

45-letnie badania katamnesticzne schizofrenii młodzieńczej. Część I: Przedchorobowe wartości wskaźników psychologicznych i relacyjnych a późniejszy przebieg choroby oraz długofalowe funkcjonowanie społeczne pacjentów

A 45-year follow-up study of adolescent schizophrenia. Part I: Premorbid values of psychological and relational indicators in the context of illness course and long-term social functioning of patients

Mariusz Śłosarczyk¹, Katarzyna Śłosarczyk¹, Mariusz Furgał²

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 between the premorbid functioning of the respondents and 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).

Results. Premorbid indicators of mood, life drive, emotional expression, level of social withdrawal, intelligence, anxiety, development of sexual and aggressive drive, and family and extra-family relational life revealed numerous and various correlations with both the symptomatic picture and clinical course of schizophrenia as well as distant social functioning of the subjects. Variables of the greatest prognostic value were: the emotional attitude of “moving away from” people and the world, and rich relational life outside the family of origin. These variables revealed opposite correlations, especially with the severity of negative symptoms, the level of late insight and regression, the quality of professional life and GAF scores, with

the correlations of rich relational life to be assessed as positive and the correlations of attitude of “moving away from” as negative. The harmonious development of drive as well as high intelligence also proved to be significant. The correlations of both of these variables have proved beneficial both in clinical and social terms.

Conclusions. The so-called premorbid personality described by several indicators turns out to be an important prognostic factor in juvenile schizophrenia.

Słowa klucze: schizofrenia, adolescencja, rokowanie

Key words: schizophrenia, adolescence, prognosis

Wstęp

Od mniej więcej 40 lat schizofrenia rozpoznawana jest według jednolitych kryteriów niezależnych od wieku pacjenta, nie ulega jednak wątpliwości, że pozostaje zjawiskiem złożonym i w wielu obszarach nadal tajemniczym. Badania katamnesticzne nad tą chorobą prowadzone są od dawna, ale tylko niewielka ich część dotyczy schizofrenii wieku rozwojowego, zwanej na ogół w literaturze przedmiotu schizofrenią o wczesnym początku (*Early Onset Schizophrenia* – EOS) lub też, jeśli dotyczy dzieci w wieku przedpokwitaniowym, schizofrenią o bardzo wczesnym początku (*Very Early Onset Schizophrenia* – VEOS). Choroba rozwijająca się w wieku młodzieńczym nie jest zjawiskiem rzadkim, gdyż stanowi około 15% wszystkich przypadków [1], a jej wieloaspektowa odrębność była podkreślana w licznych badaniach i opracowaniach [np. 2–4]. Określenie czynników kluczowych dla prognozy jej przebiegu i leczenia jest więc zadaniem ważnym, choć niezbyt często podejmowanym. Katamnesty o długości przekraczającej 20 lat należą do rzadkości. Znaleźliśmy jedynie dwa badania [5, 6] o zbliżonym do naszego, bo 42-letnim okresie katamnesticznym, jednak oba dotyczyły subpopulacji VEOS. Przegląd współczesnej wiedzy o czynnikach wpływających na rokowanie w psychozach o wczesnym początku zawiera praca badaczy z Madrytu [7].

Część I naszego opracowania katamnesticznego podejmuje temat predykcyjnego znaczenia typu osobowości oraz funkcjonowania społecznego w okresie przedchorobowym. Pomimo dobrze ugruntowanej wiedzy o znaczeniu takich czynników dla rokowania w schizofrenii oraz niewątpliwych ograniczeń metodologicznych naszej pracy (o których piszemy dalej) uznaliśmy, że z powodu względnej szczupłości danych w piśmiennictwie odnoszących się specyficznie do schizofrenii młodzieńczej oraz w związku z tym, że dysponujemy materiałem z wyjątkowo długiego okresu katamnesticznego, warto podjąć ten temat badawczy.

Material i metoda

Wyjściowe dla projektu badania prowadzone były w latach 1968–1972 (punkt 0) [8]. Objęły one grupę 256 pacjentów w wieku 14–19 lat (średnia: 16 lat) hospitalizowanych psychiatrycznie po raz pierwszy w życiu. W pięć lat po przyjęciu do Kliniki Psychiatrii w Krakowie, w latach 1972–1977 (punkt 1), przeprowadzono powtórne badanie, zapraszając listownie byłych pacjentów do przyścia do kliniki. Zachowano przy tym jednakowy dla wszystkich pacjentów 5-letni okres katamnesticzny. Osoby, które

nie mogły przybyć na badanie, proszone były o odesłanie wypełnionej ankiety zawierającej 11 pytań dotyczących różnych aspektów funkcjonowania w okresie katamnezy. Jeśli zachodziła taka potrzeba, sprawdzano dokumentację lekarską z leczenia w innych ośrodkach. Na obu etapach posługiwano się tą samą metodą zbierania informacji – wywiadem i badaniem psychiatrycznym, opartymi na tym samym scenariuszu. Dane z wywiadu, a zwłaszcza te dotyczące okresu przedchorobowego, zbierane były także od rodziców pacjenta, w miarę możliwości od obojga. Do opracowania zebranych danych zastosowano zmodyfikowane arkusze *Turku Schizophrenia Assessment Form* (TSAF) i *Follow-up Assessment Form* (FAF) skonstruowane przez Alanena i Rökköleinäna [9, 10].

