

Jakość życia a doświadczanie schizofrenii

Quality of life and experience of schizophrenia

ARTUR OSTRZYŻEK^{1/}, JERZY T. MARCINKOWSKI^{2,3/}

^{1/} Zakład Pedagogiki Terapeutycznej, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

^{2/} Zakład Higieny, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{3/} Wydział Studiów Społecznych, Wyższa Szkoła Bezpieczeństwa w Poznaniu

Każda z chorób, będąc swoistym zakłóceniem stanu równowagi dynamicznej ustroju, powoduje określone, negatywne konsekwencje w zakresie możliwości prawidłowego funkcjonowania jednostki. Byłoby nadużyciem twierdzić, że choroby somatyczne o znanej etiologii, przebiegu i leczeniu ograniczają pacjenta wyłącznie na poziomie utraty funkcji, czy czynności narządu. Istnieje przecież cała grupa chorób przewlekłych rzutujących bezpośrednio na sytuację społeczną chorego i powiązane z nią otoczenie społeczne. Dopiero jednak następstwa zdrowotne chorób psychicznych implikują takie deficyty w sferze interakcji społecznych, które są w stanie objąć swoim zasięgiem cały obszar egzystencjalny człowieka. Szeroki wymiar biopsychospołeczny tych dysfunkcji ma nie tylko znaczenie diagnostyczne i terapeutyczne, ale również prognostyczne, indywidualnie zróżnicowane. Parametrem, którego wyniki oceny mogą zostać z powodzeniem wykorzystane w praktyce psychiatrycznej, jest jakość życia, identyfikowana jako pozytywny wskaźnik zdrowia. Wyniki wielu badań naukowych dowodzą, iż ocena jakości życia – w odniesieniu do osób chorych psychicznie – nie tylko jest możliwa, ale wręcz pożądana lub nawet niezbędna, jak ma to miejsce w przypadku chorych cierpiących na schizofrenię.

Słowa kluczowe: schizofrenia, jakość życia, sytuacja zdrowotna chorych

Each disease, by disrupting a dynamic balance system, causes various negative consequences in terms of the possibility of correct functioning of an individual. It would be a misinterpretation to claim that somatic diseases of known etiology, course, and treatment limit the patient only at the level of the loss of function, or an organ function. There is still a whole group of chronic diseases directly influencing the patients' social situation and their social environment. However, only the health consequences of mental illnesses imply the deficits in the area of social interaction that cover the whole area of human existence. A wide biopsychosocial range of dysfunctions is not only of diagnostic and therapeutic importance, but also of prognostic and individually varied. The quality of life, identified as a positive indicator of health is the parameter of assessment the results of which can be successfully used in psychiatric practice. The results of several studies have shown that the assessment of the quality of life – for people with mental illness – is not only possible, but also desirable, or even necessary, as in the case of patients with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, quality of life, health condition of patients

© Hygeia Public Health 2014, 49(4): 679-684

www.h-ph.pl

Nadesłano: 10.10.2014

Zakwalifikowano do druku: 03.12.2014

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Artur Ostrzyżek

Zakład Pedagogiki Terapeutycznej, Uniwersytet
Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim
ul. Słowackiego 114/118, 97-300 Piotrków Trybunalski
tel. 694 777 700, e-mail: a.ostrzyzek@unipt.pl

Problematyka jakości życia na gruncie poznania psychiatrycznego

Wokół problematyki jakości życia wciąż koncentruje się uwaga badaczy wielu dyscyplin naukowych. Na gruncie nauk medycznych, przy panującej względnej zgodzie autorów publikacji naukowych co do jej definicji i możliwości pomiaru, coraz powszechniej dokonuje się oceny jakości życia przy udziale czynników zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, w odniesieniu do różnych jednostek chorobowych.

