

Retrospektywna analiza obrazu psychopatologicznego epizodów psychotycznych u hospitalizowanej młodzieży

Retrospective analysis of psychopathological presentation of psychotic episodes in adolescent inpatients

Barbara Remberk¹, Bożena Bogumił², Zofia Bronowska^{3*},
Irena Namysłowska¹, Paweł Potocki^{4*}

¹ Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. med. F. Rybakowski

² Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie

Kierownik: dr hab. n. med. K. Prot-Klinger

³ Lowther Adolescent Service, St. Andrew's Healthcare Northampton, Wielka Brytania

⁴ Gabinet Psychiatryczny Paweł Potocki, Grójec

* W trakcie prowadzenia badań w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie.

Summary

Aim. Analysis of a clinical presentation and course of psychotic episodes in adolescent inpatients.

Method. A retrospective analysis of charts of all (n=104) inpatients diagnosed with one of the schizophrenia-spectrum disorders (schizophrenia, schizotypal disorder and acute and transient psychotic disorders: F20, F21 and F23 according to ICD-10) and assessed with the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) over a 10-year period (1998–2008) in the Child and Adolescent Psychiatry Department. A psychopathological profile of different disorders and correlation between symptoms and demographic and clinical data were analysed.

Results. Severity of symptoms correlated with length of hospitalisation. In schizophrenia higher PANSS total score and more severe some general symptoms than in schizotypal disorders were observed. Also in schizophrenia more negative symptoms than in acute and transient psychotic disorders were detected. In all three disorders, the psychopathological profile included negative symptoms.

Conclusion. In schizophrenia psychopathological symptoms were more severe than in other disorders. Presence of negative symptoms may indicate that all schizophrenia spectrum disorders may have a neurodevelopmental component.

Słowa kluczowe: objawy pozytywne, objawy negatywne, adolescencja

Key words: positive symptoms, negative symptoms, adolescent

Wstęp

Problem różnicowania zaburzeń psychiatrycznych pozostaje wciąż przedmiotem dyskusji mimo długiej historii badań i ogromnej liczby prac analizujących to zagadnienie. Dwa podstawowe systemy klasyfikacyjne, jakimi są ICD-10 i DSM-IV, różnią się między sobą w jego ujęciu [1, 2]. W obu klasyfikacjach granice poszczególnych pojęć mogą w niektórych przypadkach budzić wątpliwości [3].

Wielu chorych, według współczesnych klasyfikacji spełniających kryteria schizofrenii, może nie prezentować objawów osiowych [3]. Kryterium odróżniającym ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne podobne do schizofrenii (F23.2 według ICD-10) od samej schizofrenii jest nie profil objawów, lecz jedynie kryterium czasu ich trwania – poniżej lub powyżej miesiąca. Podobna zasada dotyczy innych podtypów ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych, gdzie, jeżeli objawy trwają ponad trzy miesiące, konieczna jest zmiana rozpoznania. Z drugiej strony ustanowione w klasyfikacji ICD-10 granice czasowe w świetle dalszych badań nie zawsze uznawano za optymalne [4, 5]. Ostre i przemijające zaburzenia psychiatryczne stanowią prawdopodobnie heterogenną grupę zaburzeń o różnym obrazie psychopatologicznym. Stabilność diagnozy w tej grupie jest zdecydowanie mniejsza niż w przypadku schizofrenii [6] i wydaje się, że pełne zrozumienie natury tej grupy zaburzeń wymaga dalszych badań.

Kolejnym obszarem wymagającym uściślenia jest pozycja nozologiczna zaburzeń schizotypowych. W klasyfikacji ICD-10 interpretowane są one jako zaburzenia z grupy schizofrenii F2, zaś klasyfikacja DSM-IV umiejscawia je wśród zaburzeń osobowości. W obu klasyfikacjach kryteria diagnostyczne są podobne, jedynie ICD-10 dopuszcza bardzo krótkotrwałe objawy psychiatryczne, zaś DSM-IV uwzględnia trudności społeczne.

