

Krzysztof Staniszewski¹, Marta Adamczyk², Emilia Smużna³, Agnieszka Sym¹,
Łukasz Gawęda¹, Andrzej Kokoszka¹

¹II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Pracownia Psychoedukacji „Drabina Rozwoju” w Warszawie

³Środowiskowy Dom Samopomocy nr 2 w Warszawie

Związki nasilenia objawów schizofrenii z subiektywną oceną samopoczucia oraz z poczuciem koherencji

*Relationship between the intensity of the
symptoms of schizophrenia and well-being
and with the sense of coherence*

*Badanie nie było sponsorowane

*Prezentowany materiał badawczy został wykorzystany do napisania prac magisterskich przez Martę Miturę i Emilię Smużną
(pod kierunkiem prof. Andrzeja Kokoszki)

Abstract

Introduction. The aim of this study was to assess the relationship between the sense of coherence and subjective quality of life with severity of psychopathological symptoms in patients suffering from schizophrenia.

Material and methods. Ninety persons took part in this study, 36 women and 54 men, age from 19 to 67, mean: 42.59 (SD = 13.09); 74 persons were treated in psychiatric units, 28 were given help in environmental self-help centers, 6 persons were treated in private practice. The level of coherence was measured by Antonovsky's Sense of Coherence Scale (SOC-29), subjective quality of life by WHO-5 scale and the severity of psychopathological symptoms was measured by Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

Results and conclusions. There was a negative correlation between the severity of psychopathological symptoms measured by the PANSS scale and the sense of coherence measured by SOC-29. Correlations concerned the general syndromology factor, the positive, negative and depressive factors and the strongest were in case of the depressive factor and the general syndromology factor while in case of the positive factor the correlation was relatively slight.

The negative correlation between the general subjective the feeling and psychopathological symptoms concerned only the depressive factor and the general syndromology factor to a very slight extent the positive factor. This result confirms in a limited extent scientific reports about connections between the general feeling and the psychopathological symptoms in schizophrenia. At the same time the SOC-29 scale confirms its original application as a tool to assess depressive symptoms while possibly limited application in evaluating quality of life in relation to different psychopathological symptoms. **Psychiatry 2009; 6, 3: 75–81**

key words: schizophrenia, sense of coherence, subjective general feeling, psychopathological symptoms

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatrii WUM
ul. Kondratowicza 8, 03–242 Warszawa
tel./faks: (0 22) 326 58 92
e-mail: andrzej.kokoszka@wum.edu.pl

Wstęp

Przebieg schizofrenii u konkretnego pacjenta jest w obecnym stanie wiedzy trudny do przewidzenia. Znane jego predyktory są wyrazem ogólnych, obserwowanych tendencji, które w znacznym stopniu znajdują potwierdzenie jedynie w odniesieniu do dużych grup chorych. Identyfikowanie czynników wpływających na przebieg omawianej choroby jest jednym z wyzwań współczesnej psychiatrii, podobnie jak systematyczne monitorowanie stanu psychicznego. Prezentowana praca jest kolejnym badaniem dotyczącym oceny znaczenia poczucia koherencji dla przebiegu schizofrenii i pierwszą próbą oceny przydatności Wskaźnika Dobrego Samopoczucia (WHO-5, *Well-Being Index*) do monitorowania stanu psychicznego w schizofrenii. Narzędzie to znajduje zastosowanie jako jeden z najlepszych sposobów badań przesiewowych depresji.

