejsze działanie leków o działaniu atypowym na różne sfery funkcjonowania poznawczego, w stosunku do neuroleptyków starszej generacji (Nuechterlein i in. 2014). Dodatkowo, podczas stosowania leków klasycznych, częste występowanie neurologicznych objawów niepożądanych (EPS), może w sposób istotny wpływać na szybkość wykonywania zadań, czas reakcji oraz ogólną sprawność psychomotoryczną (Nuechterlein i in. 2014). W ostatnim okresie pojawiły się doniesienia, że działanie propoznawcze i mielinizacyjne mogą wykazywać leki długodziałające. Są one pierwszym wyborem leczenia w grupie pacjentów z uogólnionymi deficytami poznawczymi, ze względu na trudności ze współpracą, które mogą oni mieć (Nuechterlein i in. 2014).

Stosowanie leków starszej generacji częstokroć wpływa negatywnie na funkcjonowanie codzienne chorych – skłania do izolacji, wycofywania się z aktywności zawodowej lub szkolnej oraz powoduje gorsze radzenie sobie w sytuacjach społecznych. Natomiast poprawa funkcji poznawczych sprzyja polepszeniu współpracy z chorym, jego lepszej adaptacji społecznej oraz poprawie jakości życia (Kopyciński, Czernikiewicz 2011). Ważna jest również ochrona przed deterioracją poznawczą, która może nasilać się po kolejnych epizodach chorobowych.

Wprowadzenie do leczenia leków atypowych pozwala na lepsze wykorzystanie zasobów pacjenta oraz zwiększenie jego aktywności. Badania prowadzone w ostatnich latach wskazują, że najskuteczniejsze jest połączenie farmakoterapii z systematycznym treningiem funkcji poznawczych wzmacniając efekt leczenia i go utrwalając (Borkowska, Drózd 2012). Ocenia się, że 30–40% chorych na schizofrenię leczonych jest dwoma lub większą liczbą leków przeciwpsychotycznych. Dzieje się tak, mimo że standardy leczenia farmakologicznego schizofrenii zgodnie zalecają stosowanie monoterapii (Jaracz 2019).

W literaturze można znaleźć zalecenia dotyczące częstości stosowania polifarmakoterapii w codziennej praktyce w leczeniu schizofrenii: 30% – kombinacja dwóch leków przeciwpsychotycznych, 15% – dołączenie stabilizatora nastroju, 10% – dołączenie leku przeciwdepresyjnego, 30% – dołączenie leku anaksjolitycznego, 10% – dołączenie leku nasennego (Lin 2020).

Szereg badań dowodzi istnienia odmiennych reakcji terapeutycznych w leczeniu schizofrenii zależnych od płci. Odpowiedź na leczenie przeciwpsychotyczne jest lepsza w grupie kobiet, stężenia leków i biodostępność są wyższe u kobiet, mężczyźni wykazują inny profil działań niepożądanych (częstsze występowanie ostrych dyskinez) jak kobiety (częstsze występowanie zespołu metabolicznego) i trudniej współpracują. Jedynie w leczeniu lekami z grupy LAI nie obserwowano istotnych różnic efektów terapii między płciami (Samochowicz i in. 2020). W badaniu EUFEST pacjentów przyjmujących LPP I i LPP II w rocznym okresie obserwacji kobiety uzyskały większą poprawę w zakresie całkowitej oceny w skali PANSS i objawów pozytywnych w tej skali (Ceskova i in. 2015). Stwierdzone przez wielu autorów (Lange, Mueller i in. 2017) odmienności pomiędzy płciami w charakterystyce demograficznej, patofizjologii, genetyce, objawach klinicznych, przebiegu choroby, odpowiedzi na leczenie, działaniach niepożądanych stosowanej terapii winny być uwzględnione w trakcie prowadzenia farmakoterapii u osób różnej płci.

Nie ma idealnego leku w leczeniu schizofrenii, jednakże lepsza tolerancja LPP II, mniejsze ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych i poprawa funkcji poznawczych powodują, że lekarze psychiatrzy częściej wybierają w leczeniu psychoz schizofrenicznych leki atypowe, co odzwierciedla niniejsze badanie.

Poprawa funkcjonalna (samodzielne funkcjonowanie zawodowe, społeczne i rodzinne) pozostaje nadrzędnym celem leczenia schizofrenii. Jej uzyskanie jest zależne od dobrej kontroli objawów oraz – w równie dużym stopniu – od skutecznej profilaktyki nawrotów. Każdy nawrót schizofrenii wiąże się z ryzykiem pogłębienia deficytów poznawczych oraz objawów negatywnych, co bezpośrednio przekłada się na mniejszą szansę powrotu do przedchorobowego poziomu funkcjonowania. Z tego względu profilaktyka nawrotów odgrywa nadrzędną rolę w uzyskiwaniu i utrzymywaniu poprawy na poziomie funkcjonalnym (Wysokiński 2019).

Pomimo pojawienia się na rynku nowych neuroleptyków, stosowanie ich przez polskich lekarzy przez wiele lat było ograniczone przepisami, zgodnie z którymi leki atypowe II generacji mogły być przepisywane na recepty refundowane, z niewielką odpłatnością dla pacjenta, tylko w przypadku rozpoznania i udokumentowania schizofrenii odpornej na leczenie

(Meder i in. 2008). Nadal, aby zastosować leki długodziałające (LAI) wymaga się, by uzyskać najpierw stabilizację w leczeniu doustnym, a w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych należy udokumentować uporczywy brak współpracy, co ogranicza ich zastosowanie.

Badania jednoznacznie wskazują na przewagę stosowania leków przeciwpsychotycznych LAI nad lekami podawanymi doustnie w zakresie redukcji ryzyka nawrotu schizofrenii (Leucht i in. 2011). W największym z dotychczas opublikowanych badań Jones i wsp. wykazali, że po 36 miesiącach obserwacji u 80% pacjentów leczonych olanzapiną LAI nie doszło do ponownej hospitalizacji (Jones 2015). Z praktycznego punktu widzenia bardzo ważne jest to, że przewagę tę wykazuje się również w badaniach kohortowych, które lepiej niż randomizowane badania kliniczne odzwierciedlają rzeczywistość kliniczną (Kane 2013). Szczególnie korzystnie efekty leczenia lekami przeciwpsychotycznymi LAI oceniają opiekunowie pacjentów (Jaeger, Rossler 2010).

Zapewnienie możliwości stosowania różnych leków atypowych, bez wiążących ich zastosowanie ograniczeń, pozwoliłoby na dostosowanie się do różnych potrzeb chorych ze schizofrenią i zwiększenie skuteczności terapii schizofrenii, a w konsekwencji poprawę funkcjonowania pacjentów.

7.6 Porównanie grupy hospitalizowanej i ambulatoryjnej ze względu na funkcjonowanie psychospołeczne

Celem poniższego porównania jest ocena funkcjonowania społecznego pacjentów ze schizofrenią w podziale na grupę hospitalizowaną i ambulatoryjną w zakresie każdej z zastosowanych skal.

Pacjenci z grupy ambulatoryjnej prezentowali w skalach badających objawy schizofrenii mniejsze nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych - odnotowano różnice statystyczne we wszystkich wymiarach PANSS, co oznacza, że pacjenci szpitalni prezentowali większe nasilenie procesu chorobowego (PANSS suma) i to zarówno w zakresie objawów pozytywnych (PANSS.P) jak i negatywnych (PANSS.N).

Oceniając nasilenie objawów negatywnych – we wszystkich podskalach BNSS (anhedonii, wycofania społecznego, awolucji, spłycenia afektu i alogii oraz w podskali opisującej brak prawidłowego dystresu) oraz sumarycznie (BNSS suma) pacjenci ambulatoryjni prezentowali mniej objawów negatywnych i mniejsze ich nasilenie.

W skali samooceny objawów negatywnych SNS istotne statystycznie różnice dotyczyły przede wszystkim anhedonii, anhedonii i bladego afektu, co świadczy o większym nasileniu wymienionych grup objawów negatywnych u pacjentów hospitalizowanych.

Osoby badane w skali SNS oceniano w zakresie anhedonii pod kątem częstotliwości aktywności sprawiających przyjemność, intensywności przeżywanej i oczekiwanej przyjemności, w zakresie alogii pod kątem spontaniczności i ilości wypowiedzi, w zakresie bladego afektu oceniając ekspresję twarzy, gestów i ekspresję wokalną. Wynik sumaryczny w skali SNS był również statystycznie wyższy w grupie osób hospitalizowanych niż w grupie osób leczonych ambulatoryjnie.

Podsumowując osoby z grupy ambulatoryjnej wykazywały mniejsze nasilenie objawów negatywnych zarówno w ocenie badacza (BNSS suma) jak i samoocenie (SNS suma). Szczegółowo w obu skalach (BNSS i SNS) stwierdzano większe nasilenie objawów negatywnych w grupie hospitalizowanej w zakresie alogii i zaburzeń afektu w obu skalach oraz w zakresie awolucji w skali BNSS (BNSS IV) i anhedonii w samoocenie (SNS V).