Również różnicowanie pomiędzy zaburzeniem schizotypowym a okresem prodromalnym schizofrenii niekiedy nasuwa trudności. W badaniu Bedwella i wsp. [7], przeprowadzonym w grupie 998 dorosłych osób na podstawie kwestionariuszy samooceny, potwierdzono istotną korelację pomiędzy objawami schizotypowego zaburzenia osobowości a przejawami możliwego okresu prodromalnego schizofrenii. U części badanych wyniki kwestionariuszy wskazywały na równoczesne występowanie obu stanów. Sama natura okresu prodromalnego schizofrenii i jego miejsce w przyszłych klasyfikacjach pozostaje przedmiotem dyskusji i opracowań. Aktualnie proponowane dla DSM-V kryteria dla zespołu mogącego stanowić stan przed rozwojem jawnej psychozy (Attenuated Psychosis Syndrome, APS) obejmują, oprócz obecności słabo nasilonych objawów psychiatrycznych, wymóg pojawienia się lub pogorszenia dolegliwości w ciągu ostatniego roku. Ponadto dla rozpoznania tego zaburzenia konieczne jest ustalenie, czy objawy psychiatryczne powodują pogorszenie samopoczucia lub poszukiwanie pomocy. Zwolennicy wprowadzenia tego rozpoznania do DSM-V argumentują, że choć nie jest pewne, czy pacjenci ci rozwiną zaburzenia psychiatryczne w przyszłości, to niewątpliwie już w momencie stawiania rozpoznania APS są osobami cierpiącymi z powodu przejawów zaburzeń psychicznych [8].

Większość analiz dotyczących powyższych zagadnień bazuje na badaniach obejmujących pacjentów dorosłych. W grupie młodzieży napotymane są dodatkowe trudności diagnostyczne. Obraz i przebieg zaburzeń psychotycznych w tej grupie wiekowej cechuje swoista specyfika [9, 10].

W kilku badaniach dotyczących przebiegu psychoz u adolescentów stabilność diagnozy w okresie rocznej lub dłuższej obserwacji oceniano zaledwie na około 50%, przy czym zasadniczo najbardziej stabilna była diagnoza schizofrenii [11, 12]. Uważa się, że w przypadku schizofrenii o wczesnym początku rokowanie jest poważniejsze [13], a obciążenie biologiczne jest większe niż w przypadku choroby o początku w typowym okresie [9, 14, 15]. Z kolei w grupie ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych rokowanie wydaje się bardziej korzystne. Niektórzy autorzy [10] korzystali z pojęcia przemijających zaburzeń psychotycznych okresu dojrzewania (Transient Adolescent Psychosis, TAP). Robocze kryteria diagnostyczne obejmują ostry początek, występowanie objawów pozytywnych o tematyce związanej z okresem dojrzewania, a także brak objawów negatywnych, cech dziwacznych czy istotnych obciążeń rozwojowych. Tak zdefiniowane zaburzenie wydaje się podtypem ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych. W obserwacji autorów diagnoza ta była niezbyt stabilna, jednakże podgrupa pacjentów z tym rozpoznaniem charakteryzowała się lepszym rokowaniem i bardziej korzystnym przebiegiem choroby.

Jak widać, zaburzenia spektrum schizofrenii, mimo przynależności do tej samej kategorii diagnostycznej, mogą mieć bardzo różny obraz kliniczny. Równocześnie zaburzenia o takim samym obrazie psychopatologicznym mogą należeć do różnych kategorii diagnostycznych w zależności od długości trwania objawów. Dodatkowo specyfika okresu dojrzewania – gdzie z jednej strony na poziomie biologicznym interferują ze sobą zjawiska chorobowe i proces prawidłowego (lub nie) rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, a z drugiej strony występują niekiedy burzliwie przebiegające zjawiska psychologiczne związane z kryzysem okresu adolescencji – sprawia, że różnicowanie objawów psychopatologicznych bywa niezwykle trudne. W związku z tym badania, mające na celu głębsze zrozumienie natury i charakterystyki objawów psychotycznych w tej grupie wiekowej, wydają się potrzebne i celowe.

Cel pracy

Celem obecnej pracy była analiza obrazu psychopatologicznego zaburzeń z grupy schizofrenii (schizofrenia F20, zaburzenia schizotypowe F21 oraz ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne F23 według ICD-10) u hospitalizowanych adolescentów oraz powiązań objawów z parametrami demograficznymi i danymi klinicznymi. Projekt badania uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Material i metoda

