

45-letnie badania katamnesticzne schizofrenii młodzieńczej. Część IV: Stan kliniczny oraz poziom adaptacji społecznej 5 lat po pierwszej hospitalizacji a późniejszy przebieg choroby oraz długoterminowe funkcjonowanie społeczne pacjentów

A 45-year follow-up study of adolescent schizophrenia. Part IV: Clinical status and level of social adaptation 5 years after the first hospitalization in the context of illness course and long-term social functioning of patients

Mariusz Śłosarczyk¹, Katarzyna Śłosarczyk¹, Mariusz Furgal²

¹ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych,
Dzieci i Młodzieży

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

Summary

Aim. Research on predictors of adolescent schizophrenia, especially those based on long-term follow-up studies, is rare in the literature. In our analysis, we examine the relationship of the clinical status and level of social adaptation 5 years after the first hospitalization with clinical and social indicators of the illness course.

Method. 69 patients at the average age of 16 years (time point 0), hospitalized due to schizophrenia (retrospectively re-diagnosed according to ICD-10 criteria) and re-examined 5 years later (time point 1 – personal examination of 41 individuals), were re-evaluated for clinical and social parameters 45 years after their initial hospitalization (time point 2 – personal examination of 21 individuals). In addition to the personal survey, other methods of data collection were used, including hospital queries.

Results. The clinical picture of schizophrenia 5 years after the first hospitalization described by the severity of psychopathology, as well as other parameters of the clinical status (e.g., insight, clinical improvement, relational abilities, GAF), revealed numerous and various correlations both with the symptomatic picture and clinical course of schizophrenia 45 years after the first hospitalization as well as with distant social functioning of the subjects. In the analyses, high prognostic significance was also revealed by the level of psychotic relapse, the

presence of auto-aggressive tendencies, and the quality of school and professional adaptation assessed at time point 1.

Conclusions. The level of functioning achieved by the patient in clinical and social areas during the first 5 years after their initial hospitalization proved to be an important prognostic factor in adolescent schizophrenia.

Słowa klucze: schizofrenia, adolescencja, rokowanie

Key words: schizophrenia, adolescence, prognosis

Wstęp

Ogólny kontekst teoretyczny projektu badawczego zawarto we wstępie do I części cyklu [1]. Część IV naszego opracowania katamnesticznego podejmuje temat predykcyjnego znaczenia obrazu klinicznego oraz poziomu adaptacji społecznej ocenianych 5 lat po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej spowodowanej epizodem schizofrenii. Schizofrenia, tak jak współcześnie ją rozumiemy, najczęściej okazuje się chorobą przewlekłą wpisującą się w bardzo różnorodne, osobniczo zmienne wzorce przebiegu. Dość powszechnie przyjmuje się jednak, że kluczowe znaczenie dla późniejszego przebiegu oraz odległego rokowania ma pierwszych kilka lat rozwoju zaburzenia [2]. W tym okresie dynamika tego rozwoju wydaje się największa, czasami skutkującą wczesną deterioracją trudną już później do pełnego odwrócenia [3].

Choć wiele tego typu ustaleń opartych jest na wynikach uzyskanych w badaniach dorosłych pacjentów, potwierdzają je również studia katamnesticzne obejmujące populację EOS (*Early Onset Schizophrenia*) [4–6]. Wybór pięcioletniego okresu katamnezy dokonany przez pierwszych autorów naszego projektu [7], inspirowany w pewnej mierze standardami spotykanymi w onkologii (gdzie po 5 latach bez nawrotu nowotworu można już ostrożnie mówić o wyleczeniu), okazał się więc po latach trafny. W świetle tych danych stan psychiczny oraz poziom adaptacji szkolnej i zawodowej po 5 latach od pierwszej hospitalizacji wydają się przedstawiać dużą wartość jako potencjalne czynniki predykcyjne dalszego przebiegu EOS. Co zaskakujące, właściwie nie udało nam się znaleźć w literaturze przedmiotu analiz próbujących w podobny sposób zbadać istnienie tego typu związków. Wiadomo wprawdzie, że wcześniejsze osiągnięcia edukacyjne [8, 9] i doświadczenia zawodowe [9–11] korzystnie korelują z późniejszym funkcjonowaniem zawodowym pacjentów, jednak, po pierwsze, cytowane badania odnoszą się do całej schizofrenii, a nie specyficznie do schizofrenii młodzieńczej czy też do EOS, a po drugie, nie mają one charakteru katamnez.

Material i metoda

Ogólna metodologia projektu badawczego oraz scenariusz badania w poszczególnych punktach oceny zostały opisane w rozdziale poświęconym metodzie zawartym w I części naszego cyklu [1]. W tym miejscu zaznaczymy jedynie, że grupę wyjściową zbadaną w punkcie 0 stanowiło 69 osób pierwszorazowo hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu schizofrenii młodzieńczej; 41 osób z tej grupy udało się osobiście zbadać 5 lat później (punkt 1), a 21 osób kolejne 40 lat później (punkt 2).

W każdym z punktów starano się zachować podobny schemat badania. Dodatkowo wiele danych pozyskiwano dzięki wysyłanym listownie ankietom oraz dzięki analizie dokumentacji medycznej.

Psychopatologię schizofrenii rejestrowaną w poszczególnych punktach badania dzielono na następujące kategorie: „autyzm”, „apatia i abulia”, „objawy rozszczepienne”, „formalne zaburzenia myślenia”, „objawy katatoniczne”, „objawy hebefreniczne”, „urojenia” oraz „omamy”. Nasilenie każdego objawu oceniane było na podstawie osobistego badania za pomocą czteropunktowej skali porządkowej. Obliczano również sumę całej psychopatologii schizofrenicznej („Suma objawów schizofrenii”), dodając do siebie nasilenie wszystkich ośmiu grup objawów. „Deficyty poznawcze” oceniano posługując się tą samą czteropunktową skalą. „Deficyty poznawcze” oznaczają tu upośledzenie funkcji poznawczych takich jak myślenie i pamięć rozumiane jako wtórne do rozwoju procesu schizofrenicznego. W trakcie oceny tej zmiennej w punkcie 2 starano się uwzględnić wpływ ewentualnych innych schorzeń somatycznych, a w szczególności neurologicznych, na funkcje poznawcze badanych, z możliwością odstępiania od oceny w przypadkach wątpliwych. Liczbę hospitalizacji oraz liczbę dni łącznie spędzonych w szpitalu („dni w szpitalu łącznie”) oceniano w skalach ilościowych, biorąc pod uwagę wyłącznie hospitalizacje stacjonarne na oddziałach ogólnopsychiatrycznych. Pozostałe uwzględnione zmienne porządkowe klasyfikowano na skali trzypunktowej („regresja”), pięciopunktowej („zdolności relacyjne”, „wyształcenie”, „życie zawodowe”) lub sześciopunktowej („wgląd”, „poprawa kliniczna”) – z głęboką regresją, zdolnością do tworzenia dojrzałych więzi, wykształceniem wyższym, bardzo dobrym funkcjonowaniem zawodowym, pełnym wglądem i pełną remisją jako górami skal.

