

## PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

Deficyty funkcjonowania społecznego w schizofrenii  
– przegląd literatury

## Social functioning deficiency in schizophrenia – review of literature

AGNIESZKA SKORUPSKA<sup>A, B, E, F</sup>, KATARZYNA CZYŻOWICZ<sup>B, F</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu  
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie  
Kierownik Zakładu: dr n. hum. Ewa Wilczek-RóżyckaA – przygotowanie projektu badania, B – zbieranie danych, C – analiza statystyczna, D – interpretacja danych,  
E – przygotowanie maszynopisu, F – opracowanie piśmiennictwa, G – pozyskanie funduszy

**Streszczenie** Schizofrenia to problem natury klinicznej i społecznej. Decyduje o tym między innymi liczba chorych (blisko 1% populacji generalnej) oraz specyfika choroby. Chroniczny przebieg, połączony z wielokrotnymi hospitalizacjami, prowadzi do deficytów w zakresie społecznego funkcjonowania i utrwała już istniejące, będące następstwem zaburzeń w sferze poznawczej i emocjonalnej. Bezradność otoczenia, brak wsparcia, stygmatyzacja lub inne, bardziej skrajne przejawy dyskryminacji pełnią często rolę czynników potęgujących tego typu konsekwencje choroby. Jakość funkcjonowania społecznego uważana jest coraz częściej za jedno z kryteriów świadczących o przebiegu i rokowaniu w psychozie schizofrenicznej. Z tego powodu w postępowaniu terapeutycznym szczególną uwagę zwraca się na poprawę funkcjonowania psychospołecznego w sytuacji wyznaczonej stanem zdrowia, a nie na wyleczenie. Niniejsza praca ma charakter analizy dostępnej literatury przedmiotu. Ukazuje istotę poruszanego problemu, wskazuje te obszary funkcjonowania, które w opinii badaczy tematu są najbardziej upośledzone wśród osób z rozpoznaniem schizofrenii. Stanowi również wstęp i uzasadnienie do dalszych publikacji opartych na własnych doświadczeniach w tym zakresie.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, funkcjonowanie społeczne.

**Summary** Schizophrenia is believed to be a clinical and social sphere problem. Number of people suffering from this disease (almost 1% general population) and specificity of it decide about that. Chronic course combined with multiple admissions to hospital leads to shortages concerning social functioning and it sustains already existing ones caused by disorders of conceptual and emotional spheres. Elements like: helplessness of relatives, lack of support, stigmatisation or others more extreme discriminating manifestations, might deepen this sort of disease consequences. Quality of social functioning is more often considered as one of criteria showing course and prognosis in schizophrenia psychosis. That is why special attention is paid to improve psycho-social functioning in health state circumstances then to healing during therapeutic activities. This work has character of review of available literature concerning that theme. It underlines essence of this problem and points to those areas of functioning that, according to researchers of this topic, are weakest among people with schizophrenia. It is also introduction and justification for further publications based on one's own experiences in that field.

**Key words:** schizophrenia, social functioning.

## Wprowadzenie

Jakość funkcjonowania społecznego w opinii wielu klinicystów (J.S. Strauss, W.T. Carpenter 1987; L. Ciompi, C. Mueller 1976; M. Bluer 1972) stanowi, obok częstości nawrotów psychozy schizofrenicznej, kryterium świadczące o ciężkości przebiegu choroby i decyduje o rokowaniu (za [1]).

Ocena zdolności do samodzielnej funkcjonowania jest podstawą planowania alternatywnych wobec hospitalizacji metod leczenia, moż-

liwych dzięki obecnej deinstytucjonalizacji lecznictwa i rozbudowy różnych form psychiatrycznej opieki środowiskowej [2].

Funkcjonowanie społeczne obejmuje wiele dziedzin życia, m.in.:

- pracę zawodową,
- udział w życiu rodzinnym,
- czas wolny,
- samodzielność w zaspokajaniu potrzeb codziennych,
- zainteresowania i inne.