Badanie miało charakter retrospektywny. Spośród 244 pacjentów, hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzeń ze spektrum schizofrenii (F20, F21 i F23 według ICD-10) w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży Instytutu Psychiatrii i Neurologii

w okresie 1998-2008, przeanalizowano 104 historie choroby dotyczące wszystkich chorych, dla których w dokumentacji medycznej dostępne były wyniki oceny stanu psychicznego dokonanej przy użyciu Skali Zespołu Pozytywnego i Negatywnego (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS [16]). Zgodnie z zasadami pracy zespołu terapeutycznego w ocenianym okresie, w trakcie pobytu pacjentów na oddziale, diagnoza była ustalana na podstawie badania psychiatrycznego z udziałem doświadczonych psychiatrów. Przy ustalaniu rozpoznania uwzględniano również wyniki obserwacji szpitalnej. Skala PANSS wykorzystywana była do oceny nasilenia objawów po ustaleniu rozpoznania, jej wyniki nie miały wpływu na proces diagnostyczny. W obecnej pracy korzystano z rozpoznań przedstawionych w dokumentacji medycznej. Analizowano profil objawów psychopatologicznych oraz związek objawów z wybranymi parametrami demograficznymi i klinicznymi. W analizie uwzględniono chorych, u których badanie PANSS było przeprowadzane w ciągu pierwszych dwóch tygodni hospitalizacji lub przed rozpoczęciem leczenia farmakologicznego.

Analiza statystyczna

Obliczenia przeprowadzono przy użyciu pakietu SPSS wersja 18.0. Oceniono rozkłady zmiennych przy użyciu testu Kolmogorova-Smirnova i na ich podstawie odrzucono hipotezę zerową o normalności rozkładu. W związku z tym zastosowano testy nieparametryczne. Do porównania grup zastosowano test U Manna-Whitneya, a w przypadku zmiennych kategorialnych test chi-kwadrat. Ze względu na naturę zmiennych niemożliwe było zastosowanie metody analizy wariancji. Do oceny korelacji zastosowano współczynnik korelacji tau-b Kendalla. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$, zaś za poziom tendencji do istotności $p < 0,08$.

Wyniki

Do retrospektywnej analizy włączono 104 pacjentów w wieku 13,4–19,1 roku, średnio $16,7 \pm 1,2$ roku. W badanej grupie było 49 chłopców i 55 dziewcząt.

Związek danych klinicznych i demograficznych z wynikami skali PANSS

A. Porównanie chłopców i dziewcząt

Nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie pomiędzy chłopcami i dziewczętami w zakresie wieku i długości hospitalizacji. Nie było także istotnych różnic w zakresie wyniku ogólnego i sumy punktów poszczególnych podskal PANSS, natomiast zaobserwowano, że dziewczęta osiągnęły wyższy wynik w punktach P3 (zachowania omamowe) i P5 (postawa wielkościowa).

B. Związek długości hospitalizacji z wynikami skali PANSS

Stwierdzono istotne statystycznie korelacje długości pobytu zarówno z sumą całkowitą skali PANSS, jak i sumą podskal – zgodnie z oczekiwaniem wyższa punktacja, a tym samym większe nasilenie zaburzenia, było związane z dłuższym pobytem w szpitalu. Dane liczbowe przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Korelacje pomiędzy długością hospitalizacji a wynikami skali PANSS – korelacja tau-b Kendalla i poziom istotności statystycznej

	PANSS – wynik całkowity	PANSS – podskala pozytywna	PANSS – podskala negatywna	PANSS – podskala objawów ogólnych
Długość pobytu	0,29 ($p < 0,0005$)	0,197 ($p = 0,004$)	0,194 ($p = 0,004$)	0,272 ($p < 0,0005$)

W bardziej szczegółowej analizie wyniki większości punktów w skali PANSS korelowały pozytywnie z długością hospitalizacji. Najwyższy współczynnik korelacji dotyczył punktów P2 (dezorganizacja pojęciowa; tau-b Kendalla = 0,266; $p < 0,0005$), N4 (bierność/apatia, wycofanie społeczne; tau-b Kendalla = 0,254; $p < 0,0005$) i G13 (zaburzenie woli; tau-b Kendalla = 0,255; $p < 0,0005$). Co ciekawe, korelacji nie uwidoczniło m.in. w zakresie punktu P1 (urojenia) i G6 (depresja).

Profil objawów psychopatologicznych dla poszczególnych zaburzeń

Tabela 2 przedstawia wynik ogólny skali PANSS i wyniki poszczególnych podskal dla analizowanych zaburzeń. W schizofrenii obserwowano największe nasilenie objawów. Interesujący wydaje się również fakt, że dla wszystkich trzech grup pacjentów suma punktów podskali negatywnej przewyższała sumę punktów podskali pozytywnej.