Część badaczy jest nawet zdania, że pomiar jakości życia organicznie wpisany jest w nurt medycyny skoncentrowanej na chorym, jego potrzebach i ocze-

kiwaniach, co ma oczywisty związek z prowadzonym leczeniem i rehabilitacją. W takim ujęciu zyskuje ona szerszy, humanistyczny wymiar. Wydaje się, że podejście takie w odniesieniu do nauk medycznych jest uzasadnione, a najbliższe psychiatrii, gdzie lekarz – siłą rzeczy – zostaje wciągnięty w świat przeżyć chorego i odgrywa w nim ważną rolę. Stopniowo poznając chorego przekonuje go, że jest traktowany jak żywy i prawdziwy człowiek, a nie przedmiot manipulacji badawczych i terapeutycznych według z góry ułożonych schematów teoretycznych. Płaszczyzna obserwacji psychiatrycznej jest płaszczyzną poziomą – i w tej samej mierze obserwują się wzajemnie i na siebie oddziałują, obserwator i obserwowany.

Podmiotowość tej relacji polega również na tym, iż w badaniu psychiatrycznym staramy się widzieć człowieka w aspekcie przyszłościowym, tzn. zrozumieć jak on sam rzutuje siebie w przyszłość, a kontakt „tworzą w twarz, na scenie najbardziej autentycznego dramatu ludzkiej psychiki” odbywa się w atmosferze intymności i nierzadko niezwykle napięcia emocjonalnego [1].

Trudno nie dostrzec potrzeby, a zarazem specyfiki i doniosłości kontaktu psychiatrycznego, w którym chory poszukuje wszechstronnej pomocy, a więc uwolnienia od dręczącej go choroby. Na gruncie poznania psychiatrycznego badania z zakresu jakości życia prowadzone są stosunkowo niedawno. Momentem przełomowym okazał się okres deinstytucjonalizacji opieki psychiatrycznej, od początku lat 60. ubiegłego stulecia, kiedy to – zgodnie z przyjętą koncepcją – uwalniania chorych od traumy całodobowej hospitalizacji, masowo wypisywano pacjentów ze szpitali psychiatrycznych. Jak się okazało, lokalne środowiska społeczne nie były dostatecznie przygotowane organizacyjnie do przyjęcia tak dużej grupy chorych, a dzienna forma sprawowania opieki znajdowała się w stadium wdrażania do funkcjonowania.

Z konieczności niejako więc, zwrócono uwagę na złą sytuację życiową wypisanych pacjentów i podjęto próbę określenia czynników ją warunkujących z pozycji doświadczanych przez chorych zaburzeń psychicznych.

Początkowo brak spójnej koncepcji jakości życia i zgody, co do jej obszarów składowych, a potem celowanych narzędzi pomiaru, nie zachęcał badaczy do pogłębionej analizy zagadnienia. Pomimo tego, kolejne lata przyniosły już szereg doniesień dotyczących charakterystyki jakości życia chorych w wybranych jednostkach klinicznych, co umożliwiło porównywanie rezultatów różnych terapii i programów pomocowych [2].

Koncepcja jakości życia przyszła również w sukurs zagadnieniom ekonomicznym, związanym z kosztochłonnym stosowaniem nowych leków, głównie antydepresyjnych i antypsychotycznych. Aby udowodnić potrzebę ich stosowania, odwoływano się nie tylko do miar obiektywnych, ale i subiektywnych związanych bezpośrednio z odczuciami chorych [3].

Literatura przedmiotu dostarcza szeregu definicji jakości życia, które uwzględniają rozliczne uwarunkowania i aspekty satysfakcji życiowej jednostek. Jakość życia – definiowana przez Światową Organizację Zdrowia – uwzględnia postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury, systemu wartości, w którym żyje, relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań [4]. To bardzo pojemna i zarazem trafna charakterystyka konceptu jakości życia, choć bez odniesienia do zwykłych miar biologicznych i sytuacji zdrowotnej jednostki. Być

może wynika to faktu dookreślenia pojęcia jakości życia uzależnionej stanem zdrowia odrębną miarą, tj. HRQOL (*Health-Related Quality of Life*) przez Schipperę w 1996 r. [5].

Wskazanie przez WHO na związek optymalnego poziomu zdrowia z pełnym dobrostanem bio-psycho-społecznym człowieka było w istocie dla nauk medycznych nie tylko odejściem od biomedycznego modelu zdrowia, ale również proklamacją nowego, podmiotowego wzorca relacji i komunikowania się z chorym.