Wiele lat później, około roku 2010, zrodził się pomysł powtórnego zbadania pacjentów. Zdecydowano, że badaniem zostaną objęte osoby, u których podczas pierwszej hospitalizacji w latach 1968–1972 rozpoznawano młodzieńczą schizofrenię. Opierając się na bardzo szczegółowych opisach stanu psychicznego badanych w punkcie 0, dokonywano rediagnozy przypadków według ICD-10 [11], kwalifikując do badania pacjentów spełniających kryteria kodu diagnostycznego F20 (schizofrenia). Ostatecznie do badania zakwalifikowano 69 byłych pacjentów (34 mężczyzn i 35 kobiet). Spośród nich 41 osób było badanych osobiście również w punkcie 1 (19 mężczyzn i 22 kobiety). Do osób żyjących wysłano zaproszenie do udziału w badaniach, opisując ich przebieg oraz wyjaśniając ich cel. Do osób, które według naszej wiedzy odebrały list, ale na niego nie odpowiedziały, wysłano kolejnym listem poleconym ankietę katamnesticzną wzorowaną na tej używanej w 5 lat po pierwszej hospitalizacji wraz z prośbą o jej wypełnienie i odesłanie do kliniki w załączonej kopercie zwrotnej. Wedle naszych ustaleń w momencie rozpoczynania badań 20 osób już nie żyło, więc łącznie wysłano 49 listów.

Osobiście zbadano 21 osób (7 mężczyzn i 14 kobiet), większość na terenie Kliniki Psychiatrii, niektóre na terenie DPS, a niektóre w prywatnych domach i mieszkaniach. W wypadku 6 osób źródłem informacji były ankiety, listy i kontakt telefoniczny. Niezależnie od tego przeprowadzono kwerendę w 20 szpitalach i oddziałach psychiatrycznych, w których według najwyższego prawdopodobieństwa badane osoby mogły być w okresie katamnesticznym powtórnie hospitalizowane psychiatrycznie. Całość badań została przeprowadzona w latach 2014–2016 (punkt 2), a więc średnio 45 lat po pierwszej hospitalizacji. Powtórnie posłużono się wybranymi pozycjami kwestionariusza FAF, zachowując w ten sposób spójność metodologiczną w stosunku do poprzednich punktów czasowych badania. Użyto też skali GAF (*Global Assessment of Functioning*) z DSM-IV TR [12] oraz stworzono dodatkowe kategorie opisane w dalszej części pracy.

Istotne w tej części opracowania kategorie to zmienne:

- „Podstawowy nastrój”, „Postawa uczuciowa”, „Rozwój psychoseksualny”, „Agresywność”, „Lękowość”, „Relacje z rodzeństwem” – o charakterze dychotomicznym – odpowiednio ze smutkiem, postawą „od” (ludzi i świata, termin stworzony przez Kępińskiego [13]), prawidłowym rozwojem psychoseksualnym, obecnością przejawów gwałtownej, impulsywnej agresywności, obecnością w rozwoju cech, tendencji i objawów lękowych oraz z silnymi relacjami z rodzeństwem jako górami skal,

- określane w skali porządkowej – trzypunktowej: „Ekspresja uczuć” lub w skali czteropunktowej: „Napęd życiowy”, „Inteligencja”, „Relacje pozarodzinne” – odpowiednio z zamknięciem się w sobie, bardzo słabym napędem życiowym, ponadprzeciętną inteligencją oraz licznymi i głębokimi relacjami pozarodzinnymi jako górami skal.

Psychopatologię schizofrenii rejestrowaną w poszczególnych punktach badania dzielono na następujące kategorie: „Autyzm”, „Apatia i abulia”, „Objawy rozszepienne”, „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, pamięć i zdolność osądu rozumiane jako wtórne do rozwoju procesu schizofrenicznego. 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”, „Wykształcenie”, „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.

Charakter dychotomiczny nadano następującym zmiennym: „Psychoterapia w katamniezie”, „Małżeństwo”, „Śmierć przed punktem 2”, „Śmierć przed 50. r.ż.” – z korzystaniem z psychoterapii pomiędzy punktami 0 a 1, zawarciem małżeństwa, faktem śmierci przed punktem 2 oraz faktem śmierci przed 50. r.ż. jako górami skal.

GAF jest stupunktową skalą porządkową łączącą w sobie 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.

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

tych 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, rozumienia zaburzeń lękowych, rozumienia rozwoju psychoseksualnego (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 całości 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) można było uzyskać z innych źródeł, może być jedynie częściową rekompensatą, obciążoną zresztą swoimi własnymi ograniczeniami.

