

Agnieszka Skorupska-Król, Barbara Hanarz

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

Samoocena depresji wśród chorych na schizofrenię uczestniczących w programie rehabilitacji psychiatrycznej — doniesienie wstępne

Depression self-assessment for schizophrenic patients participating in a psychiatric rehabilitation program — preliminary report

Abstract

Introduction. Schizophrenia is characterized by a wide range of symptoms including affective ones. The way these symptoms are manifested and their duration determine whether a patient is diagnosed with depression. Post psychotic depression occurs after an acute episode of schizophrenia. It has a multifactor etiology and the treatment process is long and complicated. The authors of this study attempted to describe the extent of post psychotic depression among patients referred for psychiatric rehabilitation during their admission and discharge as well as to define factors determining depression severity.

Material and methods. Thirty four patients with diagnosed schizophrenia and undergoing inpatient psychiatric rehabilitation were included in this study. Medical records were analyzed and a survey questionnaire form was used. Then statistical calculations were performed.

Results. Almost 80% of patients manifested depressive symptoms with various degrees of severity after they were discharged from the general psychiatric clinic. Significantly lower percentage of individuals with moderate severe depression was reported among patients who stayed in the rehabilitation unit for 3 months. The analysis of correlations confirmed a factor, other than a hospital stay, which was strongly related to depression severity. Pharmacological treatment turned out to be that factor.

Conclusions. Our results suggest that complex rehabilitation including various psychosocial therapeutic interventions combined with pharmacological treatment based on atypical neuroleptic agents and antidepressants decrease the intensity of depressive symptoms.

Psychiatry 2014; 11, 1: 43–48

key words: schizophrenia, post psychotic depression, rehabilitation in psychiatry

Wstęp

Schizofrenia jest chorobą występującą na całym świecie. Zapadalność na nią szacuje się w granicach 1–2 na 10000 osób w ciągu roku, a ryzyko zachorowania

w ciągu całego życia wynosi około 1%. Wskaźniki te na przestrzeni XX wieku nie uległy większym wahaniom [1–5].

Przyczyny rozwoju schizofrenii wciąż nie są do końca poznane. Aktualna wiedza pozwala na wysuwanie hipotez, w świetle których podłoże etiopatogenetyczne schizofrenii jest wieloczynnikowe. Wśród takich czynników najczęściej wymienia się te o charakterze gene-

Adres do korespondencji:

dr n. med. Agnieszka Skorupska-Król
WNoZ UJCM, ul. Kopernika 25, 31–501 Kraków
tel. 698 612 206
e-mail: agnieszka.skorupska@uj.edu.pl

tycznym, neurorozwojowym neuroprzebiegowym czy środowiskowym [1, 2, 6, 7].

Schizofrenia jest psychozą przewlekłą, postępującą wolniej lub szybciej i w zasadzie stanowi nieodwracalny proces chorobowy. Zwykle przebiega fazowo — gdzie pojawiają się objawy choroby, po czym następuje faza poprawy, później faza stabilizacji, a po niej znów nawrót choroby [1, 8].