Tabela 2. Wyniki skali PANSS dla poszczególnych zaburzeń – przedstawiono wartości średnie ± odchylenie standardowe (test U Manna-Whitneya)

Skala PANSS	F20 (n = 58)	F21 (n = 14)	F23 (n = 32)
PANSS – wynik ogólny	98,09 ± 22,96 A ($p = 0,023$; $Z = -2,271$) B (tendencja do istotności $p = 0,059$; $Z = -1,888$)	84,57 ± 18,98 A ($p = 0,023$; $Z = -2,271$)	89,56 ± 18,28 B (tendencja do istotności $p = 0,059$; $Z = -1,888$)
PANSS – podskala pozytywna	21,05 ± 6,46 A ($p = 0,042$; $Z = -2,031$)	17,64 ± 4,46 A ($p = 0,042$; $Z = -2,031$)	21,22 ± 6,67
PANSS – podskala negatywna	27,75 ± 7,69 B ($p = 0,006$; $Z = -2,735$)	24,43 ± 6,17	23,06 ± 5,2 B ($p = 0,006$; $Z = -2,735$)
PANSS – podskala objawów ogólnych	48,88 ± 13,1 B ($p = 0,079$; $Z = -1,775$)	42,5 ± 11,46	45,28 ± 10,63 B ($p = 0,079$; $Z = -1,775$)

A – Istotna statystycznie różnica pomiędzy grupą F20 a F21

B – Różnice istotne statystycznie oraz różnice na poziomie tendencji do istotności pomiędzy F20 a F23
Nie było istotnych statystycznie różnic pomiędzy F21 a F23 w zakresie punktów przedstawionych w tabeli.

Zastosowano test U Manna-Whitneya.

Następnie przeprowadzono bardziej szczegółową analizę profilu objawów.

A. Porównanie wyników skali PANSS u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (F20) i zaburzenia schizotypowego (F21).

Statystycznie istotnie wyższe wyniki, odpowiadające większemu nasileniu objawów, uzyskali chorzy na schizofrenię w zakresie niektórych punktów skali PANSS ze wszystkich podskal oraz w zakresie wyniku ogólnego. Szczegółowe dane przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Porównanie wyników skali PANSS u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i zaburzenia schizotypowego – przedstawiono jedynie różnice istotne statystycznie (test U Manna–Whitneya)

Skala PANSS	Schizofrenia (F20) średnia ± SD	Zaburzenie schizotypowe (F21) średnia ± SD	Z	p
Dezorganizacja pojęciowa P2	3,74 ± 1,36	2,79 ± 1,05	-2,262	0,024
Zaburzenia myślenia abstrakcyjnego N5	4,21 ± 1,29	3,0 ± 1,41	-2,728	0,006
Napięcie G4	3,53 ± 1,52	2,64 ± 1,08	-2,118	0,034
Dezorientacja G10	2,53 ± 1,63	1,43 ± 0,76	-2,522	0,012
Zaburzenia uwagi G11	3,47 ± 1,30	2,43 ± 0,94	-2,756	0,006
PANSS – Podskala pozytywna	21,05 ± 6,46	17,64 ± 4,46	-2,735	0,042
Wynik całkowity	98,09 ± 22,96	84,57 ± 18,98	-2,271	p = 0,023

B. Porównanie wyników w skali PANSS pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii (F20) i ostrych przemijających zaburzeń psychiatrycznych (F23).

Statystycznie istotnie wyższe wyniki odpowiadające większemu nasileniu objawów uzyskali pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii w kilku punktach skali PANSS, zwłaszcza z zakresu objawów negatywnych oraz w zakresie wyniku sumarycznego dla podskali objawów negatywnych i ogólnych, a także na poziomie tendencji do istotności w zakresie wyniku ogólnego PANSS. Natomiast statystycznie istotnie wyższą średnią uzyskali chorzy z rozpoznaniem F23 w zakresie punktu pobudzenie P4. Wyniki przedstawia tabela 4.

C. Porównanie wyników chorych z rozpoznaniem zaburzeń schizotypowych (F21) i ostrych przemijających zaburzeń psychiatrycznych (F23).

Statystycznie istotnie wyższe wyniki uzyskali pacjenci z rozpoznaniem F23 w zakresie niektórych punktów z podskali objawów pozytywnych i ogólnych. Natomiast statystycznie istotnie wyższą średnią uzyskali chorzy z rozpoznaniem F21 w zakresie punktu postawa wielkościowa P5. W zakresie wyniku ogólnego PANSS i wyników poszczególnych podskal nie było różnic istotnych statystycznie, co może mieć też związek z małą liczebnością badanych grup. Wyniki przedstawia tabela 5.

