

**Zmiana nasilenia sztywności emocjonalnej  
oraz jej wartość prognostyczna u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii w czasie leczenia neuroleptykami**

**Evaluation of the emotional blunting and its prognostic importance during neuroleptic treatment of schizophrenia**

Dorota K u k u l s k a

Z III Kliniki Psychiatrii IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Jarema

**Summary**

Emotional blunting is one of the basic negative symptoms in schizophrenia. This symptom, historically recognised as a static symptom in this disease, is not surrendering of treatment. Results of some new studies suggest, that the symptom of emotional blunting usually changes in the course of illness and during medical treatment. Thus, it is of prognostic significance.

**Aim:** The aim of study is an assessment of the intensity of negative symptoms in patients with schizophrenia.

**Method:** In the study, patients of both sexes treated in the Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw were examined. Seventy patients with schizophrenia were examined five times: before, during and after 8-week pharmacological treatment. The clinical status of patients was assessed by means of RSEB (which estimates presence and severity of emotional blunting); PANSS (which estimates all psychopathological symptoms); and CGI (general clinical condition of patients).

**Results:** The statistical analysis showed a high level of emotional blunting in the investigated group. Also, there is a statistical significant correlation between the emotional blunting and the general patients' condition; decrease of emotional blunting during pharmacological treatment improves the results of CGI. Severity of emotional blunting before treatment is a predictive factor of its severity after treatment. There were no significant associations between the emotional blunting and other analysed factors: age, gender, number of hospitalisations, duration of illness, dose of drugs, global result of PANSS and severity of depressive symptoms.

*Słowa klucze:* schizofrenia, objawy negatywne, sztywność emocjonalna

*Key words:* schizophrenia, negative symptoms, emotional blunting

## Wstęp

Sztywność emocjonalna jest jednym z podstawowych objawów negatywnych w schizofrenii. Uwzględniana jest zarówno w skalach diagnostycznych do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych, jak i w kryteriach diagnostycznych dla schizofrenii. W piśmiennictwie objaw ten przyjmuje różne określenia: „płaski afekt”, „afekt stępiący”, „stępienie emocjonalne”, „sztywność afektywna”. Niezależnie od nazwy, opisywane nią zjawisko można traktować jako pojedynczy objaw lub jako zespół cech. Tak ujęto sztywność emocjonalną ocenianą za pomocą RSEB (Rating Scale for Emotional Blunting) [1].

Wczesne badania dotyczące objawów negatywnych, w tym sztywności emocjonalnej, sugerowały ich trwałość i słabą podatność, lub brak reakcji, na leczenie neuroleptykami. Współczesne badania, zarówno w ostrej fazie choroby, jak i w okresie niepełnej remisji objawów, nie dają już tak jednoznacznego poglądu na stabilność sztywności emocjonalnej, choć nadal podkreślana jest trudność w ustępowaniu tego objawu pod wpływem leczenia. Kay i Opler [2] podkreślają, iż wyraźna poprawa w odniesieniu do objawów negatywnych zajmuje więcej czasu niż w przypadku objawów pozytywnych.

Często podkreśla się brak skuteczności klasycznych neuroleptyków w leczeniu objawów negatywnych, w tym także sztywności emocjonalnej [3, 4]. Nie potwierdza tego przegląd prac dokonany przez Goldberga [5] na temat skuteczności fenotiazyn, uwzględniający także badanie z kontrolną grupą placebo. W 5 pracach opisujących duże grupy pacjentów (np. 805 mężczyzn z ostrą psychozą i chorych przewlekle, którym podawano chlorpromazynę, promazynę, phenobarbital i placebo; 640 nowo przyjętych chorych na schizofrenię zażywających różne neuroleptyki, z kontrolną grupą phenobarbiturową; 238 mężczyzn, leczonych fenotiazynami lub placebo), 2 wykazały skuteczność leczenia zblednięcia afektu oraz obojętności; 4 skuteczność w zahamowaniu i wycofaniu oraz w zachowaniach autystycznych i manieryzmach. Haas i Beckmann [6] stwierdzili znaczną poprawę w zakresie sztywnego afektu, energii, wycofania emocjonalnego po stosowaniu pimozydu. Z drugiej strony Kane i wsp. [7] obserwowali brak poprawy w zakresie takich objawów, jak: wycofanie emocjonalne, sztywność afektywna, dezorientacja, spowolnienie psychoruchowe po stosowaniu chlorpromazyny.

