

Retrospektywna analiza przebiegu epizodów psychotycznych u hospitalizowanej młodzieży

Retrospective analysis of the course of psychotic episodes in adolescent inpatients

Barbara Remberk, Bożena Bogumił¹, Irena Namysłowska

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie

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

¹ I Klinika Psychiatryczna IPiN

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Wciórka

Summary

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

Method. A retrospective analysis of charts of all (n=300) hospitalised patients diagnosed with one of the schizophrenia-spectrum disorders (F20 – F29) over a 10-year span period (1998–2008) was conducted at the Child and Adolescent Department of Institute of Psychiatry and Neurology. The distribution of diagnoses was compared with a sample of 200 adult hospitalisations. Also, the demographic and clinical data, percentage of rehospitalisations and stability of the diagnosis was analysed.

Results. The distribution of diagnoses in the schizophrenia spectrum of psychotic episodes was found to be different in adolescent patients than in adults. In further analysis of schizophrenia (F20), schizotypal disorder (F21), acute and transient psychotic disorder (F23) and schizoaffective disorder (F25) significant differences in the length of hospitalisation, gender distribution, frequency of rehospitalisation and stability of the diagnosis were observed. Stability of the diagnosis in the whole group was 52%. Schizophrenia was the most stable diagnosis.

Conclusion. Distribution of schizophrenia spectrum diagnoses is different in adolescent and adult inpatients. In adolescents psychotic episodes other than schizophrenia are frequent. Diagnostic difficulties seemed to be confirmed by not very high diagnostic stability. However for F20, F21, F23 and F25 diagnoses different clinical and demographic profiles were observed, what may confirm that these disorders are separate nosological entities.

Słowa kluczowe: zaburzenia psychotyczne, diagnoza, adolescent

Key words: psychotic disorders, diagnosis, adolescent

Wstęp

Rozpoznawanie i leczenie zaburzeń psychiatrycznych z tak zwanego spektrum schizofrenii stanowi w okresie rozwojowym poważny problem. Specyfika wieku rozwojowego nie jest uwzględniona w kryteriach klasyfikacji ICD-10 [1], a klasyfikacja DSM-IV [2] wprowadza jedynie niewielkie modyfikacje dotyczące rozpoznawania analogicznych zaburzeń u osób dorosłych.

Proces diagnostyczny w okresie rozwojowym jest bardzo trudny, ponieważ wiele zjawisk, takich jak zmiana zachowania, podejrzliwość czy też pewna dziwaczność, które u dorosłych uznane byłyby za patologiczne, u młodzieży mogą być przejawem kryzysu okresu dorastania lub trudności innej natury. Jednocześnie jednak, w związku z ostatnimi badaniami nad znaczeniem wczesnego rozpoznawania schizofrenii i skracania okresu nieleczonej psychozy [3], zagadnienie diagnozy zaburzeń psychiatrycznych okresu dorastania staje się szczególnie ważne, zwłaszcza wobec gorszego rokowania w schizofrenii o wczesnym początku [4]. Zarówno przedwczesne zastosowanie farmakoterapii, jak i opóźnienie we wdrożeniu leków przeciwpsychotycznych, może mieć poważne konsekwencje dla rozwoju i dalszego życia młodego człowieka.

Do postawienia właściwej diagnozy często konieczna jest dłuższa obserwacja przebiegu choroby. Dotyczy to zwłaszcza różnicowania pomiędzy psychozami ze spektrum schizofrenii a zaburzeniami afektywnymi – w toku obserwacji zmiana diagnozy dotyczyła nawet 50% pacjentów ze wstępnym rozpoznaniem schizofrenii [5, 6], choć inne prace wskazywały na większą stabilność tego rozpoznania [7]. Niska stabilność diagnozy dotyczy krótkotrwałych epizodów psychiatrycznych [8, 9, 10], choć równocześnie dostępne są dane o ich przebiegu i rokowaniu [11, 12] wskazujące na celowość wyodrębniania w klasyfikacjach tej grupy zaburzeń.