Układ skal został przejęty z formularzy TSAF i FAF skonstruowanych w Turku (patrz część I naszego cyklu), a zaadaptowanych przez naszych poprzedników badających pacjentów w punkcie 0 i 1, tak aby zachować ciągłość metodologiczną badania. Regresję rozumiano jako powrót do wcześniejszych rozwojowo wzorców funkcjonowania psychicznego, w szczególności w obszarze mechanizmów obronnych oraz relacji z obiektem, pociągający za sobą zagubienie i bezradność. Wgląd rozumiano jako świadomość choroby psychicznej. Charakter dychotomiczny nadano zmiennym ocenianym w punkcie 1, a opisującym obecność pewnych tendencji psychopatologicznych między punktami 0 i 1: „tendencje do zaburzeń nastroju”, „tendencje autodestrukcyjne”, „tendencje do nadużywania substancji psychoaktywnych” – z obecnością takich tendencji jako górami skal. Jako ośmiopunktową zmienną porządkową potraktowano obecność między punktami 0 i 1 „objawów”, „zaostrzeń” i „nawrotów psychotycznych” – z brakiem takich stanów jako dołem skali, a ze stałym utrzymywaniem się objawów psychotycznych w wysokim nasileniu i z niewielkimi jedynie wahaniami jako górą skali. Między tymi ekstremami mieści się stopniowo rosnąca liczba nawrotów.

Zmienne oceniające poziom adaptacji szkolnej i zawodowej w okresie pierwszych 5 lat po hospitalizacji ujęto w następujące kategorie: „wyniki szkolne”, „wybór szkoły średniej”, „opóźnienie szkolne”, „zawód”, „przebieg pracy”, „rodzaj pracy”, „zadowolenie z pracy”, „niezależność materialna”. Nadano im charakter dychotomiczny – z, odpowiednio, brakiem problemów w nauce, samodzielnym wyborem szkoły, brakiem opóźnień szkolnych, posiadaniem zawodu, pracą stałą i przebiegającą bez trudności,

pracą na poziomie własnych możliwości i zgodną z wykształceniem, pracą przynoszącą satysfakcję oraz z faktem zarabiania na siebie jako górami skal. Charakter dychotomiczny nadano również następującym zmiennym: „wyjście poza kategorię F20”, „psychoterapia w katamnezie”, „małżeństwo”, „śmierć przed punktem 2”, „śmierć przed 50. r.ż.” – ze zmianą diagnozy ze schizofrenii na inny zespół psychopatologiczny między punktami 1 i 2, korzystaniem z psychoterapii między punktami 0 a 1, zawarciem małżeństwa, śmiercią przed punktem 2 oraz śmiercią przed 50. r.ż. jako górami skal.

GAF (*Global Assessment of Functioning*) jest stupunktową skalą porządkową łączącą ocenę nasilenia psychopatologii oraz poziomu funkcjonowania społecznego. Uznano, że warunki niniejszego badania pozwalają na ocenę z dokładnością odpowiadającą przedziałom pięciopunktowym. „Dzietność” potraktowano jako zmienną ilościową. Warto zaznaczyć, że większość parametrów dotyczących okresu przedchorobowego oraz punktów 0 oraz 1 zostało ocenionych w tych właśnie dwóch punktach czasowych, w bezpośrednim kontakcie z pacjentami i ich rodzicami. Wyjątkami były: „wiek początku”, „liczba hospitalizacji”, „dni w szpitalu łącznie” oraz „GAF”, które oceniano retrospektywnie na podstawie opisów klinicznych sporządzonych przez pierwszych badaczy oraz danych uzyskanych w kwerendach szpitalnych.

Metody statystyczne

Ze względu na mnogość zmiennych zależnych oraz potencjalnych predyktorów, które zdecydowaliśmy się wziąć pod uwagę, zatrzymaliśmy się na poziomie korelacji dwustronnych, nie przechodząc na poziom analizy regresji, co wymagałoby dokonania znacznej wstępnej selekcji danych. Testy nieparametryczne (współczynnik Spearmana) uznaliśmy za bardziej adekwatne niż parametryczne z powodu braku jasności co do rozkładu normalnego badanych cech, dużej ilości danych odstających od średniej, a także z racji dużej ilości danych dychotomicznych i porządkowych, a więc nie typowo ilościowych. Za poziom istotności statystycznej przyjęto $p < 0,05$, jednak ze względu na ciekawe tendencje wyłaniające się z analiz na słabszym poziomie istotności ($< 0,1$) zdecydowaliśmy się na ich ukazanie, pamiętając o słabej podbudowie statystycznej takich wniosków. W analizach korzystano z oprogramowania statystycznego: IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp., Released 2012.

Ograniczenia pracy

Dostrzegamy bardzo poważne ograniczenia metodologiczne naszej pracy. Od okresu, w którym zbierano pierwsze dane, upłynęło 50 lat. W tym czasie znacząco zmieniła się cała psychiatria, w tym także rozumienie schizofrenii. Decyzje pierwszych badaczy dotyczące diagnozy pacjenta, podziału objawów schizofrenii na kategorie, sposobu ujęcia takich kategorii jak regresja, wgląd czy zdolności relacyjne (by pozostać tylko przy wybranych przykładach) były z pewnością umocowane w kulturze i wiedzy (nie tylko psychiatrycznej) tamtych czasów. Sama rediagnoza zespołów psychopatologicznych według kryteriów ICD-10 (choć dzięki rzetelności i wnikliwości opisów pierwszych badaczy wydaje się ona relatywnie miarodajna) z całą pewnością nie usuwa w pełni

tych różnic. Konstrukcje skal, które dla dobra ciągłości metodologicznej starano się zachować, nie są pozbawione pewnej arbitralności.