Wśród objawów negatywnych to właśnie sztywny afekt był od dawna uważany za hipotetyczną oznakę późniejszego słabego funkcjonowania [8, 9]. Bardziej współczesne badania również dowodziły, że obecność deficytów afektu w czasie przyjęcia do szpitala znacząco poprzedza późniejsze słabe funkcjonowanie kilka lat po wypisaniu z niego [10, 11, 12]. W innych badaniach nie dostrzeżono związków objawów negatywnych z późniejszym złym funkcjonowaniem [13], a nawet w pracy Lindenmayera i wsp. [14] stwierdzono dobre funkcjonowanie, w dwa lata po wypisaniu ze szpitala pacjentów, którzy mieli wcześniej objawy negatywne. Ponieważ funkcjonowanie pacjenta ma wyraźny związek z nasileniem objawów negatywnych, wydaje się interesujące, jak obecność tych objawów i ich nasilenie w początkowej fazie choroby wpływa na ich nasilenie w dalszym przebiegu choroby. W związku z tym, w przedstawionym badaniu

podjęto próbę oceny nasilenia sztywności emocjonalnej w trakcie leczenia neuroleptykami oraz znaczenia prognostycznego jej pomiaru na początku badania.

### Material i metoda

#### Diagnostyka i charakterystyka badanych grup

Badaniami objęto 70 pacjentów chorych na schizofrenię (rozpoznanie według kryteriów ICD-10), w tym 38 kobiet (54,3%) i 32 mężczyzn (45,7%) w wieku od 19 do 62 lat, wiek średni 37,0 lat ( $\pm 10,8$ ). Pacjenci byli hospitalizowani w III Klinice Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Liczba hospitalizacji psychiatrycznych wynosiła od 1 do 48, średnio 9,3 ( $\pm 9,7$ ); długość trwania choroby od 0,5 roku do 39 lat, średnio 10,9 ( $\pm 8,6$ ) lat.

Do badań włączono wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się do kliniki z powodu pogorszenia się stanu psychicznego. Wdrożenie leczenia farmakologicznego wynikało ze wskazań indywidualnych. Dobór leku przeciwpsychotycznego i jego dawki zależał od lekarza prowadzącego i nie był determinowany udziałem pacjenta w badaniu.

Podobnie nie ograniczono stosowania terapii korygującej objawy niepożądane działania neuroleptyków, jak też innych leków, wskazanych ze względu na ogólny stan pacjenta.

#### Ocena psychometryczna pacjentów

Stan psychiczny pacjentów oceniany był za pomocą skal diagnostycznych: PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale – ocena objawów psychopatologicznych) [15], RSEB (Rating Scale for Emotional Blunting – ocena nasilenia sztywności emocjonalnej) [1], CGI (Clinical Global Impression – ogólna ocena stanu pacjenta) [16], przed leczeniem i co 2 tygodnie w czasie leczenia neuroleptykami. Dobór neuroleptyku był dowolny i zależał od ustaleń klinicznych. Zmiana neuroleptyku, wypisanie z oddziału, 56 dzień badania – oznaczały zakończenie próby. Fakt uczestnictwa pacjenta w badaniach nie miał wpływu ani na proces leczenia / rehabilitacji, ani na czas pobytu pacjenta na oddziale. Pacjenci wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Ocenę objawów psychopatologicznych za pomocą PANSS przeprowadzono z uwzględnieniem pięcioczynnikowego modelu uzyskanego w wyniku analizy czynnikowej [17, 18]. Według tego podziału uwzględniono następujące czynniki:

- objawy pozytywne (P) – urojenia, omamy, postawa wielkościowa, podejrzliwość/ prześladowanie, niezwykle treści myślenia
- pobudzenie (PB) – pobudzenie, wrogość, brak współpracy, drażliwość
- zaburzenia myślenia (ZM) – formalne zaburzenia myślenia, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, manieryzmy, dezorientacja, zaburzenia uwagi
- objawy negatywne (N) – błady afekt, wycofanie emocjonalne, utrudniony kontakt, bierność/apatia, brak spontaniczności i płynności rozmowy, czynne unikanie kontaktów społecznych
- depresja/lęk (DÉPR) – troska o zdrowie fizyczne, lęk, poczucie winy, depresja.

Do oceny sztywności emocjonalnej użyto skali RSEB Abramsa Taylora [1]. Pozwala ona na ocenę 3 zespołów objawów: „afekt”, „zachowanie”, „treść myślenia”.

## Wyniki

Analiza danych uzyskanych ze skali PANSS

Nasilenie objawów psychopatologicznych (suma punktów w skali PANSS) w badanej grupie chorych uległo istotnemu obniżeniu w czasie 56 dni leczenia. W każdym dniu badania (0, 14, 28, 42, 56) suma punktów w skali PANSS była istotnie mniejsza od wartości w poprzednim (tabela 1).

Analizując wyniki nasilenia objawów depresji (czynnik depresji w skali PANSS) w ciągu 56 dni leczenia stwierdzono, że następowało istotne ( $p=0,001$ ) obniżanie się

**Zmiany nasilenia objawów psychopatologicznych  
(suma punktów skali PANSS) w trakcie leczenia w badanej grupie pacjentów**

Dzień badania	0	14	28	42	56
Średnia	109,5	89,0	75,1	72,0	67,4
Odchylenie standardowe	±21,0	±20,7	±21,5	±19,4	±20,4
p =	0,0001				
		0,0001			
			0,0001		
				0,01	

nasilenia tego objawu (poziomy istotności dla każdej wizyty w stosunku do poprzedniej podano w tabeli 2).

