

Zmiana jakości życia i obrazu klinicznego w schizofrenii

The change of quality of life and clinical picture in schizophrenia

Marek J a r e m a, Zuzanna K o n i e c z y ń s k a, Sławomir M u r a w i e c,
Tomasz S z a f r a ń s k i, Agnieszka S z a n i a w s k a

Z III Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

Summary

The aim of the study was to determine how the quality of life changes during antipsychotic treatment in schizophrenia and whether there is any correlation between the change of quality of life and the change of clinical picture in 232 patients with the diagnosis of schizophrenia treated for 8 weeks with antipsychotic medication. The mental status improved significantly during treatment while patients' quality of life improved insignificantly. Severity of schizophrenic symptoms correlated negatively with patients' quality of life before treatment but not after treatment. Clinical improvement of schizophrenic symptomatology correlated negatively with the improvement of patients' quality of life. After treatment the quality of life was significantly worse in patients who had distinct depression before treatment, than in those without depression or with only slight depression before treatment.

Słowa kluczowe: schizofrenia, jakość życia, leczenie, poprawa kliniczna

Key words: schizophrenia, quality of life, treatment, clinical improvement

Badania nad oceną jakości życia (JŻ) prowadzone są dość intensywnie od ponad 20 lat. Jedne z ciekawszych dotyczą próby oceny wpływu poprawy samopoczucia chorych (objawów choroby) na ocenę JŻ. W psychiatrii może to mieć szczególne znaczenie, oceny subiektywne są bowiem cennym uzupełnieniem ocen „obiektywnych” poprawy stanu psychicznego. W innych dziedzinach medycyny lekarze mają szerokie możliwości obiektywizacji diagnozy, objawów chorobowych, a co za tym idzie i poprawy klinicznej – rana się goi, wynik badań laboratoryjnych wykazuje poprawę, czynność narządu ulega normalizacji itp. W psychiatrii jesteśmy pozbawieni wielu możliwości stosowania wyrafinowanych nawet technik badawczych, ponieważ nie ma prostych, biologicznych wykładników (markerów) choroby, np. schizofrenii. Stąd poszukiwanie innych sposobów „obiektywizacji” oceny pacjenta wydaje się pożądane.

JŻ może być rozumiana w różny sposób, jej ocena jest różnie postrzegana [1, 2, 3]. Od lat uważamy, że jest to subiektywnie odczuwany stan dobrego samopoczucia w kontekście potrzeb i możliwości danej osoby [4–8]. W odniesieniu do badań JŻ

pacjentów leczonych neuroleptykami Awad i wsp. [9] podają, że jest ona rozumiana jako subiektywnie postrzegany wynik interakcji między ciężkością objawów psychiatrycznych, objawów ubocznych leków, włącznie z subiektywną reakcją na lek antypsychotyczny, a poziomem sprawności psychospołecznej. Obok tych 3 najważniejszych czynników, wymieniają także inne – osobowość przedchorobową, przystosowanie psychospołeczne oraz subiektywną tolerancję leków [10].

Prowadzone w naszej klinice od 8 lat badania nad subiektywną, zależną od stanu zdrowia, jakością życia chorych na schizofrenię upewniły nas, że problem oceny JŻ jest złożony, a uzyskiwane rezultaty badań są inne niż pierwotnie oczekiwano. W potocznym rozumieniu problematyki JŻ często pojęcie to jest używane zamiennie z poczuciem satysfakcji życiowej, z dobrym samopoczuciem lub wręcz z dobrym stanem emocjonalnym. W takim ujęciu można by oczekiwać prostych zależności między stanem psychicznym pacjentów a oceną JŻ: im gorszy stan, tym gorsza JŻ. Badania naukowe, potwierdzone w wielu naszych doniesieniach opartych na własnych badaniach dowodzą, że JŻ nie jest zależna wprost od obecności i nasilenia objawów psychiatrycznych [4, 5].

W dotychczasowych doniesieniach staraliśmy się skupić na ocenie ewentualnych zależności między JŻ a stanem psychicznym badanych chorych. Obecnie, posiadając znacznie szerszy materiał badawczy, wydało nam się celowe skupienie się na próbie oceny zmiany JŻ w połączeniu ze zmianą stanu psychicznego pacjentów w czasie leczenia.

