

Spójność wymiarów objawowych schizofrenii w dwunastoletniej katamnezie*

Consistency of symptomatic dimensions of schizophrenia in a 12 year follow up study

Andrzej Cechnicki¹, Łukasz Cichocki¹, Joanna Franczyk-Glita²

¹ Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM
Kierownik: dr n. med. A. Cechnicki

² Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej
Przewodnicząca: mgr A. Bielańska

Summary

Aim. Objectives were to identify syndromes measured by BPRS – E scale and to analyse changes in syndromes' consistency in the course of a 12 year prospective study.

Method. A group of 80 patients with diagnosis of schizophrenia was followed up in 1, 3, 7 and 12 years after their first psychiatric hospitalisation. Their psychopathological status was investigated with BPRS – E scale.

Result. Four syndromes were found: positive, negative, depressive and excitement. However, in the following time points, consistency of syndromes was different. The most consistent syndrome was the negative one. Of ten symptoms connected with this syndrome four, namely: motor retardation, blunted affect, uncooperativeness, emotional withdrawal were present in every follow-up within this syndrome. In the case of the excitement syndrome two symptoms (hostility and tension) were present in all follow-ups. None of the symptoms included in the depressive and positive syndromes were consistently present within these syndromes over the period of twelve years.

Słowa kluczowe: schizofrenia, wymiary objawów, analiza spójności

Key words: schizophrenia, symptomatic dimensions, integrity analysis

Wprowadzenie

Pojęcie schizofrenii stworzone przez E. Bleulera w 1911 r. [1] stało się jednym z podstawowych kategorii diagnostycznych psychiatrii XX wieku. W zasadzie od początku jego istnienia było wiadomo, że obejmuje ono różnorodne zaburzenia. Sam Bleuler pisał o „grupie schizofrenii”. Wyróżnił cztery podstawowe postacie schizofrenii: paranoidalną, hebefreniczną, katatoniczną i prostą. Różniły się one między sobą

*Praca powstała w krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii.

objawami, przebiegiem i możliwym „zejściem” choroby, czyli rokowaniem. Ten podział z jednej strony istotny i w pewnej mierze do dziś aktualny, stał się jednak później obiektem krytyki. Wyniki obserwacji klinicznych na przestrzeni lat wskazywały na coraz większy udział w schizofrenii postaci paranoidalnej. Jednocześnie obserwowano niejednorodny przebieg i obraz tej postaci. Odpowiedzią na te obserwacje stał się dychotomiczny podział zaburzeń z kręgu schizofrenii na dwa podtypy: I – z dominującymi objawami pozytywnymi, oraz II – z dominującymi objawami negatywnymi, zaproponowany przez angielskiego badacza Timothy’ego Crowa w 1980 r. [2]. Podział ten spotkał się z dużym oddźwiękiem. Wprowadzono nowe narzędzia badające te wymiary objawów: Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [3], Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) [4], Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) [5], oraz zmodyfikowano istniejącą już Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) [6].

W zastosowanej w tym badaniu BPRS, podobnie jak w przypadku innych narzędzi, w miarę upływu czasu doszło do wyróżnienia w obszarze psychopatologii schizofrenii większej liczby wymiarów. We wprowadzeniu omówione zostaną wyniki tylko tych prac, w których użyto rozszerzonej wersji tego narzędzia (BPRS-E) opracowanej przez Lukoffa z zespołem w 1986 r.