Poczucie koherencji, wywodzące się z teorii salutogenezy, jest jednym z czynników (uważanym za prozdrowotny) mających korzystny wpływ na radzenie sobie z różnego rodzaju chorobami. Definicja poczucia koherencji zaproponowana przez Antonowskiego brzmi: „poczucie koherencji jest to globalna orientacja człowieka, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturuwany, przewidywalny, wytłumaczalny, (2) dostępne są zasoby, które pozwalają mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [1, s. 34]. Antonovsky wyróżnił trzy komponenty poczucia koherencji. Są to: (1) poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*), (2) poczucie sterowalności/zaradności (*manageability*) i (3) poczucie sensowności (*meaningfulness*). Poczucie zrozumiałości jest traktowane jako część elementu poznawczego *Sense of Coherence Scale* i wiąże się z umiejętnością uporządkowania informacji napływających z otoczenia tak, aby rzeczywistość była traktowana jako logiczna, spójna i zrozumiała. Poczucie sensowności jest traktowane jako element emocjonalno-motywacyjny [2], zgodnie z którym jednostka ma przekonanie, że warto angażować się w daną sytuację, że jej poczynania mają sens. Poczucie sterowalności/zaradności rozumiane jest jako poczucie dysponowania przez człowieka środkami i zasobami, dzięki którym może on aktywnie wpływać na bieżącą sytuację [3] oraz radzić sobie z wymaganiami stawianymi przez rzeczywistość. Taki sposób myślenia może przyczynić się do traktowania danej sytuacji jako wyzwania, a nie jako zagrożenia, szansę na rozwinięcie swoich umiejętności i pokazanie, że można poradzić sobie w większości sytuacji [3]. Antonovsky [4] wskazuje rów-

nież, że tym, co różnicuje ludzi o słabym i silnym poczuciu koherencji, jest gotowość i chęć wykorzystania własnych zasobów do poradzenia sobie z daną sytuacją. Ci pierwsi będą bardziej skory do oddania swego życia w ręce innych, zakładania, że nic im nie może pomóc, w efekcie do rezygnacji. Ci drudzy zaś będą koncentrować się na ciągłym szukaniu środków i zasobów, które mogą być wykorzystane w danej sytuacji.

Wyniki nielicznych dotychczasowych badań potwierdzają związek poczucia koherencji ze stanem bliższym zdrowiu, na linii kontinuum zdrowie–choroba. Na przykład wynik badania Szoldry [za 5] potwierdził, że silne poczucie koherencji koreluje z zachowaniami prozdrowotnymi. Inne wyniki badań wskazują, że poczucie koherencji silnie dodatnio koreluje zarówno z satysfakcją z życia [6], jak i z pozytywnym nastrojem [7]. Podobne stosunkowo nieliczne obserwacje dotyczą także osób chorych na schizofrenię. Wynik badania dotyczącego 120 osób chorych na schizofrenię [8] ukazał dodatni związek poczucia koherencji z poczuciem własnej wartości, integracją społeczną, natomiast ujemna współzależność dotyczyła objawów psychopatologicznych. W innym skandynawskim badaniu [9] pacjenci chorzy na schizofrenię z bardziej nasilonymi objawami psychopatologicznymi, mierzonymi skalą *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS), ujawnili niższy poziom poczucia koherencji w porównaniu z grupą o mniejszym nasileniu objawów psychopatologicznych. W innym prospektywnym badaniu [10] dotyczącym 48 pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem schizofrenii analizowano zależności między nasileniem objawów urojeniowych, poczuciem koherencji, objawami depresyjnymi oraz ekspresją emocji. Starano się zweryfikować hipotezę o predykcyjnej wartości poczucia koherencji. Stwierdzono, że wyższe wartości poczucia koherencji podczas ostrej fazy choroby przepowiadały lepszy przebieg, jeśli chodzi o objawy urojeniowe. Jednak wartości poczucia koherencji okazywały się niższe podczas remisji, nasuwając przypuszczenie gorszego samopoczucia w jej trakcie. Poczucie koherencji okazało się być silnym predyktorem przebiegu choroby w okresie jednego roku, jeśli chodzi o nasilenie doznań urojeniowych u tych chorych, u których w ostrej fazie objawy depresyjne oraz ekspresja emocji osiągały wyższe wartości. Ujawnione złożone współzależności pomiędzy objawami wytwórczymi, objawami depresyjnymi, ekspresją emocji oraz poczuciem koherencji nasuwają przypuszczenie o użyteczności pomiaru SOC jako czynnika o wartości predykcyjnej.