Przyjmuje się, że termin ten oznacza „jakąkol-

wiek formę uczestnictwa jednostki w jakimkolwiek jej społecznym układzie odniesienia" [3].

Wśród chorych na schizofrenię funkcjonowanie społeczne uwarunkowane jest w znacznym stopniu zakresem deficytów poznawczych, powodujących upośledzenie zdolności radzenia sobie w środowisku pozaszpitalnym wskutek:

- osłabienia lub braku umiejętności rozwiązywania problemów międzyludzkich,
- zmniejszonych możliwości nabywania umiejętności psychospołecznych,
- mniejszych zdolności uczenia się społecznie akceptowanych zachowań,
- trudności w zaplanowaniu oraz kontynuowaniu nauki i aktywności zawodowej [4].

W.A. Anthony i R. Liberman (1986) w swoim wielopoziomowym modelu dysfunkcji w schizofrenii zwracają uwagę w pierwszej kolejności na zmiany patologiczne dotyczące poziomu molekularnego, które powodują zaburzenia narządowe (defekty strukturalne) lub funkcjonalne i są w efekcie przyczyną niesprawności osoby chorej na schizofrenię w zakresie złożonych aktywności (jak np. komunikowanie, podejmowanie decyzji). Jej przejawem są deficyty umiejętności społecznych oraz upośledzenie w dbałości o higienę, żywienie, estetykę wyglądu własnego i otoczenia, wykonywaniu pracy zawodowej czy utrzymaniu więzi interpersonalnych.

Jako następstwa niesprawności R. Liberman (1986) podaje sytuacje skrajnego wyobcowania chorych z życia społecznego, takie jak:

- bezdomność,
- bezrobocie,
- brak kontaktów społecznych,
- brak dostępu do rozrywki i kultury,
- odrzucenie poza margines danej społeczności [5].

Tak więc umiejętności społeczne wyznaczają poziom funkcjonowania w tym aspekcie i stanowią „narzędzia” znajdujące zastosowanie w kontaktach z innymi ludźmi. Służą zarówno osiągnięciu konkretnych celów, jak i zaspokajaniu potrzeb emocjonalnych i społecznych z uwzględnieniem praw i potrzeb drugiej osoby.

Z tych powodów D.H. Bennet (1983) w postępowaniu z osobami z rozpoznaniem psychozy schizofrenicznej kładzie szczególny nacisk na radzenie sobie i na poprawę funkcjonowania, a nie na wyleczenie. Skoncentrowanie się wyłącznie na fizycznym aspekcie choroby jest niewystarczające, gdyż wiele innych aspektów życia ma ogromny wpływ na poziom ich funkcjonowania czy samoocenę [6].

## Problemy w zakresie społecznego funkcjonowania

Chorzy na schizofrenię osiągają gorszy poziom umiejętności społecznych niż osoby zdrowe czy cierpiące z powodu innych zaburzeń psychicznych [1, 2, 5, 7].

Badania, jakie przeprowadzili J. Gibbons i wsp. (1984) wśród osób mieszkających z rodziną wykazały aż u 78% uczestników obniżony poziom funkcjonowania społecznego [6].

W katamnesticznych badaniach K. Górnej [1] czy P. Masona i wsp. (1995) blisko połowa badanych prezentowała istotne problemy w zakresie społecznego funkcjonowania. J.S. Strauss i W.T. Carpenter (1977) wykazali ponadto, że funkcjonowanie społeczne w kontaktach międzyludzkich i aktywności zawodowej osób chorych psychicznie wiąże się ściśle z poziomem funkcjonowania w tych obszarach w okresie przedchorobowym.