W skalach oceniających funkcjonowanie badanych pacjentów PSP i SFS widoczne są niższe, a tym samym świadczące o gorszym funkcjonowaniu, wyniki u pacjentów z grupy hospitalizowanej. W skali SFS statystycznie istotne różnice dotyczyły podskal oceniających samodzielność realizowaną (SFS V) i samodzielność możliwą (SFS VI), w pozostałych podskalach oraz w wyniku sumarycznym funkcjonowanie pacjentów obu grup było podobne i nie nosiło cech statystycznie istotnych różnic. W ramach samodzielności realizowanej badani określali częstotliwość wykonywania czynności w obszarach: dbałości o higienę, ubranie, wygląd zewnętrzny, gospodarowanie pieniędzmi, odżywianie, porządek w otoczeniu, poruszanie się po okolicy oraz dodatkowo poszukiwanie pracy. W podskali badającej samodzielność możliwą osoby badane oceniały swoją samodzielność lub konieczność korzystania z pomocy innych osób w zakresie czynności opisujących codzienne funkcjonowanie takich jak: wychodzenie z domu, poruszanie się komunikacją, gospodarowanie pieniędzmi, gotowanie, pranie, poszukiwanie pracy, dbałość o higienę i porządek, zakupy, dobieranie ubioru, dbałość o wygląd.

W skali PSP oceniano aktywność przydatną społecznie (w tym pracę, naukę), relacje osobiste i społeczne, umiejętność dbania o siebie oraz zachowania niepokojące i agresywne. Tu osoby z grupy hospitalizowanej uzyskały statystycznie niższe wyniki świadczące o gorszym funkcjonowaniu niż osoby z grupy leczonej ambulatoryjnie.

Uzyskane wyniki wskazujące na podobne funkcjonowanie pacjentów ze schizofrenią tych z remisją (leczeni ambulatoryjnie) i bez remisji (hospitalizowani) z wyjątkiem dwóch

podskal opisujących samodzielność obserwowano też w badaniu Górnej (Górna i in. 2014) - we wczesnym okresie po pierwszej hospitalizacji funkcjonowanie społeczne chorych z remisją i bez remisji nie różniło się w prawie wszystkich dziedzinach, poza dziedziną „samodzielność realizowana” i wynikiem całkowitym. Davidson tłumaczy to stanem popsychotycznym (*plateau*) kiedy jest względna stabilność objawów i funkcjonowania, przy toczących się, ważnych, ale mało widocznych, psychologicznych procesach adaptacyjnych (Davidson i in. 2010). W badaniu Górnej funkcjonowanie chorych zarówno w remisji, jak i bez, w porównaniu ze zdrowymi było gorsze, co potwierdza negatywny wpływ choroby i że uzyskanie remisji klinicznej nie warunkuje jeszcze dobrego funkcjonowania (Górna i in. 2014).

W badaniach twórcy skali SFS (Birchwood i in. 1995) ogólny wynik funkcjonowania SFS był tym słabszy, im większe było nasilenie objawów choroby, co potwierdza się w niniejszym badaniu: pacjenci ambulatoryjni, z objawową remisją wykazywali mniej objawów chorobowych zarówno pozytywnych jak i negatywnych oraz lepiej funkcjonowali społecznie jak pacjenci doświadczający zaostrzenia schizofrenii i w konsekwencji wymagający hospitalizacji.

Przegląd piśmiennictwa z zakresu oceny funkcjonowania chorych ze schizofrenią wskazuje na ich gorszy poziom umiejętności społecznych, duży odsetek osób niepracujących, niską samoocenę funkcjonowania społecznego, trudności finansowe chorych, izolację społeczną, ubóstwo zachowań interpersonalnych, wypadanie z ról społecznych w porównaniu z populacją zdrową (Lieberman i in. 2006).

Z badań Chądyńskiej i in. (Chądyńska i in. 2012) wynika, że wraz z wystąpieniem kryzysu psychicznego diametralnie zmienia się samoocena osób chorych na schizofrenię. Osoby te bardzo negatywnie spostrzegają własne życie po zachorowaniu, co w konsekwencji może powodować zmiany perspektyw, odczuwanych emocji i pogorszenie kompetencji społecznych (Chądyńska i in. 2012). Badania Chądyńskiej wykazują też, że trudności społeczno-ekonomiczne chorych na schizofrenię mogą wiązać się z niską samooceną, złą sytuacją finansową, złym funkcjonowaniem w relacjach społecznych, ubogą komunikacją oraz słabo rozwiniętą siecią wsparcia społecznego (Chądyńska i in. 2012).

Ihnen (Ihnen i in. 1998) wykazał, że najlepszym predyktorem umiejętności społecznych jest postrzeganie przez badanych własnych relacji społecznych lub siebie samego. Wykazano, że osoby ze schizofrenią, które osiągnęły wysokie wyniki w testach wglądu (świadomości wpływu swojego zachowania na innych ludzi), ujawniały lepsze umiejętności społeczne niż osoby ze schizofrenią uzyskujące niską punktację w tych testach.

Mniejsze nasilenie objawów negatywnych jest obok płci żeńskiej oraz wyższego poziomu fluencji słownej, pamięci słownej i czujności czynnikiem predykcyjnym lepszego poziomu umiejętności społecznych (Patterson i in. 2001).

Wciórka (Wciórka i in. 2002) sugeruje, że trudności społeczne charakteryzujące osoby z diagnozą schizofrenii, dotyczą zwłaszcza kompetencji społecznej (ograniczenie umiejętności rozwiązywania prostych i złożonych zadań społecznych) i oparcia społecznego (niedostosowanie, ograniczenie lub brak sieci społecznych). Ich efektem jest: niesprawne odgrywanie ról społecznych, degradacja społeczna, zależność od instytucji, które świadczą różnorodne formy pomocy.

7.7. Podsumowanie

Zmieniło się podejście do celów terapii pacjentów ze schizofrenią. Korzystny przebieg choroby to już nie taki, w którym odnotowuje się istotną redukcję objawów psychotycznych, ale dąży się w leczeniu do zapewnienia pacjentowi udanego życia w sferze rodziny, rozrywki, pracy, relacji społecznych.

Funkcjonowanie pacjentów ze schizofrenią określa się w skali mikro i makro, gdzie skala mikro oznacza umiejętności społeczne, a w skali makro jest synonimem przystosowania społecznego. Umiejętności społeczne to zdolność do odbierania, przetwarzania i wysyłania komunikatów, a zalicza się tu werbalne i niewerbalne składniki interakcji takie jak: kontakt wzrokowy, mimika, długość, częstotliwość i latencja wypowiedzi, ale także umiejętność prawidłowego rozpoznawania emocji innych, rozumienie motywacji ich działań i prawidłowe postrzeganie kontekstów określonych sytuacji. Na poziomie makro o prawidłowym pełnieniu ról społecznych mówimy wtedy, gdy osoby są niezależne, finansowo samowystarczalne dzięki pracy zarobkowej, otoczone wsparciem społecznym rodziny i przyjaciół i spędzają w sposób satysfakcjonujący czas wolny (Lieberman i in. 2006).

Analiza wyników niniejszej pracy potwierdza gorsze funkcjonowanie pacjentów ze schizofrenią z cięższym przebiegiem choroby tj. o większym nasileniu objawów zarówno pozytywnych jak i negatywnych oraz z zaostrzeniami wymagającymi hospitalizacji.

Zaburzenia funkcjonowania dotyczą zarówno skali mikro, jak i skali makro.

W skali mikro przeprowadzone badania ukazały istotne różnice między grupą ambulatoryjną a hospitalizowaną w zakresie większości umiejętności społecznych. Pacjenci z grupy hospitalizowanej rzadziej i mniej intensywnie poświęcali czas aktywnościom sprawiającym

przyjemność, wykazywali trudności w nawiązaniu relacji interpersonalnych zarówno pod kątem werbalnym, jak i afektywnym.

W skali makro u osób z grupy hospitalizowanej zauważalne są mniejsze kompetencje społeczne przede wszystkim w zakresie samodzielności oraz mniejszej aktywności przydatnej społecznie.

Analizując wybrane czynniki demograficzne w przeprowadzonych badaniach uwidacznia się gorsze funkcjonowanie społeczne płci męskiej, osób samotnych i gorzej wykształconych z tą uwagą, że w zakresie wykształcenia do uzyskanych wyników należy odnieść się z dużą ostrożnością z uwagi na małą liczebność osób z wyższym wykształceniem. Stosowanie nowoczesnych leków LPP II umożliwia zmniejszenie nasilenia okresu zaostrzeń choroby, skrócenie ewentualnych hospitalizacji i poprawę funkcji neuropoznawczych pacjentów, co z kolei odpowiada pozytywnym czynnikom prognostycznym przebiegu schizofrenii.

Zmierzając zatem do uzyskania w prowadzonym leczeniu osób ze schizofrenią możliwie najlepszego funkcjonowania, po przeprowadzonych badaniach na grupie pacjentów z Wielkopolski można wskazać zalecane metody oddziaływania terapeutycznego i rehabilitacyjnego:

- leczenie lekami przeciwpsychotycznymi drugiej generacji (LPP II),
- nadanie życiu codziennemu sformalizowanych aktywności,
- trening umiejętności nacełowanych na uzyskanie samodzielności,
- trening relacji interpersonalnych,
- zwiększenie poczucia własnej wartości,
- aktywizacja zawodowa,
- większa dostępność warsztatów terapii zajęciowej.

Część wskazanych zadań wymaga zmian systemowych i realizacji na poziomie ogólnokrajowym jak np. zapewnienie możliwości stosowania różnych leków atypowych, bez wiążących ich zastosowanie ograniczeń, jedynie w oparciu o wskazania terapeutyczne i możliwe do uzyskania efekty terapii, a także dbałość o rozwój opieki środowiskowej i założeń Narodowego Programu Zdrowia Psychicznego.