Większość badań dotyczących zaburzeń psychiatrycznych okresu dorastania koncentruje się na schizofrenii. Dużo mniej wiadomo na temat przebiegu innych epizodów psychiatrycznych. W związku z tym badania obejmujące całe spektrum zaburzeń z grupy schizofrenii F20-F29, zwłaszcza u pacjentów w wieku rozwojowym, wydają się potrzebne i celowe.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy była analiza przebiegu zaburzeń z grupy schizofrenii (F20–F29 według ICD-10) u hospitalizowanych adolescentów.

Material i metoda

Zanalizowano wszystkie dostępne historie chorób pacjentów hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN, z rozpoznaniem F20–F29 według ICD-10, od połowy 1998 roku do połowy 2008 roku. Analizowano dane demograficzne, rozkład rozpoznań i długość hospitalizacji oraz częstość ponownych hospitalizacji. W grupie pacjentów hospitalizowanych więcej niż raz oceniono stabilność diagnozy. Ponadto porównano rozkład rozpoznań w badanej grupie pacjentów młodzieżowych z rozkładem rozpoznań ze spektrum schizofrenii wśród 200 ostatnio hospitalizowanych

pacjentów dorosłych w III Klinice Psychiatrii Instytutu Psychiatrii i Neurologii. Kryterium wykluczenia z grupy analizowanych dorosłych były wcześniejsze hospitalizacje w Klinice Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN.

Projekt badania uzyskał akceptację Komisji Bioetycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Analiza statystyczna

Obliczenia przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS wersja 18.0. Oceniono rozkłady zmiennych, używając testu Kołmogorowa–Smirnova i na tej podstawie odrzucono hipotezę zerową o normalności rozkładu. W związku z tym zastosowano testy nieparametryczne. Do porównania grup użyto testu U Manna–Whitneya, a w przypadku zmiennych kategoryalnych testu Chi². Ze względu na naturę zmiennych niemożliwe było zastosowanie metody analizy wariancji. Oceny korelacji dokonano na podstawie współczynnika korelacji tau-b Kendalla. We wszystkich obliczeniach za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Rozkład rozpoznań

Przeanalizowano 422 historie choroby dotyczące 300 pacjentów. Jeżeli pacjent przebywał w Klinice Dzieci i Młodzieży więcej niż raz, uwzględniano wszystkie hospitalizacje.

Porównano procentowy rozkład rozpoznań w zakresie spektrum schizofrenii (F20–F29 według ICD-10), będących przyczyną hospitalizacji w Klinice Dzieci i Młodzieży i na oddziale ogólnopsychiatrycznym dla dorosłych. Zastosowano test Chi². Różnice były istotne statystycznie (Chi² = 86,403, $p < 0,0005$). Rezultaty zostały przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Porównanie rozkładu rozpoznań wśród pacjentów młodzieżowych i dorosłych

Rozpoznanie	Liczba hospitalizowanych na oddziale młodzieżowym z danym rozpoznaniem N = 422	Hospitalizacje na oddziale młodzieżowym – rozkład procentowy	Hospitalizacje na oddziale psychiatrycznym dla dorosłych – rozkład procentowy N = 200
F20 – schizofrenia	185	43,9%	78%
F21 – zaburzenie schizotypowe	72	17,0%	0%
F22 – uporczywe zaburzenie urojeniowe	9	2,1%	4,0%
F23 – ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	91	21,7%	6,5%
F24 – indukowane zaburzenie urojeniowe	1	0,2%	0%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

F25 – zaburzenia schizoafektywne	44	10,4%	9,5%
F28 – inne zaburzenia psychotyczne	11	2,6%	1%
F29 – nieokreślona psychoza nieorganiczna	9	2,1%	1%

Na podstawie testu Chi² potwierdzono statystycznie istotne różnice w rozkładzie rozpoznań pomiędzy grupami młodzieży i dorosłych. Chi² = 86,403, p < 0,0005