Objawy depresyjne mogą być zwiastunem schizofrenii, występować razem z jej ostrymi symptomami albo pojawić się po ich ustąpieniu. Urojenia grzeszności i winy, omamy słuchowe, lęk, poczucie rezygnacji czy stany bierności to tylko niektóre z jej przejawów wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Mają one wymiar bezpośredniego zagrożenia dla życia, gdyż ryzyko samobójstwa występuje u około 10% chorych. Jak więc tłumaczyć obecność depresji w chorobie schizofrenicznej? Bleuler wyjaśnia, że może ona być przejawem: reakcji na przebytą chorobę, utraty obrazu siebie, poczucia rezygnacji i stanu bierności albo schizofrenicznej melancholii wynikającej z procesu chorobowego. Depresja pojawiająca się po ustąpieniu ostrych zaburzeń psychiatrycznych (tzw. depresja popsychozy) może być też sposobem radzenia sobie z psychozą czy też reakcją na doświadczenie choroby [9, 10]. Warto również dodać, co myślarz na temat uwarunkowań depresji popsychozy sami chorzy na schizofrenię. W świetle ich opinii, do przyczyn tego stanu zaliczyć należy: wyczerpanie psychiczne przebytą psychozą, brak układu odniesienia, jakim dla wielu chorych są objawy wytwórcze nadające życiu sens i treść, depresyjne działanie leków przeciwpsychotycznych, brak zrozumienia i dystansowanie się wobec chorego osób dla niego znaczących, bezdusność pracowników służby zdrowia czy społeczne procesy wykluczenia, jak na przykład piętnowanie czy marginalizacja [11]. Jak z tego wynika, depresja w schizofrenii jest zjawiskiem złożonym, a więc i trudnym do leczenia, o którego efektach decyduje w dużej mierze przedchorobowa osobowość oraz wsparcie, na jakie chory może liczyć zarówno ze strony najbliższego otoczenia, jak i ze strony osób oraz instytucji zawodowo zajmujących się pomaganiem.

Obecność depresji popsychozy działa deprymująco na poziom społecznego funkcjonowania czy satysfakcję z życia. Pod jej wpływem pacjent może czuć się bezradny wobec swojej choroby [9]. Należy więc podjąć działania, które przyczyniłyby się do zmniejszenia nasilenia jej objawów. Wydaje się, że jedną z takich interwencji może być włączenie chorego po przebyciu ostrym epizodzie psychiatrycznym do kompleksowego, zindywidualizowanego programu rehabilitacji, obejmującego wiele oddziaływań psychospołecznych i podtrzymującą farmakoterapię.

Celem przeprowadzonych badań było po pierwsze ustalenie rozmiaru zjawiska depresji popsychozy wśród pacjentów będących po przebytej hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym z powodu nawrotu ostrego okresu psychozy, a po drugie – próba oceny wpływu kompleksowej rehabilitacji psychiatrycznej realizowanej w warunkach oddziału stacjonarnego na taki wskaźnik przebiegu choroby, jakim jest obecność i nasilenie objawów depresyjnych. Przeprowadzone badania oprócz próby oceny powyższego związku dotyczyły również wpływu rehabilitacji na postawę wobec choroby czy ogólne subiektywnie samopoczucie, ale takie wyniki zostaną przedstawione w kolejnych prezentacjach. W niniejszym opracowaniu funkcję wskaźników depresji pełni stopień nasilenia jej objawów na podstawie samooceny dokonanej Skalą Depresji Becka – brak depresji, łagodna depresja, umiarkowanie ciężka depresja, bardzo ciężka depresja.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 35 osób z rozpoznaniem schizofrenii. Osoby te były hospitalizowane na oddziale psychiatrycznym o profilu profilaktyczno-rehabilitacyjnym „Szkoła Życia” (4A) Specjalistycznego Szpitala im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie. Wszyscy uczestnicy badania byli objęci trzymiesięcznym programem rehabilitacyjnym.

Badania przeprowadzone były dwukrotnie: przy przyjęciu pacjenta na oddział i przy jego wypisie. Przystąpienie do programu terapeutycznego poprzedzało zapoznanie pacjenta z: ofertą terapeutyczną ośrodka, regulaminem oddziału i zawarcie kontraktu terapeutycznego, w którym chory określał swoje problemy i ustalał cele do realizacji w trakcie terapii.

Kryteria włączenia do badań:

1. Pierwszy pobyt w ośrodku profilaktyczno-rehabilitacyjnym.
2. Świadoma zgoda na udział w badaniu.
3. Rozpoznanie schizofrenii według klasyfikacji DSM IV lub ICD-10.
4. Pobyt w ośrodku profilaktyczno-rehabilitacyjnym poprzedzony hospitalizacją na oddziale ogólnopsychiatrycznym.
5. Liczba hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym: minimum 3.
6. Co najmniej pięcioletni czas trwania choroby.