W 1993 r. van der Does i wsp. [7], w grupie 65 osób z niedawno postawioną diagnozą schizofrenii, stwierdzili występowanie czterech wymiarów objawowych: negatywnego, pozytywnego, dezorganizacji i depresji. Dingemans z zespołem [8] w zróżnicowanej pod względem diagnostycznym grupie pacjentów ($n = 150$) wyróżnili pięć wymiarów: pozytywny, negatywny, depresyjny, maniakalny, dezorientacji. Burger i wsp. [9] zbadali grupę 165 bezdomnych osób z mieszanymi diagnozami (schizofrenia, choroba afektywna dwubiegunowa, depresja nawracająca, psychozy atypowe, zaburzenia urojeniowo-omamowe) i także stwierdzili występowanie pięciu syndromów (zaburzenia myślenia, wycofanie, lęk/depresja, wrogość/podejrzliwość, pobudzenie). Ventura ze wsp. [10] zbadali grupę 141 psychotycznych pacjentów, w większości młodych dorosłych, z diagnozą z kręgu schizofrenii ($n = 114$). Odnosząc swoje wyniki do rezultatów poprzednich badań, wskazali model czterowymiarowy jako bardziej spójny i adekwatny z praktycznego punktu widzenia. Cztery nazwane przez nich wymiary to pozytywny, negatywny, depresyjny i maniakalny. Ruggeri i wsp. [11], badając grupę 404 osób z diagnozą schizofrenii z pięciu różnych europejskich krajów, także stwierdzili obecność czterowymiarowego modelu z wymiarami: maniakalnym/pobudzenia, depresji/lęku, pozytywnym i negatywnym. Istotną pracą dotyczącą zarówno analizy wymiarów psychopatologicznych skali BPRS, jak i stabilności tych wymiarów w czasie (4 badania w ciągu roku, $n = 1440$, różne diagnozy) była publikacja Velligana i wsp. z 2005 r. [12]. Również wyniki tej pracy wspierają model czterowymiarowy (wymiar: pobudzenie, depresja/lęk, pozytywny, negatywny).

Istotną cechą dotychczas przeprowadzonych i opublikowanych badań jest albo brak analizy stabilności, spójności poszczególnych wymiarów/syndromów w czasie, bądź relatywnie krótki okres obserwacji. W dwóch badaniach, w których taką obserwację prowadzono – Velligana i wsp. [12] i van der Doesa i wsp. [7] – było to odpowiednio 12 i 15 miesięcy.

Cel pracy

Na podstawie analizy obrazu psychopatologicznego w kolejnych badaniach katamnestycznych sformułowano dwa cele badawcze:

- 1 – wyszczególnienie wymiarów objawowych schizofrenii w trakcie dwunastoletniej katamnezy
- 2 – ocena spójności wyszczególnionych wymiarów przez dwanaście lat.

Grupa, narzędzia i metoda

Opis grupy

W latach 1985–1988 wyłoniono 80-osobową grupę osób, które spełniały następujące kryteria wstępne: a) pierwsza hospitalizacja psychiatryczna, b) diagnoza schizofrenii wg kryteriów obowiązującej wówczas klasyfikacji DSM-III (redyagnozowanej w 12-letniej katamnezie wg DSM-IV [13]), c) mieszkanie wraz z rodziną na terenie Krakowa. Kryteriami wykluczającymi były zaburzenia psychoorganiczne i uzależnienie od substancji psychoaktywnych. Grupa była badana w trakcie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej (w momencie przyjęcia oraz wypisaniu ze szpitala) oraz w rok, trzy lata, siedem i dwanaście lat po pierwszej hospitalizacji. W analizach wykorzystano wyniki 4 punktów pomiarowych w kolejnych katamnezach: w rok od pierwszej hospitalizacji badaniom poddano 77 osób, w trzy lata – 74, w siedem – 71, i w dwanaście lat – 72 osoby (tab. 1).

Tabela 1. Opis grupy przez predyktory demograficzne w momencie rozpoczęcia badań

Predyktory demograficzne	Kategorie	K1 (n = 77)	K3 (n = 74)	K7 (n = 71)	K12 (n = 72)
** [1] Płeć	kobiety mężczyźni	45 (58%) 32 (42%)	42 (56%) 32 (44%)	43 (65%) 28 (35%)	42 (58%) 30 (42%)
* [2] Wiek pacjenta w momencie I hospitalizacji	rozpiętość średnia w latach	18 do 44 27,2	18 do 44 27	18 do 43 27,4	18 do 44 27,2
* [3] Stan cywilny przed I hospitalizacją	1. zamężna/zonaty 2. rozwiedziona/y 3. stanu wolnego	27 (35%) 0 (0%) 50 (65%)	25 (34%) 0 (0%) 49 (66%)	24 (34%) 0 (0%) 47 (66%)	25 (35%) 0 (0%) 47 (65%)
* [4] Wykształcenie w momencie I hospitalizacji	1. wyższe 2. średnie 3. zasadnicze zawodowe 4. podstawowe	30 (39%) 30 (39%) 13 (17%) 4 (5%)	28 (37%) 29 (40%) 13 (18%) 4 (5%)	27 (38%) 28 (39%) 14 (20%) 2 (3%)	25 (35%) 31 (43%) 13 (18%) 3 (4%)

* różnice międzygrupowe mierzone za pomocą testu Mann-Whitneya n.s.