Osobnym problemem jest kwestia rozróżnienia między niekorzystnymi cechami osobowości przedchorobowej a objawami prodromalnymi schizofrenii. Także i dziś jednoznaczne rozstrzygnięcia w tym zakresie są praktycznie niemożliwe, a jeśli badacz opiera się na ocenach dokonywanych 50 lat temu, historycznie uwarunkowane różnice poglądów niewątpliwie dodatkowo wikłają to zagadnienie. Z punktu widzenia statystycznego praca zatrzymuje się na dość powierzchownym poziomie analiz, co zostało już omówione i uzasadnione w poprzednim podrozdziale. W kontekście rozważań na temat ograniczeń pracy warto zaznaczyć, że analizowany materiał został opracowany przez badaczy, którym szczególnie bliskie są psychodynamiczne teorie etiopatogenezy schizofrenii. Tam gdzie w tekście jest mowa o osobowości przedchorobowej osób w wieku młodzieńczym, należy pod tym pojęciem rozumieć osobowość nie do końca ukształtowaną, pozostającą jeszcze w trakcie rozwoju. Kwestia ta nie dotyczy jedynie terminologii, jest również wyrazem przekonania autorów.

Wyniki

Pierwszym obszarem analizy będzie korelacja między wartościami przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a obrazem choroby rejestrowanym

zarówno w trakcie pierwszej hospitalizacji, jak i 5 lat oraz 45 lat później. Obszar ten ilustrują tabele 1–3.

Tabela 1. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a obraz kliniczny choroby w punkcie 0

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
Autyzm 0	0,27*	0,09	0,24*	0,03	0,03	0,02	-0,05	0,09	0,04	-0,20+
Apatia, abulia 0	0,23+	0,24*	0,30*	0,22+	0,00	-0,01	-0,14	-0,05	-0,14	-0,31**
Objawy rozszczepienne 0	0,01	0,03	-0,03	0,03	0,00	-0,14	0,16	0,18	-0,10	-0,04
Formalne zaburzenia myślenia 0	-0,09	-0,20+	-0,18	-0,23+	0,13	0,41***	0,15	0,04	0,15	0,30*
Objawy katatoniczne 0	-0,11	-0,28*	-0,27*	0,03	-0,28*	0,17	0,00	-0,02	0,15	0,24*
Objawy hebefreniczne 0	-0,11	-0,13	-0,07	-0,20	0,14	0,15	0,19	0,00	-0,05	0,03
Urojenia 0	0,14	0,11	-0,03	-0,08	0,07	0,04	0,16	0,08	0,16	-0,08
Omamy 0	0,04	-0,06	-0,12	0,23+	-0,21+	-0,07	-0,18	0,03	0,09	0,00
Suma objawów schizofrenii 0	0,07	-0,08	-0,13	0,02	-0,05	0,25+	0,00	0,02	0,09	0,06

Współczynnik korelacji Spearmana:

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

Przedchorobowy smutek koreluje z większym nasileniem autyzmu i apatii/abulii w punkcie 0. Z kolei słaba ekspresja uczuć koreluje przede wszystkim z późniejszą apatią/abulią, ale też jest ona czynnikiem ochronnym wobec rozwoju symptomatologii katatonicznej oraz, w mniejszym stopniu, wobec rozwoju formalnych zaburzeń myślenia. Postawa „od” dość przejrzyste przekłada się na autyzm i apatię/abulię oraz okazuje się czynnikiem ochronnym wobec katatoniczności. Korelacje napędu życiowego nie są tak wyraziste, ale skupiając się na tych silniejszych, można powiedzieć, że słaby napęd koreluje z późniejszą apatią i abulią oraz przeżyciami omamowymi, a napęd silny z formalnymi zaburzeniami myślenia i hebefrenią. W przypadku przedchorobowej inteligencji najistotniejsza jest jej negatywna korelacja z późniejszą katatonicznością. Z kolei prawidłowy rozwój psychoseksualny bardzo wyraźnie przekłada się na większe nasilenie formalnych zaburzeń myślenia. Dotyczy to zresztą właściwie całej

psychopatologii punktu 0, gdyż sumaryczne nasilenie psychopatologii najmocniejszą (choć statystycznie ciągle nieistotną) korelację ujawnia właśnie z prawidłowym rozwojem psychoseksualnym. Korelacje przedchorobowej agresywności i lękowości są na etapie punktu 0 słabe i mało wyraziste. Relacje pozarodzinne stanowią istotniejszy czynnik rokowniczy niż relacje z rodzeństwem. Szczególnie istotnie chronią przed apatią i abulią, zwiększając natomiast szanse na formalne zaburzenia myślenia oraz objawy katatoniczne.

Tabela 2. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a obraz kliniczny choroby w punkcie 1

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
Autyzm 1	0,54***	0,47***	0,50***	0,20	0,03	-0,12	0,11	-0,01	-0,18	-0,43***
Apatia, abulia 1	0,35*	0,23	0,32*	0,10	-0,17	-0,10	0,27+	0,01	-0,21	-0,24
Objawy rozszczepienne 1	0,37*	0,31*	0,36*	0,01	0,04	-0,15	0,24	0,04	-0,12	-0,30+
Formalne zaburzenia myślenia 1	0,07	0,27+	0,15	-0,11	0,00	-0,12	0,30+	0,24	-0,29+	-0,19
Objawy katatoniczne 1	0,11	0,19	0,11	0,08	-0,27+	0,11	0,23	-0,14	-0,09	-0,13
Objawy hebefreniczne 1	-0,21	-0,30+	-0,19	-0,03	-0,28+	-0,24	0,41**	0,32*	0,16	-0,09
Urojenia 1	0,41**	0,41**	0,23	0,07	0,23	0,08	0,05	0,28+	-0,05	-0,22
Omamy 1	0,19	0,20	0,01	0,14	0,10	-0,22	0,00	0,13	-0,17	-0,10
Suma objawów schizofrenii 1	0,42**	0,39*	0,38*	0,10	-0,04	-0,17	0,27+	0,10	-0,20	-0,36*