Kwestionariusz WHO-5 został skonstruowany na bazie swojej poprzedniej wersji WHO-10 [11]. Składa się z pięciu stwierdzeń skonstruowanych w celu oceny samopo-

czucia na przestrzeni ostatnich dwóch tygodni. Zgodnie z założeniami WHO (WHO 1998 za [11]) elementy tego kwestionariusza dotyczące dobrego samopoczucia są bardziej adekwatne w badaniach przesiewowych depresji niż bezpośrednia ocena objawów depresyjnych, gdyż są łatwiej akceptowalne przez pacjentów i w mniejszym stopniu wywołują efekt stygmatyzacji. Skala potwierdziła swoją dobrą trafność diagnostyczną w wielu badaniach przesiewowych depresji, na przykład badania Henkel i wsp. [za 11], Löwe i wsp. [za 11]. W jednym z ostatnich badań z użyciem skali WHO-5 analizowano częstość występowania i współwystępowania zaburzeń depresyjnych, lękowych i somatyzacyjnych. W badaniu wzięło udział 394 pacjentów podstawowej opieki lekarskiej. Częstość występowania jakiegokolwiek zaburzenia depresyjnego wyniosła 22,8%, z co najmniej jednym współwystępującym zaburzeniem: 15%, z dwoma współwystępującymi zaburzeniami: 6,1%. Wynik badania pokazał, że współwystępowanie depresji i zaburzeń lękowych/somatyzacyjnych jest częstsze niż się spodziewano. Wyniki potwierdzają zarazem wysoką zdolność WHO-5 do wykrywania depresji w podstawowej opiece zdrowotnej oraz do wyszczególniania pacjentów z tym zaburzeniem z grupy pacjentów bez depresji.

Cele pracy

1. Ocena związków pomiędzy poczuciem koherencji a nasileniem objawów psychopatologicznych u osób chorych na schizofrenię.
2. Wstępna ocena przydatności skali WHO-5 do monitorowania przebiegu schizofrenii poprzez ocenę związków wyników tej skali z nasileniem objawów chorobowych.

Materiał i metody

Badaną grupę stanowili pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii według obowiązujących kryteriów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10, *International Classification of Diseases and Health Related Problems*). Ogólna liczba osób wyniosła 108, w tym 46 kobiet i 62 mężczyzn, 74 osoby leczone były na psychiatrycznych oddziałach całodobowych i dziennych, 28 osób korzystało z usług środowiskowych domów samopomocy, 6 osób leczyło się w ramach prywatnej praktyki lekarskiej. Wiek badanych osób wahał się między 19. a 67. rokiem życia — średnia 42,59 roku (SD [standard deviation] = 12,88). Pacjenci byli różnicowani pod względem stanu cywilnego, wykształcenia, przekonań religijnych, roku wystąpienia pierwszych objawów, subiektywnej oceny sytuacji materialnej, stosunku do zażywania leków oraz miejsca zamieszkania. Pacjenci z tą diagnozą po wyrażeniu zgody na udział w badaniu podpisywali kwestionariusz świadomej zgo-

dy. Dodatkowym kryterium włączenia było posiadanie przynajmniej minimalnego wglądu w chorobę, który oceniany był przez lekarzy prowadzących. Z tego powodu z pierwotnej puli 108 pacjentów, 18 osób zostało wykluczonych z dalszego udziału w badaniu. W rezultacie w badaniu wzięło udział 90 osób, które posiadały chociaż minimalny wgląd we własną chorobę.

Objawy psychopatologiczne

Do oceny objawów psychopatologicznych zastosowano skalę *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) [12], którą najczęściej stosuje się do oceny klinicznej osób chorych na schizofrenię i która pozwala na wielowymiarową ocenę nasilenia objawów psychopatologicznych na podstawie ustrukturuwanego wywiadu.

Poczucie koherencji

Do pomiaru poczucia koherencji użyto Kwestionariusz Orientacji Życiowej SOC [13] będącego polską adaptacją oryginalnego narzędzia stworzonego przez Antonovskiego (SOC-29, *The Sense of Coherence Questionnaire*). Polskiej adaptacji tego narzędzia dokonano w Zakładzie Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy i poddano go metodologicznej ocenie [3]. Kwestionariusz Orientacji Życiowej składa się z 29 pytań, które dotyczą trzech wymienionych komponentów poczucia koherencji: zrozumiałości (11 pytań), sterowalności (11 pytań) i sensowności (8 pytań). Osoby badane udzielają odpowiedzi na każde pytanie, posługując się siedmiopunktową skalą.