** różnice międzygrupowe mierzone za pomocą testu Chi² n.s.

Średni wiek badanych wynosił 27,2 roku i choć w momencie pierwszej hospitalizacji odnotowano dużą rozpiętość, wynoszącą od 18 do 44 lat, to większość badanych zachorowała przed 30 rokiem życia.

Narzędzie badawcze

Zastosowano Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) – narzędzie skonstruowane w 1960 r. przez Overall i Gorhama [14]. Oryginalna wersja opisywała 16 objawów. Modyfikacja z 1972 r. oceniała 18 symptomów. W naszym badaniu użyliśmy najnowszej adaptacji skali w wersji BPRS-E [6]. Obejmuje ona 24 objawy oceniane w 7-stopniowej skali od 1 do 7.

Analizy statystyczne

Do oceny wyników zastosowano eksploracyjną analizę czynnikową. Podstawową analizę przeprowadzono, traktując wszystkie pomiary w czasie zbiorczo i dopiero potem wyłoniono czteroczynnikową strukturę syndromów. Następnie poddano analizie każdy z pomiarów osobno, w celu ustalenia, czy struktura czynnikowa potwierdza się w każdym z punktów pomiarowych. Przyjęto założenie o ortogonalności czynników, w związku z czym zastosowano rotację typu varimax.

Wyniki badań

W analizie dokonanej na podstawie czterech punktów pomiarowych traktowanych zbiorczo: po roku (K1), trzech (K3), siedmiu (K7) i dwunastu (K12) latach od pierwszej hospitalizacji, stwierdzono, że objawy mierzone za pomocą skali BPRS-E utworzyły cztery wymiary objawów: negatywny, pozytywny, depresyjny, pobudzenia. Jako kryterium przydziału itemu (objawu) do danego wymiaru przyjęto wartość graniczną ładunku czynnikowego 0,5. Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki analizy czynnikowej dla zbiorczych wyników w czterech punktach pomiarowych w ciągu dwunastu lat

Objaw \ Wymiar	Wymiar negatywny	Wymiar pobudzenia	Wymiar depresyjny	Wymiar pozytywny
Obawy o zdrowie	0,13	0,39	0,56	0,01
Lęk	0,25	0,14	0,66	0,36
Obniżony nastrój	0,37	0,00	0,72	0,10
Poczucie winy	0,05	0,14	0,70	0,15
Wrogość	0,20	0,53	0,26	0,26
Nieufność, podejrzliwość	0,34	0,36	0,16	0,54
Zaburzenia treści myślenia	0,28	0,20	0,16	0,81
Treści wielkościowe w myśleniu	-0,04	0,26	-0,08	0,51
Omamy	0,11	-0,13	0,06	0,80
Zaburzenia orientacji	0,57	-0,07	0,10	0,15
Formalne zaburzenia myślenia	0,56	0,15	0,08	0,31

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Napięcie wewnętrzne	0,35	0,56	0,20	0,28
Spowolnienie ruchowe	0,59	-0,20	0,24	-0,05
Zubożenie uczuciowe	0,75	-0,03	0,31	0,12
Ujawnianie napięcia	0,41	0,62	0,24	0,09
Manieryzmy, dziwaczne pozy	0,58	0,14	0,05	-0,04
Brak współpracy z badającym	0,62	0,24	-0,02	0,03
Wycofanie emocjonalne	0,78	0,04	0,07	0,13
Myśli i tendencje samobójcze	-0,04	-0,15	0,72	-0,07
Zaniedbanie w higienie	0,65	0,20	-0,05	0,21
Zachowanie dziwaczne	0,54	0,17	0,10	0,21
Podwyższony nastrój	-0,13	0,64	-0,13	-0,05
Pobudzenie ruchowe	0,08	0,78	-0,04	0,07
Rozproszenie uwagi	0,63	0,23	0,05	0,18
Expl,Var	4,76	2,74	2,72	2,45
Prp,Totl	0,20	0,11	0,11	0,10