Współczynnik korelacji Spearmana:

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

Na poziomie punktu 1 pozytywne korelacje przedchorobowego smutku, skrytości oraz postawy „od” z autyzmem stają się bardzo wyraziste. Korelacje z apatią i abulią również są znaczące, pojawiają się też podobne korelacje z objawami rozszczepionymi oraz z urojeniami, a także z psychopatologią punktu 1 jako całością. Pewne ochronne znaczenie analizowanych parametrów wobec katatonii rozwiewa się, a miejsce katatonii zajmuje hebefrenia. Związki nie są istotne statystycznie, ale dość wyraźnie rysuje się jej odmienna, kontrastowa pozycja wobec pozostałej psychopatologii. Korelacje

słabego napędu życiowego przedstawiają się dość podobnie jak skrytości, wycofania oraz smutku, są jednak słabsze. Rozwój psychoseksualny z psychopatologią punktu 1 koreluje już niemalże bez wyjątku negatywnie. Odwrotnie, pozytywny wpływ wywiera przedchorobowa agresywność, co dotyczy zwłaszcza hebefrenii. Także przedchorobowa lękowość najsilniejszą pozytywną korelację ma właśnie z hebefrenią. Przedchorobowa bogata relacyjność chroni przed każdym rodzajem psychopatologii w punkcie 1 z wyjątkiem właśnie hebefrenii. Ochronne znaczenie bogatych relacji pozarodzinnych w stosunku do autyzmu punktu 1 jest bardzo wyraźne; znaczenie tego parametru widoczne jest również wobec psychopatologii punktu 1 ujmowanej jako całość.

Tabela 3. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a obraz kliniczny choroby w punkcie 2

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
Autyzm 2	0,37+	0,12	0,52*	0,26	-0,26	-0,49*	0,22	-0,06	-0,12	-0,49*
Apatia, abulia 2	0,47*	0,22	0,47*	0,30	-0,28	-0,16	0,06	-0,20	-0,01	-0,58**
Objawy rozszczepienne 2	0,14	-0,03	0,24	-0,25	-0,18	-0,40+	0,25	-0,04	0,26	-0,20
Formalne zaburzenia myślenia 2	0,08	0,14	0,23	0,00	-0,14	-0,45+	0,13	-0,16	0,08	-0,30
Objawy katatoniczne 2	-0,12	0,08	-0,12	0,35	-0,50*	0,06	0,03	-0,53*	-0,16	0,01
Objawy hebefreniczne 2	0,17	0,16	0,28	0,05	-0,21	-0,47*	0,21	-0,11	0,11	-0,25
Urojenia 2	0,05	-0,30	-0,20	-0,33	0,44*	-0,41+	0,12	0,28	-0,11	0,38+
Omamy 2	0,14	-0,08	0,14	0,15	0,04	-0,39+	0,46*	0,23	0,17	0,20
Suma objawów schizofrenii 2	0,25	0,10	0,28	0,13	-0,28	-0,34	0,21	-0,17	0,08	-0,29

współczynnik korelacji Spearmana:

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

W wypadku punktu 2 korelacje czterech przedchorobowych parametrów: smutku, skrytości, wycofania oraz słabego napędu z nasileniem psychopatologii nadal są głównie dodatnie. Wyjątki dotyczą przede wszystkim urojeń, objawów rozszczepionych i katatonii i nie uzyskują nigdzie statystycznej istotności. Najsilniejszy wpływ wiąże przedchorobową postawę „od” z późnym autyzmem oraz apatią i abulią. Korelacje tego właśnie parametru są spośród omawianej czwórki najbardziej wyraziste także i wobec innych typów psychopatologii oraz wobec całej psychopatologii punktu 2. Inteligencja

i prawidłowy rozwój psychoseksualny okazują się mieć wpływ ochronny na późną psychopatologię, przy czym znaczenie rozwoju seksualnego jest większe. Inteligencja ma wyraźnie ujemną korelację zwłaszcza z katatonią, co jest powrotem (teraz nawet z większą siłą) do tendencji obecnej już na poziomie punktu 0. Wyraźnie pozytywną korelację ma natomiast inteligencja z późnymi urojeniami. Prawidłowy rozwój psychoseksualny stanowi czynnik ochronny wobec praktycznie każdego typu późnej psychopatologii. Najsłabiej jest to widoczne wobec elementów apatyczno-abulicznych oraz wobec katatonii, a najsilniej wobec autyzmu oraz hebefrenii. Podczas gdy w punkcie 0 prawidłowy rozwój psychoseksualny był predyktorem najsilniej dodatnio korelującym z poziomem całej psychopatologii, to w punkcie 2 posiada on wobec tego zbiorczego parametru najsilniejszą z wszystkich korelację ujemną ($p < 0,16$). Jedynym predyktorem korelującym dodatnio z wszystkimi parametrami opisującymi późną psychopatologię jest przedchorobowa agresywność. Jedyną istotną statystycznie spośród tych korelacji okazała się ta z późnymi omamami. Można powiedzieć, że przedchorobowa inteligencja oznacza więcej późnych urojeń, a przedchorobowa agresywność więcej późnych omamów. Przedchorobowa lękowość raczej chroni przed odległą psychopatologią, nie dotyczy to jedynie objawów produktywnych. Najsilniejsza negatywna korelacja dotyczy katatonii. W ochronnym oddziaływaniu przedchorobowego życia relacyjnego odległe tworzy się rozdział między relacjami z rodzeństwem i pozarodzinnymi. Te pierwsze tracą właściwie swoje znaczenie, te drugie swoje znaczenie utrzymują, a nawet w niektórych obszarach wzmacniają. Wyjątkiem są – podobnie jak w wypadku lękowości – urojenia i omamy, a najsilniejszy ochronny wpływ przedchorobowej pozarodzinnej relacyjności dotyczy objawów negatywnych: autyzmu, apatii i abulii.