Subiektywne samopoczucie

Do badania subiektywnego samopoczucia posłużono się pięciostopniową skalą WHO — Wskaźnik Dobrego Samopoczucia, która powstała w 1998 roku i jest krótkim narzędziem (5 pytań), początkowo stosowanym głównie przy diagnozowaniu depresji w ogólnej populacji osób w podeszłym wieku, narażonych na wystąpienie zaburzeń psychicznych [14]. Narzędzie posiada odpowiednią rzetelność wewnętrzną oraz zewnętrzną. Skala okazała się wystarczająco jednorodna (współczynnik Loewingersa — 0,47; Mokkensa > 0,3 prawie we wszystkich elementach). W pracy zastosowano jego polską wersję. Rzetelność narzędzia oszacowana na podstawie badania (w ramach niniejszej pracy) dotyczącego związku pomiędzy subiektywną jakością życia a poczuciem wpływu na przebieg choroby w grupie 90 osób chorych na schizofrenię paranoidalną także okazała się wysoka (współczynnik α Cronbacha = 0,83). Przy opracowywaniu wyników posłużono się pakietem statystycznym SPSS for Windows 12.0 PL.

Tabela 1. Związki pomiędzy objawami psychopatologicznymi (PANSS) według klasycznego podziału skali a podskalami Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29)**Table 1.** Relation between psychopathological symptoms (PANSS) due to the classical division of scales and subscales of Sense of Coherence Scale (SOC-29)

		Wynik ogólny SOC-29	Wynik podskali zrozumiałość SOC-29	Wynik podskali zaradność SOC-29	Wynik podskali sensowność SOC-29
PANSS wynik ogólny	Korelacja Pearsona	-0,279**	-0,263**	-0,252*	-0,240*
	Istotność	0,008	0,012	0,017	0,023
	N	90	90	90	90
PANSS ogólna symptomatologia psychiatryczna	Korelacja Pearsona	-0,323(**)	-0,303(**)	-0,308(**)	-0,253(*)
	Istotność	0,002	0,004	0,003	0,016
	N	90	90	90	90
PANSS objawy pozytywne	Korelacja Pearsona	-0,215*	-0,227*	-0,194	-0,142
	Istotność	0,042	0,032	0,067	0,182
	N	90	90	90	90
PANSS objawy negatywne	Korelacja Pearsona	-0,211*	-0,179	-0,166	-0,257**
	Istotność	0,045	0,091	0,118	0,015
	N	90	90	90	90

*korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); **korelacje istotne przy poziomie $p < 0,01$; PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale; SOC-29 (Sense of Coherence Scale) — Kwestionariusz Orientacji Życiowej

Wyniki

Poczucie koherencji a objawy psychopatologiczne według klasycznego podziału skali PANSS

Przedstawione w tabeli 1 wyniki dotyczą dwóch podziałów skali PANSS. Pierwszy z nich, klasyczny, obejmuje trzy czynniki: ogólną symptomatologię, objawy pozytywne, objawy negatywne, uwzględniono także wynik ogólny. Wynik ogólny umiarkowanie koreluje z ogólnym wynikiem skali SOC-20: $r = -0,279$ przy istotności na poziomie 0,008; $p < 0,01$. Umiarkowana korelacja zachodzi też pomiędzy wynikiem ogólnym skali PANSS a podskalą zrozumiałości $r = -0,263$, $p > 0,05$. Z kolei pomiędzy wynikiem ogólnym skali PANSS a pozostałymi dwiema podskalami SOC-29 zachodzą korelacje na granicy umiarkowanej i słabej z podskalą zaradności $r = -0,252$; $p > 0,05$ i słabej z podskalą sensowności $r = -0,240$; $p > 0,05$. Umiarkowana korelacja zachodzi między czynnikiem ogólnej symptomatologii a czynnikiem zrozumiałości: $r = 0,303$, $p < 0,01$, czynnikiem zaradności $r = -0,308$, $p < 0,01$, natomiast jeśli o czynnik sensowności, korelacja jest słaba $r = -0,253$, $p > 0,05$. Także słaba korelacja zachodzi pomiędzy objawami pozytywnymi skali PANSS a wynikiem ogólnym SOC-29 $r = -0,215$; $p > 0,05$, korelacja dotycząca podskali zrozumiałości jest także słaba: $r = -0,227$; $p > 0,05$. Objawy negatywne korelują słabo z wynikiem ogólnym SOC-29 $r = -0,211$; $p > 0,05$, a korelacja dotycząca podskali sensowności jest na granicy umiarkowanej i słabej: $r = -0,257$; $p > 0,05$.