W każdej kolumnie wyróżniono te objawy, które włączono do danego wymiaru. Na wymiar negatywny złożyły się następujące objawy: zaburzenia orientacji; formalne zaburzenia myślenia; spowolnienie ruchowe; zubożenie uczuciowe; manieryzmy, dziwaczne pozy; brak współpracy z badającym; wycofanie emocjonalne; zaniedbanie w higienie; zachowanie dziwaczne; rozproszenie uwagi. Do wymiaru pobudzenia weszły: wrogość; napięcie wewnętrzne; ujawnianie napięcia; podwyższony nastrój; pobudzenie ruchowe. Na wymiar depresyjny złożyły się: obawy o zdrowie; lęk; obniżony nastrój; poczucie winy oraz myśli i tendencje samobójcze. Wymiar pozytywny tworzą: nieufność, podejrzliwość; zaburzenia treści myślenia; treści wielkościowe w myśleniu; omamy.

W celu porównania struktury czynnikowej zaobserwowanej w każdym punkcie pomiarowym ze strukturą właściwą dla wszystkich pomiarów potraktowanych zbiorczo, przeprowadzono serię analiz czynnikowych osobno dla każdego pomiaru. Zestawienie wartości czynnikowych poszczególnych objawów w danym punkcie pomiarowym przedstawiono w tabeli zbiorczej (tab. 3).

Tabela 3. Wyniki analizy czynnikowej dla poszczególnych punktów pomiarowych

	zbiorcza	K1	K3	K7	K12
Wymiar negatywny					
Zaburzenia orientacji	0,57	0,78	0,72	0,09	0,65
Formalne zaburzenia myślenia	0,56	0,78	0,37	0,33	0,41
Spowolnienie ruchowe	0,59	0,69	0,72	0,80	0,58
Zubożenie uczuciowe	0,75	0,61	0,60	0,78	0,78

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Manieryzmy, dziwaczne pozy	0,58	-	-0,03	0,86	0,65
Brak współpracy z badającym	0,62	0,56	0,59	0,53	0,70
Wycofanie emocjonalne	0,78	0,68	0,60	0,75	0,78
Zaniedbanie w higienie	0,65	0,35	0,50	0,53	0,58
Zachowanie dziwaczne	0,54	-0,10	0,54	0,74	0,38
Rozproszenie uwagi	0,63	0,72	0,77	0,25	0,37
Wymiar pobudzenia					
Wrogość	0,53	0,51	0,77	0,74	0,70
Napięcie wewnętrzne	0,56	0,63	0,57	0,62	0,74
Ujawnianie napięcia	0,62	0,77	0,55	0,26	0,74
Podwyższony nastrój	0,64	0,51	-0,05	-0,10	0,62
Pobudzenie ruchowe	0,78	0,68	0,11	0,26	0,79
Wymiar depresyjny					
Obawy o zdrowie	0,56	0,28	0,41	0,60	0,59
Lęk	0,66	0,73	0,30	0,71	0,67
Obniżony nastrój	0,72	0,38	0,59	0,72	0,68
Poczucie winy	0,70	0,33	0,61	0,47	0,77
Myśli i tendencje samobójcze	0,72	0,49	0,04	0,73	0,73
Wymiar pozytywny					
Nieufność, podejrzliwość	0,54	0,39	-0,04	-0,07	0,38
Zaburzenia treści myślenia	0,81	0,31	0,05	-0,14	0,74
Treści wielkościowe w myśleniu	0,51	0,61	0,26	-0,21	0,32
Omamy	0,80	-0,01	-0,04	-0,09	0,75

Wyróżnione pozycje wskazują na te objawy, które zostały przydzielone do tego samego wymiaru co w analizie zbiorczej, pozostałe nie wyróżnione objawy to te, które według analizy ogólnej znalazły się w danym wymiarze, ale nie osiągnęły odpowiedniej wartości krytycznej w tym konkretnym pomiarze.

Podsumowując wyniki, spośród czterech wyróżnionych wymiarów objawowych: negatywnego, pobudzenia, depresyjnego i pozytywnego najbardziej spójnym na przestrzeni lat badania okazał się wymiar negatywny. Spośród dziesięciu przyporządkowanych mu objawów w żadnym punkcie pomiarowym ich liczba nie spadła poniżej siedmiu. Cztery z nich: spowolnienie ruchowe, zubożenie uczuciowe, brak współpracy z badającym, wycofanie emocjonalne występowały we wszystkich punktach pomiarowych. Z objawów tworzących wymiar pobudzenia dwa występowały we wszystkich punktach pomiarowych. Były to: wrogość oraz napięcie wewnętrzne. Z objawów tworzących wymiar depresyjny i pozytywny nie było ani jednego pojawiającego się stabilnie w obrębie obejmującego go wymiaru we wszystkich punktach pomiarowych.

