

Trudności drugorzędowej profilaktyki raka szyjki macicy u kobiet leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej – opis przypadku

The difficulties of secondary prophylaxis of cervical cancer in women suffering from paranoid schizophrenia – a case study

Aneta Tylec¹, Halina Dubas-Ślemp¹, Anna Wójcicka¹, Bartłomiej Drop², Katarzyna Kucharska³

¹ Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

² Katedra i Zakład Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

³ Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

Cervical cancer constitutes 5.32% of all malignant neoplasm cases, it is the sixth most common condition of the cancer type and it is an important problem because of its medical, epidemiological and social implications. The aim of primary prophylaxis is to reduce the number of new cases, while secondary prophylaxis is to provide early diagnoses and treatment of cancer cases. The aim of this work is to present the case of 55-year-old woman treated with chronic paranoid schizophrenia whose gynecologist refused to collect biological material for cytological evaluation. The patient was diagnosed with carcinoma planoepitheliale (G2), then treated surgically and qualified for adjuvant-radiological treatment. Despite the good mental state and a psychiatrists' statement (treating the patient for many years) of the absence of contraindications for hospitalization, a gynecologist-oncologist refused to admit the patient to the ward in fear of a threat to other patients and decided on outpatient palliative treatment of the patient. Finally, radiologist-oncologist performed the complete cycle of irradiation in order to cure the patient. While looking for possible reasons of cervical cancer development in individuals with psychotic disorders, all the possible carcinogenic factors have to be taken into account. Nulliparous women and virgins treated for mental illness must not be denied screening examinations related to cervical cancer. Despite the changes, also related to the implementation of the mental health program, people with mental disorders with underlying physical illness are still stigmatized, even by a higher medical personnel. Moreover, mentally ill patients are denied proper treatment in accordance with the current state of medical knowledge.

Słowa kluczowe: schizofrenia, stygmatyzacja, nowotwór szyjki macicy

Key words: schizophrenia, stigmatization, cervical carcinoma

Wprowadzenie

Od wielu lat rak szyjki macicy stanowi poważny problem medyczno-epidemiologiczno-społeczny. W Polsce rocznie rozpoznawanych jest około 3450 nowych przypadków raka szyjki macicy, pomimo coraz szerszego dostępu do badań diagnostycznych i profilaktycznych. Przeważająca część nowo rozpoznawanych przypadków to choroba o wysokim stopniu zaawansowania, co niekorzystnie wpływa na efekty podejmowanego leczenia. Rak szyjki macicy zajmuje szóste miejsce pod względem częstości zachorowań i stanowi 5,32% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe u kobiet. W odniesieniu do wszystkich nowotworów obserwuje się stały wzrost liczby nowych zachorowań, aczkolwiek jeśli chodzi o raka szyjki macicy, można mówić o względnej stabilizacji liczby nowo rozpoznawanych przypadków [1].

Większość nowotworów błony śluzowej trzonu macicy poprzedzona jest nieprawidłowym rozrostem, choć możliwy jest też rozwój raka bez wcześniejszej atypii (1,6% pacjentek) [2]. Wyższe zaawansowanie kliniczne w momencie rozpoznania choroby nowotworowej wiąże się z gorszym rokowaniem. W przypadku inwazyjnych raków szyjki macicy średnie, pięcioletnie przeżycie w Europie wynosi 62%, w Polsce zaś 51,5% [3]. Celem pierwotnej profilaktyki nowotworów jest redukcja liczby nowych zachorowań, a wtórnej – wczesne wykrycie stanów chorobowych i podjęcie ich leczenia. Wykonywanie badań cytologicznych należy zalecać kobietom, które ukończyły 21 lat i nie później niż w trzecim roku od rozpoczęcia współżycia płciowego. W Polsce od 2006 roku realizowany jest program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy, którego efekty populacyjne powinny być widoczne za około 20 lat. Skринingiem tym objęte są zdrowe kobiety w przedziale wiekowym 25–59 lat. Badanie cytologiczne powtarzane jest raz na trzy lata. W 2010 roku 9% kobiet odpowiedziało na imienne zaproszenie i zgłosiło się na badanie cytologiczne w ramach specjalnego programu, natomiast w skринingu populacyjnym (finansowanym z publicznych funduszy) wzięło udział 25% populacji polskich kobiet [4]. Phoenix i wsp. (2014) oceniali skuteczność badań przesiewowych w wykrywaniu różnych typów nowotworów u osób z ostrymi zaburzeniami psychicznymi. Przeprowadzenie badania cytologicznego u kobiet spełniających kryteria wykonania badania skринingowego pozwoliło wykryć nowotwór szyjki macicy u 40,5% z nich [5].