Długość hospitalizacji i dystrybucja płci

Następnie analizowano dane dotyczące hospitalizacji z powodu epizodów psychotycznych w przebiegu schizofrenii (F20), zaburzeń schizotypowych (F21), ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych (F23) i zaburzeń schizoafektywnych (F25). Liczba hospitalizacji z powodu pozostałych zaburzeń ze spektrum schizofrenii była zbyt mała, by włączyć je do dalszej analizy. W związku z tym w tej części objęto analizą 392 historie chorób. Jeżeli pacjent przebywał w Klinice Dzieci i Młodzieży więcej niż raz, uwzględniano wszystkie hospitalizacje. Stwierdzono różnice w długości hospitalizacji w zależności od rozpoznania, ponadto zaburzenia schizoafektywne oraz ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne różniły się między sobą pod względem dystrybucji płci. Dane zostały podsumowane w tabeli 2.

Tabela 2. Dane demograficzne i średnia długość hospitalizacji w zależności od rozpoznania w badanej grupie. Zastosowano test U Manna–Whitneya

Rozpoznanie	Liczba hospitalizowanych (N)	Płeć K : M	Wiek (lata)	Średnia długość hospitalizacji (dni)
F20 – schizofrenia	185	94 : 91	17,1	52,65 B, C
F21 – zaburzenia schizotypowe	72	38 : 34	17,0	39,47 B, D
F23 – ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	91	60 : 31 A	16,97	38,16 C, E
F25 – zaburzenia schizoafektywne	44	19 : 24 A	17,22	55,47 D, E

A. Istotna statystycznie różnica pomiędzy F20 a F25: z = -2,261; p = 0,024

B. Istotna statystycznie różnica pomiędzy F20 a F21: z = -2,916; p = 0,004

C. Istotna statystycznie różnica pomiędzy F20 a F23: z = -2,832; p = 0,005

D. Istotna statystycznie różnica pomiędzy F21 a F25: z = -2,667; p = 0,008

E. Istotna statystycznie różnica pomiędzy F23 a F25: z = -2,572; p = 0,01

Częstość ponownych hospitalizacji

Ponownie, ze względu na niewielką liczebność pozostałych grup, w analizie uwzględniono jedynie pacjentów, u których podczas pierwszej hospitalizacji rozpoznano schizofrenię (F20), zaburzenie schizotypowe (F21), ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne (F23) oraz zaburzenie schizoafektywne (F25).

Przeanalizowano informacje dotyczące 271 pacjentów. W analizie uwzględniono dane dotyczące ponownych hospitalizacji zarówno na oddziale młodzieżowym, jak i na oddziałach psychiatrycznych dla dorosłych w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Nie dysponowaliśmy informacjami dotyczącymi ewentualnych hospitalizacji w innych szpitalach psychiatrycznych.

Spośród 271 pacjentów z tej grupy ponownie hospitalizowane w Instytucie Psychiatrii i Neurologii były 93 osoby (34%). Na podstawie testu U Manna–Whitneya oceniono różnice w częstości rehospitalizacji w zależności od rozpoznania postawionego w trakcie pierwszego pobytu w IPIŃ. Istotna statystycznie okazała się różnica pomiędzy F21 a F23. Pozostałe różnice nie były istotne statystycznie. Wyniki są przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. **Zależność rozpoznania częstości ponownych hospitalizacji.**
Zastosowano test U Manna–Whitneya

Rozpoznanie postawione podczas pierwszej hospitalizacji	Liczba pacjentów – N	Hospitalizowani więcej niż raz
F20 – schizofrenia	118	40 (33,9%)
F21 – zaburzenia schizotypowe	49	23 (46,9%) A
F23 – ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	77	20 (26%) A
F25 – zaburzenia schizofreniczne	27	10 (34,3%)

A. Istotna statystycznie różnica pomiędzy F21 a F23: $z = -2,41$; $p = 0,016$

Oceniono również częstość ponownych hospitalizacji w zależności od płci. Więcej niż raz hospitalizowanych było 28,4% (42/149) dziewcząt oraz 41,5% (51/123) chłopców. Na podstawie testu χ^2 potwierdzono statystycznie istotny związek pomiędzy płcią a częstością ponownych hospitalizacji ($\chi^2 = 5,103$; $p = 0,024$).