Tabela 4 opisuje zależności między wartościami wskaźników psychologicznych i relacyjnych odnoszących się do życia przedchorobowego badanych a efektami leczenia podczas pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.

Tabela 4. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a efekty leczenia w punkcie 0

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
Poprawa kliniczna 0	-0,25*	-0,14	-0,32**	-0,24+	0,05	0,10	-0,05	0,08	0,00	0,29*
Wgląd 0	-0,22+	-0,17	-0,37***	-0,40***	0,28*	0,03	0,06	0,15	0,23+	0,29*
Zdolności relacyjne 0	-0,33**	-0,33**	-0,40***	-0,48***	0,20+	0,08	0,16	0,07	0,13	0,39***

Współczynnik korelacji Spearmana:

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

Jak widać, jeśli chodzi o jakość poprawy klinicznej oraz poziom wglądu i zdolności relacyjnych na koniec pierwszej hospitalizacji, rysuje się wyraźna opozycja między przedchorobowym smutkiem, skrytością, wycofaniem i niskim napędem życiowym z jednej strony a przedchorobowym życiem relacyjnym. Pierwsza grupa czynników zdecydowanie negatywnie koreluje z jakością poprawy klinicznej, wglądu oraz zdolności kontaktu, przy czym największe znaczenie obciążające mają tu wycofanie oraz niski napęd życiowy. Bogate relacje przedchorobowe, a szczególnie relacje pozarodzinne działają jako czynnik ochronny. Pozostałe predyktory mają mniejsze znaczenie, poza inteligencją, która wpływa korzystnie na jakość wglądu, a także, w nieco mniejszym stopniu, na zdolności relacyjne.

Tabele 5 i 6 opisują zależności między wartościami wskaźników psychologicznych i relacyjnych odnoszących się do życia przedchorobowego badanych a pewnymi parametrami późniejszego przebiegu choroby i jej leczenia. Oto korelacje dotyczące punktu 1:

Tabela 5. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a niektóre wskaźniki późniejszego przebiegu choroby oraz jej leczenia dotyczące punktu 1

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
Deficyty poznawcze 1	0,10	-0,08	0,11	0,28+	-0,37*	-0,01	0,08	-0,02	0,07	-0,09
Liczba hospitalizacji 1	-0,07	-0,08	-0,13	-0,18	0,05	-0,11	0,07	0,21+	0,17	-0,10
Dni w szpitalu łącznie 1	0,05	0,04	0,03	-0,15	0,12	-0,23+	0,00	0,17	0,12	-0,19
Regresja 1	0,24	0,29+	0,24	0,07	-0,08	-0,21	0,35*	0,01	-0,16	-0,30+
Wgląd 1	-0,30+	-0,43***	-0,39*	-0,36*	0,21	0,09	-0,02	0,14	0,28+	0,34*
Poprawa kliniczna 1	-0,39*	-0,26+	-0,19	0,09	-0,06	0,14	-0,24	-0,13	0,13	0,13
Zdolności relacyjne 1	-0,29+	-0,30+	-0,39*	-0,17	0,02	0,28+	-0,17	-0,02	0,17	0,31*
Psychoterapia w katamnezie 1	-0,01	-0,07	-0,16	0,05	0,17	-0,01	0,13	0,07	-0,22	0,13
GAF 1	-0,23	-0,21	-0,32*	-0,09	0,16	0,05	-0,13	0,11	-0,08	0,39**

Współczynnik korelacji Spearmana:

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

Patrząc z perspektywy punktu 1, najsilniejszymi predyktorami okazują się przedchorobowy smutek, skrytość, wycofanie oraz siła relacyjnego zaangażowania poza rodziną. Najistotniejszymi obszarami wpływu tych czynników okazują się zaś wgląd, zdolności relacyjne oraz ogólne funkcjonowanie psychospołeczne (wynik GAF 1). Dodatkowo przedchorobowy smutek przekłada się wyraźnie i istotnie na słabszą poprawę kliniczną w punkcie 1. Jeśli chodzi o inne predyktory, to zwraca uwagę ujemna korelacja słabego napędu życiowego z poziomem wglądu, ujemna korelacja inteligencji z deficytami poznawczymi oraz dodatnia korelacja przedchorobowej agresywności z poziomem regresji w punkcie 1. Inteligencja najsilniej z wszystkich czynników zabezpiecza przed deficytami poznawczymi w punkcie 1, a z kolei agresywność najsilniej wiąże się dodatnio z poziomem regresji.