Opis przypadku

Pacjentka: 55 lat, panna, bezdzietna, wykształcenie średnie, leczona z powodu schizofrenii paranoidalnej (według ICD-10) od 23. roku życia, całkowicie ubezwłasnowolniona (opiekunem prawnym jest jej brat). Dotychczas kilkakrotnie hospitalizowana psychiatrycznie. Od 45. roku życia chora przebywa w psychiatrycznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym (zol). Przed przyjęciem do zol-u mieszkała z rodzicami. Do stacjonarnego zakładu trafiła po śmierci matki, która zmarła z powodu nowotworu szyjki

macy. U 85-letniego ojca pacjentki obserwuje się objawy zaburzenia psychicznego, wobec którego mężczyzna pozostaje bezkrytyczny. Chora ma starszego o dwa lata brata. Pacjentka jest samodzielna, choć wymaga zachęty i nadzoru przy wykonywaniu czynności dnia codziennego (np. higienicznych). W wywiadzie liniowy, przewlekły i umiarkowanie ciężki przebieg procesu schizofrenicznego. W obrazie klinicznym obecne są przetrwałe objawy pozytywne: zaburzenia myślenia – chora okresowo wypowiada treści urojeniowe, czynnie unika i samowolnie nie inicjuje relacji interpersonalnych, wykazuje zmniejszone zainteresowanie sobą i otaczającym światem, jest dość dobrze przystosowana społecznie. Apetyt w normie. Sen uregulowany farmakologicznie. Pacjentka od wielu lat pali papierosy, około 20 sztuk dziennie. Pacjentka nigdy nie była leczona z powodu przewlekłych chorób somatycznych. Z powodu schizofrenii paranoidalnej od około dwóch lat przyjmuje olanzapinę w dawce 20 mg/dobę.

W badaniu psychiatrycznym pacjentka prawidłowo zorientowana autopsychicznie i częściowo allopsychicznie (nie potrafi podać dokładnej daty – dnia miesiąca). Dość niechętnie nawiązuje kontakt werbalny i wzrokowy, jednak stara się jak najszybciej opuścić gabinet lekarski. Odpowiada na pytania zdawkowo, dopytywana o szczegóły odpowiada prostymi, pojedynczymi zdaniami. Zaprzecza obecności ostrych objawów wytwórczych i jakichkolwiek dolegliwości somatycznych. Afekt płady, słabo modułalny. Miesiączkowała regularnie, co 30 dni do 50. roku życia.

W ramach realizacji profilaktycznego programu wczesnego wykrywania nowotworu szyjki macicy lekarze psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego skierowali chorą do jednostki wytypowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w celu przeprowadzenia badania cytologicznego – pacjentka spełniała kryteria uczestnictwa w tym programie. Po zebraniu wywiadu od pacjentki lekarz ginekolog odmówił pobrania materiału biologicznego do oceny cytologicznej. Lekarka umotywowała brak wskazań do wykonania badania tym, że „chora nigdy nie współżyła i nie rodziła dzieci”. Mimo wszystko pacjentkę skierowano do innej placówki medycznej, w której pobrano wymaz z szyjki macicy. Badanie wykazało obecność komórek nabłonka płaskiego. Po wykonaniu dodatkowych badań postawiono ostateczną diagnozę: *carcinoma planoepitheliale*, G2. Chorej usunięto laparoskopowo macicę z przydatkami metodą Meigsa oraz dokonano obustronnej limfadenektomii biodrowej. Podczas kilkudniowej hospitalizacji na oddziale ginekologicznym szpitala klinicznego nie zauważono zmian w zachowaniu czy funkcjonowaniu pacjentki, które wyróżniałyby chorą od innych osób przebywających na oddziale szpitalnym. Następnie pacjentkę skierowano do centrum onkologicznego, gdzie konsylium lekarskie zakwalifikowało ją do leczenia uzupełniającego i wyznaczyło termin przyjęcia na oddział ginekologii onkologicznej centrum onkologii.