W prezentowanych badaniach wykorzystano dwie metody badawcze: metodę sondażu diagnostycznego oraz metodę analizy dokumentacji.

Narzędziem badawczym była Skala Depresji Becka, która jest najczęściej wykorzystywaną skalą samooceny (obok skali depresji Zunga).

W pracy korzystano z dwóch technik analizy danych: analiza wariancji (ANOVA), analizy korelacyjnej posługując się programem STATISTICA.

Wyniki

Większość spośród 35 osób objętych badaniem, bo 71,43%, to mężczyźni. Średni wiek respondentów to 34,7 roku. Wśród chorych dominowały osoby ze średnim wykształceniem (51,43%) i stanu wolnego (88,57%). W związku małżeńskim pozostawało jedynie 8,57%. Ponad połowa badanych (65,71%) utrzymywała się z renty inwalidzkiej. Pozostałe osoby pozostawały na utrzymaniu rodziców (11,43), bądź korzystały z pomocy społecznej (8,57%). Aż 80% osób mieszkało w mieście. Dużą grupę, bo 71,43% stanowiły osoby mieszkające z rodziną pochodzeniową. Przeważająca liczba (71,43%) była hospitalizowana na oddziale psychiatrycznym 3–8 razy. U ponad połowy pacjentów (54,09%) staż choroby wynosił 5–9 lat. Aż u 94,28% rozpoznano schizofrenię paranoidalną (wg ICD-10). Tylko 2 osoby otrzymały diagnozę schizofrenii prostej i hebefrenicznej (wg ICD-10). Monoterapię z wykorzystaniem neuroleptyku atypowego zastosowano u 8 osób (22,86%), a u pozostałych pacjentów realizowano politerapię. Spośród nich u 9 osób (tj. 25,70%) w politerapii znalazł zastosowanie neuroleptyk standardowy w formie iniekcji o przedłużonym działaniu. W celu oceny obecności depresji w grupie badanych osób, posłużono się najczęściej stosowanym narzędziem – Skalą Depresji Becka. Uzyskane w tym zakresie wyniki w czasie przyjęcia i wypisu chorych z oddziału zawiera tabela 1.

Na podstawie zaprezentowanych danych można stwierdzić, że prawie jedna piąta badanej grupy (8 osób, tj. 21,8%) nie odczuwała objawów depresji, a w samoocenie pozostałych respondentów depresja była obecna, choć zróżnicowane było jej nasilenie (50,4% — łagodna, 27,8% — umiarkowanie ciężkie). Jak widać, poziom depresji znacznie się obniżył u pacjentów z umiarkowanie ciężką depresją (z 9 osób tj. 27,8% przy przyjęciu do 1 osoby tj. 3% w trakcie wypisu). Różnica ta jest istotna statystycznie $p = 0,00$. Ponadto, przy przyjęciu na oddział bez objawów depresji było 8 pacjentów (21,8%), natomiast przy wypisie było ich już 17 (48,5%). Wzrost ten okazał się istotny statystycznie ($p = 0,04$). Znikome zmiany zaszły natomiast wśród pacjentów z łagodną depresją. Przy przyjęciu na oddział chorych z takim nasileniem objawów depresyjnych było 18, a przy wypisie 17 (48,5%) ($p = 0,86$).

Otrzymane dane pozwoliły również uzyskać średni wynik nasilenia depresji w grupie osób rehabilitowanych (tab. 2).

Jak wynika z tabeli 2, średni wynik Skali Depresji Becka znajduje się na poziomie istotności statystycznej $p = 0,00$, co oznacza złagodzenie objawów depresji wśród badanych pacjentów po upływie trzymiesięcznego okresu rehabilitacji.