A oto jak wyglądają korelacje dotyczące punktu 2:

Tabela 6. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a niektóre wskaźniki późniejszego przebiegu choroby oraz jej leczenia dotyczące punktu 2

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
Deficyty poznawcze 2	0,14	0,06	0,33	0,07	-0,32	-0,43+	0,10	-0,07	0,07	-0,36
Liczba hospitalizacji 2	-0,02	-0,06	-0,06	-0,16	0,03	-0,06	-0,02	0,29*	0,16	0,07
Dni w szpitalu łącznie 2	0,05	0,05	0,07	-0,14	0,03	-0,18	-0,01	0,30*	0,08	-0,07
Regresja 2	0,35	0,15	0,55**	0,29	-0,30	-0,50*	0,18	0,01	-0,12	-0,52*
Wgląd 2	-0,23	-0,16	-0,23	-0,21	0,26	0,29	-0,16	0,03	0,00	0,23
Zdolności relacyjne 2	-0,36	-0,12	-0,36	-0,22	0,15	0,45+	-0,20	-0,10	0,03	0,36

Współczynnik korelacji Spearmana:

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

Na tym etapie trzema najistotniejszymi predyktorami okazują się przedchorobowe wycofanie, prawidłowy rozwój psychoseksualny oraz relacje pozarodzinne. Przedchorobowa postawa „od” zdecydowanie pozytywnie koreluje z poziomem późnej regresji, a korelacja bogatych relacji pozarodzinnych jest dokładnie niemal identyczna co do siły, ale odwrotna co do kierunku. Podobne do relacji pozarodzinnych korelacje z poziomem późnej regresji wykazuje prawidłowy rozwój psychoseksualny. Ma on też najbardziej pozytywne z wszystkich czynników korelacje z jakością wglądu, zdolnościami relacyjnymi oraz z nasileniem deficytów poznawczych. Szacując siłę różnych korelacji, należy go uznać za najważniejszy czynnik ochronny. Przedchorobowa lękowość ma pozytywne korelacje z bilansem pobytów szpitalnych z całego okresu chorowania, zarówno w aspekcie częstości,

jak i długości pobytów. Jest to właściwie jedyny predyktor przedchorobowy, który ma istotne znaczenie w tym aspekcie.

Tabela 7 ilustruje zależności między wartościami wskaźników psychologicznych i relacyjnych odnoszących się do życia przedchorobowego badanych a niektórymi wskaźnikami późniejszego funkcjonowania społecznego.

Tabela 7. Wartość przedchorobowych wskaźników psychologicznych i relacyjnych a niektóre wskaźniki późniejszego funkcjonowania społecznego

	Podstawowy nastrój	Ekspresja uczuć	Postawa uczuciowa	Napęd życiowy	Inteligencja	Rozwój psychoseksualny	Agresywność	Lękowość	Relacje z rodzeństwem	Relacje pozarodzinne
GAF 2	-0,24	-0,10	-0,49*	-0,13	0,31	0,39+	-0,30	-0,09	0,09	0,58***
Wykształcenie 2	0,24+	0,31*	0,13	0,10	0,42***	-0,25+	-0,06	0,02	-0,20	-0,06
Życie zawodowe 2	-0,06	-0,10	-0,36*	-0,19	0,20	0,21	-0,21	-0,09	0,09	0,39***
Małżeństwo 2	-0,27*	-0,14	-0,27*	-0,32**	0,06	0,11	0,11	-0,05	0,05	0,34**
Dzietność 2	-0,06	-0,17	-0,30*	-0,18	-0,13	0,14	0,05	0,00	0,28+	0,27+
Śmierć przed punktem 2	-0,05	0,00	-0,10	0,10	-0,11	-0,13	0,25*	0,10	-0,07	-0,02
Śmierć przed 50. r.ż.	0,11	0,05	-0,04	0,19	-0,04	-0,22	0,23	0,15	-0,26*	0,06

Współczynnik korelacji Spearmana:

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

Z perspektywy funkcjonowania społecznego widzimy, że najistotniejsze korelacje ujawnia siła i głębia przedchorobowego zaangażowania w relacje pozarodzinne. Parametr ten wybitnie dodatnio (jedna z najsilniejszych korelacji) przekłada się na wynik GAF 2 oraz na możliwość stworzenia więzi małżeńskiej oraz na funkcjonowanie w pracy. Także i pozytywna korelacja z dzietnością jest dość wyraźna. Podobną korelację z dzietnością posiada również parametr silnych więzi z rodzeństwem. Znaczenie tego parametru szczególnie widoczne jest jednak w istotnie negatywnej korelacji z prawdopodobieństwem przedwczesnej śmierci. Zupełnie odwrotny jest wpływ przedchorobowej agresywności. Oznacza ona w badanej grupie znacząco mniejszą szansę na dożycie starości. Protekcyjny wpływ prawidłowego rozwoju psychoseksualnego również i w badanych tutaj sferach okazuje się nieco większy niż wpływ inteligencji. Najsilniejszy wpływ obu tych czynników dotyczy ogólnego poziomu funkcjonowania mierzonego w skali GAF. Osobną sprawą jest wybitnie pozytywna korelacja przedchorobowej inteligencji z poziomem ostatecznego wykształcenia, co trudno uznać za wynik zaskakujący. Nieco zaskakuje z kolei dość wysoka negatywna