Celem pracy było ustalenie, czy i jak zmienia się ocena jakości życia w czasie leczenia schizofrenii. Starano się ustalić, jaki jest związek między zmianą obrazu klinicznego schizofrenii a zmianą jakości życia.

Materiał i metoda

Zbadano 232 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii według kryteriów ICD-10 [11] hospitalizowanych w III Klinice Psychiatrycznej IPiN. Było wśród nich 110 kobiet (47,4%) i 122 mężczyzn (52,6%). Wiek badanych wahał się od 18 do 68 lat (wiek średni $37,2 \pm 11,3$ lat). Średni czas trwania choroby wynosił $11,6 \pm 8,9$ lat, a średnia liczba dotychczasowych hospitalizacji psychiatrycznych $6,5 \pm 7,2$.

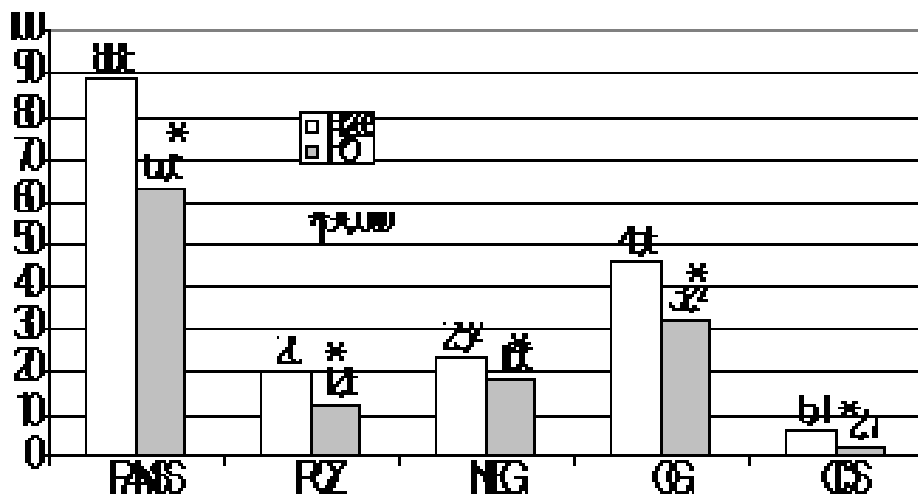
Do badań włączono chorych, którzy zostali przyjęci do kliniki z powodu zaostrzonych objawów schizofrenii. W chwili kwalifikowania do badań chorzy nie otrzymywali neuroleptyków. Po zakwalifikowaniu rozpoczynano leczenie neuroleptykami według wskazań klinicznych. Dobór leku i jego dawki był pozostawiony do decyzji lekarza leczącego i nie był uzależniony od włączenia pacjenta do badań.

Przed przystąpieniem do badania wyjaśniano chorym jego cel i uzyskiwano zgodę na wypełnianie kwestionariusza jakości życia. Oceny stanu psychicznego dokonano za pomocą PANSS [12], oceny nasilenia objawów depresji za pomocą CDS [13], dwukrotnie: przy włączeniu do badań oraz po 8 tygodniach leczenia neuroleptykami. Oceny subiektywnej jakości życia, zależnej od stanu zdrowia, dokonano na podstawie kwestionariusza SF-36 [14], wypełnianego przez pacjentów przed rozpoczęciem leczenia oraz po 8 tygodniach leczenia. Poprawę stanu psychicznego i jakości życia mierzono stosując indeks poprawy, czyli odejmując od wyjściowej wartości ocenianej zmiennej wartość końcową i dzieląc tę różnicę przez wartość wyjściową.