Stabilność diagnozy

W analizie stabilności diagnozy jako ostateczne traktowano rozpoznanie postawione podczas ostatniej hospitalizacji. Uwzględniono dane 93 pacjentów, o których mieliśmy informacje dotyczące ich kolejnych pobytów w szpitalu.

Wydaje się, że ogólnie stabilność diagnozy w badanej grupie należy ocenić jako niezbyt wysoką. U 48% pacjentów, hospitalizowanych więcej niż raz, podczas kolejnej hospitalizacji zmieniono pierwotnie postawione rozpoznanie. Najbardziej stabilną diagnozą okazało się rozpoznanie schizofrenii (75%). Najmniej stabilne było rozpoznanie ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych – 15%. Istotne wydaje się jednak, że spośród wszystkich osób, u których rozpoznano ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne, ponownie hospitalizowana była zaledwie około jedna czwarta (26%). Pozostaje więc otwarte pytanie, co dzieje się z przeważającą większością tych pacjentów (74%), o których nie mamy dalszych informacji.

Spośród wszystkich 93 pacjentów, którzy byli hospitalizowani więcej niż raz, diagnozy stawiane podczas kolejnych hospitalizacji u 80 osób (86%) pozostały w obrębie spektrum F20–F29. U 13 osób (14%) w trakcie ostatniej hospitalizacji rozpoznano zaburzenie spoza spektrum schizofrenii. Na podstawie testu χ^2 potwierdzono istotne statystycznie różnice dotyczące stabilności diagnozy w zależności od rozpoznania początkowego. Nie było natomiast zależności pomiędzy płcią pacjenta a częstością zmian rozpoznania. Szczegółowe dane przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Zmiana rozpoznania u osób hospitalizowanych więcej niż raz. Na podstawie testu χ^2 potwierdzono istotne statystycznie różnice w częstości zmian rozpoznania w zależności od rozpoznania pierwotnego ($\chi^2 = 27,89$; $p < 0,0005$)

Rozpoznanie pierwotne	F20 – schizofrenia	F21 – zaburzenia schizotypowe	F23 – ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne	F25 – zaburzenia schizoafektywne	Razem
N	40	23	20	10	93
Zmiana rozpoznania – liczba osób, procent, płeć	10 25% K : M = 2 : 8	16 73% K : M = 4 : 12	17 85% K : M = 13 : 5	2 22% 1 K i 1 M	45 48% K : M = 19 : 26
Najczęstsza diagnoza u osób, u których zmieniono rozpoznanie	F23 (3 osoby)	F20 (9 osób)	F20 (8 osób)	F20 (1 osoba) F60 (1 osoba)	F20 (18 osób)
Rozpoznanie ostateczne poza spektrum schizofrenii (F20–F29) – liczba pacjentów	3 (F06 – 1 osoba, F07 – 1 osoba, F41 – 1 osoba)	5 (F31 – 1 osoba, F42 – 1 osoba, F60 – 3 osoby)	4 (F41 – 1 osoba, F43 – 1 osoba, F60 – 2 osoby)	1 (F60)	13

Podsumowanie wyników i omówienie

Pomimo że w literaturze poświęconej psychozom o wczesnym początku przeważająca liczba prac traktuje o schizofrenii, w obecnym badaniu w obrębie całego spektrum schizofrenii F20–F29 to rozpoznanie dotyczyło mniej niż połowy hospitalizowanej młodzieży. Wskazuje to na istotną rolę innych niż schizofrenia zaburzeń psychotycznych w epidemiologii tej grupy wiekowej. Rozkład rozpoznań w grupie młodzieży istotnie różnił się od rozkładu rozpoznań u hospitalizowanych dorosłych.