Druga metoda interpretacji wyników PANSS [15] obejmuje pięć czynników: czynnik negatywny, czynnik pozytywny, czynnik depresyjny, czynnik poznawczy i czynnik dezorganizacji (tab. 2). Czynnik negatywny umiarkowanie koreluje z wynikiem ogólnym SOC-29 $r = -0,276$; $p < 0,01$ oraz z podskalą sensowności: $r = 0,278$; $p < 0,01$, słabe korelacje dotyczą z kolei podskal zrozumiałości: $r = -0,243$, $p > 0,05$ i zaradności: $r = -0,238$, $p > 0,05$. Czynnik pozytywny koreluje słabo z wynikiem ogólnym SOC-29: $r = -0,215$, $p > 0,05$ oraz z podskalą zrozumiałości: $r = -0,242$, $p > 0,05$. Czynnik depresyjny koreluje umiarkowanie z wynikiem ogólnym skali SOC-29: $r = -0,445$; $p < 0,01$ oraz każdą z trzech jego podskal. Korelacja z podskalą zrozumiałości: $r = -0,417$; $p < 0,01$, z podskalą zaradności: $r = -0,426$; $p < 0,01$, z podskalą sensowności: $r = -0,323$; $p < 0,01$. Z kolei nie stwierdzono korelacji pomiędzy czynnikiem poznawczym oraz czynnikiem dezorganizacji a którąkolwiek z podskal SOC-29.

Ocena samopoczucia w skali WHO-5 a objawy psychopatologiczne

W tabeli 3 pokazano, że według klasycznego podziału skali PANSS słaba korelacja ze skalą WHO-5 zachodzi jedynie w przypadku ogólnej symptomatologii $r = -0,215$, $p > 0,05$. Nieco silniejsze zależności występują przy wspomnianym już podziale skali PANSS na pięć czynników. Stwierdza się umiarkowaną korelację pomiędzy czynnikiem depresyjnym skali PANSS a wynikiem ogólnym skali WHO-5: $r = -0,430$; $p < 0,01$, słaba korelacja

Tabela 2. Związki pomiędzy objawami psychopatologicznymi (PANSS) według podziału na 5 czynników skali a poczuciem koherencji (SOC-29)**Table 2.** Relation between psychopathological symptoms (PANSS) due to the classical division to 5 factors of the scale and subscales of Sense of Coherence Scale (SOC-29)

		Wynik ogólny SOC-29	Wynik podskali zrozumiałość SOC-29	Wynik podskali zaradność SOC-29	Wynik podskali sensowność SOC-29
PANSS wynik ogólny	Korelacja Pearsona	−0,279**	−0,263**	−0,252*	−0,240*
	Istotność	0,008	0,012	0,017	0,023
	N	90	90	90	90
PANSS czynnik negatywny	Korelacja Pearsona	−0,276**	−0,243*	−0,238*	−0,278**
	Istotność	0,008	0,021	0,024	0,008
	N	90	90	90	90
PANSS czynnik pozytywny	Korelacja Pearsona	−0,215*	−0,242*	−0,203	−0,101
	Istotność	0,041	0,022	0,055	0,344
	N	90	90	90	90
PANSS czynnik depresyjny	Korelacja Pearsona	−0,445**	−0,417**	−0,426**	−0,323**
	Istotność	0,000	0,000	0,000	0,002
	N	90	90	90	90
PANSS czynnik poznawczy	Korelacja Pearsona	−0,090	−0,073	−0,065	−0,138
	Istotność	0,400	0,492	0,543	0,193
	N	90	90	90	90
PANSS czynnik dezorganizacji	Korelacja Pearsona	−0,124	−0,119	−0,125	−0,100
	Istotność	0,243	0,262	0,242	0,346
	N	90	90	90	90

*korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); **korelacje istotne przy poziomie $p < 0,01$; PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale; SOC-29 (Sense of Coherence Scale) — Kwestionariusz Orientacji Życiowej

zachodzi pomiędzy czynnikiem pozytywnym a wynikiem ogólnym skali WHO-5: $r = -0,218$, $p > 0,05$. Pozostałe czynniki nie wykazują korelacji ze skalą WHO-5. Średnia wyników uzyskanych przez badane osoby na skali WHO wynosiła 11,62 (SD = 6,621). Najwyższy uzyskany wynik wyniósł 25 punktów, najniższy — 0 punktów. Biorąc pod uwagę, że wyniki surowe (nieprzeliczone na procenty) mieszczą się w przedziale 0–25, przy czym 0 oznacza najgorszą z możliwych jakości życia a 25 — najlepszą, otrzymane wyniki zawarły całą rozpiętość skali WHO-5.

Omówienie wyników

Przedstawione wyniki ukazują ujemną współzależność pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych mierzonych skalą PANSS a poczuciem koherencji mierzonym kwestionariuszem SOC-29. Jest to zgodne ze wspomnianymi wynikami niektórych badań [8, 9]. Najsilniejsze korelacje występują w przypadku czynnika ogólnej symptomatologii, czynnika negatywnego oraz czynnika depresyjnego. Czynniki ogólnej symptomatologii umiarkowanie korelowały z wynikiem ogólnym SOC-29 oraz czynnikami zrozumiałości i zaradności, z kolei słaba zależność dotyczyła czynnika sensowności. Natomiast

czynnik negatywny umiarkowanie korelował jedynie z podskalą sensowności. Można to odnieść do samej definicji i opisu poszczególnych elementów poczucia koherencji zaproponowanej przez Antonovskiego. Poczucie sensowności jest traktowane jako element emocjonalno-motywacyjny [2], zgodnie z którym jednostka ma przekonanie, że warto angażować się w daną sytuację, że jej poczynania mają sens. Takiego poczucia mogą nie mieć lub mieć znacznie zmniejszone pacjenci z nasilonymi objawami negatywnymi schizofrenii. Zarazem kwestionariusz SOC-29 potwierdził swoją umiarkowaną użyteczność w oszacowywaniu poczucia koherencji u pacjentów chorych na schizofrenię.

Wyniki dotyczące subiektywnej jakości życia ujawniły, że jedynie czynnik depresyjny koreluje z wynikami skali WHO-5. Pomiedzy czynnikiem ogólnej symptomatologii oraz czynnikiem pozytywnym korelacja jest słaba, a pozostałe czynniki skali PANSS nie korelują z WHO-5. Takie otrzymane dane nie potwierdzają niektórych wcześniejszych doniesień [16–18] dotyczących powiązania między objawami psychopatologicznymi schizofrenii a subiektywną jakością życia. Wydaje się jednak istotne, że we wspomnianych badaniach subiektywna jakość życia mierzona była innymi narzędziami diagnostycznymi: *Quality of*

Tabela 3. Związki pomiędzy objawami psychopatologicznymi (PANSS) a samopoczuciem mierzonym wskaźnikiem Dobrego Samopoczucia (WHO-5)**Table 3.** Relation between psychopathological symptoms (PANSS) and subjective quality of life measured by Well-Being Index (WHO-5)

Wynik ogólny WHO-5		
PANSS wynik ogólny	Korelacja Pearsona	–0,203
	Istotność	0,055
	N	90
PANSS ogólna symptomatologia	Korelacja Pearsona	–0,215*
	Istotność	0,007
	N	90
PANSS objawy pozytywne	Korelacja Pearsona	–0,146
	Istotność	0,170
	N	90
PANSS objawy negatywne	Korelacja Pearsona	–0,077
	Istotność	0,471
	N	90
PANSS czynnik negatywny	Korelacja Pearsona	–0,141
	Istotność	0,184
	N	90
PANSS czynnik pozytywny	Korelacja Pearsona	–0,218*
	Istotność	0,039
	N	90
PANSS czynnik depresyjny	Korelacja Pearsona	–0,430**
	Istotność	0,000
	N	90
PANSS czynnik poznawczy	Korelacja Pearsona	–0,044
	Istotność	0,682
	N	90
PANSS czynnik dezorganizacji	Korelacja Pearsona	–0,003
	Istotność	0,979
	N	90