korelacja z poziomem wykształcenia, jaką ujawnia prawidłowy rozwój psychoseksualny. Jeśli chodzi o pozostałe predyktory, ponownie największe znaczenie wydaje się mieć przedchorobowa postawa „od”. Wpływa ona istotnie negatywnie na poziom GAF 2, na funkcjonowanie zawodowe, na możliwość zawarcia związku małżeńskiego, a także na dzietność. Żaden z pozostałych predyktorów nie ma tak licznych istotnych korelacji. Przedchorobowy smutek oraz słaby napęd życiowy przekładają się głównie na mniejszą możliwość stworzenia więzi małżeńskiej, przy czym wpływ niskiego napędu życiowego okazuje się silniejszy. Skrytość emocjonalna nie jest po latach istotnym predyktorem funkcjonowania społecznego, a w szczególności predyktorem negatywnym. Ujawnia się bowiem jej istotnie pozytywny związek z poziomem wykształcenia.

Dyskusja

Niekorzystne znaczenie prognostyczne tak zwanej osobowości przedchorobowej rozumianej jako połączenie cech społecznego wycofania, skrytości, smutku i niskiego napędu życiowego ma bardzo silne oparcie w piśmiennictwie dotyczącym schizofrenii [np. 14, 15]. Należy przy tym zaznaczyć, że EOS postrzegana jest jako postać choroby szczególnie często obciążona tym czynnikiem ryzyka, a wielu badaczy przychyliła się do wniosku, że jest to jeden z głównych powodów gorszego rokowania EOS w porównaniu ze schizofrenią dorosłych [2]. W około 30% przypadków EOS [16], a niektórzy badacze twierdzą, że nawet w 60% [17], mamy do czynienia z obecnością przedchorobowego wycofania, pogorszenia jakości kontaktu, obniżenia napędu życiowego, deficytów poznawczych i społecznych. Analiza korelacji takich zmiennych jak „Podstawowy nastrój”, „Ekspresja uczuć”, „Postawa uczuciowa” i „Napęd życiowy” przeprowadzona w niniejszym opracowaniu potwierdza tezę o niekorzystnym znaczeniu rokowniczym osobowości przedchorobowej. W wymiarze klinicznym zmienne te przekładają się zarówno na większe nasilenie psychopatologii w punktach 0, 1 i 2 (przy czym dotyczy to zwłaszcza objawów negatywnych), jak i na słabszy efekt terapeutyczny pierwszej hospitalizacji, na niższy poziom wglądu chorobowego oraz głębszy poziom regresji w okresie późniejszym.

Najsilniejsze korelacje znaleziono dla przedchorobowej postawy określonej przez Kępińskiego jako postawa „od” ludzi i świata, co świadczy o trafności i wartości praktycznej takiego właśnie ujęcia podstawowego dylematu pacjenta schizofrenicznego. Zupełnie przeciwstawne znaczenie dla rokowania można przypisać posiadaniu w okresie przedchorobowym licznych oraz głębokich relacji pozarodzinnych. Wartość tego czynnika również ma znaczące oparcie w literaturze przedmiotu [np. 15, 18]. Szczególnie uderzające okazały się pozytywne korelacje tego parametru z jakością odległego funkcjonowania społecznego badanych, a zwłaszcza ich życia zawodowego. Jakość przedchorobowej relacji z ludźmi i ze światem wydaje się więc kluczowa dla rokowania w schizofrenii, a sam proces chorobowy nie przekreśla jej, a raczej w jakiś sposób do niej nawiązuje. Warto przy tym zaznaczyć, że trudności teoretyczne i metodologiczne, które stają przed badaczem próbującym opisać relacje między osobowością a procesem chorobowym, określone chociażby przez Bernera [19] czy Häfnera [20], pozostają aktualne. Na współczesnym etapie rozwoju wiedzy

szczególnie istotnym wyzwaniem wydaje się rozróżnienie między osobowością przedchorobową a zespołem prodromalnym [21]. Wyniki badań wskazują, że wartość predykcyjna przedchorobowej inteligencji jest już mniej jednoznaczna [22, 23], jednak własne analizy pozwalają uznać, że przypuszczalnie ma ona znaczenie jako czynnik korelujący z mniejszym nasileniem odległej psychopatologii (zwłaszcza katatonicznej) oraz korzystniejszym przebiegiem choroby w zakresie wglądu chorobowego, regresji i poziomu wtórnego deficytu.

Analiza korelacji prawidłowego przedchorobowego rozwoju psychoseksualnego oraz gwałtownej, słabo hamowanej przedchorobowej agresywności pozwala (w nawiązaniu do klasycznej konceptualizacji psychoanalitycznej [24]) postawić tezę, że psychopatologia schizofreniczna w miarę trwania choroby coraz mniej ma wspólnego z libido, a coraz więcej z destrudo. Warto zauważyć, że w punkcie 0 (czyli na poziomie wyjściowej psychopatologii) obraz jest nieco odmienny i może on świadczyć o wewnętrznych zmaganiach w obrębie słabego ego schizofrenicznego pacjenta związanych z dążeniem do rozwiązywania psychotycznego konfliktu. Na poziomie punktu 1 znaczenie agresywności jest już dużo większe, istotnie koreluje ona chociażby z głębokością regresji.