Niewątpliwie słabością pracy jest fakt, że poza przypadkami szczególnie wątpliwymi nie uzgadniano wyników badania poszczególnych osób, a badacze indywidualnie i samodzielnie podejmowali decyzje co do punktacji w konkretnych kategoriach. Ograniczeniem pracy jest też wyraźnie spadająca z czasem liczba osób badanych osobiście: w punkcie 0 jest to 69 osób, w punkcie 1 – 41, a w punkcie 2 już tylko 21. Należy zaznaczyć, że jedynie 12 osób (9 kobiet i 3 mężczyzn) zostało zbadanych osobiście w każdym z punktów badania. Fakt, że wiele danych (dotyczących przebiegu leczenia, wykształcenia, pracy, życia osobistego, przeżywalności) udało się uzyskać z innych źródeł, może być jedynie częściową rekompensatą, obciążoną zresztą swoimi własnymi ograniczeniami. Przykładem może być analiza życia miłosnego uwzględniająca jedynie wymiar małżeństwa lub analiza dzietności niebiorąca pod uwagę wpływu farmakoterapii na ten aspekt życia badanych.

Z punktu widzenia statystycznego praca zatrzymuje się na dość powierzchownym poziomie analiz, co zostało już omówione i uzasadnione w poprzednim podrozdziale. Niewątpliwą słabością jest również brak grupy kontrolnej. W kontekście rozważań na temat ograniczeń pracy warto zaznaczyć, że analizowany materiał został opracowany przez badaczy, którym szczególnie bliskie są psychodynamiczne teorie etiopatogenezy schizofrenii. W naszej opinii paradygmat psychodynamiczny stanowi bardzo użyteczny model, w którym, bez roszczeń do powierzchownej i często pozornej integracji, spotkać się mogą perspektywy: psychoanalityczna, neurobiologiczna i medyczna [12, 13].

Wyniki

Pierwszym obszarem analizy będzie korelacja między klinicznym obrazem choroby ocenianym 5 lat po pierwszej hospitalizacji a jej obrazem rejestrowanym 40 lat później, a więc 45 lat po pierwszym pobycie w szpitalu. Obszar ten ilustruje tabela 1.

Tabela 1. **Obraz kliniczny choroby w punkcie 1 a jej obraz w punkcie 2**

	Autyzm 1	Apatia, abulia 1	Objawy rozszepienne 1	Formalne zaburzenia myślenia 1	Objawy katatoniczne 1	Objawy hebefreniczne 1	Urojenia 1	Omamy 1	Suma objawów schizofrenii 1
Autyzm 2	0,57+	0,41	0,61*	0,49	0,28	-	0,04	0,28	0,67*
Apatia, abulia 2	0,46	0,32	0,55+	0,14	0,37	-	0,27	0,37	0,56+
Objawy rozszepienne 2	0,28	0,27	0,13	0,47	0,41	-	-0,26	-0,14	0,33

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Formalne zaburzenia myślenia 2	0,47	0,49	0,22	0,57+	0,46	-	-0,15	0,05	0,51+
Objawy katatoniczne 2	0,42	0,35	0,29	-0,03	0,60*	-	-0,25	-0,13	0,38
Objawy hebefreniczne 2	0,34	0,42	0,16	0,36	0,37	-	-0,40	-0,33	0,34
Urojenia 2	0,05	-0,08	0,29	0,03	-0,13	-	0,17	-0,13	0,05
Omamy 2	0,14	0,09	0,32	0,25	-0,09	-	-0,17	-0,09	0,18
Suma objawów schizofrenii 2	0,47	0,44	0,42	0,38	0,48	-	-0,16	-0,04	0,54+

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ p < 0,1; * p < 0,05

Objawami zachowującymi najwyższą ciągłość w obrazie choroby między punktem 1 a punktem 2 okazują się katatonie, autyzm i formalne zaburzenia myślenia. Wszystkie kategorie objawowe w punkcie 1, dla których udało się policzyć korelację, poza urojeniami i omamami, wykazują pewien dodatni potencjał predykcyjny wobec psychopatologii w punkcie 2. Urojenia i omamy w punkcie 1 generalnie zmniejszają prawdopodobieństwo późnej psychopatologii z wyjątkiem obszaru autystycznego, a zwłaszcza apatyczno-abulicznego. Sumarycznie ujęta objawowość w punkcie 1 jest predyktorem nasilenia późnych objawów, szczególnie zaś autyzmu.

Tabela 2 opisuje zależności między różnymi formami psychopatologii w punkcie 1 a pewnymi wskaźnikami późniejszego przebiegu choroby i leczenia.

Tabela 2. **Obraz kliniczny choroby w punkcie 1 a wybrane wskaźniki jej późniejszego przebiegu oraz leczenia**

	Autyzm 1	Apatia, abulia 1	Objawy rozszepienne 1	Formalne zaburzenia myślenia 1	Objawy katatoniczne 1	Objawy hebefreniczne 1	Urojenia 1	Omamy 1	Suma objawów schizofrenii 1
Deficyty poznawcze 2	0,45	0,28	0,36	0,44	0,41	-	-0,16	-0,14	0,49
Liczba hospitalizacji 2	-0,22	-0,13	-0,09	0,03	0,15	0,18	-0,05	-0,07	-0,11
Dni w szpitalu łącznie 2	-0,15	-0,03	-0,06	0,13	0,15	0,22	0,01	-0,06	-0,03
Wgląd 2	-0,66*	-0,29	-0,54+	-0,42	-0,24	-	-0,15	-0,24	-0,58*
Regresja 2	0,52+	0,39	0,54+	0,55+	0,29	-	-0,07	0,29	0,60*
Zdolności relacyjne 2	-0,055+	-0,28	-0,65*	-0,38	-0,25	-	-0,24	-0,25	-0,50*
Wyjście poza kategorię F20	-0,08	-0,21	-0,14	-0,43*	-0,09	-0,15	0,00	-0,12	-0,23

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ p < 0,1; * p < 0,05

Najbardziej negatywny wpływ na poziom wglądu oraz zdolności relacyjne wykazują autyzm oraz objawy rozszczeniowe. Obie te zmienne niezależnie oraz formalne zaburzenia myślenia w podobnym stopniu zapowiadają głębszy poziom regresji w punkcie 2. Również zbiorcze nasilenie objawów schizofrenii w punkcie 1 ujawnia niekorzystne korelacje z późną regresją, wglądem i zdolnościami relacyjnymi. Podobnego rodzaju korelacje odległe katatonii, omamów oraz urojeń wydają się słabsze, a dotyczy to szczególnie urojeń. Przełożenie wartości wszystkich właściwie zmiennych na liczbę i długość hospitalizacji psychiatrycznych w ciągu 40 lat chorowania okazało się słabe. Jedynym objawem punktu 1, którego obecność w statystycznie istotny sposób zmniejsza prawdopodobieństwo zmiany diagnozy na inną niż schizofrenia, są formalne zaburzenia myślenia.