Tabela 4. Porównanie wyników skali PANSS u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii i ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych – przedstawiono jedynie różnice istotne statystycznie (test U Manna-Whitneya)

Skala PANSS	Schizofrenia (F20) średnia ± SD	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F23) średnia ± SD	Z	p
Pobudzenie P4	2,17 ± 1,46	2,78 ± 1,54	-1,996	0,046
Splycenie afektu N1	3,62 ± 1,44	2,78 ± 1,1	-2,749	0,006
Słaby kontakt N3	3,93 ± 1,31	3,16 ± 1,32	-2,593	0,01
Wycofanie społeczne N4	4,24 ± 1,58	3,22 ± 1,29	-2,894	0,004
Myślenie stereotypowe N7	4,09 ± 1,33	3,31 ± 1,00	-2,768	0,006
Niezwykłe treści myślenia G9	3,16 ± 1,25	2,42 ± 1,365	-2,538	0,011
Podskala objawów negatywnych	27,75 ± 7,69	23,06 ± 5,2	-2,735	0,006

Tabela 5. Porównanie wyników skali PANSS u pacjentów z rozpoznaniem zaburzenia schizotypowego i ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych – przedstawiono jedynie różnice istotne statystycznie (test U Manna-Whitneya)

Skala PANSS	Zaburzenie schizotypowe (F21) średnia ± SD	Ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F23) średnia ± SD	Z	p
Urojenia P1	3,14 ± 1,41	4,19 ± 1,45	-1,972	0,049
Dezorganizacja pojęciowa P2	2,79 ± 1,05	4,16 ± 1,30	-3,246	0,001
Pobudzenie P4	1,71 ± 0,99	2,78 ± 1,54	-2,226	0,026
Postawa wielkościowa P5	2,21 ± 0,97	1,62 ± 1,57	-2,137	0,033
Lęk G2	2,79 ± 1,42	3,78 ± 1,43	-2,104	0,035
Napięcie G4	2,64 ± 1,08	3,69 ± 1,42	-2,418	0,016
Dezorientacja G10	1,43 ± 0,76	3,69 ± 1,42	-2,259	0,024
Zaburzenia uwagi G11	2,43 ± 0,94	3,47 ± 1,56	-2,278	0,023

Omówienie wyników

W literaturze przedmiotu dane dotyczące różnic pomiędzy mężczyznami i kobietami są niejednoznaczne. W przypadku schizofrenii u dorosłych pacjentów wskazywano na większe nasilenie objawów negatywnych u mężczyzn [17], zaś pozytywnych i afektywnych u kobiet [18], choć w innych badaniach nie potwierdzono tych obserwacji [19]. Częściowo zgodne zatem z danymi z literatury jest większe nasilenie niektórych objawów pozytywnych u dziewcząt z badanej grupy. Jednakże w zakresie wyniku całkowitego i wyniku poszczególnych podskal PANSS nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy chłopcami a dziewczętami, co może wynikać z charakterystyki ba-

danej próby – byli to pacjenci, u których nasilenie objawów powodowało konieczność hospitalizacji.

W badanej grupie długość hospitalizacji korelowała także z nasileniem objawów psychopatologicznych ocenianych według skali PANSS, co wyraźnie odzwierciedla znany z praktyki klinicznej przebieg leczenia szpitalnego. Interesujące, że w analizie dotyczącej poszczególnych objawów z długością pobytu najsilniej korelowały objawy bardziej charakterystyczne dla schizofrenii niż dla innych zaburzeń – P2 dezorganizacja pojęciowa, G13 awolicja i N4 wycofanie społeczne [20]. Natomiast mniej specyficzne dla schizofrenii objawy, jakimi są urojenia i depresja – choć w praktyce klinicznej zazwyczaj traktowane są jako wskaźniki poważnego stanu pacjenta – nie były związane z długością pobytu. Nie było, niestety, możliwości oceny, jaki wpływ na długość hospitalizacji miała sytuacja rodzinna i społeczna pacjenta, co jest niewątpliwym ograniczeniem badania.