W celu wykluczenia/potwierdzenia czynników, które obok udziału w programie rehabilitacyjnym mogłyby decydować o nasileniu depresji, posługując się metodą korelacji, analizowano związek zmiennej zależnej (tj. wyniku punktowego Skali Depresji Becka) z dostępnymi zmiennymi socjodemograficznymi (tj. płeć, wykształce-

Tabela 1. Poziom depresji wg skali depresji Becka wśród pacjentów przy przyjęciu i przy wypisie z oddziału
Table 1. The level of depression based on Beck's Scale in patients at the time of their admission to and discharge from hospital

Poziom depresji	Przyjęcie		Wypis		Istotność różnic	
	N	%	N	%	χ^2	p
Brak depresji	8	21,8	17	48,5	1,24	0,0474
Łagodna depresja	18	50,4	17	48,5	0,03	0,8638
Umiarkowanie ciężka depresja	9	27,8	1	3	21,33	0,0000
Bardzo ciężka depresja	0	0	0	0	-	-

χ^2 wartość testu (Chi²); p — wartość istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$

Tabela 2. Średni wynik Skali Depresji Becka przy przyjęciu i wypisie w ankietowanej grupie
Table 2. The average scores on Beck's Scale at the time of patients' admission to and discharge from hospital

Punktowy Wynik średni	Przyjęcie	Wypis	F	p
	19,6	12,2	37,9880	0,000001

F — statystyka testowa Fischera (służy jako wartość pomocnicza do obliczenia p); p — poziom prawdopodobieństwa testowego

Tabela 3. Wyniki korelacji analizowanych zmiennych
 Table 3. The effects of correlation of analysed variables

Zmienne niezależne	Poziom depresji (przyjęcie — wypis)	
	F	p
Płeć	3,09	0,08
Wykształcenie	1,87	0,15
Stan cywilny	2,58	0,09
Źródło utrzymania	0,63	0,67
Miejsce zamieszkania	0,00	0,97
Dzielenie mieszkania	1,34	0,27
Rozpoznanie kliniczne	0,89	0,45
Leczenie farmakologiczne	3,52	0,00

F — statystyka testowa Fischera (służy jako wartość pomocnicza do obliczenia p); p — wartość istotna statystycznie na poziomie $p < 0,05$

nie, stan cywilny, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania, dzielenie mieszkania) oraz zmiennymi związanymi z przebiegiem choroby (tj. rozpoznanie, rodzaj zastosowanego leczenia farmakologicznego). Tabela 3 zawiera wyniki takich korelacji.

Z tabeli 3 wynika, że zmienne niezależne: płeć, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania, dzielenie mieszkania i postawiona diagnoza kliniczna nie wykazują istotnej korelacji ze średnią wartością nasilenia objawów depresji przy przyjęciu chorego i przy jego wypisie z oddziału. Poziom istotności

w każdym przypadku jest większy od 0,05. Analizując powyższą tabelę, można jednak zauważyć, że przyjmowane przez pacjenta leki miały istotny wpływ na nasilenie depresji ($p = 0,00$).

Aby wyjaśnić, jaki rodzaj zastosowanego leku wpływa pozytywnie na poziom depresji wśród badanych, dokonano dalszej analizy danych (tab. 4).

Analiza danych z tabeli 4 wskazuje, że poziom depresji istotnie obniżył się u osób przyjmujących neuroleptyk atypowy i przeciwdepresyjny, neuroleptyk standardowy, atypowy i przeciwdepresyjny, neuroleptyk atypowy i standardowy w formie depot. Ponadto, z przeprowadzonej korelacji wynika, że u osoby przyjmującej neuroleptyk standardowy doustnie oraz w formie depot depresja pogłębiła się.

Dyskusja

W bogatej literaturze dotyczącej problematyki schizofrenii mniej obszerną część stanowią doniesienia na temat objawów depresyjnych wpisanych w jej obraz kliniczny. Prezentowana praca, z konieczności zatem oparta jest na wiedzy fragmentarycznej i rozproszonej, dlatego wnioski wyciągnięte z przeprowadzonych badań, choć nie mogą stanowić podstawy do ich uogólnień, to jednak implikują do dalszych poszukiwań w tym zakresie. Badania, którym poddano 35 pacjentów Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego w Krakowie, leczonych na oddziale rehabilitacji psychiatrycznej, dotyczyły wpływu rehabilitacji psychiatrycznej na samopoczucie i postawę wobec choroby. Aby zobrazować subiektywne odczucia ankietowanych po przebytej psychozie, na wstępie poproszono o ich samocенę depresji i wyniki uzyskane w tym właśnie zakresie poparte analizą statystyczną zamieszczono w niniejszym