Są też obszary wymagające dalszej eksploracji, a w konsekwencji nadania im większego znaczenia i mam tu na uwadze terapię ukierunkowaną na płeć.

Aspekty związane z typowymi dla płci żeńskiej cechami przebiegu schizofrenii są obecnie rozważane jako zalecenia, które włącza się do wytycznych klinicznych, szczególnie w odniesieniu do skuteczności i tolerancji leczenia przeciwpsychotycznego (Fernando i in. 2020). Mimo udowodnionych różnic odpowiedzi na leczenie u kobiet i mężczyzn współczesne podręczniki leczenia schizofrenii nie uwzględniają odmienności postępowania u obu płci, a jest to w mojej ocenie kolejny czynnik mogący przekładać się na poprawę funkcjonowania pacjentów ze schizofrenią.

Podsumowując niniejszą pracę chcę podkreślić, że została ona napisana przez lekarza praktyka, który od ponad 20 lat pracuje w szpitalu, który posłużył mi za miejsce przeprowadzonych badań, wielu pacjentów znam od dawna, nadal się z nimi spotykam, prowadzę ich terapię, a oni pytają mnie o wyniki pracy. Pozytywne jest to, że na mojej zawodowej drodze spotkam ich znów, co powoduje, że praca ta nie zostaje zamknięta. Z jednej strony bowiem wyniki niniejszych badań będą mi służyły w codziennej pracy, z drugiej strony to sami pacjenci z pewnością przysłużą się otwarciu nowych obszarów wymagających głębszego poznania.

8. WNIOSKI

1. Pacjenci ambulatoryjni, z objawową remisją wykazywali mniej objawów schizofrenii i mniejsze nasilenie objawów zarówno pozytywnych jak i negatywnych oraz lepiej funkcjonowali społecznie, zwłaszcza w podskalach opisujących samodzielność w porównaniu z pacjentami wymagającymi hospitalizacji.
2. Kobiety ze schizofrenią w porównaniu z mężczyznami chorującymi na schizofrenię prezentowały mniejsze nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii (zwłaszcza w zakresie awolucji) i funkcjonowały lepiej w zakresie samodzielności realizowanej.
3. Osoby ze schizofrenią pozostające w stałych związkach wykazywały mniejsze nasilenie objawów w podskalach PANSS.N i PANSS.G oraz wyniku sumarycznego PANSS suma, istotnie niższe wyniki w zakresie poziomu alogii, asocjalności i awolucji w skali SNS, mniejsze nasilenie objawów negatywnych w skali BNSS w zakresie anhedonii, prawidłowego dystresu, bładości afektywnej i alogii, osiągały też wyższe wyniki i lepiej funkcjonowały na poziomie wychodzenia z izolacji, komunikacji i więzi międzyludzkich, rekreacji, samodzielności realizowanej i możliwej oraz zatrudnienia.
4. Osoby z wykształceniem wyższym funkcjonowały znacząco lepiej (istotne statystycznie różnice między podgrupami w zakresie zmiennych jakie badają skale BNSS, podskala N kwestionariusza PANSS oraz w test PSP) niż osoby, które krócej pozostawały w systemie edukacji, z uwagi jednak na małą liczebność tej grupy oraz znaczną dysproporcję między liczebnością grupy osób z wykształceniem wyższym (10 osób – 7,7%), a pozostałymi grupami, należy zachować ostrożność w formułowaniu wniosków.
5. Zarówno w grupie ambulatoryjnej jak i hospitalizowanej stosowano przede wszystkim leki przeciwpsychotyczne drugiej generacji (LPP II) w monoterapii.

9. STRESZCZENIE

W niniejszej pracy dokonano opisu i oceny funkcjonowania chorych ze schizofrenią na przykładzie grupy pacjentów z Wielkopolski na podstawie analizy zmiennych psychospołecznych oraz zastosowanego leczenia w podziale na grupy ambulatoryjną i hospitalizowaną oraz w podziale ze względu na zmienne demograficzne takie jak płeć, stan cywilny i wykształcenie. Zastosowane metody badawcze (wywiad i skale BNSS, PANSS, PSP, SFS i SNS) pozwoliły na ocenę szeregu elementów codziennego funkcjonowania pacjentów, ocenę nasilenia objawów schizofrenii oraz określenie wybranych cech demograficznych osób badanych, a także na ocenę i rodzaj zastosowanego leczenia.

W przeprowadzonym badaniu w analizie porównawczej z uwagi na płeć uwidoczniło się lepsze funkcjonowanie kobiet w porównaniu z mężczyznami. Kobiety wykazywały mniejsze nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych schizofrenii. W skali SNS istotna statystycznie różnica na korzyść mniejszego nasilenia objawów u kobiet dotyczyła awolucji, a w skali oceniającej funkcjonowanie SFS kobiety osiągały statystycznie istotnie wyższe wyniki i tym samym lepsze funkcjonowanie w podskali oceniającej samodzielność realizowaną.

U osób pozostających w stałych związkach uwidoczniło się mniejsze nasilenie objawów w podskalach PANSS.N i PANSS.G oraz wyniku sumarycznego, istotnie niższe wyniki w zakresie poziomu alogii, asocjalności i awolucji w skali SNS. Osoby w związkach osiągały też wyższe wyniki i lepiej funkcjonowały na poziomie większości podskal SFS – wychodzenia z izolacji, komunikacji i więzi międzyludzkich, rekreacji, samodzielności realizowanej i możliwej oraz zatrudnienia. Podobnie lepsze funkcjonowanie osób pozostających w związkach widoczne było w wyższych wynikach skali PSP. W skali BNSS osoby nie pozostające w związkach wykazywały większe nasilenie objawów negatywnych w zakresie anhedonii, prawidłowego dystresu, bładości afektywnej i alogii.

Istotne statystycznie różnice między podgrupami ze względu na poziom wykształcenia zanotowano głównie na wymiarach testu BNSS, w podskali N kwestionariusza PANSS oraz w teście PSP.

Porównując stosowaną u badanych pacjentów farmakoterapię uwidoczniło się stosowanie zarówno w grupie ambulatoryjnej jak i hospitalizowanej przede wszystkim leków przeciwpsychotycznych drugiej generacji (LPP II) oraz leków z grupy LAI. W grupie osób leczonych ambulatoryjnie leki z grupy LPP I nie były stosowane, a w grupie osób hospitalizowanych przyjmowało je tylko 2% pacjentów.

Pacjenci ambulatoryjni, z objawową remisją lepiej funkcjonowali społecznie jak pacjenci doświadczający zaostrzenia schizofrenii i w konsekwencji wymagający hospitalizacji.

Pacjenci z grupy ambulatoryjnej prezentowali w skalach badających objawy schizofrenii mniejsze nasilenie objawów pozytywnych i negatywnych - odnotowano różnice statystyczne we wszystkich wymiarach PANSS oraz we wszystkich podskalach BNSS. W skali samooceny objawów negatywnych SNS istotne statystycznie różnice dotyczyły przede wszystkim alogii, anhedonii i bladego afektu.

W skalach oceniających funkcjonowanie badanych pacjentów PSP i SFS widoczne są niższe, a tym samym świadczące o gorszym funkcjonowaniu, wyniki u pacjentów z grupy hospitalizowanej. W skali SFS statystycznie istotne różnice dotyczyły podskal oceniających samodzielność realizowaną (SFS V) i samodzielność możliwą (SFS VI), w pozostałych podskalach funkcjonowanie pacjentów było podobne i nie nosiło cech statystycznie istotnych różnic.

Uzyskane wyniki pozwoliły na ocenę funkcjonowania chorych ze schizofrenią i umożliwiły wskazanie zalecanych metod oddziaływania terapeutycznego i rehabilitacji celem uzyskania takiego funkcjonowania, w którym odnotowuje się nie tylko istotną redukcję objawów psychotycznych, ale dąży się w leczeniu do zapewnienia pacjentowi udanego życia w sferze rodziny, rozrywki, pracy i relacji społecznych.

10. SUMMARY

This study describes and assesses the functioning of patients with schizophrenia on the example of a group of patients from Greater Poland, based on the analysis of psychosocial variables and the treatment used, divided into outpatient and hospitalized groups, and divided into demographic variables such as sex, marital status, and education. The applied research methods (interview and BNSS, PANSS, PSP, SFS and SNS scales) allowed for the assessment of many elements of the daily functioning of patients, the assessment of the severity of schizophrenia symptoms, and the determination of selected demographic characteristics of the subjects, as well as the assessment and type of treatment.

In the study, comparative analysis in terms of gender showed better functioning of women compared to men. The women showed less intensity of positive and negative symptoms of schizophrenia. In the SNS scale, a statistically significant difference in favor of the lower severity of symptoms in women concerned avolition, and in the scale assessing the functioning of SFS, women achieved statistically significantly higher results and thus better functioning in the subscale assessing realized independence.

People in stable relationships showed a lower severity of symptoms in the PANSS.N and PANSS.G subscales and the total result, significantly lower scores in terms of the level of alogia, asociality, and avolition in the SNS scale. People in relationships also scored higher and functioned better on the level of most SFS subscales - coming out of isolation, communication, and interpersonal relationships, recreation, realized and possible independence, and employment. Similarly, better functioning of people in relationships was visible in higher scores on the PSP scale. On the BNSS scale, unrelated individuals showed a higher intensity of negative symptoms in terms of anhedonia, normal distress, affective pallor, and alogia.