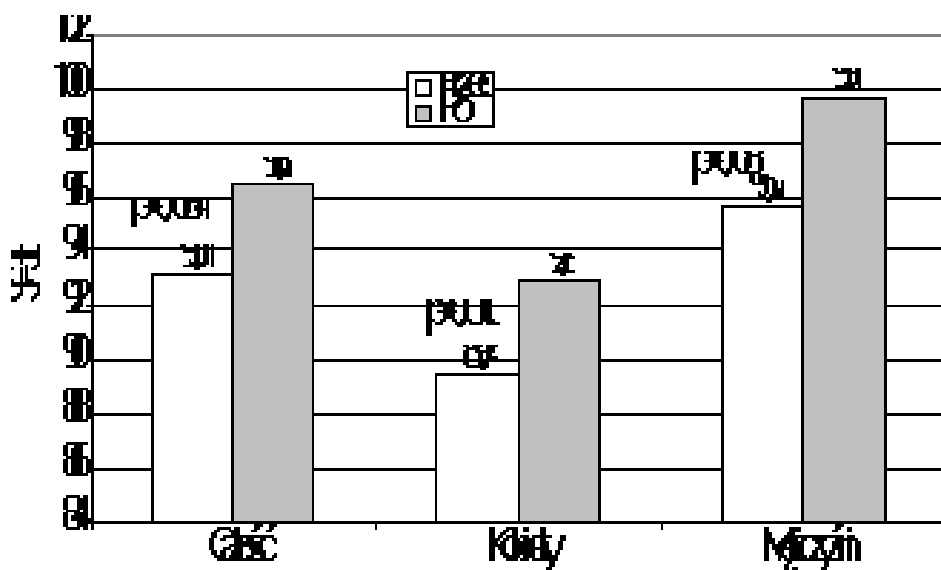
Wyniki opracowano statystycznie, stosując pakiet Statistica 5.0, test t dla zmiennych zależnych oraz testy nieparametryczne: ANOVA, Manna-Whitneya i test korelacji rang Spearmana.

Wyniki

Nasilenie objawów schizofrenii po leczeniu uległo istotnemu obniżeniu. Podobnemu obniżeniu uległo nasilenie objawów depresyjnych mierzone za pomocą CDS (rys. 1).



Rys. 1 Zmiana objawów po leczeniu (PANSS, CDS)



Rys. 2 Zmiana jakości życia po leczeniu

W porównaniu z oceną przed leczeniem, po leczeniu jakość życia pacjentów uległa nieistotnej poprawie i to zarówno w całej grupie, jak i osobno wśród kobiet i wśród mężczyzn (rys. 2).

Ocena JŻ dokonana w chwili włączenia pacjentów do badania korelowała istotnie ujemnie z wiekiem chorych ($r = -0,206$, $p = 0,002$ w całej grupie oraz wśród kobiet $r = -0,248$; $p = 0,009$, ale nie wśród mężczyzn $r = -0,124$, $p = 0,172$), nie korelowała natomiast z długością trwania choroby ani liczbą hospitalizacji psychiatrycznych. Po leczeniu nie stwierdzono istotnych korelacji tych zmiennych z oceną JŻ.

Analizie poddano też korelację między oceną JŻ a nasileniem objawów schizofrenii – tabela 1.

Tabela 1

Korelacje między oceną JŻ a nasileniem objawów schizofrenii
(współczynnik korelacji Spearmana)

| Korelacja JŻ | Przed leczeniem | | Po leczeniu | |
|----------------|-----------------|-------|-------------|-------|
| | r = | p = | r = | p = |
| PANSS suma | -0,233 | 0,000 | 0,007 | 0,237 |
| Pozytywne | -0,101 | 0,003 | 0,000 | 0,500 |
| Negatywne | -0,170 | 0,000 | 0,100 | 0,230 |
| Ogólne | -0,20 | 0,000 | 0,030 | 0,33 |
| Depresja (CDS) | -0,157 | 0,00 | -0,003 | 0,401 |

Przed leczeniem ocena JŻ korelowała istotnie ujemnie z nasileniem objawów schizofrenii mierzonym za pomocą PANSS, ale nie z objawami depresji ocenianymi za pomocą CDS. Po leczeniu nie stwierdzono istotnych korelacji między nasileniem objawów schizofrenii a oceną JŻ.

Korelacje między poprawą obrazu klinicznego a poprawą JŻ ilustruje tabela 2.