Stabilność diagnozy w grupie adolescentów była niezbyt wysoka – w całej grupie około 50%. Podobny rezultat uzyskiwali także inni badacze – w badaniu prospektywnym dotyczącym 24 adolescentów z rozpoznaniem psychozy (w tym zaburzeń afektywnych z objawami psychotycznymi) po roku obserwacji stabilność diagnozy oceniono na 54% [7]. Również w badaniu McClellana i McCurry’ego [13] rozpoznanie wstępne, postawione przed rekrutacją do badania u adolescentów z objawami psychotycznymi, zostało podtrzymane w toku badania u około 50%.

W obecnej próbie u większości pacjentów diagnoza ostateczna pozostała w obrębie spektrum schizofrenii. Zaobserwowano wyraźną tendencję do jej zmiany na schizofrenię u osób początkowo hospitalizowanych z inną diagnozą z zakresu spektrum schizofrenii. Rzadziej w trakcie kolejnych hospitalizacji rozpoznawano zaburzenia afektywne lub schizoafektywne. Dane te są zgodne z wynikami prospektywnej pracy Correlà i wsp. [14] dotyczącej nastolatków z diagnozą zaburzeń psychotycznych inaczej nieokreślonych i krótkotrwałych zaburzeń psychotycznych według DSM-IV. U większości pacjentów (21/26, około 80%) po średnio 2 latach obserwacji stwierdzono progresję zaburzeń w kierunku schizofrenii, zaburzenia schizoafektywnego lub choroby afektywnej dwubiegunowej. Pełną remisję stwierdzono u 20%, prawdopodobieństwo remisji zwiększało rozpoznanie krótkotrwałego zaburzenia psychotycznego na początku badania.

Klasyfikacja ICD-10 nieco inaczej niż DSM-IV ujmuje zagadnienie krótkotrwałych epizodów psychotycznych. Koncepcje wywodzące się z różnych tradycji diagnostycznych połączono w jedną grupę ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych. U osób dorosłych dane dostępne w literaturze dotyczące przebiegu i stabilności diagnozy w tej grupie zaburzeń nie są jednoznaczne. Przykładowo, roczna obserwacja grupy 51 pacjentów z rozpoznaniem F23 przeprowadzona przez Jorgensena i wsp. [8] wskazywała, że u 48% badanych doszło w tym okresie do zmiany diagnozy na inne zaburzenia ze spektrum schizofrenii lub zaburzeń afektywnych. Z kolei w rocznej obserwacji Aminiego i wsp. [12] u wszystkich pacjentów zakwalifikowanych do badania z rozpoznaniem ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych podtrzymywano tę diagnozę po okresie badania. Natomiast w innych badaniach obejmujących wieloletni okres katamnezy stabilność diagnozy oceniano na 35–39% [11].

W badanej przez nas próbie rozpoznanie ostrych i przemijających zaburzeń psychotycznych było częstsze u hospitalizowanych adolescentów (21,7%) niż w grupie dorosłych, w której wynosiło jedynie 6,5%. Dane dotyczące dorosłych są zbliżone do wyniku Marnerosa, który stwierdził, że ostre i przemijające zaburzenia psychotyczne występowały u 8,5% pacjentów hospitalizowanych z powodu epizodów psychozy [za: 14]. W badanej przez nas próbie dwukrotnie częściej hospitalizowane były z tego powodu dziewczęta, co jest zgodne z większością doniesień [9, 15, 16], nie we wszystkich jednak dane są jednoznaczne [17].