Statistically significant differences between the subgroups due to the level of education were noted mainly in the dimensions of the BNSS test, in the N subscale of the PANSS questionnaire, and the PSP test.

Comparing the pharmacotherapy used in the studied individuals, the use of both in the outpatient and hospitalized groups was revealed, mainly second-generation antipsychotic drugs (SGAs) and drugs from the LAI group. In the group of outpatients, drugs from the FGAs group were not used, and in the group of hospitalized patients, only 2% of patients were administered FGAs group medicine.

Outpatients with symptomatic remission functioned better socially than patients experiencing an exacerbation of schizophrenia and, consequently, requiring hospitalization. Patients from the outpatient group presented lower intensity of positive and negative symptoms in the scales examining the symptoms of schizophrenia - statistical differences were noted in all PANSS dimensions and all BNSS subscales. In the self-esteem scale for negative SNS symptoms, statistically significant differences were mainly related to alogia, anhedonia, and pale affect.

In the scales assessing the functioning of the studied patients (PSP and SFS scale) lower results are visible, and thus indicative of worse functioning, in patients from the hospitalized group. In the SFS scale, statistically significant differences related to the subscales assessing realized independence (SFSV) and possible independence (SFSVI), in the remaining subscales the functioning of patients was similar and did not show statistically significant differences.

The obtained results allowed for the assessment of the functioning of patients with schizophrenia and made it possible to indicate the recommended methods of therapeutic interaction and rehabilitation to achieve such a functioning in which not only a significant reduction of psychotic symptoms is noted, but the treatment aims to ensure the patient a successful life in the sphere of family, entertainment, work, and social relations.

11. BIBLIOGRAFIA

Abdel-Baki i wsp. *Schizophrenia, an illness with bad outcome: myth or reality?* The Canadian Journal of Psychiatry 2011; 56, 92.

Babicki M, Kotowicz K, Piotrowski P, Stramecki F, Kobyłko A, Rymaszewska J. *Obszary stygmatyzacji i dyskryminacji osób chorujących psychicznie wśród respondentów internetowych w Polsce.* Psychiatria Polska 2018; 52(1), 93–102.

Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, Ścisło P, Leksowska A, Gorczyca P. *Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią.* Psychiatria Polska 2012; XLVI, 6, 975-984.

Bellack AS, Hersen M. *Assessment of social skills.* W: Ciminero AR, Calohun KS red. *Handbook of Behavioral Assessment.* New York: John Wiley and Sons; 1977. 509-554.

Bieńkowski P. *Kariprazyna – lek przeciwpsychotyczny o profilu częściowego agonisty receptorów dopaminowych.* Varia Medica 2018; 2(4), 340-344.

Bilikiewicz A red. *Psychiatria podręcznik dla studentów medycyny.* Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa; 2007.

Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J red. *Psychiatria.* Wyd. Urban & Partner. Wrocław; 2002.

Birchwood M, Smith JO, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. *The social functioning scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients.* British Journal of Psychiatry 1990; 157, 835-839.

Bleuler M. *A 23-year longitudinal study of 208 schizophrenics and impressions in regard to the nature of schizophrenia.* W: Rosenthal D, Ketty S. red. *The transmission of schizophrenia.* New York: Pergamon Press; 1968. s. 3–12.

Boksa P. *Abnormal synaptic pruning in schizophrenia: Urban myth or reality?* Journal of Psychiatry & Neuroscience 2012; 37 (2), 75-77.

Borkowska A, Drózd W. *Znaczenie dysfunkcji poznawczych w schizofrenii*. W: Borkowska A red. *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. Aspekty neuropsychiatryczne i neuropsychologiczne*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków; 2012.

Bronowski P, Sawicka M, Kluczyńska S. *Funkcjonowanie społeczne chorych psychicznie uczestniczących w środowiskowych programach wsparcia społecznego*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2009; 18 (1), 43-50.

Bronowski P, Sawicka M, Rowicka M, Jarmakowicz M. *Sieci społeczne i poziom funkcjonowania społecznego uczestników warsztatów terapii zajęciowej i środowiskowych domów samopomocy – dwóch podstawowych placówek wsparcia dla osób chorujących psychicznie*. Psychiatria Polska 2017; 51 (1), 139-152.

Brüne M, Juckel G. *Poznanie społeczne w schizofrenii. Mentalizacja i poziom funkcjonowania psychospołecznego*. Psychiatria po Dyplomie 2010; tom 7, nr 6, 27-31.

Cernovsky Z. *Quality of Life in Persons with Schizophrenia*. Mental Illness 2017;9(1):7052.

Ceskova ER, Prikryl R, Libinger JI et al. *Gender differences in the treatment of first-episode schizophrenia. Results from the European First Episode Schizophrenia trial*. Schizophrenia Research. 2015; 169, 303-307.

Chądyńska M, Osuchowska-Kościńska A, Bednarek A. *Porównanie obrazu siebie przed i po wystąpieniu kryzysu psychotycznego poprzez analizę narracji osób chorych na schizofrenię*. Psychiatria Polska 2012; 46, 951–960.

Chuchra M. *Zmiany osobowości u chorych na schizofrenię paranoidalną w percepcji pacjentów i ich rodziców*. Psychiatria Polska 2008; tom XLII nr 4, 547-559.

Cichocki L, Plencier A, Cegiel B. *Od inności do bliskości. Refleksje wokół procesu zdrowienia pacjenta z diagnozą schizofrenii leczonego w systemie opieki środowiskowej*. Psychoterapia 2019; 3(190), 29-40.

Corponi F, Serretti A, Montgomery S, et al. *Cariprazine specificity profile in the treatment of acute schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression of randomized-controlled trials*. International Clinical Psychopharmacology 2017; 32(6), 309–318.

Crow TJ. *The Two-Syndrome Concept: Origins and Current Status*. Schizophrenia Bulletin 1985; tom 11, nr 3, 471-488.

Cybula-Fujiwara A, Merecz-Kot D, Walusiak-Skorupa J, Marcinkiewicz A, Wiszniewska M. *Pracownik z chorobą psychiczną – możliwości i bariery w pracy zawodowej*. Medycyna Pracy 2015; 66(1), 57-69.

Czernikiewicz A, Bibułowicz D. *Dezorganizacja w schizofrenii – przegląd literatury*. Psychiatria 2006; tom 3, nr 2, 74-80.

Daren A, Adamczyk P, Błądziński P, Sulecka-Stelmach A, Starowicz-Filip A, Gawęda Ł, Kalisz A, Cechnicki A. *Zatrudnienie chronione w schizofrenii jest związane z objawami dezorganizacji, szybkością przetwarzania i rozumieniem metafor*. Psychiatria Polska 2020; 54(5), 935-950.

Davidson L, Roe D, Andres-Hyman R, Ridgway P. *Applying stages of change models to recovery from serious mental illness: contributions and limitations*. Israel Journal of Psychiatry 2010; 47(3), 213–221.

Dłuska M. *Prozodia języka polskiego*. Warszawa; 1976.

Dyduch A, Grzywa A. *Stygmatyzacja i czynniki ją warunkujące na przykładzie stygmatyzacji związanej z chorobą psychiczną*. Polski Merkuriusz Lekarski 2009; 26 (153): 263–267.

Ekdawi M, Conning A. *Rehabilitacja psychiatryczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa; 1995.

Fernández-Sotos P, Fernández-Caballero A, Rodriguez-Jimenez R. *Virtual reality for psychosocial remediation in schizophrenia: a systematic review*. European Journal of Psychiatry 2020.

Fernando P, Sommer IEC, Hasan A. *Do we need sex-oriented clinical practice guide lines for the treatment of schizophrenia?* Current Opinion in Psychiatry 2020; 33(3), 192-9.

Filip M, Gałecki P. *Lurazydon – przeciwpsychotyczny lek z uniwersalnym profilem działania farmakologicznego*. Psychiatria po Dyplomie 2021

Foryś Z, Cepuch G, Dębska G, Franczak M. *Funkcjonowanie społeczne pacjentów dziennego oddziału rehabilitacyjnego chorych na schizofrenię*. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne 2013; 3, 1, 17-22.

Galderisi S, Bucci P, Üçok A i wsp. *No gender differences in social outcome in patients suffering from schizophrenia*. European Psychiatry 2012; 27, 406-408.

Gałązka-Sobotka M red. *Schizofrenia – kluczowe aspekty organizacyjne i finansowe. Model opieki psychiatrycznej nakierowany na wartość zdrowotną*. Raport Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego, Wyd. Uczelnia Łazarskiego. Warszawa; 2019.

Gałecki P, Pilecki M, Rymaszewska J et al. (ed.) *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych DSM-5 Ed.5* Edra Urban & Partner, Wrocław 2018.

Gałecki P, Szulc A. *Psychiatria*. Wyd. Edra Urban & Partner. Wrocław; 2018.

Glick ID, Peselow ED. *Nowe leki przeciwpsychotyczne*. Psychiatria Po Dyplomie 2009; tom 6, nr 4, 11-18.

Górna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Grabowska-Fudala B, Rybakowski J. *Funkcjonowanie społeczne i jakość życia u chorych na schizofrenię – zależność z remisją objawową i czasem trwania choroby*. Psychiatria Polska 2014; 48 (2), 277-288.