Pomimo dobrego stanu psychicznego chorej i zaświadczenia konsylium lekarzy psychiatrów zol-u (leczących pacjentkę od wielu lat) o wyrównanym stanie psychicznym i braku przeciwwskazań natury psychicznej do leczenia w warunkach szpitalnych lekarz kierujący oddziałem ginekologii onkologicznej odmówił przyjęcia pacjentki w wyznaczonym terminie. Lekarz ginekolog-onkolog napisał: „Ze względu na stan psychiczny pacjentki – schizofrenia paranoidalna i specyfikę oddziału istnieje zagrożenie dla pacjentek leczonych w oddziale” i zdecydował o ambulatoryjnym leczeniu

paliatywnym (5 x 4 Gy/g), wyznaczając za miesiąc wizytę kontrolną. Z kolei lekarz onkolog-radiolog odmówił wykonania naświetlań w trybie wskazanym przez lekarza ginekologa-onkologa, wskazując na bezwzględną konieczność przeprowadzenia pełnego cyklu naświetlań w celu całkowitego wyleczenia pacjentki. Ostatecznie przeprowadzono radioterapię radykalną w warunkach oddziału szpitalnego techniką 3D, podając na podbrzusze dawkę 44 Gy/g w 22 frakcjach po 2 Gy/g. Podczas hospitalizacji u pacjentki nie obserwowano zachowań zagrażających innym chorym. Inne pacjentki, które zmieniały się podczas hospitalizacji opisywanej pacjentki psychiatrycznego zakładu opiekuńczo-leczniczego, wykazywały dużo empatii i chętnie pomagały jej w czynnościach dnia codziennego. Następnie przeprowadzono brachyterapię endowaginalną HDR w technice 3D, w dwóch etapach, w warunkach ambulatoryjnych, podając dawkę łączną 15 Gy/CTV na obszar kikuta pochwy. Po ponad dwóch latach od przebytego leczenia onkologicznego pacjentka nadal pozostaje pod stałą opieką lekarską i poddawana jest okresowym badaniom kontrolnym, które nie budzą niepokoju onkologicznego.

Dyskusja

Istnieje dużo dowodów na to, że pacjenci z diagnozą choroby psychicznej narażeni są na wiele czynników sprzyjających rozwojowi chorób somatycznych, w tym nowotworów. W literaturze przedmiotu można znaleźć sporo epidemiologicznych analiz zależności pomiędzy zapadalnością i umieralnością na nowotwory a współwystępowaniem schizofrenii. Wyniki badań dotyczących tej problematyki pozostają rozbieżne [6, 7]. Niektórzy badacze wskazują na niższą zapadalność na nowotwory w populacji osób chorych na schizofrenię [8–12]. Mortensen (1989, 1994) i Lichtermann i wsp. (2001) wskazują na niższą zapadalność wyłącznie w grupie mężczyzn chorujących na schizofrenię w porównaniu z populacją ogólną [13–15]. W literaturze przedmiotu są doniesienia, że niższe ryzyko rozwoju nowotworu dotyczy nie tylko osób chorujących na schizofrenię, ale także ich krewnych pierwszego stopnia – rodziców i rodzeństwa [16–18]. Poza tymi doniesieniami istnieje wiele publikacji wskazujących na zwiększone ogólne ryzyko rozwoju nowotworu u pacjentów ze schizofrenią [15, 19, 20] lub zwiększoną u nich zachorowalność na nowotwór: jelita grubego, piersi i macicy [11, 12, 21, 22]. Dwa zespoły badawcze: Catts (2008) i Lin (2013) wskazały na podwyższone ryzyko rozwoju raka w populacji kobiet, odwrotnie korelujące z wiekiem zachorowania na schizofrenię [16, 18]. Także Lichtermann i wsp. (2001) oraz Ji i wsp. (2013) wskazali wśród pacjentek leczonych z powodu schizofrenii zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi oraz szyjki i trzonu macicy w porównaniu z populacją ogólną [15, 17].