## Analiza oceny w skali RSEB

Tabela 2

**Zmiany nasilenia objawów depresyjnych w trakcie leczenia w badanej grupie pacjentów**

Dzień badania	0	14	28	42	56
Średnia	10,8	9,1	7,8	7,2	6,8
Odchylenie standardowe	±3,9	±3,4	±3,1	±2,7	±2,7
p =	0,0001				
		0,0001			
			0,0005		
				0,006	

Analizie statystycznej poddano ocenę nasilenia sztywności emocjonalnej w skali RSEB, sumę punktów tej skali oraz jej trzech podskal: „afekt”, „zachowanie”, „treść myślenia”.

W badanej grupie pacjentów stwierdzono istotne obniżenie nasilenia sztywności emocjonalnej ocenianej na podstawie sumy punktów skali RSEB w czasie 56 dni leczenia (poziomy istotności dla każdej wizyty w stosunku do poprzedniej podano w tabeli 3).

Następnie oceniono dane uzyskane z podskal skali RSEB.

Tabela 3

Zmiany nasilenia sztywności emocjonalnej  
(suma punktów w skali RSEB) w trakcie leczenia w badanej grupie pacjentów

Dzień badania	0	14	28	42	56
Średnia	25,5	21,7	16,4	16,2	14,7
Odchylenie standardowe	±5,8	±7,7	±8,7	±7,5	±8,3
p =	0,0001				
		0,0001			
			0,0001		
				0,0001	

W grupie badanych pacjentów dochodziło do istotnego obniżania się wartości, mierzonych za pomocą podskali „afekt”, sztywności emocjonalnej do 42 dnia leczenia. Poziomy istotności określające różnice pomiędzy wartościami podskali „afekt” w dowolnym momencie w stosunku do następnych dni zawarte są w tabeli 4.

W ciągu 56 dni leczenia stwierdzono istotne obniżanie się nasilenia sztywności emocjonalnej ocenianej za pomocą podskali „zachowanie”. Poziomy istotności ujęte

Tabela 4

Zmiany nasilenia sztywności emocjonalnej ujętej podskalą „afekt”  
w trakcie leczenia badanej grupy pacjentów

Dzień badania	0	14	28	42	56
Średnia	7,0	6,2	4,8	4,8	4,3
Odchylenie standardowe	±1,5	±2,1	±2,5	±2,0	±2,4
p =	0,0001				
		0,0001			
			0,003		
				NS	

są w tabeli 5.

W badanej grupie chorych istotnie obniżyło się nasilenie sztywności emocjonalnej ocenianej za pomocą podskali „treść myślenia” do 56 dnia leczenia (poziomy istotności

Tabela 5

**Zmiany nasilenia sztywności emocjonalnej  
ujętej podskala „zachowanie” w badanej grupie pacjentów**

Codeń badania	0	14	28	42	50
Średnia	12,7	10,8	8,2	7,8	7,2
Odchylenie standardowe	±3,1	±4,0	±4,8	±3,0	±4,2
p =	0,0001				
		0,0001			
			0,003		
				0,004	

zawarte w tabeli 6).

**Analiza ogólnej oceny klinicznej (CGI)**

Tabela 6

**Zmiany nasilenia sztywności emocjonalnej  
ujętej podskala „treść myślenia” w badanej grupie pacjentów**

Codeń badania	0	14	28	42	50
Średnia	5,0	4,8	3,5	3,7	3,3
Odchylenie standardowe	±2,1	±2,4	±2,2	±2,0	±2,2
p =	0,0001				
		0,0001			
			0,0001		
				0,03	

Ogólna ocena kliniczna stanu pacjentów (CGI) potwierdzała, stwierdzone za pomocą skali PANSS, zmniejszone nasilenie objawów chorobowych w czasie leczenia. Poziomy istotności pomiędzy poszczególnymi dniami badania wynosiły: do 42 dnia  $p=0,0001$ ; pomiędzy 42 a 56 dniem leczenia  $p=0,23$  (nieistotne statystycznie).

Ocena ogólnego stanu klinicznego wysoko korelowała z nasileniem sztywności emocjonalnej we wszystkich dniach badania:

Tabela 7

**Ogólna ocena kliniczna według skali CGI u pacjentów  
z rozpoznaniem schizofrenii**

<b>Dzień badania</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>28</b>	<b>42</b>	<b>56</b>
<b>Średnia</b>	<b>5,0</b>	<b>4,3</b>	<b>3,5</b>	<b>3,4</b>	<b>3,4</b>
<b>Odchyłt</b>	<b>±0,8</b>	<b>±0,9</b>	<b>±0,9</b>	<b>±3,4</b>	<b>±3,4</b>

- w dniu 0: wsp.kor.=0,367, p=0,0017
- w dniu 14: wsp.kor.=0,598, p=0,0001
- w dniu 28: wsp.kor.=0,724, p=0,0001
- w dniu 42: wsp.kor.=0,642, p=0,0001
- w dniu 56: wsp.kor.=0,591, p=0,0001

**Analiza wartości prognostycznych pomiaru  
sztynności emocjonalnej za pomocą skali RSEB**

Przeprowadzono także analizę wartości prognostycznych nasilenia sztynności emocjonalnej, mierzonej w chwili rozpoczęcia badania.