Tabela 3 ilustruje z kolei relacje między obrazem klinicznym w punkcie 1 a niektórymi wskaźnikami późniejszego funkcjonowania społecznego.

Tabela 3. **Obraz kliniczny choroby w punkcie 1 a wybrane wskaźniki późniejszego funkcjonowania społecznego**

	Autyzm 1	Apatia, abulia 1	Objawy rozszczeniowe 1	Formalne zaburzenia myślenia 1	Objawy katatoniczne 1	Objawy hebefreniczne 1	Urojenia 1	Omamy 1	Suma objawów schizofrenii 1
GAF 2	-0,68**	-0,55*	-0,65*	-0,58*	-0,28	-0,41	-0,23	-0,07	-0,73***
Życie zawodowe 2	-0,51***	-0,52***	-0,52***	-0,40*	-0,18	-0,01	-0,33+	-0,18	-0,55***
Małżeństwo 2	-0,54***	-0,44**	-0,41*	-0,34*	0,21	-0,05	-0,32+	-0,21	-0,50***
Dziełność	-0,54***	-0,41*	-0,38*	-0,43*	0,26	-0,04	-0,37*	-0,17	-0,50**
Śmierć przed punktem 2	0,12	0,12	0,19	0,11	-0,10	0,03	0,19	0,22	0,19
Śmierć przed 50. r.ż.	0,01	0,15	0,07	0,09	-0,08	0,10	0,11	0,32*	0,11

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Na ogólnym poziomie funkcjonowania psychospołecznego w punkcie 2 (GAF) najbardziej niekorzystnie odbijają się cztery grupy objawów punktu 1: autyzm, objawy rozszczeniowe, formalne zaburzenia myślenia oraz apatia i abulia. Dość podobnie przedstawia się wpływ psychopatologii punktu 1 na życie zawodowe. W wypadku możliwości zawarcia związku małżeńskiego najbardziej negatywnym predyktorem jest autyzm, a następnymi w kolejności są apatia i abulia, objawy rozszczeniowe, formalne zaburzenia myślenia oraz urojenia. Nasilenie psychopatologii punktu 1 raczej

słabo koreluje z długością życia badanych, przy czym wyjątkiem są tutaj omamy, które w statystycznie znaczący sposób korelują z wczesną śmiercią. Objawowość schizofreniczna punktu 1 ujmowana sumarycznie okazuje się istotnym i zdecydowanie niekorzystnym czynnikiem rokowniczym zarówno w aspekcie życia osobistego, pracy, jak i w przekrojowym wymiarze oddawanym za pomocą skali GAF.

Zobaczymy teraz, jaki wpływ mają inne wskaźniki mówiące o stanie psychicznym badanego w punkcie 1 na parametry opisujące późniejszy przebieg choroby (tab. 4).

Tabela 4. Stan psychiczny w punkcie 1 a późniejszy przebieg choroby

	Poprawa kliniczna 1	Wgląd 1	Zdolności relacyjne 1	Psychoterapia w katamnezie 1	GAF 1	Objawy demencyjne 1
Deficyty poznawcze 2	-0,29	-0,75***	-0,29	-0,29	-0,36	0,41
Liczba hospitalizacji 2	0,08	0,11	0,17	-0,03	-0,08	0,09
Dni w szpitalu łącznie 2	0,03	0,01	0,11	-0,04	-0,14	0,17
Wgląd 2	0,64*	0,47	0,34	0,12	0,30	-0,53+
Regresja 2	-0,32	-0,79***	-0,30	-0,22	-0,26	0,29
Zdolności relacyjne 2	0,59*	0,63*	0,40	0,22	0,18	-0,25
Wyjście poza kategorię F20	0,24	0,10	0,05	-0,16	0,11	-0,21

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; *** $p < 0,005$

Jeśli chodzi o nasilenie późnych deficytów poznawczych, najistotniejsza jest ich negatywna korelacja z poziomem wglądu w punkcie 1. Inne parametry punktu 1 ujawniają w tym aspekcie korelacje o znacznie słabszej istotności. Dobra poprawa kliniczna w punkcie 1 koreluje dodatnio z poziomem wglądu oraz zdolnościami relacyjnymi w punkcie 2. Dobry wgląd w punkcie 1 przekłada się z kolei w sposób zdecydowany na niższy poziom późnej regresji oraz na wyższe zdolności relacyjne w punkcie 2. Pozostałe czynniki predykcyjne są mniej istotne, ale można powiedzieć, że deficyty poznawcze oraz zdolności relacyjne w punkcie 1 okazują się nieco ważniejsze niż GAF 1, a zwłaszcza fakt korzystania z pomocy psychoterapeutycznej w pierwszych pięciu latach katamnezy.

Jak natomiast badane przez nas wybrane parametry punktu 1 korelują z późniejszym funkcjonowaniem społecznym? Ilustruje to tabela 5.