Górna K, Jaracz K, Jaracz J, Kiejda J, Rybakowski J. *Prospektywna ocena wczesnego przebiegu schizofrenii u kobiet i mężczyzn po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*. Psychiatria Polska 2008; tom XLII, nr 1, 33-46.

Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. *Zależność między objawami psychopatologicznymi a jakością życia chorych po pierwszym epizodzie schizofrenii*. Badania prospektywne, Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2009; 9 (3), 189-199.

Górna K, Jaracz K, Rybakowski J. *Doświadczenie myśli samobójczych a jakość życia u chorych z pierwszym epizodem schizofrenii*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2010; 10 (1), 8-14.

Górna K, Rybakowski J. *Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię*. Psychiatria Polska 1995; 5, 29, 619–630.

Gregg L, Tarrier N. *Virtual reality in mental health*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2007; 42(5), 343-354.

Gurańska J, Gurański K. *Zaburzenia prozodii emocjonalnej w przebiegu schizofrenii*. Psychiatria Polska 2013; tom XLVII, nr 4, 579-586.

Häfner H. *From onset and prodromal stage to a life-long course of schizophrenia and its symptom dimensions: how sex, age, and other risk factors influence incidence and course of illness*. Psychiatry Journal 2019; 16: 9804836.

Hajduk A, Owsianowska J, Robaszkiewicz R i wsp. *Ocena jakości życia pacjentów ze schizofrenią*. Problemy Higieny i Epidemiologii 2008; 89, 437–440.

Hanson E, Healey K, Wolf D, Kohler C. *Przegląd badań na temat farmakoterapii objawów negatywnych schizofrenii*. Psychiatria po Dyplomie 2010; tom 7, nr 6.

Hatta K, Sugiyama N, Ito H. *Switching and augmentation strategies for antipsychotic medications in acute-phase schizophrenia: latest evidence and place in therapy*. Therapeutic Advances in Psychopharmacology 2018; 8 (6), 173-183.

Ihnen GH, Penn DL, Corrigan PW, Martin J. *Social Perception and Social Skill in Schizophrenia*. Psychiatry Research 1998; 80, 275–286.

Ijaz S, Bolea B, Davies S et al. *Antipsychotic polypharmacy and metabolic syndrome in schizophrenia: a review of systematic reviews*. BMC Psychiatry.2018;18, 275.

Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. Psychiatria Polska 2009; tom XLIII nr 6, 655-670.

Jaeger M, Rossler W. Attitudes towards long-acting depot antipsychotics: a survey of patients, relatives and psychiatrists. Psychiatry Research 2010;175(1-2), 58-62.

Jäger M, Frasch K, Lang FU, Becker T. *Dekonstrukcja pojęcia schizofrenia. Model wielowymiarowy czy podział na podtypy?* Psychiatria Po Dyplomie 2013; tom 10, nr 4, 39-46.

Jaracz J. *Politerapia w schizofrenii w świetle danych z literatury*. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2019; 35 (3–4), 193–199.

Jarema M. *Leksykon schizofrenii*. Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań; 2010.

Jarema M, Bury L, Konieczńska Z, Zaborowski B, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszewicz L. *Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej*. Psychiatria Polska 1997; 31, 585–594.

Jarema M, Wichniak A, Dudek D, Samochovec J, Bieńkowski P, Rybakowski J. *Leki przeciwpsychotyczne II generacji o przedłużonym działaniu – kiedy i jak stosować?* Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2015; 31 (1), 57-66.

Jaska M. *Dzieje szpitala Dziekanka 1894-1994*. Wrocławskie Zakłady Graficzne. Wrocław; 1994.

Jędrzejczyk I. *Zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii – wybrane aspekty*. Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio J, Paedagogia-Psychologia 2020; 33(2), 271–283.

Jones ME, Andrews JS, Faries DE, Landry J, Xu J, Detke HC et al. *Baseline characteristics and hospitalizations in patients with schizophrenia receiving olanzapine long-acting injection: an interim analysis from a non-interventional, prospective observational safety study*. BMC Psychiatry 2015;15(1), 278.

Kalisz A, Mętel D, Daren A, Błądziński P, Kruk D, Cechnicki A. *Objawy negatywne, przetrwale objawy negatywne i zespół deficytowy a nasilenie objawów schizofrenii i poziom funkcjonowania przez 20 lat*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2020; 29 (1), 25-38.

Kane J, Honigfeld G, Singer J, Meltzer H. *Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic. A double-blind comparison with chlorpromazine*. Archives of General Psychiatry. 1988; 45, 789-796.

Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. *Assessing the comparative effectiveness of long-acting injectable vs. oral antipsychotic medications in the prevention of relapse provides a case study in comparative effectiveness research in psychiatry*. Journal of Clinical Epidemiology 2013;66(8 Suppl), 37-41.

Kaplan HI, Sadock BJ, Sidorowicz S red. *Psychiatria kliniczna*. Wyd. Urban & Partner. Wrocław; 1995.

Kaszyński H. *Osoby chore psychicznie jako grupa beneficjentów organizacji pozarządowych świadczących usługi na rynku pracy*. Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności. Warszawa; 2006.

Kiełpiński A. *Schizofrenia*. Wyd. Sagittarius. Kraków; 1992.

Klamka A, Mazurowski K, Gezela M, Suwalska A. *Czynniki związane z jakością życia pacjentów ze schizofrenią – badanie przy zastosowaniu skali SQLS*. Nowiny Lekarskie 2006; 75, 6, 564-567.

Koniecznyńska Z, Jarema M, Cikowska G. *Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym*. Psychiatria Polska 1997; 31, 323–332.

Kopczyński Z, Czernikiewicz A. *Wpływ deficytów poznawczych na jakość życia w schizofrenii*, *Current Problem of Psychiatry*. 2011; 12(4), 415–419.

Krawczyk P, Święcicki Ł. *ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO*. Psychiatria Polska 2020; 54 (1), 7-20.

Krupka-Matuszczyk I, Matuszczyk M red. *Psychiatria. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Śląski Uniwersytet Medyczny. Katowice; 2007.

Kulik M, Małowicka M, Mucha E, et al. *Schizofrenia – rola opiekunów w kreowaniu współpracy*. Raport. https://www.janssen.com/poland/sites/www_janssen_com_poland/files/raport_schizofrenia._rola_opiekopie_w_kreowaniu_wspolpracy.pdf /dostęp 22.02.2019 r.

Kurpas D, Pochwała Ł, Seń M, Wróblewska I, Mroczek B. *Trudności społeczno-ekonomiczne pacjentów ze schizofrenią*. Family Medicine & Primary Care Review 2014; 16, 3, 248-251.

Lange B, Mueller JK, Leweke FM, *How gender affects the pharmacotherapeutic approach to treating psychosis – a systematic review*. Expert Opinion of Pharmacotherapy. 2017; 18, 361-362.

Leifker FR, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. *Validating Measures of Real-World Outcome: The Results of the VALERO Expert Survey and RAND Panel*. Schizophrenia Bulletin 2009; 37 nr 2, 334-343.

Leucht C, Heres S, Kane JM, Kissling W, Davis JM, Leucht S. *Oral versus depot antipsychotic drugs for schizophrenia – a critical systematic review and meta-analysis of randomised long-term trials*. Schizophrenia Research 2011;127(1-3), 83-92.

Lieberman RP, Kopelowicz A. *Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century*. Int. Rev. Psychiatry 2002; 14: 245–255.

Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. *Schizofrenia*. Wyd. American Psychiatric Publishing, Inc. Washington; 2006.

Lin SK. *Antipsychotic polypharmacy: a dirty little secret or a fashion?* The International Journal Of Neuropsychopharmacology 2020; <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyz068>.

Łoza B, Murawiec S. *Leki przeciwpowrotne w postaci długodziałających iniekcji w leczeniu schizofrenii – nowe standardy terapii*. Psychiatria 2015; 12;3, 119-127.

Makara-Studzińska M, Koślak A. *Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii. Przegląd aktualnej literatury*. Psychiatria Polska 2009; tom XLIII, nr 4, 411-420.

Makarewicz A, Karakuła-Juchnowicz H, Łobejko Ł. *Neuropoznawczy wymiar schizofrenii – możliwości oceny oraz implikacje terapeutyczne*. Current Problems of Psychiatry 2017; 18(1), 51-61.

McGurk SR, Meltzer HY. *The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia*. Schizophrenia Research 2000; 45(3),175–184.

Meder J, Tyszkowska M, Jarema M, Araszkiewicz A, Szafranski T. *Leki przeciwpowrotne w praktyce lekarza psychiatry. Leczenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lekoopornej*. Psychiatria Polska 2008; tom XLII, nr 6, 859-873.

Menendez-Miranda I, Garcia-Portilla MP, Garcia-Alvarez L, Arrojo M, Sanchez P, Sarramea F, Gombor J, Bobes-Bascaran MT, Sierra P, Saiz PA, Bobes J. *Predictive factors*

of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. European Psychiatry 2015; 30, 622-627.

Moncrieff J. *Hipoteza neuroprotekcjna: czy farmakoterapia zapobiega uszkodzeniu mózgu we wczesnej psychozie lub schizofrenii.* Psychiatria Po Dyplomie 2011; tom 8, nr 4, 27-31.

Moriarty PJ, Lieber D, Bennett A i wsp. *Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin 2001; 27: 103-113.

Mosiółek A. *Schizofrenia jako choroba funkcjonowania poznawczego.* Psychiatria 2015; tom 12, nr 3, 128-136.