Dyskusja

Biorąc pod uwagę pierwszy cel niniejszej pracy, czyli ocenę wymiarów objawowych mierzonych za pomocą skali BPRS-E, należy uznać, że wyniki uzyskane w badanej grupie są zbieżne z rezultatami większości dotychczas przeprowadzonych badań. Podobnie jak w pracach van der Doesa i wsp. [7], Ventury i wsp. [10], Ruggeri i wsp. [11], Velligana i wsp. [12], model czterowymiarowy okazał się najbardziej poprawny. Ze statystycznego punktu widzenia próba wprowadzenia modelu pięciowymiarowego w badanej grupie skutkowałą obecnością wymiarów słabych z przyporządkowanymi sobie zaledwie dwoma, trzema objawami. Zbiorcze wyniki dotychczasowych badań przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Przegląd wybranych badań – zbiorcze wyniki

Analizowane objawy psychopatologiczne	Van der Does i wsp. (1993) [7]	Dingemans i wsp. (1995) [8]	Burger i wsp. (1997) [9]	Ventura i wsp. (2000) [10]	Velligan i wsp. (2005) [12]	Velligan i wsp. (2005) [12]	Cechnicki i wsp. (2009)
Depresja / lęk / afekt							
Nastroj depresyjny	0,61	0,86	0,79	0,75	0,79	0,79	0,72
Lęk		0,75	0,77	0,62	0,79	0,79	0,66
Poczucie winy	0,69	0,64	0,71	0,58	0,71	0,71	0,70
Obawy o zdrowie		0,41	0,58	0,30	0,52	0,52	0,56
Wrogość			0,08	0,03	0,56	0,57	
Napięcie wewnętrzne			0,22	0,25	0,16	0,19	
Myśli i tendencje samobójcze	0,73	0,71	0,57	0,61	0,68	0,67	0,72
Psychotyczność/ zaburzenia myślenia							
Zaburzenia treści myślenia	0,85	0,79	0,88	0,65	0,86	0,83	0,81
Halucynacje	0,65	0,61	0,73	0,51	0,75	0,74	0,80
Formalne zaburzenia myślenia		0,54	0,53	0,34	0,42	0,34	
Nieufność, podejrzliwość	0,86	0,72	0,36	0,48	0,61	0,56	0,54
Treści wielkościowe w myśleniu		0,61	0,85	0,24	0,60	0,61	0,51
Zachowanie dziwaczne		0,66	0,47	0,67	0,53	0,46	
Zaburzenia orientacji			0,16	0,52	0,31	0,25	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Symptomy negatywne lub wycofanie/spowolnienie							
Zubożenie uczuciowe	0,70	0,82	0,85	0,77	0,80	0,78	0,75
Spowolnienie ruchowe	0,85	0,86	0,76	0,70	0,71	0,69	0,59
Wycofanie emocjonalne	0,85	0,88	0,84	0,66	0,81	0,82	0,78
Brak współpracy z badającym		0,43	0,15	0,38	0,41	0,45	0,62
Manieryzmy, dziwaczne pozy			0,20	0,37	0,23	0,24	0,58
Zaburzenia orientacji			0,63	0,22	0,41	0,40	0,57
Zaniedbanie w higienie	0,43	0,47	0,42	0,41	0,28	0,25	0,65
Formalne zaburzenia myślenia							0,56
Zachowanie dziwaczne							0,54
Rozproszenie uwagi							0,63
Wrogość/podejrzliwość							
Wrogość			0,88				
Podejrzliwość			0,50				
Brak współpracy z badającym			0,72				
Treści wielkościowe w myśleniu			-0,11				
Pobudzenie							
Ujawnianie napięcia	0,79	0,76	0,78	0,77	0,77	0,75	0,62
Napięcie wewnętrzne	0,52	0,71	0,77	0,35	0,60	0,63	0,56
Manieryzmy, dziwaczne pozy	0,61		0,79		0,47	0,47	
Formalne zaburzenia myślenia	0,58	0,55	0,20	0,11	0,57	0,55	
Zachowanie dziwaczne	0,66		0,20		0,45	0,41	
Podwyższony nastrój	0,65	0,34	0,27	0,77	0,42	0,39	0,64
Rozproszenie uwagi	0,74	0,42	0,37	0,69	0,49	0,48	
Pobudzenie ruchowe	0,76	0,71	0,66	0,87	0,80	0,80	0,78
Wrogość	0,65		-0,16	0,45	0,15	0,15	0,53
Treści wielkościowe w myśleniu			0,00	0,41	0,30	0,22	