Wzięto pod uwagę parametry takie jak: płeć, wiek, czas trwania choroby, liczbę hospitalizacji, dawkę przyjmowanego leku, wyjściową wartość w skali PANSS, wyjściowy poziom nasilenia objawów depresji, jako ewentualne czynniki prognostyczne dla zmian sztynności emocjonalnej w czasie 56 dni leczenia.

Wyznaczano medianę kolejno analizowanych czynników (zmierzonych w chwili rozpoczęcia badania), a następnie całą grupę pacjentów ze schizofrenią dzielono na dwie prawie równe części, na podstawie wyznaczonych wartości median, po czym porównywano obie grupy pod względem zmiany nasilenia sztynności emocjonalnej (tabela 8). Dla każdego z rozważanych czynników (płeć, wiek, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji, dawka przyjmowanego leku, wyjściowa wartość na skali PANSS, wyjściowy poziom nasilenia objawów depresji) podział na dwie tak wyznaczone grupy chorych był inny i odzwierciedlał różnice w początkowym stanie chorych pod względem każdego z badanych potencjalnych czynników prognostycznych.

Wartości mediany parametrów, które wykorzystano do podziału chorych na schizofrenię, wynosiły: 24 i 30 punktów dla wyjściowych wartości sztynności emocjonalnej, 38 lat dla wieku, 10 lat dla czasu trwania choroby, 6 pobyty w szpitalu dla liczby hospitalizacji, 400 mg i 750 mg (dawki stosowanych leków przeliczono na odpowiednik chlorpromazyny) dla maksymalnej dawki leku, 111 punktów dla wyjściowej sumy punktów w skali PANSS, 10 punktów dla początkowego nasilenia objawów depresji i 5 punktów dla skali CGI w dniu 0 (chorzy z wartością graniczną zawsze byli kwalifikowani do grupy z mniejszymi wartościami).

Niezależnie od tego, na jakie grupy dzielono chorych, w każdej z nich obserwowano istotne obniżanie się poziomu sztynności emocjonalnej (poziom istotności co

Nasilenie sztywności emocjonalnej  
w porównywanych podgrupach w trakcie kolejnych dni badania

Badane parametry		Dzień badania				
		0	14	28	42	56
Płeć	K	24,2 ± 5,2	19,6 ± 8,1	18,9 ± 9,1	14,9 ± 7,9	13,4 ± 9,0
	M	27,0 ± 4,9	24,0 ± 6,5	19,6 ± 7,2	17,7 ± 6,9	15,8 ± 7,5
Wiek	> 38	24,6 ± 5,9	20,5 ± 8,1	14,7 ± 8,7	14,5 ± 7,8	14,7 ± 8,6
	≤ 38	26,4 ± 5,5	22,8 ± 7,2	18,1 ± 8,5	17,5 ± 7,0	14,5 ± 8,1
Czas trwania choroby	> 10 lat	25,2 ± 5,7	21,9 ± 7,3	17,0 ± 7,9	16,5 ± 7,3	16,9 ± 7,2
	≤ 10 lat	25,9 ± 5,5	21,5 ± 7,8	16,0 ± 9,4	15,6 ± 7,8	12,2 ± 8,3
Liczba hospitalizacji	> 6	25,0 ± 5,1	21,2 ± 7,6	16,3 ± 8,1	16,1 ± 6,8	16,0 ± 7,2
	≤ 6	25,8 ± 5,4	21,8 ± 7,8	16,3 ± 9,4	15,9 ± 8,1	12,8 ± 8,3
Maks. dawka leku	> 750 mg	26,6 ± 5,6	22,3 ± 8,5	17,3 ± 9,1	13,2 ± 6,3	16,2 ± 6,9
	400-750	26,4 ± 5,0	21,9 ± 7,5	16,9 ± 9,0	17,0 ± 6,0	13,4 ± 6,9
	≤ 400 mg	24,7 ± 5,2	21,0 ± 8,0	15,6 ± 9,3	14,8 ± 9,0	15,0 ± 10,3
Suma skali PANSS	> 111	27,4 ± 5,0	23,0 ± 7,4	17,7 ± 9,2	13,8 ± 7,1	16,4 ± 9,0
	≤ 111	23,6 ± 5,9	20,4 ± 7,8	15,1 ± 8,0	13,4 ± 7,0	12,9 ± 7,2
Nasil. obj. depresji	> 10	26,3 ± 5,1	21,5 ± 7,4	16,6 ± 8,8	16,5 ± 7,6	15,3 ± 8,1
	≤ 10	24,7 ± 5,2	21,8 ± 8,0	16,2 ± 8,7	15,9 ± 7,5	14,2 ± 8,5
CGI	> 5	27,5 ± 4,6	23,5 ± 7,0	18,5 ± 9,3	13,5 ± 7,2	18,5 ± 8,3
	≤ 5	24,6 ± 5,0	20,9 ± 7,9	15,5 ± 8,4	15,0 ± 7,4	12,7 ± 7,7
Sztywność emocjonalna	≥ 30	31,0 ± 0,9	28,1 ± 4,0	22,9 ± 7,0	21,3 ± 5,6	19,8 ± 7,2
	24-29	26,6 ± 1,2	23,4 ± 4,6	18,4 ± 5,8	16,8 ± 5,1	14,5 ± 6,8
	< 24	18,8 ± 4,8	16,4 ± 5,4	7,8 ± 5,2	7,0 ± 4,7	7,3 ± 6,0