Tabela 5. Stan psychiczny w punkcie 1 a niektóre wskaźniki późniejszego funkcjonowania społecznego

	Poprawa kliniczna 1	Wgląd 1	Zdolności relacyjne 1	Psychoterapia w katamnezie 1	GAF 1	Deficyty poznawcze 1
GAF 2	0,50+	0,55*	0,37	0,26	0,64***	-0,61*
Życie zawodowe 2	0,51***	0,41*	0,40*	0,25	0,58***	-0,20
Małżeństwo 2	0,39*	0,28	0,45**	-0,13	0,37*	-0,31+
Dzietność	0,32+	0,38*	0,55***	-0,18	0,33+	-0,15
Śmierć przed punktem 2	-0,08	-0,31*	-0,14	-0,02	-0,23	-0,08
Śmierć przed 50. r.ż.	-0,03	-0,14	-0,06	0,20	-0,07	0,00

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Najbardziej znaczącymi czynnikami rokowniczymi są punktacja GAF, poziom wglądu, zdolności relacyjne oraz jakość poprawy klinicznej notowane w punkcie 1. Wynik w skali GAF, poziom wglądu oraz jakość poprawy klinicznej najsilniej przekładają się na przyszłe życie zawodowe, a korelacje zdolności relacyjnych najistotniejsze są w kontekście małżeństwa i dzietności. Deficyty poznawcze w punkcie 1 korelują ujemnie z GAF 2 oraz z możliwością zawarcia małżeństwa. Zwraca uwagę dodatnia korelacja długości życia i jakości wglądu w punkcie 1. Korzystanie z psychoterapii w pierwszym okresie katamnesticznym ponownie okazuje się mało istotnym czynnikiem.

Ważnym elementem oceny stanu psychicznego obejmującej 5 lat po pierwszej hospitalizacji, oceny z założenia bardziej przekrojowej niż punktowej, może być też analiza występowania tendencji do innych, oprócz schizofrenicznego, rodzajów psychopatologii oraz analiza poziomu uporczywości i nawrotowości objawów psychotycznych. Wpływ tych czynników na funkcjonowanie odległe ilustruje tabela 6.

Tabela 6. Obecność pewnych tendencji psychopatologicznych oraz poziom psychotycznej nawrotowości a późniejszy przebieg choroby oraz funkcjonowanie społeczne badanych

	Tendencje do zaburzeń nastroju 1	Tendencje autodestrukcyjne 1	Tendencje do nadużywania substancji psychoaktywnych 1	Objawy, zaostżenia i nawroty psychotyczne 1
Deficyty poznawcze 1	-0,13	-	-0,09	0,49
Liczba hospitalizacji 2	-0,14	-0,05	-0,03	-0,02
Dni w szpitalu łącznie 2	-0,16	-0,04	-0,14	0,00
Wgląd 2	-0,22	-	0,29	-0,54+
Regresja 2	-0,22	-	-0,24	0,56+
Zdolności relacyjne 2	0,11	-	0,40	-0,59*
Wyjście poza kategorię F20	0,38*	-0,15	0,18	-0,08
GAF 2	0,07	-	0,24	-0,67**
Życie zawodowe 2	0,23	0,28	0,27	-0,40*
Małżeństwo 2	0,15	0,07	0,27	-0,27
Dzietność	0,13	0,27	0,20	-0,56***
Śmierć przed punktem 2	-0,21	0,33*	0,14	0,18
Śmierć przed 50. r.ż.	-0,16	0,46***	-0,06	0,07

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,005$

Tendencje do zaburzeń nastroju przejawiane przez pacjentów w okresie 5 lat po pierwszej hospitalizacji ujawniają korelacje o korzystnym wydźwięku, z wyjątkiem obszaru późnego wglądu. Często zapowiadają późniejszą zmianę diagnozy, przypuszczalnie w kierunku zaburzeń afektywnych. Tendencje autoagresywne bardzo wyraźnie korelują z wcześniejszą śmiercią badanych. Poza tym ujawniają się jednak ich dodatnie korelacje z poziomem funkcjonowania zawodowego oraz dzietnością. Z kolei badani z tendencjami do nadużywania substancji psychoaktywnych wydają się mieć korzystniejsze rokowanie we wszystkich aspektach, z wyjątkiem tego, że żyją krócej. Korelacje nie osiągają jednak poziomu statystycznej istotności, a wspomniane wyżej tendencje do korzystniejszego rokowania najbardziej widoczne są w obszarach zdolności relacyjnych, wglądu, jakości życia zawodowego oraz możliwości stworzenia relacji małżeńskiej, a także w wyniku w skali GAF. Inaczej to wygląda w wypadku odległych konsekwencji nawrotowości psychotycznej oraz uporczywości objawów w okresie pierwszych 5 lat. Jest to bardzo silny i bardzo niekorzystny predyktor. Zapowiada on cały szereg negatywnych konsekwencji, przy czym niektóre korelacje

ujawniają bardzo dużą istotność. Dotyczy to w szczególności ogólnej punktacji GAF 2 oraz dietności, a także, w mniejszym stopniu, zdolności kontaktu, funkcjonowania zawodowego, wglądu oraz regresji.

Przejdźmy teraz na koniec do analizy powiązań między poziomem adaptacji społecznej osiągniętym w punkcie 1 a odległym funkcjonowaniem badanych. Pierwszym obszarem rozważań będzie korelacja między wartościami parametrów oceniających poziom adaptacji szkolnej i zawodowej badanych osób na etapie pięcioletniej katamnezy a wybranymi wskaźnikami późniejszego przebiegu choroby i jej leczenia. Korelacje takie ilustruje tabela 7.

Tabela 7. Poziom adaptacji szkolnej i zawodowej badanych na etapie pierwszej katamnezy a wybrane wskaźniki późniejszego przebiegu choroby

	Wyniki szkolne	Wybór szkoły średniej	Opóźnienie szkolne	Zawód	Przebieg pracy	Rodzaj pracy	Zadolenie z pracy	Niezależność materialna
Deficyty poznawcze 2	-0,35	-0,40	-0,20	-0,13	-0,17	-0,40	-0,36	-0,16
Liczba hospitalizacji 2	-0,21	-0,20	0,01	-0,23	-0,48***	-0,22	-0,15	0,05
Dni w szpitalu łącznie 2	-0,30+	-0,30+	-0,04	-0,21	-0,47***	-0,23	-0,29+	0,05
Regresja 2	-0,47	-0,43	-0,31	-0,22	0,04	-0,43	-0,32	-0,34
Wgląd 2	0,22	0,06	0,22	0,38	0,43	0,68*	0,49	0,50
Zdolność kontaktu 2	0,35	0,18	0,35	0,47	0,11	0,55+	0,36	0,44
Wyjście poza kategorię F20	0,18	0,38*	0,13	0,09	0,30+	0,19	-0,05	0,05