W.S. Fenton (1996), dokonując analizy prac J. Zubina (1977) i J.H. Stephena (1978) przyznaje słuszność regule „jednej trzeciej”. Zgodnie z nią 1/3 chorych po leczeniu uzyskuje pełną remisję i powraca do przedchorobowego poziomu funkcjonowania, 1/3 uzyskuje częściową remisję i funkcjonuje gorzej niż przed pojawieniem się psychozy. U pozostałych – postępujący przebieg schizofrenii doprowadza do całkowitej niesprawności społecznej [5].

J. Wciórka [8] sugeruje, że trudności społeczne, charakteryzujące osoby z diagnozą schizofrenii, dotyczą zwłaszcza:

- 1) kompetencji społecznej (ograniczenie umiejętności rozwiązywania prostych i złożonych zadań społecznych),
- 2) oparcia społecznego (niedostosowanie, ograniczenie lub brak sieci społecznych).

Ich efektem jest:

- niesprawne odgrywanie ról społecznych,
- degradacja społeczna,
- zależność od instytucji, które na co dzień bądź w sytuacjach kryzysowych świadczą różnorodne formy pomocy.

Bezradność otoczenia, stygmatyzacja lub bardziej skrajne przejawy dyskryminacji chorych psychicznie pełnią często funkcję czynników potęgujących i utrwalających tego typu konsekwencje choroby schizofrenicznej.

Powyższą sytuację uwidocznili A.H. Crisp i wsp. [9], badając postawy populacji osób zdrowych wobec chorych psychicznie (Wielka Brytania). Opinie badanych eksponowały na pierwszym miejscu zakłócone funkcjonowanie towarzyszące chorobie psychicznej.

J. Platt i G. Spivack (1989) zwracają uwagę na istotne problemy w rozwiązywaniu sytuacji interpersonalnych. J.V. Vaccro i wsp. (1992) potwierdzają powyższe spostrzeżenia, dodając, że cho-

rzy na schizofrenię mają szczególne trudności w prezentowaniu zachowań asertywnych, które częściej zastępuje agresja lub pasywność. K. Drat-Ruszczak (1991) dodaje, że swoistą właściwością postępowania tych osób jest rezygnacja z wartościowania jakichkolwiek sytuacji życiowych. Konsekwencją tego jest spadek motywacji do poszukiwania konstruktywnych rozwiązań i przeprowadzania jakichkolwiek zmian [10].

W odniesieniu do osób leczonych psychiatrycznie duże znaczenie dla funkcjonowania społecznego ma praca. Tymczasem, jednym z najbardziej upośledzonych obszarów funkcjonowania w tym aspekcie jest właśnie aktywność zawodowa.

W ostatnim okresie zwraca uwagę w obserwowanych grupach chorych na schizofrenię wzrost odsetka osób niepracujących. W latach 70. ubiegłego stulecia donoszono o 24–38% bezrobotnych, a w latach 90. – już o 44–90% [5].

Przyczyn tego zjawiska można dopatrywać się w przeszkodach:

- a) obiektywnych – wynikających z aktualnej sytuacji panującej na rynku pracy,
- b) subiektywnych, jak:
  - nieufność i niechęć pracodawców przejawiana w stosunku do osób po przebytych kryzysie psychicznym,
  - przeświadczeniu wielu chorych o ich niewydolności fizycznej i umysłowej będącej następstwem procesu psychotycznego.

Problem bezrobocia wśród leczonych z powodu psychozy schizofrenicznej dotyczy również społeczeństw o zupełnie odmiennej niż Polska sytuacji społeczno-ekonomicznej.

Badania prowadzone w Norwegii (kraju o niskim wskaźniku bezrobocia) dowodzą, że blisko

95% obserwowanych pozbawionych było pracy, a 1/3 tej grupy straciła zatrudnienie w czasie kontynuowanych badań, tj. w okresie 7 lat. Słabsze wyniki społecznego funkcjonowania wynikały zasadniczo z mniejszego zatrudnienia [11].