Modele pięciowymiarowe były także mniej spójne i zrozumiałe z klinicznego punktu widzenia. Podkreślić także należy, że badania wskazujące na obecność pięciowymiarowego modelu objawów – Dingemansa i wsp. [8] i Burgera i wsp. [9], były przeprowadzane w heterogenicznych pod względem diagnostycznym grupach pacjentów, co mogło mieć wpływ na uzyskanie bardziej skomplikowanego obrazu objawowego.

Drugi cel tej pracy – ocena spójności stwierdzonych wymiarów objawowych na przestrzeni czasu – należy odnieść przede wszystkim do analizujących ten aspekt badań van der Doesa i wsp. [7] i Velligana i wsp. [12]. Oba badania były przeprowadzane w relatywnie niewielkich przedziałach czasu. Van der Does z zespołem [7] badali grupę 65 osób z diagnozą schizofrenii w trzech punktach pomiarowych w ciągu piętnastu miesięcy. Istotny dla wiarygodności tego badania wydaje się spadek liczebności badanej grupy w kolejnych punktach pomiarowych tego badania – z 65 na początku badania do 45 na jego końcu. Velligan z zespołem [12] zastosowali jeszcze krótszy czas obserwacji – 12 miesięcy i cztery punkty pomiarowe w odstępach trzymiesięcznych. Ich liczna grupa badanych (1441 na początku badania, 1099 na jego końcu) była znacznie zróżnicowana pod względem diagnostycznym. Badani z diagnozą schizofrenii stanowili około 1/3 badanej grupy (441 osób). Uzyskane w obu wyżej wymienionych badaniach wyniki są rozbieżne. Velligan i wsp. [12] stwierdzili w badanej grupie stabilność poszczególnych wymiarów w wyodrębnionym modelu czynnikowym na przestrzeni czasu. Wyniki pracy van der Doesa i wsp. [7], podobnie jak wyniki niniejszego badania, wykazały małą spójność wymiaru pozytywnego na przestrzeni czasu. Wymiar ten składający się w tym badaniu z trzech objawów (niezwykle treści myślenia, omamy, podejrzliwość) uległ rozproszeniu w środkowym punkcie pomiarowym. Van der Does i wsp. [7] wyciągnęli z takich obserwacji wnioski, że struktura objawów, a zatem i spójność ich wymiarów, zależy od fazy choroby. Velligan i wsp. w swojej polemice z van der Doesem i wsp. podkreślali małą liczebność grupy i uważali, że mogła ona mieć znaczący wpływ na niewielką spójność wymiarów objawowych. Wyniki niniejszego badania, wspierające wyniki badań van der Doesa i wsp. [7], ale uzyskane w większej grupie badawczej i w dłuższej perspektywie czasowej, każą ponownie przemyśleć charakter objawów przypisywanych zaburzeniom z kręgu schizofrenii. Być może należy się odwołać w tym miejscu do liczącej już wiele lat, ale nadal interesującej koncepcji etioepigenetycznej Tadeusza Bilikiewicza [15]. W jej ujęciu zespoły objawów pozytywnych miałyby przejściowy charakter (trzecia warstwa etioepigenetyczna), nakładając się na znacznie bardziej trwałą zespół objawów negatywnych tworzących „jądro choroby”.