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; *** $p < 0,005$

Jeśli chodzi o funkcjonowanie szkolne, to nie okazało się ono szczególnie istotnym wskaźnikiem predycyjnym. Brak problemów w nauce, samodzielny wybór szkoły i brak szkolnych opóźnień korelują ujemnie z deficytami poznawczymi, liczbą i długością hospitalizacji oraz poziomem regresji, a dodatkowo z poziomem wglądu i zdolnościami relacyjnymi. Obraz tych korelacji jest spójny i zgodny z oczekiwaniami, ale ich siła nie osiąga poziomu istotności statystycznej. Zwraca uwagę dodatnia i istotna korelacja samodzielnego wyboru szkoły średniej oraz późniejszego wyjścia badanej osoby poza diagnostyczne kryteria schizofrenii. Zdobywanie zawodu i stała, satysfakcjonująca praca na poziomie swoich możliwości i wykształcenia okazały się bardziej istotnymi czynnikami predycyjnymi niż korzystna adaptacja szkolna. Czynniki te korelują pozytywnie z późnym wglądem, zdolnościami relacyjnymi oraz

perspektywą wyjścia poza krąg diagnostyczny schizofrenii oraz negatywnie z deficytami poznawczymi, liczbą i długością hospitalizacji i poziomem regresji. Jeśli chodzi o korelacje istotne, to znajdujemy je w związku między przebiegiem pracy a liczbą i długością hospitalizacji. Z kolei praca na poziomie swoich możliwości i zgodnie z wykształceniem jawi się jako istotny predyktor pełniejszego wglądu chorobowego na prognozie starości. Możliwość zarabiania na siebie 5 lat po pierwszej hospitalizacji wydaje się nieco słabszym predyktorem, choć jej związki z późną regresją, wglądem i zdolnością kontaktu również ujawniają pewne znaczenie ochronne.

Tabela 8 ilustruje zależności między wartościami wskaźników opisujących poziom adaptacji szkolnej i zawodowej badanych na etapie pierwszej katamnezy a niektórymi wskaźnikami ich późniejszego funkcjonowania społecznego.

Tabela 8. Poziom adaptacji szkolnej i zawodowej badanych na etapie pierwszej katamnezy a niektóre wskaźniki późniejszego funkcjonowania społecznego

	Wyniki szkolne	Wybór szkoły średniej	Opóźnienie szkolne	Zawód	Przebieg pracy	Rodzaj pracy	Zadowolenie z pracy	Niezależność materialna
GAF 2	0,55*	0,54*	0,57*	0,40	0,39+	0,71***	0,54	0,51
Ilość/jakość pracy 2	0,44*	0,31	0,24	0,34+	0,34+	0,39*	0,71***	0,47*
Stan cywilny 2	0,02	-0,13	0,02	-0,07	0,08	-0,02	0,33+	0,19
Dzietność 2	0,15	-0,09	-0,15	-0,11	0,16	-0,05	0,15	0,22
Śmierć przed punktem 2	-0,21	-0,32*	-0,15	-0,14	-0,21	-0,04	-0,15	-0,12
Śmierć przed 50. r.ż.	-0,11	-0,24	-0,22	-0,06	-0,11	0,14	0,05	0,08

Współczynnik korelacji Spearmana:

+ $p < 0,1$; * $p < 0,05$; *** $p < 0,005$

Zarówno funkcjonowanie szkolne, jak i zawodowe pozytywnie korelują z odległą punktacją w skali GAF, przy czym korelacja ta jest najbardziej istotna dla pracy zgodnej z poziomem możliwości i wykształcenia. Podobnie, oba rodzaje funkcjonowania społecznego na poziomie punktu 1 wyraźnie pozytywnie korelują z całym bilansem życiowym dotyczącym pracy, a dokonywanym na poziomie punktu 2. Czynnikiem najistotniej zapowiadającym udane życie zawodowe jest uzyskiwanie satysfakcji z pracy na etapie pierwszej katamnezy. Korelacje większości analizowanych parametrów z możliwością zawarcia małżeństwa oraz z długością życia są natomiast wyraźnie słabsze. Jeśli chodzi o przeżywalność, zwraca uwagę istotna dodatnia korelacja samodzielnego wyboru szkoły średniej z możliwością osiągnięcia wieku oznaczającego próg starości. Ta sama tendencja, choć słabsza, dotyczy zresztą wszystkich omawianych tu parametrów opisujących adaptację szkolną i zawodową.

Dyskusja

Z uzyskanych przez nas danych wynika, że nasilenie psychopatologii w punkcie 1 dodatnio koreluje z nasileniem psychopatologii w punkcie 2, a ponadto ma niekorzystne korelacje z przebiegiem klinicznym choroby, zwłaszcza w obszarach wglądu, regresji i zdolności relacyjnych. Szczególnie jednak uderzające są niekorzystne korelacje nasilenia objawów w punkcie 1 z późnym funkcjonowaniem społecznym, zarówno zawodowym, jak i osobistym, a także z punktacją GAF 2. Można powiedzieć, że najsilniejsze korelacje ujawnia parametr zbiorczego nasilenia psychopatologii punktu 1, jak również nasilenie objawów klasycznie bleulerowskich (autyzm, apatia/abulia, objawy rozszczepienne, formalne zaburzenia myślenia). Analizy zawarte w częściach I oraz II naszego opracowania dają podstawy do wniosku, że badani o takim właśnie, klasycznie bleulerowskim obrazie choroby często przejawiali w swoim przedchorobowym rozwoju cechy takie jak społeczne wycofanie, skrytość, smutek i niski napęd życiowy [1], a początek schizofrenii często miał u nich skryty, rozlany w czasie charakter [14]. Należy przy tym pamiętać, że tego rodzaju ścieżka kliniczna jest tylko jedną z wielu form przebiegu schizofrenii, jakie można zaobserwować i prześledzić, badając losy pacjentów spełniających u progu swojej historii choroby kryteria rozpoznania F20 według systemu ICD-10. Diagnoza schizofrenii oznacza przecież jedynie spełnienie określonych, z góry przyjętych (a współcześnie dość szerokich i nieostrych) wymagań i kryteriów, a więc powinna być dla klinicysty raczej punktem wyjścia niż punktem dojścia w procesie diagnozowania.