Tabela 4. Wpływ przyjmowanych leków na poziom depresji w grupie rehabilitowanej

Table 4. The influence of medication taken on the level of depression in a group of rehabilitated patients

Rodzaj przyjmowanego leku	Dane statystyczne		
	średnia	lci	uci
Neuroleptyk atypowy oraz antydepresant	-16,75	-0,55	-32,94
Neuroleptyk standardowy, atypowy oraz antydepresant	-12,6	-6,47	-18,72
Neuroleptyk atypowy oraz standardowy w formie depot	-9	-3,24	-14,75
Neuroleptyk atypowy	-5	-0,53	-9,46
Neuroleptyk standardowy oraz atypowy	-4,22	-0,50	-7,94
Neuroleptyk atypowy, standardowy (doustnie) oraz depot	-4		
Neuroleptyk atypowy, standardowy w formie depot oraz antydepresant	-2	23,41241	-27,4124
Neuroleptyk stanadrowy (doustnie) oraz depot	3		

średnia — średnia wartość korelacji; lci — dolny kraniec 95% przedziału ufności; uci — górny kraniec 95% przedziału ufności

opracowaniu. Starano się też ustalić drogą korelowania poszczególnych zmiennych te czynniki, które wpływają na nasilenie depresji, a także porównać uśredniony poziom depresji przy przyjęciu i przy wypisie z oddziału w analizowanej grupie. Do realizacji badań wykorzystano Skalę Depresji Becka i własny inwentarz socjodemograficzny. Analizie poddano też dokumentację pacjenta, a szczególnie kartę zleceń indywidualnych i historię choroby.

Wyniki badań dowodzą, że osoby chore na schizofrenię po ustąpieniu ostrego okresu psychozy wykazują obecność objawów depresyjnych. Aż 78,2% pacjentów po zakończonej hospitalizacji na oddziale ogólnopsychiatrycznym prezentowało w samoocenie skalą depresji Becka objawy depresji o różnym jej nasileniu. Połowa badanych osób, bo 50,4%, miała depresję o łagodnym nasileniu (tj. 12–26 punktów w skali depresji Becka), natomiast 9 osób, 27,8% miała depresję umiarkowanie ciężką (27–49 punktów w skali depresji Becka). Ponowna subiektywna ocena samopoczucia po trzymiesięcznym pobycie pacjentów w ośrodku rehabilitacyjnym wykazała, że prawie połowa (bo 48,5%) nie ma objawów depresji. Ponadto, średnio ciężkie nasilenie depresji miała już tylko jedna osoba (tj. 3%) i różnica dotycząca liczby chorych z takim właśnie nasileniem depresji przy przyjęciu i wypisie okazała się istotna statystycznie ($p = 0,00$). Odsetek pacjentów z łagodną depresją przy przyjęciu i w czasie wypisu był praktycznie na tym samym poziomie (18 i 17 osób). Dysponując wynikami szczegółowymi samooceny depresji każdego z uczestników badań, obliczono średni wynik jej nasilenia dla całej grupy, co pozwoliło porównać jego wartość przy przyjęciu i przy wypisie. Okazało się, że różnica między nimi też jest statystycznie istotna ($p = 0,00$). Obecność depresji po ustąpieniu ostrego okresu choroby schizofrenicznej jest częstym zjawiskiem. Pisał o nim już prof. Kępiński w Rytmie życia, porównując go do tak zwanego KZ syndromu — obecnego wśród byłych więźniów obozów koncentracyjnych i wyjaśniając go w sposób następujący — to, co przeżywali więźniowie w trakcie niewoli, było tak intensywne, nierealne, nieprzewidywalne, że po opuszczeniu obozu rzeczywistość była dla nich monotonna, szara, a nawet banalna i pusta. Podobne odczucia mają chorzy, kiedy zmniejszają się bądź ustępują ostre objawy wytwórcze, dzięki którym ich życia jest ciekawe, ważne, sensowne [12].