Nieprzypadkowo wielu ze współczesnych definicji jakości życia można by przypisać psychiatryczny rodowód. Wydaje się, że wynika to z samej natury spotkania psychiatrycznego, będącego emanacją przyrodniczego i humanistycznego nurtu w poznaniu człowieka chorego, kierującego się w stronę jego subiektywnych doznań, samopoczucia i pozycji życiowej. Poza tym, choroby na podłożu psychicznym wciąż są w grupie najbardziej negatywnie rzutujących na jakość życia pacjentów.

M. Jarema uzasadnia potrzebę prowadzenia oceny jakości potrzebą poszerzenia wiedzy o chorym o subiektywnie odbierane przez niego poczucie satysfakcji życiowej w kontekście własnych potrzeb i możliwości [6]. Na poziomie tej subiektywnej satysfakcji, szczególnie w odniesieniu do chorych przewlekle, wpływa zminimalizowanie w wyniku zastosowanego leczenia, cierpienia związanego z przeżywaniem choroby. Nową wykładnią sukcesu terapeutycznego jest więc obecnie, poza czasem przeżycia, jakość życia mierzona wartością subiektywnych odczuć chorego, i to on ostatecznie ocenia w jakim zakresie leczenie było skuteczne [7].

W praktyce psychiatrycznej czynnik subiektywny – w ocenie stanu psychicznego pacjenta – ma duże znaczenie diagnostyczne i rokownicze. Przyjmując jednak obniżony krytycyzm pacjenta w ocenie własnej sytuacji chorobowej, nie wolno nie uwzględnić znaczenia również danych dotyczących funkcjonowania społecznego i zawodowego chorego. Może bowiem zdarzyć się, iż chory obiektywnie znajdujący się w trudnej sytuacji życiowej wysoko ocenia swoją jakość życia, co wypełnia znamiona tzw. „paradoksu zadowolenia”. Istnieją również sytuacje kliniczne, w których zależność ta jest dokładnie odwrotna.

Rozbieżności między perspektywą subiektywną a sytuacją obiektywną można interpretować w kontekście wiedzy i praktyki klinicznej, a wydaje się również, pewnej intuicji lekarza psychiatry [8].

J. Meder opisuje fakt wystąpienia zaburzenia psychicznego w kategoriach dużego i destabilizującego doświadczenia, którego koszty emocjonalne mogą utrzymywać się długo po ustąpieniu objawów podstawowych [9].

Wyniki badania jakości życia możemy zastosować do identyfikacji potrzeb życiowych chorych i poprawy efektywności procesu terapeutycznego oraz alokacji i planowania opieki psychiatrycznej, a porównując wyniki subiektywnej jakości życia z oceną kliniczną stanu zdrowia pacjentów, można próbować ustalić, czy istnieje związek pomiędzy występowaniem i nasileniem poszczególnych objawów a subiektywną oceną jakości życia chorych.

W odniesieniu do chorych z zaburzeniami psychicznymi dodatkowym atutem oceny jakości życia może być możliwość wykorzystania jej wyników w kampaniach informacyjnych na rzecz przeciwdziałania stygmatyzacji.

Panujące wciąż stereotypy na temat chorób psychicznych, często odzwierciedlają dawny, paternalistyczny obraz psychiatrii nie pozbawionej stygmatów i uprzedzeń, daleki od możliwości pogłębionej eksploracji badawczej, pełen fobii i nieprzewidywalnych zachowań pacjentów z dysfunkcją psychiczną [10]. Przyjęcie takiej perspektywy utrudnia, a nawet wyklucza udzielenie psychicznie chorym pomocy i wsparcia, których oczekują, a jest to powinność od której nie wolno się uchylać.

Wyniki wielu badań naukowych dowodzą, iż ocena jakości życia w odniesieniu do osób chorych psychicznie nie tylko jest możliwa, ale wręcz pożądana lub nawet niezbędna, jak ma to miejsce w przypadku chorych cierpiących na schizofrenię [np. 3, 9].