najmniej 0,01). Natomiast nie stwierdzono różnic w sztywności emocjonalnej, które zależałyby od:

- płci ( $p=0,22$ ), kobiety nie różniły się od mężczyzn,
- wieku ( $p=0,77$ ), osoby starsze, powyżej 38 lat, nie różniły się od osób młodszych,
- czasu trwania choroby ( $p=0,25$ ), osoby chorujące dłużej niż 10 lat nie różniły się istotnie od osób chorujących krócej,
- liczby hospitalizacji ( $p=0,41$ ), osoby z liczbą hospitalizacji przekraczających 6 nie różniły się istotnie od osób częściej hospitalizowanych,
- maksymalnej dawki leku ( $p=0,19$ ), aczkolwiek poziom sztywności emocjonalnej

u chorych, którzy otrzymywali największą dawkę leku (powyżej 750), utrzymywał się na nieco wyższym poziomie w ciągu 56 dni leczenia, w porównaniu z chorymi, którzy otrzymywali najniższą dawkę leku, a nawet od tych, którzy otrzymywali dawkę pośrednią, ale nie w sposób istotny statystycznie,

- wartości sumy punktów skali PANSS w chwili rozpoczęcia badania ( $p=0,13$ ), aczkolwiek poziom sztywności emocjonalnej u chorych z wyjściowymi wartościami na skali PANSS wyższymi od 111 punktów był wyższy w ciągu całego okresu leczenia w porównaniu z chorymi, u których wyjściowe wartości nie przekraczały 111 punktów,
- poziomu nasilenia objawów depresji w chwili rozpoczęcia leczenia ( $p=0,44$ ).

Stwierdzono natomiast, że zmiany nasilenia sztywności emocjonalnej w ciągu 56 dni leczenia zależały istotnie od wyjściowych wartości sztywności emocjonalnej i od wyjściowych wartości skali CGI (nasilenia ciężkości choroby).

U chorych, którzy w chwili rozpoczęcia badania mieli w skali CGI więcej niż 5 punktów (w porównaniu z pozostałymi), nasilenie sztywności emocjonalnej utrzymywało się na istotnie wyższym poziomie ( $p=0,03$ ) w ciągu całego okresu leczenia, a wyjściowa, prawie 3-punktowa, różnica w sztywności emocjonalnej (2,9 punktu) nie uległa istotnej zmianie ( $p=0,64$ ).

U chorych z większymi wartościami sztywności emocjonalnej w chwili rozpoczęcia badania w ciągu całego okresu leczenia utrzymywały się istotnie wyższe wartości tego parametru ( $p=0,001$ ). Stwierdzono, że pomiędzy trzema grupami chorych, które wyróżniono na podstawie wyjściowych wartości sztywności emocjonalnej (24 lub mniej punktów, od 25 do 30 punktów i co najmniej 30 punktów), utrzymywały się różnice obserwowane na początku leczenia. Pomiedzy grupą pośrednią a grupą o najmniejszych wartościach początkowych utrzymywała się podlegająca nieistotnym wahaniom różnica, która w dniu rozpoczęcia badania wynosiła 7,8 punktu, a która w poszczególnych dniach badania wynosiła: 10 punktów po 14 dniach, 10,5 po 28 dniach, 9,8 punktu po 42 dniach i 7,4 punktu po 56 dniach leczenia. Również pomiędzy grupą o najwyższym wyjściowym nasileniu sztywności emocjonalnej (co najmniej 30 punktów) a grupą pośrednią (wyjściowo od 24 do 29) początkowa różnica, wynosząca 4,3 punktu, nie podlegała istotnym wahaniom i w kolejnych dniach badania: 14, 28, 42 i 56 wynosiła odpowiednio: 4,8; 4,2; 4,4; 5,4 punktu.

### Omówienie wyników

Ocena sztywności emocjonalnej w skali RSEB wykazała, że nasilenie tego kompleksu objawów uległo znamiennej statystycznie obniżeniu zarówno w czasie całego leczenia, jak i pomiędzy poszczególnymi dniami badania (0, 14, 28, 42, 56).