Chcąc wyłonić czynniki, które obok trzymiesięcznej rehabilitacji mogłyby zmodyfikować nasilenie depresji, obliczono dla każdej zmiennej niezależnej i wyniku punktowego samooceny depresji współczynnik korelacji i jego statystyczną istotność. Żadna spośród badanych zmiennych socjodemograficznych (tj. wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, źródło utrzymania, miejsce zamieszkania, dzielenie mieszkania) nie wiązała się istotnie z nasileniem

objawów depresji ($p \geq 0,05$). Jedynie istotne dla obecności i nasilenia depresji okazało się leczenie farmakologiczne, a dokładnie rodzaje zastosowanego leku przeciwpsychotycznego, formy jego podania, czas działania i obecność bądź nie w politerapii leku przeciwdepresyjnego. Uzyskane w tym zakresie wyniki wskazują, że szczególnie pozytywne znaczenie dla złagodzenia depresji miała politerapia, w której znalazły się: neuroleptyk atypowy w skojarzeniu z lekiem przeciwdepresyjnym (średnia wartość korelacji —16,75) lub neuroleptyk atypowy w skojarzeniu z neuroleptykiem standardowym i antydepresantem (średnia wartość korelacji —12,6). Średnia wartość korelacji równa 3 dotycząca chorych leczonych jedynie neuroleptykiem starej generacji doustnie oraz w formie depot dowodzi, że depresja pogłębiła się. Warto zauważyć, że w politerapii, która była szczególnie skuteczna w minimalizowaniu objawów depresyjnych znajdował się neuroleptyk atypowy (II generacji). Atypowość tych właśnie neuroleptyków przejawia się nie tylko w tym, że nie powodują typowych objawów ubocznych ze strony układu pozapiramidowego, ale też i w korzystnym ich wpływie na objawy afektywne, zwłaszcza depresyjne. Należy też dodać, że w świetle dotychczasowych doniesień leki te działają przyczynowo na deficyty poznawcze obecne w schizofrenii, gdyż normalizują przepływ krwi i metabolizm glukozy w korze przedczołowej, tj. odpowiedzialnej za wyższe czynności psychiczne. Tak więc poprawa ich wydolności w postaci lepszego pojmowania istoty choroby czy bardziej trafnej oceny zaistniałej sytuacji życiowej wiąże się z lepszym stanem emocjonalnym [10, 13].

Reasumując, uwzględnienie w procesie leczenia i rehabilitacji nie tylko obecności symptomatologii typowej dla schizofrenii, ale i objawów depresyjnych, stwarza większą szansę na osiągnięcie pełniejszej poprawy klinicznej, lepszego subiektywnego samopoczucia i optymalnego na miarę możliwości funkcjonowania społeczno-zawodowego. Przeżywanie smutku, żalu, lęku, spowolnienie ruchowe czy negatywne myśli będą nie tylko utrudniały pełną adaptację do warunków i wymogów życia pozaszpitalnego, ale też staną się przyczyną niższej jakości życia osób chorych.

Wnioski

1. Osoby chore na schizofrenię po ustąpieniu ostrego okresu psychozy wykazują obecność objawów depresyjnych o zróżnicowanym nasileniu.
2. Kompleksowa rehabilitacja psychiatryczna (w tym także leczenie podtrzymujące) zmniejsza nasilenie objawów depresji.
3. Politerapia zawierająca atypowy neuroleptyk oraz antydepersant korzystnie wpływa na zmniejszenie depresji.