Jakość życia w schizofrenii

Gdyby podzielić pogląd Carlssona, to źródła z okresu starożytnego Egiptu, od drugiego tysiąclecia przed narodzeniem Chrystusa, zawierają opisy depresji, otępienia i schizofrenii, brak jednak przekonujących dowodów w postaci szczegółowych raportów dotyczących zachowania chorych.

Udokumentowane opisy *dementia praecox* pochodzą od Bénédicte Morela^{1/} z 1860 r., a potem Emila Kraepelina^{2/}. W 1911 r. Eugen Bleuler^{3/} opisał chorobę z perspektywy psychodynamicznej i nadał jej nową nazwę – schizofrenia. Podstawową obserwacją Bleulera była teza o rozszczepieniu między myślami a emocjami chorych oraz model klasyfikacji cztery A: 1. Autyzm, 2. upośledzenie Asocjacji myślowych, 3. Ambiwalenca i 4. niedostosowanie Afektu. Ze względu na to, że wspomniane objawy występują w wielu chorobach psychicznych, schemat „cztery A” poddano krytyce jako zbyt ogólny i mało swoisty. W połowie XX wieku

pojawiły się nowe koncepcje diagnostyczne, a do terapii wdrożono swoiście działające leki neuroleptyczne [11].

Zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 „Zaburzenia schizofreniczne cechują się ogólnie podstawowymi i charakterystycznymi zakłóceniami myślenia i spostrzegania, jak również niedostosowanym i spłyconym afektem. Jasna świadomość i sprawność intelektu są zwykle zachowane, choć z czasem mogą pojawiać się pewne deficyty poznawcze. Najważniejsze objawy psychopatologiczne obejmują: echo myśli, nasyłanie oraz zabieranie myśli, rozgłaśnianie (odsłonięcie) myśli, postrzeganie urojeniowe oraz urojenia oddziaływania, wpływu lub owładnięcia, głosy omamowe komentujące lub dyskutujące o pacjencie w trzeciej osobie, zaburzenia myślenia i objawy negatywne. Przebieg schizofrenii może być albo ciągły, albo epizodyczny, z postępującym lub stabilnym deficytem, lub też może być to jeden lub więcej epizodów z pełną lub częściową remisją ...” [12].

W schizofrenii przewlekającej się (rezydualnej) zwykle widać wyraźny postęp psychozy z negatywnie nacechowanymi objawami, takimi jak: ograniczenie aktywności psychoruchowej, spłyconie afektu, bierność i brak inicjatywy, zubożenie ilości i treści wypowiedzi, upośledzenie komunikacji pozawerbalnej oraz ubóstwo zachowań społecznych. Należy sądzić, że właśnie znaczne deficyty w umiejętnościach społecznych, ograniczające pole życiowe pacjenta i powodujące wycofywanie się z pełnionych ról społecznych, najbardziej rzutują na egzystencjalną sferę życia chorych.

Granicę, która oddziela świat własny chorego na schizofrenię od otaczającego świata, a subiektywne od obiektywnego, porównywał Kępiński do błony komórkowej, która oddziela istotę żywą od jej środowiska i daje człowiekowi poczucie własnej odrębności, ta w schizofrenii zostaje brutalnie przerwana. Doświadczane przeżycia, doznania i myśli schizofreników z jednej strony, a utrudnione próby choćby wnikięcia w istotę choroby z drugiej, uprawniają do podejmowania wciąż nowych wysiłków badawczych [13].

A. Smith jest zdania, że samo postawienie rozpoznania schizofrenii jest istotne nie dlatego, że istnieje jakieś wyraźnie sprecyzowane jej leczenie, ale dlatego, że w pewien sposób porządkuje klasyfikację pozostałych chorób psychicznych [14].

Powszechnie wiadomo, iż te same (lub bardzo podobne) objawy kliniczne mogą towarzyszyć zgoła różnym jednostkom chorobowym. Ustalenie diagnozy powoduje jednak, że psychiatra ma za sobą najtrudniejszy odcinek drogi i może podążać wyznaczonym, choć wciąż niepewnym szlakiem terapeutycznym [1].