Analiza współwystępowania chorób nowotworowych ze schizofrenią jest problematyczna. Wpływa na to wiele czynników: epidemiologiczne, środowiskowe, farmakologiczne, genetyczne i psychosomatyczne. Na zaburzenia ze spektrum schizofrenii cierpi około 0,5–1% populacji [23], a osoby chorujące na schizofrenię charakteryzuje wcześniejsza, średnio o 10–15 lat, umieralność w porównaniu z populacją osób bez zaburzeń psychicznych [24–26]. Z wielu przyczyn ocena ryzyka występowania nowo-

tworów w grupie osób leczonych z powodu schizofrenii pozostaje zaniżona. Pacjenci umierają przedwcześnie z różnych powodów (także w wypadkach komunikacyjnych, za sprawą skutecznych prób samobójczych), przed możliwością rozwoju nowotworu. Prawdopodobieństwo wystąpienia procesu proliferacyjnego w populacji ogólnej rośnie wraz z wiekiem. Ryzyko to maleje wraz z wiekiem w populacji osób powyżej 60. roku życia chorujących na schizofrenię [18]. Na zjawisko to wpływa również fakt, że schizofrenia przyspiesza proces starzenia się organizmu (narząd wzroku, słuchu, zaburzenia osobowości, zmiany morfologii mózgu) [27, 28]. W przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi istotne znaczenie ma farmakoterapia lekami przeciwpsychotycznymi. Pochodne fenotiazyny i butyrofenonu mają potencjalne właściwości protekcyjne, poprzez działanie antagonistyczne w stosunku do kalmoduliny. Neuroleptyki atypowe, coraz częściej stosowane w farmakoterapii schizofrenii, nie wykazują podobnego działania [29, 30].

Wnioski

W ustalaniu możliwych przyczyn raka szyjki macicy u osób z zaburzeniami psychicznymi należy brać pod uwagę wszystkie możliwe czynniki karcynogenezy. W opisanym przypadku najprawdopodobniej czynnikami ryzyka były: przewlekły nikotynizm, uwarunkowanie genetyczne i być może niedostateczna higiena osobista (choć u pacjentki nie obserwowano objawów procesu zapalnego dróg rodnych). Dowodzi to, że nieródki i dziewice z zaburzeniami psychicznymi nie powinny być wykluczane z badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy. W analizowanym przypadku uwagę zwracają wieloletnie zaniedbania w procesie edukacyjnym kadry medycznej zarówno jeśli chodzi o kształcenie w zakresie chorób onkologicznych (złe rokowanie, trudności diagnostyczne, nieskuteczność metod leczniczych) [31], jak i psychicznych (stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi, przekonanie o zagrożeniu czynną agresją ze strony pacjenta chorującego psychicznie, marginalizacja problemu współwystępowania zaburzeń psychicznych i somatycznych) [32, 33].

Pytaniem otwartym pozostaje: czy po kilkuminutowej rozmowie ginekologa z pacjentem z zaburzeniem psychicznym można przesądzić o jego agresywności w stosunku do innych osób? Trudno też zrozumieć opisaną powyżej dyskwalifikację pacjentki z pełnego, dającego szansę na całkowite wyleczenie, leczenia uzupełniającego na rzecz radioterapii paliatywnej. Pozytywne doświadczenia podczas leczenia laparoskopowego i radioterapeutycznego pozwalają obalić kolejny mit dotyczący tego, że osoby z zaburzeniami psychicznymi są trudnymi i niewspółpracującymi pacjentami.