Streszczenie

Wstęp. W bogatej symptomatologii choroby, jaką jest schizofrenia, obecne są objawy afektywne, których obraz i czas utrzymywania się upoważnia do określenia ich mianem depresji. Depresja popsychotyczna to taka, która pojawia się po ustąpieniu ostrego epizodu schizofrenii. Jej etiologia jest wieloczynnikowa, a proces leczenia długotrwały i złożony. Podejmując niniejsze badania, starano się ustalić rozmiar zjawiska depresji popsychotycznej wśród pacjentów zakwalifikowanych do programu rehabilitacji psychiatrycznej przy ich przyjęciu i wypisie oraz wyłonić czynniki decydujące o jej nasileniu.

Materiał i metody. Grupę badaną stanowiły 34 osoby, które otrzymały diagnozę schizofrenii i podjęły rehabilitację kontynuowaną w warunkach oddziału stacjonarnego. Realizując badania, wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego i analizy dokumentacji medycznej, a otrzymane wyniki poddano obliczeniom statystycznym.

Wyniki. Prawie 80% chorych po zakończeniu leczenia na oddziale ogólnopsychiatrycznym odczuwa obecność objawów depresyjnych, których nasilenie jest zróżnicowane. Po trzymiesięcznym pobycie na oddziale rehabilitacji istotnie obniżył się odsetek osób z depresją umiarkowanie ciężką. Analiza korelacji pozwoliła na wskazanie czynnika, który oprócz pobytu na oddziale istotnie wiązał się z nasileniem depresji. Takim czynnikiem okazało się zastosowane leczenie farmakologiczne.

Wnioski. Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że kompleksowa rehabilitacja obejmująca zróżnicowane metody psychosocjoterapeutyczne w połączeniu z farmakoterapią obejmującą neuroleptyk atypowy i antydepresant korzystnie wpływa na zmniejszenie nasilenia objawów depresji.

Psychiatria 2014; 11, 1: 43–48

Słowa kluczowe: schizofrenia, depresja popsychotyczna, rehabilitacja w psychiatrii

Piśmiennictwo

1. Wiórka J. Schizofrenia. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wiórka J. (red). Psychiatria. tom 2, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2002: 213–298
2. Birchwood M., Jackson Ch. Schizofrenia, Modele kliniczne i techniki terapeutyczne, dla praktyków i pacjentów. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
3. Górna K. Wpływ choroby na funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię. Pielęgniarstwo Polskie 2002; 1: 101–106.
4. Rymaszewska J., Adamowski T., Pawłowski T., Kiejna A. Rozpoznanie zaburzeń psychicznych — przegląd ważniejszych badań epidemiologicznych. Postępy Psychiatrii Neurologii 2005; 14: 195–200.
5. Wędzony K. Schizofrenia — patologia i farmakoterapia. Farmakoterapia Polska 2005; 61: 935–942.
6. Cechnicki A. Uwagi o modelu podatności na zranienie w schizofrenii. Psychoterapia 1990; 3: 39–48.
7. Drożdżowicz L. Struktura „ja” w schizofrenii. Psychoterapia 2000; 4: 21–34.
8. Chładzińska-Kiejna S., Górna R., Bąk O. Psychoedukacja w zapobieganiu nawrotom schizofrenii. Psychiatria Polska 1997; 31: 595–606.
9. Sawicka M. Możliwość modyfikowania deficytów poznawczych obserwowanych w obszarze funkcjonowania społecznego u osób przewlekle chorych na schizofrenię. Psychiatria Polska 2001; 35: 991–1004.
10. Jarema M. Depresja w schizofrenii, wyzwania i możliwości. Wiadomości Psychiatryczne 2004; 7: 101–105.
11. JW. Kilka uwag o depresji popsychotycznej. Dla Nas — czasopismo środowisk działających na rzecz chorych psychicznie 2005; 3: 11.
12. Kępiński A., Tzw. KZ syndrom — próba syntezy. Przegląd Lekarski 1970; 1: 18–23.
13. Wciórka J. Narzędzia klinicznej oceny postaw pacjentów wobec przeżywanej choroby schizofrenicznej: 2. Skala „moje doświadczenie choroby” (MDC). Psychiatria Polska 1996; 30: 397–414.