Mueser KT, Gingerich S. *Życie ze schizofrenią - poradnik dla rodzin.* Rebis. Poznań; 2001.
Murzyn A, Mielimaka M, Muldner-Nieckowski Ł. *Psychoterapia schizofrenii: cele, skuteczność, specyfika oddziaływań. Indywidualna psychoterapia psychodynamiczna – przegląd literatury.* Psychiatria i Psychoterapia 2010; tom 6, nr 2, 33-43.

Musielak M red. *Doktor Kazimierz Filip Wize 1873-1953 zarys biografii intelektualnej.* Wyd. Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań; 2017.

Nasser EH, Walders N, Jenkins JH. *The experience of schizophrenia: What's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia.* Schizophrenia Bulletin 2002; 28(2), 351-62.

Nuechterlein KH, Ventura J, Subotnik KL, Bartzokis GJ. *The early longitudinal course of cognitive deficits in schizophrenia.* Clinical Psychiatry 2014; 75 (Suppl 2), 25–29.

Ostrzyżek A, Marcinkowski J. *Quality of life and experience of schizophrenia.* Hygeia Public Health 2014;49(4),679-84.

Pańczak A, Pietkiewicz I. *Aktywność zawodowa w procesie zdrowienia – interpretacyjna analiza fenomenologiczna doświadczeń pacjentów ze spektrum schizofrenii.* Psychiatria Polska 2016; 50 (4), 805-826.

Podrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stygmatyzacja na drodze zdrowienia w chorobach psychicznych – czynniki związane z funkcjonowaniem społecznym*. Psychiatria Polska 2014; 48(6), 1201-1211.

Porczyk S. *Etiologia schizofrenii*. <http://online.synapsis.pl/Schizofrenia-podstawowe-informacje/Etiologia-schizofrenii.html> (dostęp 16.01.2021).

Potkin SG, Kane JM, Correll CU et al. *The neurobiology of treatment-resistant schizophrenia: paths to antipsychotic resistance and a roadmap for future research*. Schizophrenia 2020; 6,1.

Pużyński S, Wciórka J red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Kraków-Warszawa; 1998.

Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M red. *Ryzykowny stan psychiczny. Czy można zapobiegać schizofrenii?* Termedia Wydawnictwa Medyczne. Poznań; 2012.

Remington G, Seeman MV. *Schizophrenia and the influence of male gender*. Clinical Pharmacology & Therapeutics 2015; 98 (6), 578-581.

Riecher-Rössler A, Butler S, Kulkarni J. *Sex and gender differences in schizophrenic psychoses – a critical review*. Arch Womens Ment Health 2018; 21 (6), 627-648.

Rybakowski J. *Pół wieku obserwacji uczestniczącej w psychiatrii. Część I: schizofrenia*. Psychiatria Polska 2020; 54(3), 405-419.

Rybakowski J. *Pół wieku obserwacji uczestniczącej w psychiatrii. Część II: choroby afektywne*. Psychiatria Polska 2020; 54(4), 641-659.

Rybakowski J. *Pół wieku obserwacji uczestniczącej w psychiatrii. Część III: psychofarmakologia*. Psychiatria Polska 2020; 54(5), 845-864.

Rybakowski J. *Choroby psychiczne w świetle teorii ewolucji*. Wszechświat 2018; tom 119, nr1-3, 52-59.

Rynda M, Białecka-Pikul M. *Dysfunkcja społeczna w schizofrenii z perspektywy poznania społecznego*. Psychologia Społeczna 2010; tom 5 4 (15) 345-354.

Rzewuska M. *Badanie zgodności i niezawodności polskiej wersji skali PANSS*. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2000; 4, 390-398.

Sajatovic M, Jenkins JH, Strauss ME et al. *Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia*. Psychiatric Services 2005; 56(1), 96-98.

Salokangas KR, Stengard E. *Gender and short-term outcome in schizophrenia*. Schizophrenia Research 1990; 3, 333-345.

Samochowiec J, Tyburski E, Misiak B red. *Schizofrenia u mężczyzn*. Wyd. Medical Education. Warszawa; 2020.

Schatzberg A, Nemeroff C. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology. 2017, doi: 10.1176/appi.books.9781615371624.

Seeman MV. *Does Gender Influence Outcome in schizophrenia?* Psychiatric Quartely 2019; 90 (1), 173-184.

Sęk H. *Wybrane zagadnienia z psychoprofilaktyki*. W: Sęk H. red. *Społeczna psychologia kliniczna*. Warszawa: PWN; 1993, 472-501.

Skorupska A, Czyżowicz K. *Deficyty funkcjonowania społecznego w schizofrenii – przegląd literatury*. Family Medicine & Primary Care Review 2007; 9, 4, 1060-1063.

Skorupska-Król A, Oskędra I. *Predyktory społecznego funkcjonowania w schizofrenii*. Psychiatria 2014; tom 11, nr 4, 228-232.

Smith T, Weston C, Lieberman J. *Schizophrenia (maintenance treatment)*. American Academy of Family Physicians 2010; 82, 338-339.

Spychalska K, Kucharska-Pietura K, Kielan K. *Neurobiologia społecznego poznania w schizofrenii*. Psychiatria 2004; tom 1, nr 1, 9-16.

Szulc A, Gałęcki P red. *Schizofrenia u kobiet*. Wyd. Medical Education. Warszawa; 2020.

Szulc A, Samochowiec J. *Schizofrenia z objawami negatywnymi – obciążenie chorobą pacjentów i ich bliskich*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa; 2019.

Szulc A, Samochowiec J. *Schizofrenia z objawami negatywnymi. Obciążenie pacjentów i ich rodzin*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa; 2019.

Tandberg M, Sundet K, Andreassen OA, Melle I, Ueland T. *Occupational functioning, symptoms and neurocognition in patients with psychotic disorders: Investigating subgroups based on social security status*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2013; 48(6), 863–874.

Turska W, Skowron A. *Metodyka oceny jakości życia*. Farmacja Polska 2009; tom 65 nr 8, 572-580.

Tylka J, Piotrowicz R. *Kwestionariusz oceny jakości życia SF-36 – wersja polska*. Kardiologia Polska 2009; 67, 1166-1169.

Tyszkowska M, Jarema M. *Między zdrowiem a schizofrenią*. Psychiatria Polska 2013; tom XLVII, nr 4, 587-597.

Wiktorzak K, Śliwczyński A, Janaszek K. *Analiza dotycząca schizofrenii w Polsce ICD-109 F20 i F21 w latach 2008-2017*. Raport NFZ – Departament Analiz i Strategii, Wydział Analiz, Sprawozdawczości i Publikacji oraz Wydział Strategii i Projektów Rozwojowych. Warszawa; 2018.

Wilczek-Różycka E, Halicka D. *Wgląd w chorobę i poczucie wpływu na jej przebieg a funkcjonowanie społeczne pacjentów ze schizofrenią*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2013; 13 (1), 50-57.

Wilczyńska K, Orlof W, Rozenek E, Waszkiewicz N. *Współczesny chory na schizofrenię, współczesne możliwości terapii*. Medycyna po Dyplomie 2019; 02.

Witkowska-Łuć B, *Rola zajęć terapeutycznych w powrocie do zdrowia osób leczonych z powodu zaburzeń z kręgu schizofrenii*, Psychoterapia 2019; 191(4), 29-40.

Wojciechowska K, Wałęcka M, Szmyd J, Wichniak A. *Uproszczony wywiad objawów negatywnych i pozytywnych (SNAPSI) i skala PANSS-6 – polska adaptacja językowa i zastosowanie*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2020; 29 (4), 215-223.

Wójciak P, Domowicz K, Rybakowski J. *Objawy negatywne schizofrenii pierwotne i wtórne, zespół deficytowy, uporczywe objawy negatywne*. Neuropsychiatria i Neuropsychologia; 2017, 12, 3, 108-117.

Wójciak P, Górna K, Domowicz K, Jaracz K, Gołębiowska K, Michalak M, Rybakowski J. *Polska wersja Krótkiej Skali Objawów Negatywnych (Brief Negative Symptom Scale – BNSS)*. Psychiatria Polska 2018; nr 119: 1-9.

Wójciak P, Górna K, Domowicz K, Jaracz K, Gołębiowska K, Michalak M, Rybakowski J. *Polska wersja Skali Samooceny Objawów Negatywnych (Self-evaluation of Negative Symptoms - SNS)*. Psychiatria Polska 2018; nr 118: 1-9.

Wójciak P, Górna K, Domowicz K, Jaracz K, Szpalik R, Michalak M, Różański M, Rybakowski J. *Ocena nasilenia objawów negatywnych u mężczyzn i kobiet z rozpoznaniem schizofrenii z zastosowaniem polskiej wersji Krótkiej Skali Objawów Negatywnych oraz Skali samooceny Objawów Negatywnych*. Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2018; 13, 4, 121-127.

Wójciak P, Rybakowski J. *Obraz kliniczny, patogeneza i ocena psychometryczna objawów negatywnych schizofrenii*. Psychiatria Polska 2018; 52 (2), 185-197.

Wróbel K, Szulc A. *Schizofrenia z przeważającymi objawami negatywnymi 2019 – badanie epidemiologiczno-społeczne w Polsce*. Psychiatria 2019; 16(3), 107-113.

Wysokiński A. *Praktyczne uwagi dotyczące stosowania długodziałających leków przeciwpsychotycznych w leczeniu schizofrenii*. Psychiatria po Dyplomie 2019; 1.