^{1/} Bénédicte Augustin Morel (1809-1873) – francuski lekarz psychiatra. Wprowadził do medycyny termin *démence précoce*, przyjęty później przez Kraepelina na określenie opisanej przez niego grupy psychoz

^{2/} Emil Wilhelm Magnus Georg Kraepelin (1856-1926) – niemiecki lekarz psychiatra, twórca klasyfikacji chorób psychicznych

^{3/} Eugen Bleuler (1857-1939) – szwajcarski lekarz psychiatra

W okresie minionych kilku dekad, zainteresowanie problemem jakości życia w grupie osób cierpiących na schizofrenię wyraźnie zwiększyło się. Złożyły się na to zarówno potrzeby w zakresie doskonalenia terapii wynikające z oczekiwań chorych doświadczających poważnych dysfunkcji, jak również pojawiające się możliwości leczenia w tym zakresie, wynikające z wysokiej skuteczności leków przeciwpsychotycznych w porównaniu do neuroleptyków [15].

Obecnie za główne determinanty jakości życia w schizofrenii przyjmuje się: nasilenie objawów choroby, poziom funkcjonowania psychospołecznego oraz obecność niepożądanych objawów wywołanych przyjmowaniem leków [16, 17].

J. Caron i wsp. są zdania, że na obraz QOL tej grupy pacjentów składają się również takie zmienne społeczno-demograficzne, jak: płeć, wiek, poziom edukacji, stan zatrudnienia oraz ogólne uwarunkowania życiowe, zaś wśród zmiennych klinicznych: trafność diagnozy, wiek przy pierwszej hospitalizacji oraz obecność hospitalizacji w przeciągu ostatnich 12 miesięcy [18].

Szczegółowe cele leczenia w schizofrenii obejmują okres bliższy do 12 tygodni od rozpoczęcia leczenia, ukierunkowany na objawową poprawę i zminimalizowanie skutków ubocznych leczenia. Okres pośredni trwający do 12 miesięcy mający na celu utrzymanie współpracy z chorym i poprawę jakości życia oraz docelowy, którego efektem będzie powrót chorego do wypełniania satysfakcjonujących i produktywnych ról życiowych [19].

Obecnie możliwości zastosowania leków z grupy tzw. atypowych, oddziałujących nie tylko na objawy wytwórcze, ale również na te określane mianem ubytkowych, powodują, że pacjenci chętniej podejmują współpracę, a potem kontynuują terapię. Uzyskanie poprawy w zakresie inicjatywy chorego i udane próby włączania go w czynności dnia codziennego mogą skutecznie eliminować apatię, uczucie pustki i ogólnego zagubienia.

Negatywny stosunek chorego do leczenia i współwystępowanie depresji mają najsilniejszy związek z niską oceną jakości życia w tej grupie chorych [20].

Obserwowane wycofanie społeczne u chorych na schizofrenię często powoduje, że nie poszukują oni pomocy nawet w przypadku poważnych dolegliwości somatycznych, a w konsekwencji nie podejmują leczenia w tym zakresie. Do najczęściej współwystępujących zaburzeń niepsychiatrycznych należą: cukrzyca, zespół metaboliczny, choroby zakaźne (zwłaszcza przenoszone drogą płciową) oraz choroby układu oddechowego, takie jak: rozedma płuc i przewlekłe zapalenie oskrzeli oraz hiperlipidemia. Wszystkie osoby z rozpoznaną schizofrenią należy uznawać za

chorych z grupy zwiększonego ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca [21].

Porównanie wielkości efektu terapeutycznego w grupie chorych somatycznie i pacjentów z depresją, wskazuje na istotne powiązanie go z poziomem samoakceptacji i obrazem własnej osoby [22].

J. Bobes i wsp. zaobserwowali następujące predyktory i wskaźniki jakości życia:

- istotnie niższą jakość życia osób cierpiących na schizofrenię w porównaniu do populacji generalnej lub osób chorujących somatycznie,
- osoby młode, kobiety, osoby pozostające w związku małżeńskim oraz o niższym poziomie wykształcenia odczuwają wyższą jakość życia,
- przewlekający się czas choroby generuje niższą jakość życia,
- współwystępowanie objawów depresyjnych koreluje dodatnio z niską jakością życia chorych,
- połączenie farmakoterapii, technik psychoterapeutycznych oraz wspólnotowych programów wsparcia jest optymalnym postępowaniem z punktu widzenia powodzenia terapii [23].