Rozpatrując dwa pozostałe wymiary, na uwagę zasługuje wykazanie dość dużej spójności wymiaru pobudzenia w czasie dwunastoletniej katamnez. Dwa składające się na niego objawy: wrogość i napięcie wewnętrzne były obecne we wszystkich punktach pomiarowych. Odnosząc ten wynik do prac innych badaczy, należy stwierdzić, że napięcie wewnętrzne jest objawem obecnym na poziomie istotnym statystycznie prawie we wszystkich cytowanych przez nas badaniach. Jeśli chodzi o drugi ze wspomnianych objawów – wrogość, to wyniki przytaczanych przez nas badań są niejednoznaczne. Z jednej strony są badania van der Doesa i wsp. [7], w których wrogość stanowi istotny element wymiaru pobudzenia, czy też Burgera i wsp. [9], którzy wyróżnili osobny, piąty wymiar: wrogość/podejrzliwość, obejmujący także wrogość rozumianą jako objaw; z drugiej – pozostałe cytowane badania nie wykazują istotności statystycznej tego objawu w wymiarze pobudzenia. Pojawia się on natomiast w badaniach Velligana i wsp. [12] jako element wymiaru depresyjnego. W naszym przekonaniu uzyskane przez nas wyniki są zrozumiałe z klinicznego punktu widzenia. Jednym z aspektów

chorowania na psychozy z kręgu schizofrenii jest poczucie niechęci i wrogości otoczenia. To poczucie może mieć źródło zarówno w realnym doświadczeniu pacjentów, jak i w stosowanych przez nich mechanizmach projekcyjnych. Wyniki naszych badań wskazują na trwałość tego zjawiska w czasie oraz jego związek z odczuwanym napięciem wewnętrznym. Wiedza ta znajduje potwierdzenie w doświadczeniu klinicznym i może pozwolić lepiej zrozumieć i skuteczniej pomagać osobom dotkniętym takimi zaburzeniami.

Wnioski

1. W analizie objawów pacjentów chorujących na schizofrenię wyłoniono cztery wymiary: negatywny, pobudzenia, depresyjny i pozytywny.
2. Spośród czterech wyróżnionych wymiarów objawowych najbardziej spójnym w ciągu dwunastu lat okazał się wymiar negatywny.
3. Z objawów tworzących wymiar pobudzenia wrogość oraz napięcie wewnętrzne występowały we wszystkich punktach pomiarowych.

Согласность симптоматических показателей шизофрении в двенадцатилетнем анамнезе

Содержание

Задание. Заданием исследования было выкупление симптоматических показателей шизофрении во время двенадцатилетнего анамнеза и оценка согласности выделенных показателей в этом периоде.

Метод. Оследовано 80 пациентов с диагнозом шизофрении с использованием шкалы Brief Psychiatry Rating Scale. Больные были обследованы после года, трех, семи и двенадцати лет спустя со времени первой, их госпитализации.

Результаты. Полученные результаты позволили установить факт, что симптомы группируются в четырех факторах: негативным, возбуждающим, депрессивным и позитивным. Среди них наиболее согласным, на протяжении всего наблюдения, был негативный фактор. Четыре из десяти, подпорядочным ему симптомов были: двигательное обездвиживание, обеднение чувств, отсутствие совместной работы с исследователем, эмоциональная опустошенность. Все это наблюдалось во всех пунктах измерений, в примененной шкале. Из симптомов, образующих фактор возбуждения два находились в радиусе фактора во всех пунктах измерения. К ним относились: враждебность и внутреннее напряжение. Среди симптомов, образующих факторы депрессии и позитивности не было ни одного, присутствующего постоянно в радиусе охватывающего его синдрома во всех пунктах измерения.

Kohärenz der Dimensionen der schizophrenen Symptomatik in zwölfjähriger Katamnese

Zusammenfassung

Ziel. Das der Studie war die Aussonderung der Dimensionen der schizophrenen Symptomatik während der zwölfjährigen Katamnese und die Beurteilung der Kohärenz der genannten Dimensionen in dieser Zeit.

Methode. Eine Gruppe von Personen (n=80) mit der Diagnose Schizophrenie wurde mit Hilfe von BPRS (Brief Psychiatry Rating Scale) untersucht. Die Gruppe wurde ein Jahr, zwei, drei, sieben und zwölf Jahre nach der ersten Hospitalisierung untersucht.