Załuska M. *Skala funkcjonowania społecznego (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię*. Postępy Psychiatrii i Neurologii 1997; 6, 237-251.

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 Dz.U. z 2017 r. poz. 458.

Oficjalna strona Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepoprawnych, <https://www.pfron.org.pl/institucje/placowki/zaz/> (dostęp 17.01.2021).

Osoby ze schizofrenią na rynku pracy. <https://pulsmedycyny.pl/osoby-ze-schizofrenia-na-ryнку-pracy-875642> (dostęp 17.01.2021).

12. WYKAZ TABEL I RYCIN

12.1 Tabele

Tabela 1.	Wiek i Czas trwania choroby – charakterystyki opisowe
Tabela 2.	Wykształcenie w obrębie badanej grupy – charakterystyki opisowe
Tabela 3.	Stan cywilny w obrębie badanej grupy – charakterystyki opisowe
Tabela 4.	Zatrudnienie w obrębie badanej grupy – charakterystyki opisowe
Tabela 5.	Charakterystyki opisowe – wiek i czas trwania choroby
Tabela 6.	Wyniki w skali BNSS – charakterystyki opisowe
Tabela 7.	Wyniki w skali BNSS – charakterystyki opisowe
Tabela 8.	Skala BNSS – istotne różnice międzygrupowe
Tabela 9.	Skala PANSS – charakterystyki opisowe
Tabela 10.	Skala PANSS – charakterystyki opisowe
Tabela 11.	Istotne różnice międzygrupowe w skali PANSS
Tabela 12.	Charakterystyki opisowe SFS
Tabela 13.	Statystyka istotności różnic dla SFS
Tabela 14.	Statystyki opisowe dla wyników w skali SNS
Tabela 15.	Statystyka istotności różnic dla skali SNS awolicja
Tabela 16.	Skala BNSS – charakterystyki opisowe
Tabela 17.	Skala BNSS – charakterystyki opisowe
Tabela 18.	Statystyki istotności różnic międzygrupowych dla BNSS
Tabela 19.	Skala PANSS – charakterystyki opisowe
Tabela 20.	Skala PANSS – charakterystyki opisowe
Tabela 21.	Skala PANSS – statystyka istotności różnic międzygrupowych
Tabela 22.	Statystyki opisowe – skala PSP
Tabela 23.	Statystyki istotności różnic międzygrupowych w skali PSP
Tabela 24.	Statystyki opisowe – skala SFS
Tabela 25.	Statystyki opisowe – skala SFS
Tabela 26.	Skala SFS – statystyki istotności różnic międzygrupowych
Tabela 27.	Skala SNS – statystyki opisowe
Tabela 28.	Skala SNS – statystyki opisowe
Tabela 29.	Skala SNS – statystyki istotności różnic międzygrupowych
Tabela 30.	Statystyki opisowe w podziale na poziom wykształcenia badanych
Tabela 31.	Tabela ANOVA dla różnic międzygrupowych

Tabela 32.	Porównania wielokrotne pomiędzy grupami ze względu na poziom wykształcenia badanych
Tabela 33.	Skala BNSS – statystyki opisowe
Tabela 34.	Skala BNSS – statystyki opisowe
Tabela 35.	Skala BNSS – statystyki różnic międzygrupowych
Tabela 36.	Skala PANSS – statystyki opisowe
Tabela 37.	Skala PANSS – statystyki opisowe
Tabela 38.	Skala PANSS – statystyki istotności różnic międzygrupowych
Tabela 39.	Wyniki PSP – statystyki opisowe
Tabela 40.	Statystyki istotności różnic międzygrupowych – skala PSP
Tabela 41.	Skala SFS – charakterystyki opisowe
Tabela 42.	Skala SFS – charakterystyki opisowe
Tabela 43.	Skala SFS – statystyki istotności różnic międzygrupowych
Tabela 44.	Skala SNS – charakterystyki opisowe
Tabela 45.	Skala SNS – charakterystyki opisowe
Tabela 46.	Skala SNS – statystyki istotności różnic międzygrupowych

12.2 Ryciny

Rycina 1.	Charakterystyki opisowe - wykształcenie
Rycina 2.	Stan cywilny – charakterystyki opisowe
Rycina 3.	Zatrudnienie – charakterystyki opisowe
Rycina 4.	Wyniki w skali BNSS – wykres średnich
Rycina 5.	Wyniki z skali PANSS – wykres średnich
Rycina 6.	Skala BNSS – wykres średnich
Rycina 7.	Skala PANSS – wykres średnich
Rycina 8.	Skala SFS – wykres średnich
Rycina 9.	Skala SNS – wykres średnich
Rycina 10.	Typy leków stosowanych w mono- i politerapii – na przypadkach
Rycina 11.	Typy leków stosowanych w mono- i politerapii – na przypadkach
Rycina 12.	Skala BNSS – wykres średnich
Rycina 13.	Skala PANSS – wykres średnich
Rycina 14.	Skala SFS – wykres średnich
Rycina 15.	Skala SNS – wykres średnich

13. ANEKS

13.1 Informacja dla pacjenta i formularz zgody

INFORMACJA DLA PACJENTA ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY NA BADANIE

Proponuję Pani / Panu udział w badaniu, którego celem jest ocena Pani / Pana funkcjonowania społecznego przy pomocy skal klinicznych. Uzyskane wyniki mogą mieć znaczenie zwłaszcza dla planowania u Pani / Pana odpowiedniego leczenia.

Powyższe badanie polega na ocenie Pani / Pana stanu psychicznego, głównie w zakresie oceny objawów schizofrenii za pomocą odpowiednich skal psychometrycznych.

W zakresie trzech skal badanie będzie wykonywał lekarz psychiatra oraz będzie Pani / Pan poproszona(y) o samodzielne wypełnienie dwóch skal samooceny tych objawów.

Po zapoznaniu się z charakterem i celem badania oraz wyjaśnieniu wszystkich jego aspektów przez badacza wyrażam zgodę na udział w badaniu:

Imię i nazwisko pacjenta

Data: - - Podpis

Imię i nazwisko badacza: *lek. Artur de Rosier*

Data: - Podpis

13.2 Zastosowane w badaniach arkusze wyników

BNSS - Krótka skala objawów negatywnych: arkusz wyników

I Podskala anhedonii

← ☐ Norma Zaburzenie ☐

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Intensywność przyjemności podczas aktywności | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Częstość wykonywania przyjemnych aktywności | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Intensywność spodziewanej przyjemności
z przyszłych aktywności | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

II Brak prawidłowego dystresu

- | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 4. Brak prawidłowego dystresu | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|-------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|

III Podskala aspołeczności

- | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 5. Aspołeczność: zachowanie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Aspołeczność: przeżycie wewnętrzne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

IV Podskala awolucji

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 7. Awolucja: zachowanie | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Awolucja: przeżycie wewnętrzne | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

V Podskala bładości afektywnej

- | | | | | | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. Wyraz twarzy | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Ekspresja wokalna | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Ekspresyjne gesty | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

VI Podskala alogii

- | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. Ilość mowy | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Spontaniczne opracowanie mowy | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

PANSS

Imię i nazwisko

	1	2	3	4	5	6	7
P1 - UROJENIA							
P2 – DEZORGANIZACJA POJĘCIOWA							
P3 – ZACHOWANIA OMAMOWE							
P4 - POBUDZENIE							
P5 – POST.WIELKOŚCIOWA							
P6 – PODEJRZLIWOŚĆ / PRZEŚLADOWANIE							
P7 - WROGOŚĆ							
N1 – SPŁYCENIE AFEKTU							
N2 – WYCOFANIE EMOCJONALNE							
N3 – SŁABY KONTAKT							
N4 – BIERNOŚĆ / APATIA / WYCOFANIE SPOŁECZNE							
N5 – ZABURZ. MYŚLENIA ABSTRAKCYJNEGO							
N6 – BRAK SPONTANICZNOŚCI I PŁYNNOŚCI ROZMOWY							
N7 – MYŚLENIE STEREOTYPOWE							
G1 - TROSKA O CIAŁO							
G2 - LĘK							
G3 – POCZUCIE WINY							
G4 - NAPIĘCIE							
G5 – MANIERYZMY I ZASTYGANIE							
G6 - DEPRESJA							
G7 – ZAHAMOWANIE RUCHOWE							
G8 – BRAK WSPÓŁPRACY							
G9 – NIEZWYKŁE TREŚCI MYŚLENIA							
G10 - DEZORIENTACJA							
G11 – ZABURZENIE UWAGI							
G12 – BRAK KRYTYCYZMU I WGLĄDU							
G13 – ZABURZENIE WOLI							
G14 – SŁABA KONTROLA IMPULSÓW							
G15 - POCHŁONIĘCIE							
G16 – CZYNNNE UNIKANIE SPOŁECZNE							

PSP - Kwestionariusz funkcjonowania osobistego i społecznego

Imię i nazwisko -

dziedzina funkcjonowania – stopień nieprawidłowości	brak	łagodny	zauważalny	wyraźny	znaczny	b.znaczny
a aktywność przydatna społecznie						
b relacje osobiste i społeczne						
c dbanie o siebie						
d zachowania niepokojące i agresywne						

SFS – Skala Funkcjonowania Społecznego

Nazwisko i imię.....