Pomimo zachodzących zmian, związanych także z realizacją programu ochrony zdrowia psychicznego, osoby z zaburzeniami psychicznymi ze współistniejącymi chorobami somatycznymi są nadal stygmatyzowane i dyskryminowane, również przez wyższy personel medyczny [34]. Chodzi o: blokowanie dostępu do placówek opieki zdrowotnej, „zbywanie” przez personel, odsyłanie do innych ośrodków, ignorowanie dolegliwości somatycznych lub zaliczanie ich do objawów choroby psychicznej [35, 36]. Zaburzenia psychiczne w porównaniu z niepełnosprawnością fizyczną czy chorobą somatyczną są silniej piętnowane społecznie [37, 38], natomiast schizofrenia

jest jedną z najmocniej stygmatyzowanych jednostek chorobowych, a problem ten dotyczy wszystkich krajów [39]. Wyniki badań wskazują na silniejszą stygmatyzację chorych na schizofrenię w porównaniu z osobami leczonymi z powodu chorób somatycznych (nowotwory hematologiczne, choroby sercowo-naczyniowe) [40].

Biorąc pod uwagę nasilenie opisywanego zjawiska i różnice w tym zakresie pomiędzy schizofrenią a innymi zaburzeniami psychicznymi, to wyniki badań są rozbieżne. Lasalvia i wsp. (2016) wykazali, że osoby leczone z powodu schizofrenii są najbardziej stygmatyzowane, w tym także w porównaniu z ciężką depresją [41]. Natomiast według Świtaja i wsp. (2010) schizofrenia stygmatyzuje podobnie jak depresja czy uzależnienie od alkoholu [40]. Jeśli chodzi o uzależnienie od narkotyków, to stygmatyzuje ono bardziej niż schizofrenia [40, 42, 43]. Zjawisko stygmatyzacji osób z zaburzeniami psychicznymi dotyczy 30–40% kanadyjskiej populacji osób chorujących psychicznie [44] i 28% chorych z Wielkiej Brytanii [45]. Polskie badania wykazały, że osoby chorujące na schizofrenię doświadczyły dyskryminacji w zakresie: odrzucenia przez innych – 87%, relacji interpersonalnych – 68%, na rynku pracy – 55%, całkowitego zerwania kontaktów towarzyskich z powodu zaburzenia psychicznego – 50% pacjentów [46].

Autorzy pracy mają nadzieję, że opisany przykład wskazujący na obecność błędnych przekonań dotyczących podejścia do osób z zaburzeniami psychicznymi i ich traktowania stanie się przestrożą dla wszystkich lekarzy praktyków, bez względu na posiadaną specjalizację. Odmowa osobie chorującej psychicznie udzielenia właściwego, zgodnego z aktualnym stanem wiedzy medycznej świadczenia zdrowotnego, zarówno diagnostycznego, jak i terapeutycznego, tylko z powodu obecnego u niej zaburzenia psychicznego, bezdyskusyjnie wskazuje na dyskryminację osób chorujących psychicznie. W świetle obowiązujących przepisów takie postępowanie jest błędem w sztuce medycznej i stanowi podstawę do zgłoszenia do lokalnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Piśmiennictwo

1. Kornafel J. *Nowotwory szyjki macicy*. Warszawa: CMKP; 2011.
2. Wójcik-Krowiranda K, Michalski T, Bienkiewicz A. *Precancerous conditions in gynecology*. *Postępy Nauk Medycznych* 2013; 26(7): 466–474 .
3. Sant M, Chirlaque Lopez MD, Agresti R, Sánchez Pérez MJ, Holleczeck B, Bielska-Lasota M i wsp., EUROCARE-5 Working Group. *Survival of women with cancers of breast and genital organs in Europe 1999–2007*. *Eur. J. Cancer* 2015; 51(15): 2191–2201.
4. Polskie Towarzystwo Ginekologiczne. *Cervical cytology screening. Clinical management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists*. ACOG Practice Bulletin, Number 109. *Obstet Gynecol.* 2009;114:1409-1420.
5. Han Mo PK, Sze Mak WW, Kwan Chong ES, Shen H, Man Cheung RY. *The prevalence and factors for cancer screening behavior among people with severe mental illness in Hong Kong*. *PLoS One* 2014; 9(9): e107237.
6. Hodgson R, Wildgust H, Bushe C. *Cancer and schizophrenia: Is there a paradox?* *J. Psychopharmacol.* 2010; 24(Suppl. 4): 51–60.