W wyniki badań Fervaha i wsp. pokazały, iż w próbie 1437 chorych z przewlekłą schizofrenią czynnikami istotnie obniżającymi jakość życia badanych okazały się: obecność objawów depresji, gorsze funkcjonowanie psychospołeczne, symptomy lęku i apatii oraz gorsza tolerancja na leczenie farmakologiczne [24].

Wyniki badań Woon`a i wsp. potwierdzają tezę, że młody wiek, pozostawanie singlem i niski poziom funkcjonowania społecznego mogą być powiązane z istotnie niższą jakością życia, natomiast sam stopień syntonii społecznej nie modeluje jednoznacznie obrazu jakości życia w zakresie objawów czy deficytów neuropoznawczych.

Autorzy stoją na stanowisku, że kliniczne, neuropoznawcze i funkcjonalne czynniki nie tylko wyznaczają obszary jakości życia chorych ale pełnią rolę integrującą QOL z optymalnymi wynikami leczenia [25].

Większość klinicystów jest zgodna co do tego, że alternatywą dla typowych hospitalizacji psychiatrycznych mogą być oddziały dzienne, szczególnie korzystne w leczeniu i rehabilitacji pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, zwłaszcza przewlekłej, a także u dzieci ponieważ kontakt z rodziną nie ulega zaburzeniu poprzez hospitalizację [26].

W chwili obecnej za podstawową i najważniejszą procedurę psychoterapeutyczną wspomagającą długotrwałe stosowanie leków uważa się oddziaływanie psychoedukacyjne wobec rodziny i chorego. Dostarczona choremu koncepcja choroby powinna uzyskać jego akceptację i umożliwiać aktywne uczestnictwo w procesie terapeutycznym [27].

Zwykle podział programów psychoedukacyjnych obejmuje:

1. Cele bezpośrednie:
 - nabywanie przez rodziny wiedzy i kompetencji w sprawowaniu opieki nad chorym,
 - poprawa komunikacji w rodzinie,
 - budowa sieci oparcia społecznego i aktywizacji członków rodziny, między innymi w celu złagodzenia takich cech jak stygmatyzacja i izolacja społeczna,
2. Cele pośrednie:
 - poprawa współpracy terapeutycznej z chorym,
 - zmniejszenie ryzyka nawrotów,
 - poprawa skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych dotyczących chorych, a zwłaszcza poprawa funkcjonowania społecznego [28].

Aktywna psychoedukacja uruchamia i wspiera rezerwy odpornościowe ustroju, kształtuje niezależność osobistą chorych, wzmacnia ich sferę motywacyjną i wskazuje alternatywne sposoby radzenia sobie z chorobą, może tym samym prowadzić do osiągnięcia lepszej jakości życia psychicznie chorych [29].

M. Jarema i wsp. są zdania, że wpływ poprawy klinicznej na jakość życia lepiej jest oceniać po dłuższym upływie czasu od badania wyjściowego, gdyż istotna zmiana QOL może nie być zauważana przez wiele miesięcy [30].

R. Hoflacher pyta retorycznie: czy nie jest tak, że bolesne i graniczne doświadczenia psychiczne nadają życiu głębi, znaczenia i tajemnicy? [31].

Być może istnieje odpowiedź twierdząca na pytanie o pozytywny sens cierpienia psychicznego ale to właśnie chęć uwolnienia człowieka od choroby i bólu przyświecała medycynie od zarania dziejów i to ona w efekcie przesądziła o kierunku rozwoju naszej cywilizacji. Pomimo niekwestionowanych osiągnięć w zakresie diagnostyki i terapii zaburzeń psychicznych, można zaryzykować twierdzenie, iż w odniesieniu do pełnego wdrożenia ich profilaktyki wciąż jesteśmy w połowie drogi.