Ten kwestionariusz ma nam pomóc zorientować się jak Pan(i) radzi sobie na co dzień w życiu. Wypełnienie go zajmie około 20 minut. Przed rozpoczęciem wypełniania kwestionariusza proszę o odpowiedź na poniższe pytania:

1. Gdzie Pan(i) mieszka
2. Z kim Pan(i) mieszka

Wyniki podskal	I	II	III	IV	V	VI	VII

I.

1. O której godzinie wstajesz rano z łóżka?

zazwyczaj w dni powszednie	
zazwyczaj w wolne soboty i niedziele (jeśli inaczej)	

2. Ile godzin dziennie w sumie spędzasz samotnie np. samotnie w pokoju, samotnie na spacerze, samotnie słuchając radia, oglądając TV itp.? Proszę zakreślić odpowiednią rubrykę poniżej.

0– 3 godz. / dzień	praktycznie rzadko przebywam samotnie	
3– 6 godz. / dzień	niekiedy przebywam samotnie	
6– 9 godz. / dzień	dużo czasu spędzam samotnie	
9– 12 godz. / dzień	większość czasu spędzam samotnie	
>12 godz. / dzień	praktycznie cały czas spędzam samotnie	

3. Jak często rozpoczynasz z kimś rozmowę?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4. Jak często wychodzisz z domu z jakiegokolwiek powodu?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

5. Jak reagujesz na obecność obcych osób?

unikam ich	czuję zdenerwowanie	akceptuję ich	lubię ich

II.

1. Ilu przyjaciół – osób, z którymi spotykasz się regularnie i wspólnie coś robisz – masz aktualnie?

wpisz liczbę tych osób	
------------------------	--

2. Czy żyjesz aktualnie w małżeństwie?

tak	
nie	

lub masz aktualnie chłopaka / dziewczynę?

tak	
nie	

3. Jak często jesteś w stanie rozmawiać z innymi ze wzajemnym zrozumieniem lub prowadzić z nimi racjonalną wymianę zdań?

prawie nigdy	rzadko	czasami	często

4. Na ile łatwo lub trudno jest Ci w tej chwili rozmawiać z ludźmi?

bardzo łatwo	raczej łatwo	przeciętnie	raczej trudno	bardzo trudno

III.

Proszę zaznaczyć za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzyło Ci się podejmować wymienione rodzaje aktywności.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
pójście do kina				
pójście do teatru lub na koncert				
oglądanie imprez sportowych w pomieszczeniu (np. tenis, ping-pong, boks)				
oglądanie imprez sportowych na dworze (np. piłka nożna, siatkówka, wyścigi konne)				
zwiedzanie muzeum, galerii sztuki				
oglądanie wystawy				
zwiedzanie ciekawych miejsc lub miejscowości				
udział w spotkaniu dyskusyjnym				
chodzenie na kursy wieczorowe				
odwiedzanie krewnych u nich w domu				
przyjmowanie odwiedzin krewnych w swoim domu				

odwiedzanie przyjaciół lub dziewczyny / chłopaka				
pójście na przyjęcie towarzyskie				
pójście na oficjalną imprezę				
pójście na dyskotekę				
pójście do klubu nocnego, innego towarzyskiego				
uprawianie sportu w pomieszczeniu (basen, ping-pong itp.)				
uprawianie sportu na dworze (np. piłka nożna, siatkówka itp.)				
uczestnictwo w klubie, stowarzyszeniu				
pójście do pubu, piwiarni				
jedzenie na mieście				
udział w uroczystościach religijnych, życiu kościelnym				

IV.

Proszę zakreślić za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się podejmować następujące rodzaje aktywności i rozrywek.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
gra na instrumencie muzycznym				
szycie, szydełkowanie, robótki itp.				
praca w ogródku, na działce				
czytanie książek, gazet, czasopism				
oglądanie programów telewizji, wideo				
słuchanie radia, płyt, kaset				
gotowanie, pieczenie itp.				
majsterkowanie				
drobne naprawy (radia, roweru, sprzętów i innych urządzeń)				
spacery, wycieczki				
przejażdżka samochodem, rowerem dla rekreacji				
pływanie				
hobby np. kwiaty, rybki, kolekcjonowanie czegoś				
chodzenie po mieście, oglądanie sklepów				
czynności artystyczne, malowanie, rękodzielnictwo				

V.

Proszę zakreślić za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby wskazać jak często w ciągu ostatnich trzech miesięcy zdarzało Ci się wykonywać wymienione kolejno czynności.

	nigdy	rzadko	dość często	bardzo często
kupowanie czegoś w sklepie (samodzielnie)				
zmywanie naczyń, sprzątanie itp.				
regularne mycie się				
pranie własnych rzeczy				
poszukiwanie pracy (jeśli nie pracuje lub chce zmienić)				
zakupy jedzeniowe				
sprzątanie i gotowanie posiłków				
samodzielne wyjścia z domu				
jeżdżenie autobusem, pociągiem itp.				
posługiwanie się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarowanie pieniędzmi, planowanie budżetu				
wybieranie i kupowanie ubrań dla siebie				
dbanie i zabiegi wokół własnego wyglądu zewnętrznego				

VI.

Proszę zakreślić za każdym razem odpowiednią rubrykę, aby określić na ile oceniasz swoje możliwości i zdolność do wykonywania wymienionych niżej czynności.

	potrafię samodzielnie	potrafię z czyjąś pomocą	wcale nie potrafię	nie wiem
jeździć środkami komunikacji				
posługiwać się pieniędzmi na bieżąco				
gospodarować pieniędzmi odpowiednio do budżetu				
gotować dla siebie				
robić bieżące zakupy				
poszukiwać pracy				
pracę swoje rzeczy				
dbać o osobistą higienę				
sprzątać, zmywać, dbać o porządek				
zamawiać coś ze sklepu				
samodzielnie wychodzić z domu				
dobierać dla siebie i kupować ubranie				
dbać o swój wygląd zewnętrzny				

VII.

Czy aktualnie masz jakąś pracę (zatrudnienie) – dotyczy to także pracy chronionej, Warsztatów Terapii Zajęciowej, kursów szkolenia zawodowego itp. oraz opieki nad dzieckiem w ramach urlopu wychowawczego.

mam zatrudnienie	nie mam zatrudnienia

1. Jeśli masz zatrudnienie to:

jaka to jest praca?
ile godzin w tygodniu?
od jak dawna masz tę pracę?

2. Jeśli aktualnie nie masz żadnego zatrudnienia to:

kiedy ostatnio byłeś / byłaś zatrudniony(a)?
jaka to była praca?
ile godzin tygodniowo?

3. Czy masz orzeczoną grupę inwalidzką?

tak	nie	która grupa	od kiedy

4. Czy może jesteś aktualnie pacjentem oddziału dziennego?

tak	nie

5. Czy czujesz się zdolny(a) do wykonywania jakiejś pracy?

zdecydowanie tak	chyba tak, ale z trudnością	zdecydowanie nie mogę pracować

6. Jak często zajmujesz się poszukiwaniem pracy np. chodzeniem do pośrednictwa pracy, czytaniem ogłoszeń o pracy?

prawie nigdy	rzadko	dość często	bardzo często

SNS - Samoocena objawów negatywnych

Imię i nazwisko

Proszę zaznaczyć krzyżykiem tę kolumnę która odpowiada najbardziej stwierdzeniu, które jest charakterystyczne dla stanu psychicznego w którym Pan/Pani aktualnie się znajduje (proszę wziąć pod uwagę stan psychiczny dotyczący ostatniego tygodnia).

	zgadzam się całkowicie	trochę się zgadzam	nie zgadzam się zupełnie
1. Wolę pozostać sam/sama w własnym kącie.			
2. Czuję się lepiej kiedy jestem sam/sama ponieważ nie czuję się dobrze z osobą, która jest blisko mnie.			
3. Nie mam ochoty na wychodzenie z kolegami lub rodziną.			
4. Nie szukam specjalnie kontaktu lub spotkań z przyjaciółmi (mail, telefon SMS itd...)			
5. Mówią mi, że nie jestem ani wesoły/a ani smutny/a i że nie złoścę się zbyt często.			
6. Jest dużo rzeczy w życiu smutnych albo wesołych, ale ja nie czuję żeby mnie dotyczyły.			
7. Oglądanie filmu wesołego albo smutnego, przeczytanie smutnej lub wesołej historii nie jest dla mnie specjalnym powodem ani do łez, ani do śmiechu.			
8. Innej osobie trudno jest rozpoznać moje emocje.			
9. Nie mam tyle do powiedzenia co inni.			
10. Mówienie jest dla mnie 10 razy trudniejsze niż dla większości ludzi.			
11. Często zwraca mi się uwagę, że mało mówię.			
12. Przyjaciółom lub moim bliskim mam ochotę dużo powiedzieć, ale mi nie wychodzi.			
13. Trudno mi osiągnąć cele, które sobie wyznaczyłem/łam.			
14. Ciężko mi wykonywać regularnie codzienne czynności.			
15. Jest wiele rzeczy, których nie robię, ponieważ brak mi motywacji lub ochoty.			
16. Wiem, że muszę wykonać różne czynności (np. wstać lub umyć się) ale brakuje mi energii.			
17. Nie odczuwam specjalnie przyjemności dyskutując z innymi.			
18. Trudno mi odczuwać przyjemność nawet podczas tych czynności, które sam wybrałem/łam.			
19. Kiedy wyobrażam sobie, że wykonuję tę lub inną czynność, to również nie sprawia mi to przyjemności.			
20. Seks, nie widzę w tym żadnej korzyści.			