*korelacja jest istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie); **korelacje istotne przy poziomie $p < 0,01$; WHO-5 (World Health Organization) — Wskaźnik Dobrego Samopoczucia; PANSS — Positive and Negative Syndrome Scale

Life Scale, Schizophrenia Quality of Life Scale [18], Quality of Life [17], Subjective Well-being under Neuroleptics scale [16]. Z kolei zastosowana w niniejszym badaniu skala jest krótkim narzędziem (5 pytań), skonstruowanym pierwotnie w celu diagnozy depresji w ogólnej populacji osób w podeszłym wieku narażonych na wystąpienie zaburzeń psychicznych. Otrzymane wyniki badań mogą potwierdzać to podstawowe zastosowanie skali WHO-5 jako wskaźnika oceny samopoczucia oraz depresji, a także jej brak użyteczności w przesiewowej ocenie objawów psychopatologicznych osób chorych na schizofrenię.

Wnioski:

1. Wykazano jedynie umiarkowane współzależności między objawami psychopatologicznymi mierzonymi skalą PANSS a poczuciem koherencji mierzonym kwestionariuszem SOC-29. Dotyczą one czyn-

nika ogólnej symptomatologii, czynnika pozytywnego, negatywnego i depresyjnego. U pacjentów z bardziej nasilonymi wymienionymi objawami stwierdza się niższe poczucie koherencji. Stosunkowo najsilniejsze współzależności występują w przypadku czynnika depresyjnego, najłabsze w przypadku czynnika pozytywnego. Taki wynik jest zbieżny z niektórymi wcześniejszymi badaniami [8, 9] dotyczącymi osób chorych na schizofrenię.

2. Nie stwierdzono współzależności pomiędzy subiektywnym samopoczuciem mierzonym skalą WHO-5 a objawami psychopatologicznymi; jedyna współzależność dotyczyła czynnika depresyjnego skali. Taki wynik nie potwierdza wyników niektórych wcześniejszych badań [16–18] dotyczących osób chorych na schizofrenię. Skala WHO-5 potwierdziła swoją użyteczność jedynie

w przypadku pomiaru pogorszenia subiektywnej jakości życia związanej z objawami depresyjnymi, co jest zgodne z jej pierwotnym zastosowa-

niem. Skala WHO-5 okazała się zarazem mało przydatna jako narzędzie do badań przesiewowych i monitorowania przebiegu schizofrenii.

Streszczenie

Wstęp. Celem badania była ocena związku między poczuciem koherencji oraz subiektywnym samopoczuciem a nasileniem objawów psychopatologicznych schizofrenii.

Materiał i metody. W badaniu wzięło udział 90 osób, w tym 36 kobiet i 54 mężczyzn, w wieku 19–67 lat, średnia 42,59 roku ($SD = 12,88$); 74 osoby leczono na psychiatrycznych oddziałach całodobowych i dziennych, 28 osób korzystało z usług środowiskowych domów samopomocy, 6 osób leczyło się w ramach prywatnej praktyki lekarskiej. Do pomiaru poczucia ogólnej symptomatologii koherencji użyto kwestionariusza Orientacji Życiowej SOC-29, do oceny subiektywnego samopoczucia posłużono się pięciostopniową skalą Well-Being Index (WHO-5), nasilenie objawów psychopatologicznych schizofrenii mierzono skalą Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS).