Tabela 2

Korelacje poprawy klinicznej z poprawą jakości życia
(współczynnik korelacji Spearmana)

| Pacjent | Cała grupa | | Kobiety | | Mężczyźni | |
|------------|------------|-------|---------|-------|-----------|-------|
| | r = | p = | r = | p = | r = | p = |
| Suma PANSS | -0,203 | 0,002 | -0,104 | 0,281 | -0,203 | 0,003 |
| Pozytywne | -0,050 | 0,500 | 0,073 | 0,500 | -0,228 | 0,043 |
| Negatywne | -0,081 | 0,340 | 0,077 | 0,540 | -0,201 | 0,081 |

Poprawa kliniczna po leczeniu (suma punktów PANSS) korelowała istotnie ujemnie z poprawą JŻ. Takiej zależności nie stwierdzono, gdy porównano poprawę JŻ z poprawą objawów pozytywnych, negatywnych i depresyjnych schizofrenii. Kiedy rozpatrywano osobno korelacje w grupie kobiet i mężczyzn, jedynie wśród mężczyzn stwierdzono istotną ujemną korelację poprawy oceny JŻ z poprawą objawów schizofrenii w PANSS (suma punktów) oraz z poprawą objawów pozytywnych.

Pacjentów podzielono na 3 grupy w zależności od nasilenia objawów depresyjnych wg CDS przy włączeniu do badania. Granicą podziału była mediana sumy punktów CDS – 5 pkt. Przy włączeniu do badań depresji nie stwierdzono u 26,9% pacjentów. W grupie z łagodną depresją (do 5 pkt. w CDS) znalazło się 25,5% pacjentów, a w grupie z wyraźną – (powyżej 5 pkt.) 47,6% chorych. JŻ przed leczeniem nie różniła się istotnie u chorych z tych grup. Po leczeniu JŻ była istotnie niższa u chorych z wyraźną depresją ($F = 3,153$; $p = 0,048$) niż u pacjentów z depresją łagodną lub bez depresji. Takiej istotnej różnicy nie obserwowano, gdy osobno oceniono grupę kobiet i osobno mężczyzn (odpowiednio $F = 2,809$; $p = 0,069$ oraz $F = 0,233$; $p = 0,801$).

Dyskusja

W naszym odczuciu sposób oceny jakości życia polega głównie na wprowadzeniu subiektywnego czynnika do oceny stanu zdrowia pacjentów, badanie JŻ dotyczy bowiem subiektywnej oceny pacjentów, jest więc miernikiem ich sytuacji i spojrzeniem na nią z ich perspektywy. Wydaje się, że jakkolwiek rzadko, to jednak coraz częściej zdajemy sobie sprawę, że subiektywne odczucia naszych pacjentów odgrywają i będą odgrywać coraz większą rolę w ocenie powodzenia terapeutycznego. Wiemy jednak, że ocena taka jest mało precyzyjna i jej interpretacja powinna być ostrożna, szczególnie, jeżeli chce się poddawać analizie czynniki, które mogą tę ocenę warunkować, a są również trudno mierzalne – np. stan psychiczny. Równie trudna, a może jeszcze trudniejsza, choćby z metodologicznego punktu widzenia, jest analiza wyników uzyskiwanych przez różnych autorów. W badaniach JŻ autorzy posługują się wieloma skalami i kwestionariuszami, co znacznie utrudnia interpretację wyników [10]. W naszych pracach konsekwentnie stosujemy kwestionariusz SF-36, który uznawany jest też przez innych autorów za rzetelny i właściwy instrument do stosowania u chorych na schizofrenię [15,16, 17].

W niniejszym opracowaniu nie stwierdziliśmy statystycznie istotnej poprawy JŻ chorych w czasie leczenia, ale wydaje się nam, że wynika to przede wszystkim z krótkiego stosunkowo okresu obserwacji. Z drugiej jednak strony w piśmiennictwie spotyka się doniesienia o zmianie JŻ w takim okresie. Skevington i Wright [18] stwierdziły istotną poprawę JŻ po 8 tygodniach leczenia pacjentów z rozpoznaniem depresji. Tunis i wsp. [19] obserwowali pacjentów wprawdzie przez rok, ale dokonali analizy zmiany JŻ już po 6 tygodniach leczenia neuroleptykami. Wydaje się nam, że dłuższy okres odstępu między pierwszym a drugim badaniem pozwoliłby na dokładniejszą ocenę zmiany JŻ.