7. Bushe C, Bradley A, Wildgust H, Hodgson R. *Schizophrenia and breast cancer incidence: A systematic review of clinical studies*. Schizophr. Res. 2009; 114(1–3): 6–16.
8. Cohen M, Dembling B, Schorling J. *The association between schizophrenia and cancer: A population-based mortality study*. Schizophr. Res. 2002; 57: 139–146.
9. Barak Y, Achiron A, Mandel M, Mirecki I, Aizenberg D. *Reduced cancer incidence among patients with schizophrenia*. Cancer 2005; 104(12): 2817–2821.
10. Chou F, Tsai K, Su C, Lee C. *The incidence and relative risk factors for developing cancer among patients with schizophrenia: A nine-year follow-up study*. Schizophr. Res. 2011; 129(2–3): 97–103.
11. Ajdacic-Gross V, Tschopp A, Bopp M, Gutzwiller F, Rössler W. *Cancer comorbidity patterns in schizophrenia and psychotic disorders: A new methodological approach for unique databases*. Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2014; 23(1): 19–24.
12. Catalá-López F, Suárez-Pinilla M, Suárez-Pinilla P, Valderas J, Gómez-Beneyto M, Martínez S i wsp. *Inverse and direct cancer comorbidity in people with central nervous system disorders: A meta-analysis of cancer incidence in 577,013 participants of 50 observational studies*. Psychother. Psychosom. 2014; 83(2): 89–105.
13. Mortensen P. *The incidence of cancer in schizophrenic patients*. J. Epidemiol. Community Health 1989; 43(1): 43–47.
14. Mortensen P. *The occurrence of cancer in first admitted schizophrenic patients*. Schizophr. Res. 1994; 12(3): 185–194.
15. Lichtermann D, Ekelund J, Pukkala E, Tanskanen A, Lönnqvist J. *Incidence of cancer among persons with schizophrenia and their relatives*. Arch. Gen. Psychiatry 2001; 58(6): 573–578.
16. Catts V, Catts S, O’Toole B, Frost A. *Cancer incidence in patients with schizophrenia and their first-degree relatives – A meta-analysis*. Acta Psychiatr. Scand. 2008; 117(5): 323–336.
17. Ji J, Sundquist K, Ning Y, Kendler K, Sundquist J, Chen X. *Incidence of cancer in patients with schizophrenia and their first-degree relatives: A population-based study in Sweden*. Schizophr. Bull. 2013; 39(3): 527–536.
18. Lin GM, Chen YJ, Kuo DJ, Jaiteh LE, Wu YC, Lo TS i wsp. *Cancer incidence in patients with schizophrenia or bipolar disorder: A nationwide population-based study in Taiwan, 1997–2009*. Schizophr. Bull. 2013; 39(2): 407–416.
19. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. *Physical illness and schizophrenia: A review of the literature*. Acta Psychiatr. Scand. 2007; 116(5): 317–333.
20. Howard L, Barley E, Davies E, Rigg A, Lempp H, Rose D i wsp. *Cancer diagnosis in people with severe mental illness: Practical and ethical issues*. Lancet Oncol. 2010; 11(8): 797–804.
21. Fond G, Macgregor A, Attal J, Larue A, Brittner M, Ducasse D i wsp. *Antipsychotic drugs: Pro-cancer or anti-cancer? A systematic review*. Med. Hypotheses 2012; 79(1): 38–42.
22. Irwin K, Henderson D, Knight H, Pirl W. *Cancer care for individuals with schizophrenia*. Cancer 2014; 120(3): 323–334.
23. Markkanen E, Meyer U, Dianov GL. *DNA damage and repair in schizophrenia and autism: Implications for cancer comorbidity and beyond*. Int. J. Mol. Sci. 2016; 17(6): E856.
24. Mehling M, Tassé M. *Severity of autism spectrum disorders: Current conceptualization, and transition to DSM-5*. J. Autism. Dev. Disord. 2016; 46(6): 2000–2016.
25. Tarabeux J, Kebir O, Gauthier J, Hamdan F, Xiong L, Piton A i wsp. *Rare mutations in N-methyl-D-aspartate glutamate receptors in autism spectrum disorders and schizophrenia*. Transl. Psychiatry 2011; 1: e55.