Wyniki i wnioski. Stwierdzono ujemną korelację pomiędzy nasileniem objawów psychopatologicznych mierzonych skalą PANSS a poczuciem koherencji mierzonym kwestionariuszem Sense of Coherence Scale (SOC-29). Związki dotyczyły czynnika ogólnej symptomatologii, czynnika negatywnego, pozytywnego i depresyjnego skali, przy czym czynnik depresyjny oraz ogólnej symptomatologii korelowały stosunkowo najsilniej, natomiast czynnik pozytywny słabo. Nie stwierdzono korelacji w przypadku czynnika poznawczego oraz czynnika dezorganizacji. Ujemna korelacja pomiędzy subiektywnym samopoczuciem a nasileniem objawów psychopatologicznych dotyczyła jedynie czynnika depresyjnego oraz w niewielkim stopniu czynnika pozytywnego. Wynik ten w ograniczonym stopniu potwierdza doniesienia naukowe pokazujące związki między jakością życia a objawami psychopatologicznymi schizofrenii. Zarazem skala WHO-5 potwierdza swoje pierwotne zastosowanie jako narzędzia służącego do diagnostyki depresji, natomiast przypuszczalnie ograniczoną użyteczność w diagnostyce subiektywnej jakości życia w odniesieniu do innych objawów psychopatologicznych. *Psychiatria 2009; 6, 3: 75–81*

słowa kluczowe: schizofrenia, poczucie koherencji, subiektywne samopoczucie, objawy psychopatologiczne

PIŚMIENNICTWO

- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
- Zajac L. Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty. W: Obuchowski K. (red.). Starość i osobowość. Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2002.
- Koniarek J., Dudek B.I., Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja. The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'ego. Przegl. Psychol. 1993; 36: 461–502.
- Antonovsky A. Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia. W: Heszen-Niejodek W.I., Sęk H. (red.). Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Sęk H. Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji. W: Sęk H., Pasikowski T. (red.). Zdrowie — stres — zasoby. O znaczeniu poczucia koherencji dla zdrowia. Wydawnictwo Humaniora, Poznań 2001.
- Frączek A., Zwoliński M. Some childhood predictors of the sense of coherence (SOC) in young adult. A follow-up study. Pol. Psychol. Bull. 1999; 3: 263–270.
- Rimm H. Sense of coherence and other personality dimensions. Polish Psychological Bulletin, 1999; 30: 333–342.
- Bengtsson-Tops A., Hansson L. The validity of Antonovsky's Sense of Coherence measure in a sample of schizophrenic patients living in the community. J. Adv. Nurs. 2001; 33: 309–2404.
- Bengtsson-Tops A., Brunt D., Rask M. The structure of Antonovsky's sense of coherence in patients with schizophrenia and its relationship to psychopathology. Scand. J. Caring. Sci. 2005; 19: 280–287.
- Bergstein M., Weizman A., Solomon Z. Sense of coherence among delusional patients: predictors of remission and risk of relapse. Compr. Psychiatry 2008; 49: 288–296.
- Mergl R., Seidschek I., Allgaier A.-K., Möller U., Hegerl U., Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. Depress anxiety 2007; 24: 185–195.
- Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr. Bull. 1987; 13 (2): 261–276.
- Kokoszka A., Telichowska-Leśna A., Radzio R. Kwestionariusz wglądu w schizofrenię — „Moje myśli i odczucia”. Psychiatr. Pol. 2008; 42: 491–502.
- Bonsignore M., Barkow K., Jessen, Heun R. Validity of the five-item WHO Well-Being Index (WHO-5) in an elderly population. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2001; 2: 27–31.
- Mosiółek A., Łoza B. Co mierzą testy neurokognitywne w schizofrenii? Psychiatr. 2004; 1 (2): 113–119.
- Karow A., Schafer I., Hirdes F., Osterwald C., Naber D. Subjective view of positive symptoms and quality of life in patients with schizophrenia. Psychiatr. Prax. 2008; 35 (6): 286–293.
- Savilla K., Kettler L., Galletly Ch. Relationships between cognitive deficits, symptoms and quality of life in schizophrenia. Aust. NZJ Psychiatry 2008; 42 (6): 496–504.
- Yamauchi K., Tomokate M., Iga J. i wsp. Predictors of subjective and objective quality of life in outpatients with schizophrenia. Psychiatry Clin. Neurosci. 2008; 62: 404–411.