Na szczęście nie jest to tylko wynik zaniedbań organizacyjnych, brak odpowiednich programów czy potrzebnej do ich realizacji wiedzy. Sama wiedza na temat epidemiologii schizofrenii jeszcze ćwierć wieku temu była czystą kartą.

Z czasem uzyskano mniej lub bardziej spójne dane o jej częstości występowania, naturalnym przebiegu i niektórych czynnikach ryzyka.

Zdobycie informacji na temat wpływu łączonych czynników ryzyka ułatwią już prowadzone badania prospektywne, szczególnie grup zagrożonych czynnikami podwyższonego ryzyka. Ich zidentyfikowanie mogłoby uchronić osoby najbardziej narażone, przed katastrofalnymi skutkami pierwszego epizodu schizofrenii [32].

Z całego katalogu dysfunkcji psychicznych jest schizofrenia najbardziej tajemniczą z chorób, a w jej doświadczaniu jest nawet coś niezwykłego. Składają się na to przykłady cierpiących na schizofrenię sławnych ludzi takich, jak: Friedrich Wilhelm Nietzsche^{4/}, Immanuel Kant^{5/}, Georg Wilhelm Friedrich Hegel^{6/}, Józef Maria Hoene-Wroński^{7/} w odniesieniu do których nie wyklucza się, że leżała u źródeł ich geniuszu, a także wielka różnorodność opisywanych zmiennych klinicznych i obserwowanych zachowań chorych.

Współczesne czasy, określane przez Kępińskiego mianem ery „metabolizmu sygnalizacyjnego”, w których zagubiony człowiek z chaosu docierających informacji, nie jest w stanie stworzyć jakiegokolwiek spójnej i logicznej koncepcji życia i wszechobecny negatywizm sprzyjają zachorowaniu [13].

Choroba wpływa degradująco na wszystkie sfery funkcjonowania człowieka i wręcz burzy jego porządek egzystencjalny. W równym stopniu cierpi pacjent, jak i jego otoczenie społeczne. W tym aspekcie wyniki badania jakości życia w schizofrenii mogą dostarczyć istotnych danych dla poprawy skuteczności prowadzonej terapii i rehabilitacji z pozycji najważniejszego podmiotu w psychiatrii – chorego.

^{4/} Friedrich Wilhelm Nietzsche (1844-1900) – filozof, filolog klasyczny, prozaik i poeta

^{5/} Immanuel Kant (1724-1804) – niemiecki filozof oświeceniowy, profesor logiki i metafizyki, twórca filozofii krytycznej (transcendentalnej)

^{6/} Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831) – niemiecki filozof, twórca nowoczesnego systemu idealistycznego

^{7/} Józef Maria Hoene-Wroński (1776-1853) – polski matematyk, fizyk, filozof, ekonomista i prawnik, przedstawiciel polskiej filozofii mesjanistycznej