Ergebnisse. Die erzielten Ergebnisse liessen feststellen, dass die Symptome in vier Faktoren geteilt wurden: Negativfaktor, Reizungsfaktor, Depressivfaktor und Positivfaktor. Unter ihnen

zeigte sich der Negativfaktor als der meist kohärente innerhalb diesen Jahren. Vier von zehn der ihm untergeordneten Symptomen: Bewegungsminderung, Affektverflachung, Mangel an Zusammenarbeit mit dem Untersuchten, emotioneller Rückzug traten in seinem Bereich in allen gemessenen Punkten auf. Aus den Symptomen, die den Reizungsfaktor bildeten, wurden zwei innerhalb dieses Faktors in allen gemessenen Punkten enthalten. Es waren: Feindseligkeit und innere Spannung. Aus den Symptomen, die den Depressivfaktor und Positivfaktor bildeten, gab es keinen, der stabil in allen gemessenen Punkten innerhalb ihn umfassenden Syndroms erscheinen könnte.

La consistance des symptômes de schizophrénie durant douze ans d'études prospectives

Résumé

Objectif. Identifier les symptômes de schizophrénie et analyser les changements de leur consistance pendant douze ans d'études prospectives.

Méthode. On examinait le groupe de schizophrènes (n=80) avec Brief Psychiatric Rating Scale : quatre fois – après un an, trois ans, sept ans et douze ans après la première hospitalisation.

Résultats. Les résultats de ces analyses démontrent qu'il y a quatre syndromes des symptômes : négatif, positif, dépressifs, d'excitement. Le syndrome négatif est considéré comme le plus consistant – quatre de dix symptômes de ce syndrome (retardation motrice, appauvrissement affectif, manque de coopération, retrait émotionnel) y sont toujours présents. Le syndrome d'excitement est moins consistant – seulement deux (hostilité et tension interne) y sont toujours présents. Le syndrome dépressif et le syndrome positif n'ont aucun symptôme présent régulièrement durant ces douze ans.

Piśmiennictwo

1. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. Lipsk: Franz Deuticke; 1911.
2. Crow TJ. *Molecular pathology of schizophrenia: More than one disease process?* Brit. Med. J. 1980; 66–68.
3. Kay SR.; Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13 (2): 261–276.
4. Andreasen NC. *The Scale for the Assessment of Positive Symptoms*. Iowa City, IA: University of Iowa; 1984.
5. Andreasen NC. *The Scale for the Assessment of Negative Symptoms*. Iowa City, IA: University of Iowa; 1982.
6. Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. *Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale*. Schizophr. Bull. 1986; 13: 261–276.
7. Van der Does AJW, van der Linszen DH, Dingemans PM, Nugter A, Scholte WF. *A dimensional and categorical approach to the symptomatology of recent-onset schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993; 181: 744–749.
8. Dingemans P, Linszen D, Lenior M. *Component structure of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E)*. Pharmacol. 1995; 122: 263–267.
9. Burger GK, Calsyn RJ, Morse GA, Klinkenberg WD, Trusty ML. *Factor structure of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale*. J. Clin. Psychol. 1997; 53 (5): 451–454.
10. Ventura J, Nuechterlein KH, Subotnik K, Gutkind D, Gilbert E. *Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale*. Psychiatry Res. 2000; 97: 129–135.
11. Ruggeri M, Koeter M, Schene A, Bonetto C, Vázquez-Barquero JL, Becker T, Knapp M, Knudsen HC, Tansella M, Thornicroft G, EPSILON Study Group. *Factor solution of the BPRS-expanded version in schizophrenic out patients living in five European countries*. Schizophr. Res. 2005; 75 (1): 107–117.

12. Velligan D, Prihoda T, Dennehy E, Biggs M, Shores-Wilson K, Crismon ML, Rush AJ, Miller A, Suppes T, Trivedi M, Kashner TM, Witte B, Toprac M, Carmody T, Chiles J, Shon S. *Brief psychiatric rating scale expanded version: How do new items affect factor structure?* *Psychiatry Res.* 2005; 135 (3): 217–228.
13. DSM-IV. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
14. Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale*. *Psychol. Rep.* 1962; 10: 799–812.
15. Bilikiewicz T, red. *Psychiatria kliniczna*, t. 2. Warszawa: PZWL; 1989.

Adres: Andrzej Cechnicki
Pracownia Psychiatrii Środowiskowej
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 20.09.2009
Zrecenzowano: 2.11.2009
Otrzymano po poprawie: 8.12.2009
Przyjęto do druku: 20.01.2010