W analizie profilu psychopatologicznego poszczególnych zaburzeń w schizofrenii obserwowano większe nasilenie objawów pozytywnych niż w przypadku zaburzeń schizotypowych i więcej objawów negatywnych niż w przypadku ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych. Również wynik całkowity skali PANSS dla schizofrenii był wyższy niż dla pozostałych zaburzeń. Taki rezultat można traktować jako potwierdzenie trafności kryteriów diagnostycznych ICD-10. Warto jednak zwrócić uwagę, że we wcześniejszych badaniach uzyskiwano również inne rezultaty: w pracy Zabali i wsp. [21] dotyczącej zaburzeń psychotycznych u młodzieży nie stwierdzono, aby grupy adolescentów ze schizofrenią i innymi psychozami różniły się między sobą pod względem nasilenia objawów pozytywnych i negatywnych.

Można zastanawiać się również, czy przede wszystkim pacjenci z nasilonymi, jednoznacznie w interpretacji objawami otrzymują tak obciążające rozpoznanie, jakim jest diagnoza schizofrenii [22]. Z drugiej strony, jak wskazują liczne dane z literatury, schizofrenia o wczesnym początku jest bardziej poważną formą schizofrenii i typowa dla niej jest obecność nasilonych objawów negatywnych [23], a także bardziej przewlekły przebieg.

Jednakże w wynikach skali PANSS we wszystkich badanych grupach pacjentów – nawet w grupie z rozpoznaniem F23 – wyraźnie zaznaczona była obecność objawów negatywnych. Świadczyć to może, że również inne zaburzenia ze spektrum schizofrenii mają wiele cech schizofrenii neurorozwojowej [24, 25], dla której charakterystyczny jest taki profil objawów. W związku z sugerowaną w literaturze [10, 11, 12] niezbyt wysoką stabilnością diagnozy należy również pamiętać o tym, że u części pacjentów mimo innego rozpoznania w początkowym okresie choroby ostatecznie rozwinię się schizofrenia.

Badanie miało charakter przekrojowy i dotyczyło wyłącznie hospitalizowanej młodzieży, więc nie wszystkie wnioski można uogólniać na całą populację młodzieży leczonej z rozpoznaniem ze spektrum schizofrenii. Ze względu jednak na dość dużą liczbę pacjentów rezultaty wydają się wartościowym przyczynkiem do głębszego zrozumienia psychoz okresu rozwojowego.

Wnioski

1. Stwierdzono odmienny profil psychopatologiczny poszczególnych zaburzeń z grupy schizofrenii. Potwierdza to trafność kryteriów diagnostycznych klasyfikacji ICD-10.
2. Epizody schizofrenii przebiegały z większym nasileniem objawów niż pozostałe zaburzenia, ponadto większe nasilenie objawów charakterystycznych dla schizofrenii korelowało z długością hospitalizacji. Świadczy to o poważniejszym przebiegu epizodów schizofrenii niż innych zaburzeń z ocenianego spektrum.
3. Dla wszystkich analizowanych zaburzeń wyraźnie zaznaczona była obecność objawów negatywnych, co może świadczyć o tym, że oprócz schizofrenii również zaburzenie schizotypowe oraz ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne w grupie adolescentów mają cechy zaburzeń neurorozwojowych. Ten wniosek może mieć istotne implikacje praktyczne przy wyborze optymalnego sposobu leczenia.

Ретроспективный анализ психопатологической картины психотических эпизодов у госпитализированной молодежи

Содержание

Задание. Анализ картины и течения психотических эпизодов у госпитализированной молодежи.

Метод. Исследование носило ретроспективный характер. Проведен анализ 104 историй болезни, относящиеся ко всем пациентам, госпитализированных в Клиническую психиатрию детей и молодежи Института психиатрии и неврологии в Варшаве в 1998–2008 годах с диагнозами нарушений из группы шизофрении (шизофрения Ф-20, шизотипные нарушения Ф-21, острые и обратимые нарушения психозов Ф-23 по Классификации ИЦД-10). Для них в медицинской документации доступны были результаты оценки психического состояния с использованием Шкала позитивного и негативного синдромокомплекса – ПАНАСС. Проанализирован профиль психопатологических симптомов, связь симптомов с демографическим параметром и клинической картиной болезни.

Результаты. Утяжеление психопатологических симптомов коррелировало с длительностью госпитализации. При шизофрении отмечен высший общий результат ПАНАСС и существенно более усиленные некоторые общие симптомы, нежели в случае шизотипных нарушений. Кроме того, отмечены более расширенные негативные симптомы, чем в случае острых и обратимых психотических нарушений. В случае всех трех групп нарушений, негативные симптомы составляли существенное составляющее психопатологической картины.