W badaniu oceniającym stabilność diagnozy u hospitalizowanych adolescentów w Izraelu [10] autorzy korzystali z pojęcia przemijających zaburzeń psychotycznych okresu dojrzewania (transient adolescent psychosis – TAP). Robocze kryteria rozpoznawania tych zaburzeń częściowo pokrywały się z kryteriami zaburzeń grupy F23 według ICD-10, lecz badacze zakładali, że u adolescentów nie występują objawy negatywne i cechy dziwaczne, tematyka zaś objawów wytwórczych nawiązywała do problematyki okresu dojrzewania. Retrospektywnie oceniając kolejne hospitalizacje autorzy stwierdzili, że choć zmiana diagnozy na schizofrenię u pacjentów z TAP w trakcie kolejnych pobytów w szpitalu dotyczyła 66% ocenianej grupy, to pewne wskaźniki, takie jak długość i częstość hospitalizacji, odróżniały tę grupę pacjentów od chorych z początkowym rozpoznaniem schizofrenii.

W badanej przez nas próbie wśród pacjentów z początkowym rozpoznaniem ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych, którzy byli ponownie hospitalizowani, niezwykle często (17/20, 85%) zmieniano rozpoznanie z F23 na inne. Jednakże ponowna hospitalizacja dotyczyła zaledwie 26% pacjentów z rozpoznaniem F23, w obrębie zaś całej grupy osób z tym rozpoznaniem ($n = 77$) stwierdzono różnice w zakresie rozkładu płci, częstości ponownych hospitalizacji, długości pobytu w szpitalu i profilu objawów w stosunku do innych zaburzeń z grupy F20–F29, co może potwierdzać podawaną niekiedy w wątpliwość [11] odrębność nozologiczną grupy ostrych i przemijających zaburzeń psychiatrycznych.

Przyczyną blisko jednej piątej hospitalizacji adolescentów były zaburzenia schizotypowe – które są zdecydowanie rzadkie w populacji leczonych szpitalnie dorosłych. Jeżeli doszło do kolejnej hospitalizacji, u większości (73% powtórnie hospitalizowanych) zmieniano diagnozę, najczęściej (9/16) ostatecznie rozpoznawano schizofrenię. Równocześnie u 1/3 zmieniono rozpoznanie na zaburzenia spoza zaburzeń schizofrenii – między innymi rozpoznawano zaburzenia osobowości. Warto zwrócić uwagę, że różnicowanie pomiędzy zaburzeniem schizotypowym a okresem prodromalnym schizofrenii (dla którego w dodatku jeszcze nie ma kryteriów diagnostycznych w obowiązujących klasyfikacjach), zwłaszcza w okresie dojrzewania, może być niezwykle trudne. Z drugiej strony objawy takie jak ekscentryczność w ubieraniu się, zachowaniu i wypowiedziach, deficyty społeczne i interpersonalne, czy też pewna podejrzliwość mogą być przejawem nie zaburzeń psychiatrycznych, lecz ponadnormatywnego kryzysu adolescencji.

U 14% pacjentów rozpoznanie postawione podczas ostatniej hospitalizacji było spoza spektrum schizofrenii. Między innymi objawy, oceniane początkowo jako psychiatryczne, w dalszej obserwacji okazywały się niekiedy przejawami zaburzeń osobowości, co stanowi kolejne potwierdzenie trudności diagnostycznych dotyczących zaburzeń psychicznych okresu rozwojowego i wskazuje na konieczność wnikliwego analizowania objawów klinicznych stanowiących podstawę rozpoznania psychozy.

Analizując powyższe zjawiska, można uznać, że klaryfikacja obrazu klinicznego w tej grupie wiekowej następuje po kilku miesiącach – lub latach – obserwacji. Jedyne diagnoza schizofrenii okazała się dość stabilna (75%) w grupie adolescentów, choć nie tak stabilna jak to wynika z niektórych publikacji opisujących pacjentów dorosłych [18], u których oceniana jest na 90%.

Obecne badanie dotyczy wyłącznie hospitalizowanej młodzieży, nie może więc być uogólnione na całą populację pacjentów. Jednakże uzyskane wyniki wydają się ważne, ponieważ uzupełniają stosunkowo niewielką liczbę prac poświęconych tej grupie wiekowej. Co istotne, w analizie uwzględniono również inne niż schizofrenia zaburzenia psychiatryczne. Badanie dotyczyło dużej grupy chorych, co zwiększa wiarygodność uzyskanych rezultatów.