26. Gao R, Penzes P. *Common mechanisms of excitatory and inhibitory imbalance in schizophrenia and autism spectrum disorders*. *Curr. Mol. Med.* 2015; 15(2): 146–167.
27. Fernandez-Egea E, Bernardo M, Heaphy CM, Griffith JK, Parellada E, Esmatjes E i wsp. *Telomere length and pulse pressure in newly diagnosed, antipsychotic-naive patients with nonaffective psychosis*. *Schizophr. Bull.* 2009; 35(2): 437–442.
28. Kirkpatrick B, Messias E, Harvey PD, Fernandez-Egea E. *Is schizophrenia a syndrome of accelerated aging?* *Schizophr. Bull.* 2008; 34(6): 1024–1032.
29. Tabarés-Seisdedos R, Dumont N, Baudot A, Valderas J, Climent J, Valencia A i wsp. *No paradox, no progress: Inverse cancer comorbidity in people with other complex diseases*. *Lancet Oncol.* 2011; 12(6): 604–608.
30. Gejman PV, Sanders AR, Duan J. *The role of genetics in the etiology of schizophrenia*. *Psychiatr. Clin. North Am.* 2010; 33(1): 35–66.
31. Zielazny P, Zielińska P, Walden-Gałuszko de K, Kuziemski K, Bętkowska-Korpała B. *Psychooncology in Poland*. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(5): 1065–1073.
32. Beldie A, Boer den JA, Brain C, Constant E, Figuiera ML, Filipic I i wsp. *Fighting stigma of mental illness in midsize European countries*. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2012; 47(1): 1–38.
33. Jackowska E. *Stigma and discrimination towards people with schizophrenia – A survey of studies and psychological mechanisms*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 655–670.
34. Tyszkowska M, Podogrodzka M. *Stigmatization on the way to recovery in mental illness – The factors directly linked to psychiatric therapy*. *Psychiatr. Pol.* 2013; 47(6): 1011–1022.
35. Schulze B, Angermeyer MC. *Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals*. *Soc. Sci. Med.* 2003; 56(2): 299–312.
36. Podogrodzka-Niell M, Tyszkowska M. *Stigmatization on the way to recovery in mental illness – The factors associated with social functioning*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(6): 1201–1211.
37. Lee S, Lee MTY, Chiu MYL, Kleinman A. *Experience of social stigma by people with schizophrenia in Hong Kong*. *Br. J. Psychiatry* 2005; 186(2): 153–157.
38. Corrigan PW, Lurie BD, Goldman HH, Slopen N, Medasani K, Phelan S. *How adolescents perceive the stigma of mental illness and alcohol abuse*. *Psychiatr. Serv.* 2005; 56(5): 544–550.
39. Sartorius N, Schulze H. *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the World Psychiatric Association*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
40. Świtaj P, Wciórka J, Grygiel P, Smolarska-Świtaj J, Anczewska M, Chrostek A. *Frequency of stigmatization experiences among patients with schizophrenia as compared to those with other health problems*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2010; 19(4): 269–274.
41. Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K i wsp. *Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional survey*. *Lancet* 2013; 381(9860): 55–62.
42. Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. *Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance*. *Am. J. Public Health* 1999; 89(9): 1328–1333.
43. Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ. *Stigmatisation of people with mental illnesses*. *Br. J. Psychiatry* 2000; 177(1): 4–7.
44. Patten S, Williams J, Lavorato D, Bulloch A, Charbonneau M, Gautam M i wsp. *Perceived stigma among recipients of mental health care in the general Canadian population*. *Can. J. Psychiatry* 2016; 61(8): 480–488.

-
45. Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D i wsp. *Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008–2011*. Br. J. Psychiatry Suppl. 2013; 202(s55): s58–s63.
 46. Cechnicki A, Angermeyer MC, Bielańska A. *Anticipated and experienced stigma among persons with schizophrenia: Its nature and correlates*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46(7): 643–650.

Adres: Aneta Tylec
Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1
e-mail: anetatylec@wp.pl

Otrzymano: 8.12.2016
Zrecenzowano: 17.01.2017
Otrzymano po poprawie: 7.02.2017
Przyjęto do druku: 23.02.2017