W wielu naszych poprzednich opracowaniach [4–8, 20] nie stwierdziliśmy zależności między oceną JŻ a nasileniem objawów psychopatologicznych schizofrenii. Dickerson i wsp. [21, 22] stwierdzili, że JŻ jest niezależna m.in. od ciężkości objawów psychotycznych. W grupie 100 chorych na schizofrenię nie stwierdziliśmy zależności między objawami pozytywnymi lub negatywnymi a oceną JŻ [7]. Bow-Thomas i wsp. [23] stwierdzili związek między JŻ a objawami pozytywnymi i negatywnymi schizofrenii, szczególnie silny w okresie stabilizacji obrazu klinicznego. Natomiast Franz i wsp. [24] nie stwierdzili korelacji między oceną JŻ (za pomocą skali Monachijskiej MLDL)

a psychopatologią schizofrenii ocenianą za pomocą PANSS. Stwierdzili oni ujemną korelację między ogólną oceną JŻ a depresją ocenioną według PANSS. Awad i wsp. [9] donoszą, że wyraźny wpływ na JŻ chorych leczonych neuroleptykami miała ciężkość objawów schizofrenii, obok akatyzy i subiektywnie odczuwanej dysforii związanej z przyjmowaniem neuroleptyków. Dalej donoszą, że poprawa doznań subiektywnych chorych w czasie leczenia antypsychotycznego może poprawić ich JŻ.

Korelację między objawami schizofrenii a oceną JŻ stwierdzili Helsegrave i wsp. [25], natomiast Browne i wsp. [26] nie dopatrzili się związku między oceną JŻ a sumą pozytywnych objawów schizofrenii.

Dickerson i wsp. [21] stwierdzili korelację między JŻ a brakiem „problemów z nastrojem”. Podobnie McCall i wsp. [27] w badaniach chorych na depresję ustalili, że najbardziej stałym predyktorem dla niskiej JŻ jest ciężkość depresji oraz wiek pacjentów.

Różnice w wynikach badań różnych autorów, dotyczące zależności między JŻ a objawami psychopatologicznymi, można tłumaczyć też, za Browne i wsp. [26], nie bezpośrednim wpływem objawów podstawowych (najważniejszych), ale ich wpływem pośrednim, poprzez objawy bardziej ogólne. Nasze doświadczenia przemawiają za tym, że ocena JŻ jest niezależna od nasilenia objawów schizofrenii, ale może mieć związek z obecnością i nasileniem objawów depresyjnych. W grupie 100 chorych na schizofrenię stwierdziliśmy ujemną korelację między nasileniem objawów depresyjnych, zarówno przed leczeniem, jak i po leczeniu, a JŻ [7]. Levitt i wsp. [28] stwierdzili związek wysokiego poziomu lęku i depresji z niższymi ocenami dobrostanu i samospelnienia u przewlekle chorych psychicznie.

Według Bengtson-Tops i Hanssona [29] czynniki społeczno-demograficzne mają mały wpływ na subiektywnie ocenianą JŻ, podczas gdy objawy psychopatologiczne – duży. Brak związku czynników społeczno-demograficznych z oceną JŻ podkreślili też Corominas i Bonet [30]. W badaniach Rössler i wsp. [31] zaznaczył się związek między oceną JŻ a wybranymi czynnikami społeczno-demograficznymi i stanem psychicznym. Autorzy ci stwierdzili negatywną korelację między nasileniem psychopatologicznych objawów u chorych na schizofrenię, ich poziomem edukacji a oceną ich JŻ. W naszym badaniu, uwzględniającym 40 chorych leczonych na oddziale dziennym, stwierdziliśmy dodatnią zależność między oceną JŻ a wykształceniem chorych [20]. Badając innym razem 90 chorych, stwierdziliśmy ujemną korelację oceny JŻ z wiekiem pacjentów i czasem trwania hospitalizacji. Stwierdziliśmy także wyższą ocenę JŻ przez chorych mężczyzn niż kobiety [4, 5]. Z kolei w opracowaniu dotyczącym subiektywnych postaw chorych na schizofrenię i ich JŻ, u 105 pacjentów stwierdziliśmy dodatnią zależność lepszej JŻ z lepszym subiektywnym samopoczuciem w czasie farmakoterapii [8]. W innym opracowaniu [6] stwierdziliśmy lepszą poprawę JŻ po leczeniu u kobiet niż u mężczyzn, natomiast nie stwierdziliśmy wpływu objawów ubocznego działania neuroleptyków na ocenę JŻ. W grupie 100 chorych na schizofrenię [7] nie stwierdziliśmy natomiast różnicy w ocenie JŻ przez pacjentów młodszych (do 41 roku życia) i starszych, podobnie jak nie stwierdziliśmy wpływu poziomu edukacji chorych oraz ich statusu zawodowego (pracujący – niepracujący) na ich JŻ. Natomiast poprawa JŻ

była lepsza u kobiet niż u mężczyzn.