Znamienne zmniejszenie się nasilenia sztywności emocjonalnej w schizofrenii ocenianej za pomocą RSEB odnosi się nie tylko do całości wyników, ale także do poszczególnych składowych kompleksu sztywności emocjonalnej, tj. podskal „afekt”, „zachowanie”, „treść myślenia”. Przez cały czas badania spadek nasilenia objawów w tych podskalach był znamienny statystycznie, z wyjątkiem okresu między 42 a 56

dniem w podskali „afekt”.

Zdania co do skuteczności leczenia objawów negatywnych, w tym sztywności emocjonalnej, są podzielone. Trudność z porównaniem wyników badań wynika także z tego, że różne były badane grupy pacjentów, którzy byli w różnych fazach choroby, i używane były różne skale badawcze. Nie dziwi zatem, że uzyskiwane wyniki są często przeciwstawne. Część autorów uzyskała wyniki świadczące o nieskuteczności leczenia objawów negatywnych [19, 20, 21], inni potwierdzili spadek nasilenia objawów negatywnych pod wpływem leczenia [5, 6, 22, 23]. Jak już wcześniej wspomniano, różnice mogą wynikać z różnorodności badanych grup, fazy choroby jak i użytych skal badawczych, ale przyczyna może tkwić także w tym, co rozumiemy pod określeniem „objawy negatywne”, co tak naprawę ulega poprawie, a co nie poddaje się leczeniu?

Aby rozstrzygnąć ten problem, sugeruje się istnienie pierwotnych i wtórnych objawów negatywnych. Za wtórne uznano objawy wynikające z innych objawów psychopatologicznych w schizofrenii (np. pozytywnych), a te, które utrzymywałyby się po ich ustąpieniu, byłyby uznane za pierwotne. Za wtórne objawy negatywne uznaje się także te, które wynikają ze stosowanych neuroleptyków, współwystępowania objawów depresji, mało stymulującego środowiska społecznego [24]. Pierwotne objawy, dla odróżnienia od wtórnych, nazywa się często deficytowymi. Tego rodzaju podział przyczynił się do powstania kryteriów do rozpoznawania zespołu deficytu – Carpenter’s Criteria for Deficite Syndrome [25] oraz Schedule for the Deficit Syndrome [26]. Według tego podziału objawy pierwotne miałyby być odporne na leczenie, objawy wtórne natomiast podatne na leczenie. I tak w pracy Carpentera i wsp. [24] podano schemat diagnostyczno-leczniczy dla objawów negatywnych. Skuteczne w leczeniu objawów negatywnych, wtórnych wobec objawów pozytywnych, byłyby neuroleptyki, objawów depresyjnych – leki przeciwdepresyjne, polekowych – leki korygujące i /lub zmniejszone dawki neuroleptyku. Pozostałe objawy negatywne, które nie ustępowały mimo proponowanego leczenia, miałyby oznaczać pierwotne objawy negatywne (deficytowe). Nadal jednak mała jest zgodność co do tego, co składa się na objawy negatywne lub deficytu, i jak najlepiej je mierzyć.

Wartość prognostyczna oceny sztywności emocjonalnej w schizofrenii podnoszona była od dawna. Wczesne prace dotyczące zmienności objawów negatywnych, w tym sztywności emocjonalnej, sugerowały raczej ich stabilność, a równoczesne pojawienie się tych objawów uznawano za rokowniczo niepomyślne co do dalszego przebiegu choroby. Wprowadzenie przez Crowa [27] podziału na dwa podtypy schizofrenii podtrzymało ten sposób myślenia. Badania późniejsze złagodziły spojrzenie na nieodwracalność nasilenia objawów negatywnych (np. Pogue-Geile [28], nadal jednak potwierdza się, że znaczne nasilenie sztywności emocjonalnej może oznaczać gorsze rokowanie co do przebiegu choroby (np. Knight i Rolf, [10]). Autorzy skali oceny sztywności emocjonalnej Abrams i Taylor [1] także starali się zbadać wartość prognostyczną oceny tego zjawiska, jednak użyta metoda budzi kontrowersje, ponieważ uzyskano wynik poprzez odjęcie od wartości końcowej wartości początkowej i oceniono korelację z poprawą stwierdzoną na podstawie tej różnicy.

W obecnym badaniu podjęto próbę oceny, w jakim stopniu nasilenie sztywności emocjonalnej na początku badania ma wpływ na jej poziom w trakcie dalszego leczenia. Jednocześnie zadano sobie pytanie, w jakim stopniu inne czynniki mogą mieć wpływ

na zmianę nasilenia sztywności emocjonalnej. Okazało się, że wyjściowe nasilenie sztywności emocjonalnej determinowało jej poziom w czasie dalszego badania. Inne badane czynniki (płeć, wiek, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji, maksymalna dawka leku, suma punktów skali PANSS, poziom nasilenia objawów depresji) nie miały wpływu na nasilenie sztywności emocjonalnej pod koniec badania, z wyjątkiem nasilenia ogólnej oceny klinicznej (CGI) przed leczeniem powyżej wartości 4 punktów, co oznacza ocenę: stan dość ciężki (5), ciężki (6) lub bardzo ciężki (7).