Выводы. Эпизоды шизофрении в обследованной группе протекали с большим напряжением симптомов, чем в случаях острых и обратимых психотических нарушений и шизотипных типов нарушений. Присутствие негативных симптомов в психопатологической картине как при шизофрении, так и шизотипных нарушений, а также острых и обратимых может указывать на факт, что в возрастной группе молодежи все вышеуказанные нарушения могут обладать чертами нарушений нейроразвития.

Retrospektive Analyse des psychopathologischen Bildes von psychotischen Episoden bei hospitalisierten Jugendlichen

Zusammenfassung

Ziel. Analyse des Bildes und Verlaufes von psychotischen Episoden bei den hospitalisierten Jugendlichen.

Methode. Es war eine retrospektive Studie. Es wurden 104 Krankheitsgeschichten aller in der Psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendliche des Instituts für Psychiatrie und Neurologie in den Jahren 1998–2008 hospitalisierten Patienten analysiert. Die Patienten wurden mit der Diagnose der Störungen aus der Gruppe Schizophrenie hospitalisiert (Schizophrenie F20, schizotype Störungen F21 und akute und vorübergehende psychotische Störungen F23 nach ICD-10), für die in der medizinischen Dokumentation alle Befunde zum psychischen Befinden zugänglich waren. Der wurde mittels der PANSS – Skala gemessen.

Ergebnisse. Die Intensität der psychopathologischen Symptome korrelierte mit der Zeitdauer der Hospitalisierung. In der Schizophrenie wurde der allgemein höhere Ergebnis der PANSS – Skala festgestellt und manche allgemeinen Symptome waren mehr intensiv als im Falle der schizotypen Störungen, die negativen Symptome waren auch intensiver als bei akuten und vorübergehenden psychotischen Störungen. Bei allen drei Gruppen der Störungen bildeten die negativen Symptome einen wesentlichen Bestandteil des psychopathologischen Bildes.

Schlussfolgerungen. Die Episoden der Schizophrenie in der untersuchten Gruppe verliefen mit größerer Intensität der Symptome als bei akuten und vorübergehenden psychotischen Störungen und schizotypen Störungen. Die Anwesenheit der negativen Symptome im psychopathologischen Bild kann sowohl bei Schizophrenie als auch bei schizotypen Störungen, akuten und vorübergehenden psychotischen Störungen darauf hinweisen, dass in der Altersgruppe der Adoleszenten alle obigen Störungen als Störungen der Neuroentwicklung betrachten werden können.

L'analyse rétrospective de l'image psychopathologique des épisodes psychotiques des adolescents hospitalisés

Résumé

Objectif. Analyser l'image et le cours des épisodes psychotiques des adolescents hospitalisés.

Méthode. On analyse rétrospectivement 104 histoires de maladie des patients hospitalisés à la Clinique Psychiatrique des Enfants et des Adolescents durant les années 1998–2008 avec le diagnostic : schizophrénie (F20), troubles de la personnalité schizotypique (F21), troubles aigus et éphémères (F23) – d'après ICD-10. Les patients sont examinés avec l'échelle PANSS (Positive et Negative Syndrome Scale) ; on analyse particulièrement le profil des symptômes psychopathologiques et la corrélation des données démographiques et cliniques.

Résultats. La sévérité des symptômes psychopathologiques corrèle avec la durée de l'hospitalisation. Dans la schizophrénie on note les résultats totaux de l'échelle PANSS plus élevés et la plus grande sévérité des certains symptômes généraux que dans les troubles de la personnalité schizotypique ainsi que la plus grande sévérité des symptômes négatifs que dans les troubles aigus et éphémères. Dans les trois groupes de troubles les symptômes négatifs constituent un élément important de l'image psychopathologique.

Conclusions. Dans le groupe de schizophrénie les épisodes de schizophrénie ont la plus grande sévérité des symptômes que dans le groupe de troubles aigus et éphémères et de troubles de la personnalité schizotypique. La présence des symptômes négatifs dans l'image psychopathologique de tous ces groupes de troubles peut indiquer que ces troubles peuvent être le composant des troubles du neuro développement dans le groupe des adolescents.

Piśmiennictwo

1. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków–Warszawa: UWM Vesalius i Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition. Text revision (DSM-IV-TR)* Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Bertelsen A. *Schizophrenia and related disorders.* Psychopathology 2002; 35: 89–93.