Wnioski

1. Obraz kliniczny pacjentów uległ istotnej poprawie po 8 tygodniach leczenia, podczas gdy ich jakość życia poprawiła się jedynie nieistotnie.
2. Im większe było nasilenie objawów schizofrenii (pozytywnych, negatywnych i ogólnych) przed leczeniem, tym gorsza była jakość życia pacjentów. Takiej zależności nie stwierdzono po leczeniu.
3. Im większa była poprawa kliniczna po leczeniu, oceniana na podstawie sumy punktów w PANSS, tym mniejsza była poprawa jakości życia, nie stwierdzono natomiast zależności między poprawą objawów pozytywnych, negatywnych lub depresyjnych po leczeniu a zmianą jakości życia w czasie leczenia.
4. U chorych z wyraźną nasiloną depresją przed rozpoczęciem leczenia jakość życia po leczeniu była istotnie niższa niż u chorych bez depresji lub z łagodnym nasileniem depresji przy włączeniu do badań.

Ççëíííç· ęř-íññár çççíç ç ęëçíç-íñęíç ęřđñçíú đđç řççíđííçç

Níáíđéříçí

Çřáříçíç ířññí· ùíç đřáñú áüëí óññříáëíçíç íñëç ç ęřç çççíç· íññí· íöíęř ęř-íññár çççíç áí áđíç· ęí-ííç· řççíđííçç. Řáñíđú ññđřëçñú óññříáçñú áá· çü ęíçáo çççíçíçíç ęëçíç-íñęíç ęřđñçíú řççíđííçç ç çççíçíç· ęç ęř-íññár çççíç áíëüñáí. Çññéíáíáří 232 áíëüíúó, ęí-íííúó á III ęëçíçęł đñçóçřñđëç Çíññçóñř đñçóçřñđëç ç ííáđíçáçç í áçřáíçíç řççíđííçç. Đñçóç-íñęíç íñññí íçł áíëüíúó áüëí íöíííí đđç đříëíç řęřë PANNAS ç CDS đđíá ęí-ííçíç ç đříçł 8 ííáíëü ęí-ííç· ííçđíçłđñçęřëç. Áíëüíúł çřđříçí ęç ñřęçł áëíññřđçç ęř-íññár çççíç SF-3 6. Đöç-íñęíç íñññí íçł áíëüíúó đřááíđářéíñú nóúíññáíííçó óëó-říçíç đříçł ęí-ííç·, ñíáář ęřççó ęř-íññár çççíç íññř-ářéíñú áłç nóúíññáíííçó çççíçíç. Íñçł-ííř íñđçóřñíçüíř· çřáçñçéíññú ęíçáo óñ· çíçíçíçíç ñççđñíçíá řççíđííçç ç íöíęřę ęř-íññár çççíç đđíá ęí-ííçíç, íí íł đříçł ííáí. ęëçíç-íñęíç óëó-říçíç đříçł ęí-ííç· íñđçóřñíçüíř ęíđđíççđíářéíç í óëó-říçíç ęř-íññár çççíç. Íöíęř ęř-íññár çççíç đříçł ęí-ííç· áüëí çíř-çñíëüíñ áíëíł íççççó ó áíëüíúó í áüđřéíííçé áíđđíññéçł đđíá ęí-ííçíç, -íç ó áíëüíúó í ęřéíç áíđđíññéçł, çëç çí áłç áíđđíññéçł đđíá ęí-ííçíç.