Wracając do analizy korelacji nasilenia psychopatologii w punkcie 1, pewne znaczenie ochronne w wymiarze ściśle klinicznym można przypisać urojeniom i omamom. Z kolei w wymiarze społecznym warto odnotować ochronną rolę objawów katatonicznych w punkcie 1, które z parametrami życia osobistego wykazują nawet korelacje pozytywne. Co ciekawe, podobne korelacje ujawniła także katatonia punktu 0, o czym można przeczytać w części III naszego opracowania [15]. Objawy katatoniczne, mimo powierzchownego podobieństwa do autyzmu, mają odmienną wewnętrzną dynamikę. Pacjenci katatoniczni nie tyle porzucają relację z obiektem, ile przenoszą ją na własne ciało [16]. Przypuszczalnie dzięki temu łatwiej jest im ją odtworzyć w obszarze społecznym. Psychopatologia punktu 1 ujawnia jednak dużo bardziej negatywne korelacje z przyszlými losami pacjentów niż badana w części III naszego opracowania psychopatologia wyjściowa. Klasycznie bleulerowskie objawy oparte na autystycznym wycofaniu i rozszczepieniu potwierdzają swój destrukcyjny potencjał, a korelacje objawów wytwórczych sugerują obecność komponenty sanacyjnej w ich strukturze [12].

Nawiązując ponownie do wyników opisanych w części III naszego opracowania [11] dotyczących potencjału predykcyjnego wyjściowej psychopatologii (psychopatologii punktu 0), można powiedzieć, że obserwowane w punkcie 1 formalne zaburzenia myślenia tracą ochronny potencjał, jaki przejawiały ich odpowiedniki z punktu 0. O ile więc w początkowym okresie choroby obecność objawów rozszczepiennych i formalnych zaburzeń myślenia (w wypadku tych drugich z perspektywą nieco dłuższą niż w wypadku pierwszych) może oznaczać walkę ego o odtworzenie relacji z obiektem opartej na dojrzałych mechanizmach obronnych i w związku z tym przekładać się na pewną poprawę rokowania, o tyle objawy te stwierdzone 5 lat po zachorowaniu

tracą swój sanacyjny potencjał i stanowią już raczej składnik stabilnego zespołu schizofrenicznego. Pewne prozdrowotne znaczenie można natomiast nadal przypisywać katatonii (o czym była mowa wcześniej) oraz hebefrenii, choć o tej drugiej znacznie mniej można powiedzieć ze względu na braki danych wynikające z małej liczebności badanej grupy. Ciekawe jest natomiast, że ścisłe objawy wytwórcze, a więc urojenia i omamy punktu 1, wydają się przejawiać korzystniejsze klinicznie korelacje niż ich odpowiedniki na poziomie punktu 0. Być może to właśnie ten rodzaj ekspresji objawowej jest głównym nośnikiem prozdrowotnych tendencji w obrębie ego na dalszych etapach choroby. Pozostawałoby to w zgodzie z doświadczeniem klinicznym, gdyż związany głównie z objawami produktywnymi typ I schizofrenii według Crowa [17] jest w powszechnej opinii klinicystów łatwiejszy w prowadzeniu i rokuje lepiej.

Bardzo istotnym predyktorem korzystnego klinicznego przebiegu schizofrenii jest poziom poprawy klinicznej w punkcie 1, a jeszcze ważniejszym prezentowany na tym etapie poziom wglądu. W odniesieniu do wymiaru społecznego znaczenie tych czynników jest jeszcze wyraźniejsze, a dodatkowo dołączają do nich zdolności relacyjne, punktacja GAF 1, a także brak deficytów poznawczych na etapie pierwszej katamnezy. Prohibidinalne znaczenie wglądu ujawnia się poniekąd dosłownie w ujemnej korelacji tego parametru z prawdopodobieństwem śmierci przed osiągnięciem starości. Szczególne znaczenie ochronne wglądu jest zupełnie zrozumiałe, biorąc pod uwagę, że wgląd w chorobę oznacza pojawienie się możliwości wpływu na nią, w szczególności przez podjęcie współpracy z leczącym.

Obecność tendencji autodestrukcyjnych w pierwszych latach choroby zasługuje na bardzo poważne potraktowanie, zwiększa ona bowiem wyraźnie możliwość wczesnej, przypuszczalnie często samobójczej, śmierci. Z drugiej strony warto zauważyć, że późne korelacje tendencji autoagresywnych w odniesieniu do życia zawodowego i osobistego mają (przy braku statystycznej istotności) kierunek raczej korzystny. Podobna sytuacja zachodzi w wypadku tendencji do nadużywania substancji psychoaktywnych. Agresywna relacja do siebie przejawiająca się w taki sposób w obrębie zespołu schizofrenicznego jest w swojej istocie o wiele bardziej dynamiczna niż autystyczne zatopienie się w świecie wewnętrznych obiektów. Angażuje ona w o wiele większym stopniu otoczenie zewnętrzne, rodzinę, lekarzy i terapeutów, ujawniając relacyjne możliwości pacjenta i związany z nimi potencjał prozdrowotny. Oczywiście warunkiem jego wykorzystania jest uniknięcie samobójstwa w trakcie pojawiających się w toku leczenia kryzysów.

Negatywne znaczenie prognostyczne wysokiego poziomu nawrotowości we wczesnym okresie schizofrenii ponownie [4] okazuje się bezdyskusyjne. Dobra adaptacja szkolna i zawodowa w punkcie 1 ujawnia korzystne korelacje z dalszym przebiegiem schizofrenii zarówno w wymiarze klinicznym (przede wszystkim co do częstości korzystania z leczenia szpitalnego), jak i społecznym (przede wszystkim zawodowym), przy czym szczególnie istotne okazuje się posiadanie stałej, odpowiadającej możliwościom i wykształceniu badanego pracy. Można powiedzieć, że wyniki naszych analiz potwierdzają słowa Angsta [18], który – powołując się również na pionierskie prace Manfreda Bleulera – podkreślił, że najlepszym predyktorem przebiegu i rokowania schizofrenii jest jej dotychczasowy przebieg. O słuszności tego poglądu przekona nas chociażby wielka siła, z jaką funkcjonowanie psychospołeczne w punkcie 1 (mierzone

skalą GAF) zapowiada swój odpowiednik w punkcie 2. Szczególna rola wczesnego, energicznego leczenia wydaje się w tym świetle oczywista, a nowsze analizy [19] pokazują, że leczenie takie, dostosowane do specyficznych potrzeb młodszych pacjentów [20], rzeczywiście może poprawiać rokowanie w EOS.