Wydaje się, że sztywność emocjonalna ma wartość prognostyczną, szczególnie kiedy dominuje we wczesnej fazie choroby. Obecność objawów negatywnych, w tym sztywności emocjonalnej, we wczesnej fazie choroby, a nawet w pierwszym epizodzie, potwierdzono w wielu badaniach. McCreddie [29] stwierdził objawy negatywne u 40% pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy (które po 12 miesiącach występowały u 21%, a po 24 miesiącach u 25% pacjentów), Pogue-Geile i Harrow [30] u 67%, Anczewska [31] u 72%, a Lindenmayer i wsp. [14] u 46% pacjentów krótko chorujących. Zblednięcie afektywne u pacjentów krótko chorujących stwierdzili, u 72% pacjentów, Fenton i McGlashan [32], oraz w pierwszym epizodzie choroby Anczewska [31] u 45% chorych (jego obecność po 5 latach zanotowała u 65%), która jednocześnie w tym badaniu stwierdziła, że obecność sztywności afektywnej w trakcie pierwszej hospitalizacji w sposób istotny wiązała się z występowaniem anhedonii po 5 latach.

### Wnioski

1. Objawy sztywności emocjonalnej były obecne i wyraźnie nasilone w badanej grupie pacjentów przed leczeniem; uległy one istotnemu obniżeniu w czasie leczenia.
2. Ocena sztywności emocjonalnej na początku leczenia miała wartość prognostyczną; nasilenie sztywności emocjonalnej przed leczeniem było istotnym czynnikiem, który determinował jej nasilenie po leczeniu.

Ččělilic' oálex+lic' yeiočirėuine dčacainne  
č ll d'čaiinnč=lnč' olinnnú ó d'röclinná n' äčřaiñčė řęčiodlicč  
ai adlč' el+lic' ilčtěl'd'ñčėřč

### Nialčeričl

Yeiočirėuiri' dčacainnnú 'ač' lnn' iaičė čę inñaiúó indčörnleuúó nčėd'ñėia d'čč řęčiodlicč. Čnnidč=lnčč d'čęčirif čř nññč=lnččė nčėd'ñė d'čč řęčiodlicč, il d'čaiñčėčėn' el+licč. Iñaił čñ-nėlaiarič' č d'člannřaeliir' irñni' ur' d'čaiñč' oęřčuarññ ir aičęicóinnú ččělilic' nčėd'ñėř yeiočirėuine dčacainnnč d'ia ačč' iclč el+lic'. Eđiel niai' eicini iöličnu ll eřę d'čaiinnč=lnččė nčėd'ñė.

**Čřaričl čnnėlaiarič':** Čřaričl čnnėlaiarič' auėř iölięř on' člėlic' yei-öčirėuine dčacainnnč č ll čir+lic' a d'čaiñčl čřaiėlarič'.

**Ělnā:** Čnnėlaiarič' adod'dř d'röclinnā (ėóč+či č čliučl), el+liiúó a Činnčnonl d'ñčöčřndčč č iladiėiačč. Dčialalir iölięř 70 d'röclinnā n' äčřaiñčė řęčiodlicč d'ldla č ai adlč' ainüėčilälėuñai ördėřėiėiač=lnčėiai el+lic'. Iölięř dčialalir n' čnd'ėüčaričlč äčřaiñnnč=lnččö řęřė RS ĽA – řęřėř yeiočirėuine dčacainnnč, PANSS – iölięř on' člėlic' d'ñčöid'miėiač=lnččö nčėd'ñėia č NG I – iölięř iaiulai ninni' ic' d'röclinn.

**Dlčöėüñřňú:** Řirėčč nřę d'ieó=liiúó ařiiúó oęřčuarññ ir irėč=el yeiočirėuine dčacainnnč a čnnėlaiariine adod'dř aiėuúó, ir ll aunnėotę eiddlč' öčł n' iaiučė ninni' iclč čaiđiaü' d'röclinn (CG I),