Veränderung der Lebensqualität und des klinischen Bildes in Schizophrenie

Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit war zu bestimmen, ob und in welche Weise sich die Beurteilung der Lebensqualität während der Behandlung der Schizophrenie verändert. Man wollte feststellen, welchen Zusammenhang es zwischen der Veränderung des klinischen Bildes der Schizophrenie und der Veränderung der Lebensqualität gibt. 232 Patienten wurden untersucht, die in der III. Klinik für Psychiatrie IPI-N mit der Diagnose Schizophrenie behandelt wurden. Den psychischen Zustand der Kranken beurteilte man mit Hilfe der PANSS- und CDS-Skalen vor der Behandlung und nach 8 Wochen der Behandlung mit Neuroleptika. Die Patienten füllten auch den Fragebogen für die Lebensqualität SF-36 aus. Der psychische Zustand der Kranken verbesserte sich erheblich nach der Behandlung, dagegen die Lebensqualität nicht sehr. Man stellte eine negative Abhängigkeit zwischen der Intensität der Schizophreniesymptome und der Beurteilung der Lebensqualität vor der Behandlung fest, aber nicht nach der Behandlung. Die klinische Verbesserung hing negativ mit der Verbesserung der Lebensqualität zusammen. Die Beurteilung der Lebensqualität nach der Behandlung war erheblich niedriger bei den Kranken

mit einer deutlichen Depression vor der Behandlung als bei den Patienten mit einer milden Depression oder ohne Depression vor der Behandlung.

Le changement de la qualité de vie et de l'image clinique dans la schizophrénie

Résumé

Ce travail vise à déterminer si et comment l'estimation de la qualité de vie change au cours de la thérapie de schizophrénie. On essaie d'établir les corrélations des changements de l'image clinique et de la qualité de vie. Le groupe examiné compte 232 schizophrènes hospitalisés à la Clinique Psychiatrique. L'état mental des patients est examiné avant la thérapie et après 8 semaines de la thérapie des neuroleptiques à l'aide des échelles PANSS et CDS et le questionnaire SF-36. L'état psychique des malades s'améliore après cette thérapie mais leur qualité de vie ne s'améliore pas. On constate la négative corrélation de l'intensité des symptômes de schizophrénie et l'estimation de la qualité de vie avant la thérapie et non après la thérapie. L'amélioration clinique corrèle négativement avec l'amélioration de la qualité de vie après la thérapie. Après la thérapie l'estimation de la qualité de vie est moins élevée chez les patients dépressifs d'avant cette thérapie que chez les patients avec la dépression faible ou sans la dépression avant la thérapie.

Piśmiennictwo

1. Bech P. *Methodological problems in assessing quality of life as outcome in psychopharmacology: a multiaxial approach*. W: Benkert O, Maier W, Rickels K, red. *Methodology of the evaluation of psychotropic drugs*. Berlin–Heidelberg: Springer; 1990, s.121–129.
2. Bölscher J. *What do we mean by quality of life and how do we measure it in patients with schizophrenia*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 1998; 2, supl. 2: 65–71.
3. Lauer G. *Erlebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken*. Psychiatr. Prax. 1993; 20: 88–90.
4. Jarema M, Bury L, Koniecznyńska Z, Zaborowski B, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszkievicz L. *Comparison of quality of life of schizophrenic patients in different forms of psychiatric care*. Psychiatr. Pol. 1998, 32: 107–115.
5. Jarema M, Bury L, Koniecznyńska Z, Zaborowski B, Cikowska G, Kunicka A, Bartoszewicz J, Muraszkievicz L. *Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 585–594.
6. Jarema M, Koniecznyńska Z. *Badanie jakości życia a efekty farmakoterapii schizofrenii lekami klasycznymi i „starymi” atypowymi*. Psychiatr. Pol. 2000; 34: 275–288.
7. Jarema M, Koniecznyńska Z. *Quality of life in schizophrenia: Impact of psychopathology, patients' gender and antipsychotic treatment*. Int. J. Psychiatry Clin. Pract. 2001; 5: 19–26.
8. Jarema M, Murawiec S, Szafranski T, Szaniawska A, Koniecznyńska Z. *Subiektywna ocena farmakoterapii i jakości życia w schizofrenii*. Post. Psychiatr. Neurol. 2000; 9: 137–147.
9. Awad AG, Voruganti LNP, Helsgrave RJ. *A conceptual model of quality of life in schizophrenia: description and preliminary clinical validation*. Qual. Life Res. 1997; 6: 21–26.
10. Awad AG, Voruganti LNP, Helsgrave RJ. *Measuring quality of life in patients with schizophrenia*. Pharmacoecon. 1997; 11: 32–47.
11. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badwcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius, IPiN; 1998.
12. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia*. Schiz. Bull. 1987; 13: 261–276.