Wnioski

1. Odmienne procentowe rozkłady rozpoznania z zakresu spektrum schizofrenii wśród hospitalizowanych adolescentów i dorosłych wskazuje na specyfikę grupy chorych w okresie dorostania.

2. Rozpoznanie schizofrenii postawiono mniej niż połowie hospitalizowanej młodzieży, co wyraźnie wskazuje na istotną rolę również innych zaburzeń psychotycznych w epidemiologii tej grupy wiekowej.
3. Rozpoznania stawiane podczas pierwszej hospitalizacji w grupie adolescentów były niezbyt stabilne, co wskazuje na duże trudności diagnostyczne u pacjentów w wieku rozwojowym. Najbardziej stabilna okazała się diagnoza schizofrenii.
4. W grupie młodzieży poszczególne zaburzenia ze spektrum schizofrenii różniły się między sobą w zakresie długości hospitalizacji, częstości rehospitalizacji, rozkładu płci chorych oraz stabilności diagnozy. Mimo wspomnianych powyżej trudności diagnostycznych, może to potwierdzać odrębność nozologiczną poszczególnych jednostek chorobowych.
5. Niezbyt wysoka stabilność diagnozy wskazuje na konieczność wnikliwego analizowania decyzji terapeutycznych i rozważnego przekazywania obciążających informacji pacjentowi i rodzinie.

Ретроспективный анализ течения психотических эпизодов у госпитализированной молодежи

Содержание

Задание. Анализ и течение психотических эпизодов у госпитализированной молодежи.

Метод. Исследование носило ретроспективный характер. Анализировано 422 истории болезни, относящиеся ко всем (300) больным, госпитализированным в Клинике психиатрии детей и молодежи Института психиатрии и неврологии в Варшаве в 1998–2008 годах. Диагнозы сопоставлены с классификаций №№ Ф-20, Ф-29, относящиеся к нарушениям со спектром шизофрении. Проведен анализ демографических данных, расклад диагнозов, длительность госпитализации, частота повторных госпитализаций и стабильность диагноза. Расклад диагнозов в исследованной группе сравнен с раскладом диагнозов госпитализаций взрослых больных.

Результаты. Отмечены различия в дистрибуции диагнозов у госпитализированной молодежи и взрослых в радиусе спектра шизоорении. Для диагностики шизоорении (Ф-20), шизотипного расстройств (Ф-21), острых и переходящих психотических нарушений (Ф-23), а также шизоаффективных нарушений (Ф-25) отмечены существенные различия в радиусе параметров. К ним относились такие как длительность госпитализации, расклад пола, частота госпитализаций, а также стабильность диагноза, которая во всей группе равнялась 52%. Наиболее стабильным диагнозом было распознавание шизофрении.

Выводы. В группе госпитализированных пациентов молодежного возраста наблюдается иной профиль психотических нарушений со спектром шизофрении, нежели у госпитализированных взрослых больных. Частыми оказались психотические нарушения иные, чем шизозрения. Неособенно высокая стабильность диагнозов подтверждает диагностические трудности, типичные для пациентов молодежного возраста. Несмотря на это, для диагнозов Ф-20, Ф-21, Ф-23 и Ф-25 был: иной профиль в радиусе демографических и клинических показателей, что может подтвердить нозологическое различие отдельных болезненных единиц.

L'analyse rétrospective du cours des épisodes psychotiques des adolescents hospitalisés

Résumé

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

Méthode. On analyse rétrospectivement 422 histoires de maladies de tous les 300 patients, diagnostiqués « les troubles du spectre de schizophrénie » (F20 - F29), hospitalisés à la Clinique

Psychiatrie des Enfants et des Adolescents de L'institut de Psychiatrie et de Neurologie durant les années 1998-2008. On analyse : données démographiques, diagnostics, nombre d'hospitalisations, stabilité de diagnostics.