Piśmiennictwo / References

1. Kępiński A. Poznanie chorego. PZWL, Warszawa 1989.
2. Bulinger M. Generic quality of life assessment in psychiatry. Potentials and limitations. *Eur Psychiat* 1997, 12(4): 203-209.
3. Kasperek B, Spiridonow K, Meder J. Jakość życia osób przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii. [w:] *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Meder J (red). Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000.
4. WHOQOL Group. What Quality of Life? *World Health Forum* 1996, 17: 354-356.
5. Schipper H, Clinch JJ, Olweny CLM. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. [in:] *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Spilker B (ed). Lippincott-Raven, Philadelphia 1996: 11-23.
6. Jarema M. Badanie jakości życia jako alternatywna forma oceny stanu pacjenta. *Now Med* 1996, 4: 15-16.
7. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(4): 465-469.
8. Majkowicz M, Zdun-Ryżewska A. Ocena jakości życia w zaburzeniach psychicznych – koncepcje, badania, narzędzia pomiaru. *Psychiatr Prakt Klin* 2009, 2(2): 100-114.
9. Meder J. Rehabilitacja a psychiatria. *Rehabil Med* 1999, 3(3): 11-12.
10. Dobrzyńska E, Rymaszewska J, Kiejna A. Problem jakości życia osób z zaburzeniami psychicznymi. *Adv Clin Exp Med* 2007, 16(1): 173-178.
11. Stone HS. Schizofrenia i starsze terminy o zbliżonym znaczeniu-rys historyczny. [w:] *American Psychiatric Publishing Schizofrenia*. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (red). Oriold, Budapeszt 2006.
12. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. Rewizja dziesiąta. WHO, 2008.
13. Kępiński A. Rytm życia. *Sagittarius*, Warszawa 1992.
14. Smith A. Umysł. PZWL, Warszawa 1989.
15. Bobes J, Paz Garcia-Portilla M, Bascaran M, et al. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci* 2007, (9)2: 215-226.
16. Klamka A, Mazurowski K, Gezela M, Suwalska A. Czynniki związane z jakością życia pacjentów ze schizofrenią. Badanie przy zastosowaniu skali SQLS. *Now Lek* 2006, (75)6: 564-567.
17. Schenkel LS, Spauling WD, Dillillo D, Silverstein SM. Histories of childhood maltreatment in schizophrenia: Relationships with premorbid functioning, symptomatology and cognitive deficits. *Schizophr Res* 2005, (76)2-3: 273-286.
18. Caron J, Mercier C, Diaz P, et al. Socio-demographic and clinical predictors of quality of life in patients with schizophrenia or schizo-affective disorder. *Psychiatry Res* 2005, 137(3): 203-213.
19. Kopczyński Z, Czernikiewicz A. Wpływ deficytów poznawczych na jakość życia w schizofrenii. *Curr Probl Psychiatry* 2011, (12)4: 415-419.
20. Jarema M, Koniecznyńska Z, Głowczak M, Szaniawska A, Meder J i wsp. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr Pol* 1995, 29(5): 641-654.
21. Dixon L, Messias E, Wohlheiter K. Współwystępowanie zaburzeń niepsychiatrycznych. [w:] *American Psychiatric Publishing Schizofrenia*. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (red). Oriold, Budapeszt 2006.
22. Zboralski K, Gałeczki P, Orzechowska A, Berent D, Talarowska M. Obraz własnej osoby i akceptacja siebie a osiągnięte efekty terapeutyczne u pacjentów chorych psychicznie oraz somatycznie – badania porównawcze. *Curr Probl Psychiatry* 2011, 12(3): 276-284.
23. Bobes J, Garcia-Portilla MP, Bascaran MT, et al. Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues Clin Neurosci* 2007, 9(2): 215-226.
24. Fervaha G, Agid O, Takeuchi H, et al. Clinical determinants of life satisfaction in chronic schizophrenia: Data from the CATIE study. *Schizophr Res* 2013, 151(1-3): 203-20.
25. Woon PS, Chia MY, Chan WY, Sim K. Neurocognitive, clinical and functional correlates of subjective quality of life in Asian outpatients with schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2010, (34)3: 463-468.
26. Koniecznyńska Z. Oddziały dzienne jako alternatywa hospitalizacji dla różnych grup chorych psychicznie. *Post Psychiatr Neurol* 1994, 3: 97-108.
27. Meder J. Leczenie i rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie. [w:] *Rehabilitacja przewlekle chorych psychicznie*. Meder J (red). Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2000.
28. Meder J. Psychiatria środowiskowa. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2004, 4(3): 119-124.
29. Ostrzyżek A, Kocur J. Psychoedukacja a jakość życia chorych z zaburzeniami psychicznymi. *Med Dydakt Wychow* 2006, 38(4): 48-50.
30. Jarema M, Koniecznyńska Z, Głowczak M, Szaniawska A i wsp. Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji. *Psychiatr Pol* 1995, 29(5): 641-654.
31. Hoflacher R. Psychiatria moich marzeń. *Post Psychiatr Neurol* 2013, 4(22): 233-237.
32. Eaton W, Chen CH YU. *Epidemiologia*. [w:] *American Psychiatric Publishing Schizofrenia*. Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (red). Oriold, Budapeszt 2006.