Wnioski

1. Nasilenie psychopatologii 5 lat po pierwszej hospitalizacji, a zwłaszcza nasilenie objawów klasycznie bleulerowskich, ma istotne, niekorzystne znaczenie rokownicze w EOS w obszarze klinicznym, a w jeszcze większym stopniu w obszarze społecznym.
2. Bardzo istotnymi predyktorami klinicznego przebiegu schizofrenii są wgląd i poziom poprawy klinicznej 5 lat po pierwszej hospitalizacji. W odniesieniu do wymiaru społecznego znaczenie tych czynników jest nawet jeszcze większe, a dodatkowo dołączają do nich w tym aspekcie rokowania inne istotne predyktory takie jak zdolność tworzenia związków oraz ogólny poziom funkcjonowania psychospołecznego mierzony skalą GAF.
3. Wysoki poziom psychotycznej nawrotowości w okresie 5 lat po pierwszym leczeniu szpitalnym stanowi ważny predyktor niekorzystnego przebiegu schizofrenii w wymiarze społecznym oraz klinicznym.
4. Dobra adaptacja szkolna, a zwłaszcza zawodowa 5 lat po pierwszej hospitalizacji jest ważnym czynnikiem zapowiadającym korzystny przebieg kliniczny i społeczny schizofrenii.

Podziękowania

Serdecznie dziękujemy wszystkim szpitalom i oddziałom psychiatrycznym, które umożliwiły nam dostęp do swoich archiwów. Szczególne podziękowania kierujemy do dyrekcji Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dra Józefa Babińskiego w Krakowie, którego bogate archiwum było dla nas cennym źródłem wiedzy o przebiegu leczenia i życia wielu badanych przez nas osób.

Piśmiennictwo

1. Ślosarczyk M, Ślosarczyk K, Furgal M. 45-letnie badania katamnesticzne schizofrenii młodzieńczej. Część I: Przedchorobowe wartości wskaźników psychologicznych i relacyjnych a późniejszy przebieg choroby oraz długofalowe funkcjonowanie społeczne pacjentów. *Psychiatr. Pol.* 2022; 56(1): 19–34.
2. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. *Krankheitsverlauf und Prädiktoren für den Krankheitsausgang bei chronischer Schizophrenie*. W: Brenner HD, Böcker W red. *Verlaufsprozesse schizophrener Erkrankungen*. Bern: Hans Huber; 1992. S. 63–75.
3. McGlashan TH, Johannessen JO. *Early detection and intervention with schizophrenia: Rationale*. *Schizophr. Bull.* 1996; 22(2): 201–222.
4. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. *The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: A 12-year follow-up*. *Schizophr. Bull.* 2000; 26(4): 801–816.
5. Jarbin H, Ott Y, Knorring von AL. *Adult outcome of social function in adolescent-onset schizophrenia and affective psychosis*. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2003; 42(2): 176–183.

6. Fleischhaker C, Schulz R, Tepper K, Martin M, Hennighausen K, Remschmidt H. *Long-term course of adolescent schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2005; 31(3): 769–780.
7. Bomba J, Mamrot E. *Badania zaburzeń psychicznych i ich dynamiki*. W: Orwid M red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL; 1981. S. 190–201.
8. Kiejna A, Piotrowski P, Misiak B, Adamowski T, Schubert A, Skrzekowska-Baran I i wsp. *Predictors of vocational status in schizophrenia patients – Results from the Polish nationwide survey*. Int. J. Soc. Psychiatry 2015; 61(8): 824–831.
9. Cougnard A, Goumilloux R, Monello F, Verdoux H. *Characteristics associated with duration of employment of persons with schizophrenia after first contact with psychiatric services*. Work 2009; 34(3): 365–371.
10. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. *A prospective analysis of work in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2001; 27(2): 281–296.
11. Schennach-Wolff R, Musil R, Möller HJ, Riedel M. *Functional outcomes in schizophrenia: Employment status as a metric of treatment outcome*. Curr. Psychiatry Rep. 2012; 14(3): 229–236.
12. Drozdowski P. *Granice orientacji psychodynamicznej w psychoterapii*. W: de Barbaro B red. *Konteksty psychiatrii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014. S. 93–109.
13. Gabbard GO. *Teoretyczne podstawy psychiatrii dynamicznej*. W: Gabbard GO. *Psychiatria psychodynamiczna w praktyce klinicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2009. S. 41–73.
14. Ślosarczyk M, Ślosarczyk K, Furgał M. *45-letnie badania katamnesticzne schizofrenii młodzieńczej. Część II: wiek zachorowania, typ początku zaburzenia i obecność obciążeń rozwojowych a późniejszy przebieg choroby oraz długoterminowe funkcjonowanie społeczne pacjentów*. Psychiatr. Pol. (w recenzji).
15. Ślosarczyk M, Ślosarczyk K, Furgał M. *45-letnie badania katamnesticzne schizofrenii młodzieńczej. Część III: obraz i efekt kliniczny pierwszej hospitalizacji a późniejszy przebieg choroby oraz długoterminowe funkcjonowanie społeczne pacjentów*. Psychiatr. Pol. (w druku).
16. Ping-Nie P. *Schizophrenic disorders. Theory and treatment from a psychodynamic point of view*. Madison, CT: International Universities Press, Inc.; 1979.
17. Crow TJ. *The two-syndrome concept: Origins and current status*. Schizophr. Bull. 1985; 11(3): 471–486.
18. Angst J. *European long-term follow-up studies of schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1988; 14(4): 501–513.
19. Amminger GP, Henry LP, Harrigan SM, Meredith GH, Alvares-Jimenes M, Herrman H i wsp. *Outcome in early-onset schizophrenia revisited: Findings from the Early Psychosis Prevention and Intervention Centre long-term follow-up study*. Schizophr. Res. 2011; 131(1–3): 112–119.
20. Haddock G, Lewis S, Bentall R, Dunn G, Drake N, Tarrier R. *Influence of age on outcome of psychological treatments in first-episode psychosis*. Br. J. Psychiatry 2006; 188(3): 250–254.

Adres: Mariusz Ślosarczyk
Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży
Szpital Uniwersytecki w Krakowie
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21A
e-mail: slosarczyk@poczta.onet.pl

Otrzymano: 27.04.2020

Zrecenzowano: 19.06.2020

Otrzymano po poprawie: 13.07.2020

Przyjęto do druku: 26.07.2020