Résultats. On constate l'existence des différences de la distribution des diagnostics des adolescents hospitalisés et des adultes. Dans les diagnostics : « la schizophrénie » (F20), « les troubles schizotypiques » (F21), « les troubles psychotiques aigus et transitoires » (F23), « les troubles schizoaffectifs (F25) on observe de grandes différences des paramètres tels que : durée d'hospitalisation, sexe, nombre d'hospitalisations successifs, stabilité de diagnostics. Cette stabilité du tout le groupe – 52%, le plus stable diagnostic – « la schizophrénie ».

Conclusions. Dans le groupe des adolescents hospitalisés on observe l'autre profile des troubles psychotiques du spectre de « la schizophrénie » que dans le groupe des adultes hospitalisés. Les troubles psychotiques autres que « la schizophrénie » y sont plus fréquents. La stabilité du diagnostique peu élevée atteste les difficultés diagnostiques typique dans le groupe des adolescents. Pourtant dans les diagnostics F20, F21, F23, F25 on observe l'autre profile des indices démographiques et cliniques et cela peut confirmer leur diversité nosologique.

Piśmiennictwo

1. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne.* Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1997.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV TR.* Washington: APA; 2000.
3. Owens DC, Johnstone EC, Miller P, Macmilian F, Crow T. *Duration of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of prediction in relation to relapse risk.* Brit. J. Psychiatry 2010; 196: 230–301.
4. 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.
5. Carlson G. *Child and adolescent mania: diagnostic consideration.* J. Child. Psychol. Psychiatry 1990; 31: 331–342.
6. Hollis C. *Developmental precursors of child and adolescent – onset schizophrenia and affective psychoses: diagnostic specificity and continuity with symptom dimensions.* Brit. J. Psychiatry 2003; 182: 37–44.
7. 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.
8. Jorgensen P, Bennendsen B, Christensen J, Hyllested A. *Acute and transient psychotic disorder: a year follow up.* Acta Psychiatr. Scand. 1997; 96: 105–154.
9. Nugent K, Paksarian D, Mojtabei R. *Non-affective acute psychoses: uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11.* Curr. Psychiatry Rep. 2011; 13: 203–210.
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. Castagnini A, Berrios GE. *Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective.* Eur Arch Psychiatry Clin. Neurosc. 2009; 259: 433–443.
12. Amini H, Alaghand-rad J, Omid A, Sharrifi V, Davari-Ashtiani R, Momeni F, Aminipour Z. *Diagnostic stability in patients with first-episode psychosis.* Austral. Psychiatry 2005; 12: 388–392.
13. McClellan J, McCurry C. *Early onset psychotic disorders: Diagnostic stability and clinical characteristics.* Eur. Child. Adolesc. Psychiatry 1999; 8 (supl. 1): 113–119.

14. Correll CU, Smith CW, Auther AM, McLaughlin D, Shah M, Foley C, Olsen R, Lencz T, Kane JM, Cornblatt BA. *Predictors of remission, schizophrenia, and bipolar disorder in adolescents with brief psychotic disorder or psychotic disorder not otherwise specified considered at very high risk for schizophrenia*. J. Child. Adolesc. Psychopharmacol. 2008; 18: 475–490.
15. Marneros A, Pillman F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R. *Features of acute and transient psychotic disorders*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc. 2003; 253: 167–174.
16. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R, Marneros A. *Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses*. Psychopathol. 2001; 34: 305–311.
17. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB, Harrison G. *Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome*. Brit. J. Psychiatry 2004; 185: 452–459.
18. Baca-Garcia E, Perez-Rodriguez MM, Basurte-Villamor I, Fernandez del Moral AL, Jimenez-Arriero MA, Gonzalez de Rivera JL, Saiz-Ruiz J, Oquendo MA. *Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice*. Brit. J. Psychiatry 2007; 190: 210–216.

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

Otrzymano: 21.06.2011
Zrecenzowano: 29.06.2012
Otrzymano po poprawie: 2.07.2012
Przyjęto do druku: 10.07.2012
Adiustacja: L. Sz.