1. Abrams R, Taylor MA. *A Rating Scale for Emotional Blunting*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 226–229.
2. Kay SR, Opler LA. *The positive-negative dimension in schizophrenia. Its validity and significance*. Psychiatr.Dev. 1987; 5 (2): 79.
3. Johnstone EC, Crow TJ, Frith CD, Carney MM, Price JS. *Mechanism of the antipsychotic effect in the treatment of acute schizophrenia*. Lancet 1978; 1: 848–851.
4. Angrist B, Rotrosen J, Gershon S. *Differential effects of amphetamine and neuroleptics on negative symptoms of schizophrenia*. Psychopharmacol. 1980; 72: 17–19.
5. Goldberg S. *Negative and deficit symptoms in schizophrenia do respond to neuroleptics*. Schizophr. Bull. 1985; 11: 453–456.
6. Haas C, Beckmann H. *Pimozide versus haloperidol in acute schizophrenia: a double-blind controlled study*. Pharmacopsychiatry 1982; 15: 70–74.
7. Kane JM, Honigfeld G, Singer J, Maltzer A, and the Clozaril Collaborative Study Group. *Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: a double-blind comparison with chlorpromazine*. Arch. Gen. Psychiatry 1988; 45: 789–795.
8. Langfeldt G. *The prognosis in schizophrenia and the factor influencing the course of the disease*. London: Humphrey Melford; 1937.
9. Astrup C, Noreik K. *Functional psychoses: Diagnostic and prognostic models*. Springfield, IL: Thomas; 1966.
10. Knight RA, Roff JD. *Affectivity in schizophrenia. W: Alpert M., red. Controversies in schizophrenia: Changes and constancies*. New York: Guilford Press; 1985.
11. Knight RA, Roff JD, Barnett J, Moss JL. *Concurrent and predictive validity of thought disorder and affectivity: a 22-year follow-up of acute schizophrenics*. J. Abn. Psychol. 1979; 88: 1.
12. Carpenter WT, Bartko JJ, Strauss JS, Hawk AB. *Signs and symptoms as predictors of outcome: a report from the international pilot study of schizophrenia*. Am. J. Psychiatry 1978; 135: 940.
13. Johnstone EC, Frith CD, Gold A, Stevens M. *The outcome of severe acute schizophrenic illnesses after one year*. Brit. J. Psychiatry 1979; 134: 28.
14. Lindenmayer JP, Kay SR, Friedman C. *Negative and positive schizophrenia syndromes after the acute phase. A prospective follow-up*. Compr. Psychiatry 1986; 27: 276.
15. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schiz. Bull. 1987; 2: 261–276.
16. Guy W. *Clinical Global Impressions. ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. Rockville, MD: US Dept. of Health, Education and Welfare; 1976.
17. Lindenmayer JP, Bernsterin-Hyman R, Grochowski S. *Five-factor model of schizophrenia. Initial validation*. J. Nerv. Ment. Dis. 1994; 182: 631–638.
18. Lindenmyer JP, Grochowski S, Hyman R. *Five-factor model of schizophrenia: replication across samples*. Schiz. Res. 1995; 14: 229–234.
19. Liddle PF, Barnes TRE, Morris D, Haque S. *Three syndromes in chronic schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155 (supl. 7): 119–122.
20. Biehl H, Maurer K, Jung E, Krumm B. *The WHO psychological impairments rating schedule (WHO/PIRS). II. Impairments in schizophrenics in cross-sectional and longitudinal perspective – the Mannheim experience in two independent samples*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155 (supl.7): 71.
21. Kulhara P, Chaddiramani K. *Positive and negative subtypes of schizophrenia. A follow-up study from India*. Schizophr. Res. 1990; 3: 107.
22. Meltzer HY, Sommers AA, Luchins DJ. *The effects of neuroleptics and other psychotropic drugs on negative symptoms in schizophrenia*. J. Clin. Psychopharmacol. 1986; 6: 329–338.
23. Serban G, Siegal S, Gaffney M. *Response of negative symptoms of schizophrenia to neuroleptic*

- treatment. *J. Clin. Psychiatry* 1992; 53: 229–234.
24. Carpenter WT, Heinrichs DW, Alphas LD. *Treatment of negative symptoms*. *Schiz. Bull.* 1985; 11 (3): 440–452.
  25. Carpenter Wt, Heinrichs DW, Wagman AMI. *Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept*. *Am. J. Psychiatry* 1988; 145: 578–583.
  26. Kirkpatrick B, Buchanan RW, McKenney PD, Alphas LD, Carpenter WT. *The Schedule for the Deficit Syndrome: an instrument for research in schizophrenia*. *Psychiatr. Res.* 1989; 30: 119–123.
  27. Crow TJ. *Molecular pathology of schizophrenia: more than a disease process?* *Brit. Med. J.* 1980; 280: 66–68.
  28. Pogue-Geile MF. *The prognostic significance of negative symptoms in schizophrenia*. *Brit. J. Psychiatry* 1989; 155 (supl.7): 123–127.
  29. McCreddie RG. *Scottish schizophrenia research group. The Scottish first episode schizophrenia study: VII. Two-year follow-up*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1989; 80: 597–602.
  30. Pogue-Geile MF, Harrow M. *Negative symptoms in schizophrenia: their longitudinal course and prognostic importance*. *Schiz. Bull.* 1985; 11: 427–439.
  31. Anczewska M. *Częstość występowania objawów negatywnych we wczesnym okresie psychozy schizofrenicznej*. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30 (1): 31–42.
  32. Fenton WS, McGlashan TH. *Natural history of schizophrenia subtypes. II. Positive and negative symptoms and long-term course*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1991; 48: 978–986.

Otrzymano: 30.09.2002

Zrecenzowano: 13.11.2002

Przyjęto do druku: 5.09.2003

Adres: III Klinika Psychiatrii  
IPiN  
02-957 Warszawa