13. Addington D, Addington J, Matiacka-Tyndale E. *Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163, supl. 22: 39–44.
14. Ware JE, Sherbourne CD. *The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Conceptual framework and item selection*. Med. Care 1992; 30: 473–483.
15. Ayuso-Mateos JL, Lasa L, Vazquez-Barquero JL. *Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36*. Acta Psychiatr. Scand. 1999; 99: 26–32.
16. Russo J, Trujillo CA, Wingerson D. *The MOS 36-item short form health survey. Reliability, validity, and preliminary findings in schizophrenic outpatients*. Med. Care 1998; 36: 752–756.
17. Tunis SL, Croghan TW, Heilman DK, Johnstone BM, Obenchan RL. *Reliability, validity, and application of the medical outcomes study 36-item short-form health survey (SF-36) in schizophrenic patients treated with olanzapine versus haloperidol*. Med. Care 1999; 37: 678–691.
18. Skevington SM, Wright A. *Changes in the quality of life of patients receiving antidepressant medication in primary care: validation of the WHOQOL-100*. Brit. J. Psychiatry 2001; 178: 261–267.
19. Tunis SL, Johnstone BM, Gibson J, Gibson PJ, Loosbrock DL, Dulisse BK. *Changes in perceived health and functioning as a cost-effectiveness measure for olanzapine versus haloperidol treatment of schizophrenia*. J. Clin. Psychiatry 1999; 60: supl. 19: 38–45.
20. Koniecznyńska Z, Jarema M, Cikowska G. *Badanie jakości życia zależnej od stanu zdrowia chorych leczonych z powodu schizofrenii na oddziale dziennym*. Psychiatr. Pol. 1997; 31: 323–332.
21. Dickerson F, Boronow N, Ringel N. *Quality of life in outpatients with schizophrenia*. Schiz. Res. 1997; 24: 13.
22. Dickerson FB, Ringel NB, Parente F. *Subjective quality of life in out-patients with schizophrenia: clinical and utilization correlates*. Acta Psychiatr. Scand. 1998, 98: 124–127.
23. Bow-Thomas CC, Valligan DI, Miller AL, Olsen J. *Predicting quality of life from symptomatology in schizophrenic exacerbation and stabilization*. Psychiatry Res. 1999; 86: 131–142.
24. Franz M, Lis S, Plüdermann K, Gallhofer B. *Conventional versus atypical neuroleptics: subjective quality of life in schizophrenic patients*. Brit. J. Psychiatry 1997; 170: 422–425.
25. Heslegrave RJ, Voruganti LNP, Awad AG. *Neuropsychiatric correlates of quality of life in schizophrenia*. Schiz. Res. 1995; 15: 216–217.
26. Browne S, Clarke M, Gervin M, Waddington JL, Larkin C, O'Callaghan E. *Determinants of quality of life at first presentation with schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 173–176.
27. McCall WV, Cohen W, Reboussin B, Lawton P. *Effects of mood and age on quality of life in depressed inpatients*. J. Affect. Dis. 1999; 55: 107–114.
28. Levitt AJ, Hogan TP, Bucosky CM. *Quality of life in chronically mentally ill patients in day treatment*. Psychol. Med. 1990; 20: 703–710.
29. Bengtson-Tops A, Hansson L. *Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics*. Eur. Psychiatry 1999; 14: 256–263.
30. Corominas A, Bonet P. *Predictors of quality of life in schizophrenia*. Abstracts 6th World Congress of Biological Psychiatry, Nice 22–27.06. 1997, s.100–101.
31. Rössler W, Salize HJ, Cuchiaro G, Reinhard I, Kernig C. *Does the place of treatment influence the quality of life of schizophrenics?* Acta Psychiatr. Scand. 1999; 100: 142–148.

Otrzymano: 3.08.2001

Zrecenzowano: 30.10.2001

Przyjęto do druku: 22.12.2001

Adres: III Klinika Psychiatrii IPiN
02-957 Warszawa
al. Sobieskiego 1/9