Istotną rolę dla losów pacjenta odgrywa też czas, jaki upłynął od momentu wystąpienia objawów do chwili rozpoczęcia leczenia. „Okres nieleczonej psychozy” (S. Carbone i wsp. 1999) ma znaczenie nie tylko dla rozpoznania, lecz także dla przebiegu choroby – w tym dla odzyskania dobrego poziomu zawodowego i społecznego [12].

## Podsumowanie

Na podstawie zaprezentowanych spostrzeżeń na temat funkcjonowania społecznego osób z rozpoznaniem schizofrenii należy podkreślić, że na skutek zaburzeń intrapsychicznych pojawiają się problemy w codziennym funkcjonowaniu, utrudnienia w aktywności zawodowej, zakłócenia w relacjach interpersonalnych, zwłaszcza rodzinnych.

Świadomość choroby psychicznej, długo trwająca hospitalizacja psychiatryczna i połączona z nią izolacja społeczna oraz pogorszenie statusu socjalno-bytowego mogą odgrywać w tym obszarze życia znamienne rolę [13].

Nierzadko, na skutek dezadaptacyjnej reakcji na sytuację choroby psychicznej osoby te tracą poczucie pewności siebie i w obawie przed jakąkolwiek ekspozycją na stres pogrążają się w całkowitej apatii, wycofaniu. W skrajnych wypadkach rozwija się stan określany mianem „zespołu załamania funkcjonowania społecznego” [14].

## Piśmiennictwo

- Górna K, Rybakowski J. Funkcjonowanie społeczne chorych na schizofrenię (badania katamnesticzne). *Psychiatr Pol* 1995; 5, 29: 619–630.
- Załużka M. Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 237–251.
- Załużka M. Metody oceny funkcjonowania społecznego chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 1995; 5, 29: 631–640.
- Borkowska A. Porównanie wpływu klasycznych i atypowych neuroleptyków na zaburzenia funkcji poznawczych w schizofrenii. „Bieszczadzkie Dni Psychiatryczne”. Polańczyk; 2001.
- Załużka M. *Funkcjonowanie społeczne i zapotrzebowanie na opiekę środowiskową w schizofrenii*. Rozprawa habilitacyjna. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
- Ekdawi MY, Conning AM. *Rehabilitacja psychiatryczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1995.
- Górna K, Hołoga N, Robakowski J. *Funkcjonowanie społeczne a stan psychiczny i jakość życia chorych na schizofrenię w środowisku szpitalnym*. Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka”. Kraków; 2000.
- Wciórka J. *Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i schizoafektywne*. W: Bilikiewicz A, Puzyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
- Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. Stigmatisation mentally ill persons. *Brit J Psych* 2000; 177: 4–7.
- Sawicka M. Możliwość modyfikowania deficytów poznawczych obserwowanych w obszarze funkcjonowania społecznego u osób przewlekle chorych na schizofrenię. *Psychiatr Pol* 2001; 6, 35: 991–1004.

11. Melle I, Friis S, Vaglum P. Social functioning of patients with schizophrenia in high-income welfare societies. *Psych Services* 2000; 2, 51: 223–228.
12. Jarema M, red. *Pierwszy epizod schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2001.
13. Ryn Z, Zawadzka K. Zdaniem specjalistów. *Rehab Med* 1999; 3, 3: 13–15.
14. Shepherd G. *Rehabilitacja w psychiatrii*. Pruszków: Towarzystwo Amici di Tworki; 1999.

Adres do korespondencji:

Dr n. med., mgr piel. Agnieszka Skorupska  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego  
Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Wydział Nauk o Zdrowiu CMUJ  
ul. Kopernika 25  
31-501 Kraków  
Tel.: (012) 421-41-60  
Tel. kom.: 0698 612-206  
E-mail: agnieszka.skorupska@poczta.fm

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.10.2004 r.

Po recenzji: 8.03.2007 r.

Zaakceptowano do druku: 15.10.2007 r.