4. Sesser E, Varma VK, Malhorta S, Conover S, Amador XF. *Delineation of acute and transient psychotic disorders in a developing country setting*. Br. J. Psychiatry 1995; 167: 216–219.
5. Mojtabai R, Susser E, Narma V. *Duration of remitting psychoses with acute onset: Implications for ICD-10*. Br. J. Psychiatry 2000; 176: 576–580.
6. Castagnini A, Berrios GE. *Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2009; 259: 433–443.
7. Bedwell JS, Donnelly RS. *Schizotypal personality disorder or prodromal symptoms of schizophrenia?* Schizophr. Res. 2005; 80: 263–269.
8. Woods SW, Walsh BC, Saksa JR, McGlashan TH. *The case for including Atenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-5 as a psychosis risk syndrome*. Schizophr. Res. 2010; 123: 199–207.
9. Kyriakopoulos M, Frangou S. *Pathophysiology of early onset schizophrenia*. Int. Rev. Psychiatry 2007; 19: 315–324.
10. Valevski A, Ratzoni G, Sever J, Apter A, Zalsman G, Shiloh R, Weizman A, Tyano S. *Stability of diagnosis: a 20-year retrospective cohort study of Israeli psychiatric adolescent inpatients*. J. Adolesc. 2001; 24: 625–633.
11. Fraguas D, de Castro MJ, Medina O, Parellada M, Moreno D, Graell M, Mrchan-Naranjo J, Arango C. *Does diagnostic classification of early-onset psychosis change over follow-up?* Child Psychiatry Hum. Dev. 2008; 39: 137–145
12. McClellan J, McCurry C. *Early onset psychotic disorders: Diagnostic stability and clinical characteristics*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 1999; 8 (supl. 1): 113-119.
13. Rabinowitz J, Levine SZ, Häfner H. *A population based elaboration of the role of age of onset on the course of schizophrenia*. Schizophr. Res. 2006; 88: 96–101
14. Vourdas A, Pipe R, Corrigan R, Frangou S. *Increased developmental deviance and premorbid dysfunction in early onset schizophrenia*. Schizophr. Res. 2003; 62: 13–22.
15. Nicolson R, Brookner FB, Lenane M, Gochman P, Ingraham LJ, Egan MF, Kendler KS, Pickar D, Weinberger DR, Rapoport JL. *Parental schizophrenia spectrum disorders in childhood-onset and adult-onset schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 490–495.
16. Kay S, Fiszbein A, Opler L. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1987; 13: 261–276.
17. Preston NJ, Orr KG, Date R, Nolan L, Castle DJ. *Gender differences in premorbid adjustment of patients with first episode psychosis*. Schizophr. Res. 2002; 55 (3): 285–290.
18. Fleming M. *Gender differences in schizophrenia: The need for a psychosocial and formulation based analysis*. Clin. Eff. Nurs. 2004; 8: 156–160.
19. Pencer A, Addington J, Addington D. *Outcome of a first episode of psychosis in adolescence: a 2-year follow-up*. Psychiatry Res. 2005; 133 (1): 35–43.
20. Wciórka J. *Schizofrenia W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. Psychiatria tom 2: Psychiatria kliniczna*, wyd. 1. Wrocław: Urban & Partner; 2002.
21. Zabala A, Rapado M, Arango C, Robles O, de la Serna E, Gonzalez C, Rodriguez-Sanchez JM, Andres P, Mayoral M, Bombin I. *Neuropsychological functioning in early-onset first-episode psychosis: comparison of diagnostic subgroups*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 2010; 260: 225–233.
22. Jackowska E. *Stygmatyzacja i wykluczenie społeczne osób chorujących na schizofrenię – przegląd badań i mechanizmy psychologiczne*. Psychiatr. Pol. 2009; 43: 655–670.

23. Remschmidt H. *Early-onset schizophrenia as a progressive-deteriorating developmental disorder: evidence from child psychiatry*. J. Neural. Transm. 2002; 109: 101–117.
24. Keshavan MS, Anderson S, Pettegrew JW. *Is schizophrenia due to excessive synaptic pruning in the prefrontal cortex? The Feinberg hypothesis revisited*. J. Psychiatr. Res. 1994; 28: 239–265.
25. Rabe-Jabłońska J, Kotlicka-Antczak M. *Koncepcja neurorozwojowego pochodzenia niektórych postaci schizofrenii*. Medipress Psychiatria Neurologia. 1998; 2: 2–8.

Adres: Barbara Remberk
Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 21.06.2011
Zrecenzowano: 1.02.2012
Otrzymano po poprawie: 13.03.2012
Przyjęto do druku: 15.03.2012
Adiustacja: A. K.