Znaczenie predykcyjne lękowości, która oznacza obecność cech, tendencji i objawów lękowych i nerwicowych w rozwoju przedchorobowym, wydaje się na tle innych parametrów mniejsze. Ciekawe jednak, że to właśnie ten czynnik jako jedyny okazał się istotnie korelować z bilansem liczby i długości hospitalizacji psychiatrycznych w całym objętym katamnezą okresie chorowania. Przypuszczalnie wyraziste doświadczanie i ekspresja lęku są ważnym czynnikiem wpływającym zarówno na dążenie do uzyskania pomocy szpitalnej, jak i na decyzję lekarza o skierowaniu pacjenta do szpitala.

Wnioski

1. Tak zwana osobowość przedchorobowa, rozumiana jako połączenie cech społecznego wycofania, skrytości, smutku i niskiego napędu życiowego, ma istotne, niekorzystne znaczenie rokownicze w EOS zarówno w obszarze klinicznym, jak i społecznym.
2. Bogate relacje pozarodzinne w okresie przedchorobowym mają istotne, korzystne znaczenie rokownicze w EOS, zwłaszcza w odniesieniu do późniejszego społecznego funkcjonowania badanych.
3. Harmonijny rozwój popędowości w okresie przedchorobowym oraz wysoka inteligencja wydają się predyktorami korzystniejszego rokowania w EOS, zwłaszcza w aspekcie klinicznym.
4. Nasilone tendencje i doznania lękowe w okresie przedchorobowym wydają się dodatnio korelować z poziomem korzystania przyszłych pacjentów z opieki szpitalnej.

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. Clark AF. *Schizophrenia and schizophrenia-like disorders*. W: Gillberg C, Harrington R, Steinhausen HC red. *A clinician's handbook of child and adolescent psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. S. 79–109.
2. Remschmidt H. red. *Schizophrenia in children and adolescents*. Cambridge: Cambridge University Press; 2001.
3. Häfner H, Nowotny B. *Epidemiology of early-onset schizophrenia*. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 1995; 245(2): 80–92.
4. 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.
5. Remschmidt H, Martin M, Fleischhaker C, Theisen FM, Hennighausen H, Gutenbrunner C i wsp. *Forty-two-years later: The outcome of childhood-onset schizophrenia*. J. Neural. Transm. (Vienna) 2007; 114(4): 505–512.
6. Eggers C, Bunk D. *The long-term course of childhood-onset schizophrenia: A 42-year follow-up*. Schizophr. Bull. 1997; 23(1): 105–117.
7. Díaz-Caneja CM, Pina-Camacho L, Rodríguez-Quiroga A, Fraguas D, Parellada M, Arango C. *Predictors of outcome in early-onset psychosis: A systematic review*. NPJ Schizophrenia 2015; 1: 14005.
8. Bomba J, Mamrot E. *Badania zaburzeń psychicznych i ich dynamiki*. W: Orwid M red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL; 1981. S. 190–201.
9. Alanen YO, Rökköläinen V. *The Turku Psychotherapy Schizophrenia Project*. Materiały niepublikowane.
10. Alanen YO, Lehtinen K, Rökköläinen V, Aaltonen J. *Need-adapted treatment of new schizophrenic patients: Experiences and results of the Turku Project*. Acta Psychiatr. Scand. 1991; 83(5): 363–372.
11. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Vesalius; 1998.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: APA; 1995.
13. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL; 1972.
14. Heiden an der W, Häfner H. *Course and outcome*. W: Weinberger DR, Harrison PJ red. *Schizophrenia*, 3rd ed. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2011. S. 104–141.
15. Cechnicki A. *Schizofrenia – proces wielowymiarowy. Krakowskie prospektywne badania przebiegu, prognozy i wyników leczenia schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2011.
16. Hollis C. *Child and adolescent (juvenile onset) schizophrenia: Case control study of premorbid developmental impairments*. Br. J. Psychiatry 1995; 166(4): 489–495.
17. Eggers C. *Schizo-affective psychoses in childhood: A follow-up study*. J. Autism Dev. Disord. 1989; 19: 327–342.
18. Hubschmid T, Ciompi L. *Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs – eine Literaturübersicht*. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1990; 58(10): 359–366.
19. Berner P, Strobl R. *Einflüsse auf den Verlauf schizophrener Psychosen*. W: Olbrich RK red. *Prospective Verlaufsforschung in der Psychiatrie*. Berlin: Springer; 1988. S. 21–37.
20. Häfner H. *Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt*. München: Verlag CH Beck; 2005.

21. Remberk B. *Stan prepsychotyczny i stany pokrewne*. W: Gmitrowicz A, Janas-Kozik M red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży*. Warszawa: Medical Tribune; 2018. S. 139–147.
22. Eggers C. *Course and prognosis of childhood schizophrenia*. J. Autism Child. Schizophr. 1978; 8(1): 21–36.
23. Werry JS, McClellan JM. *Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorder*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1992; 31(1): 147–150.
24. Ping-Nie P. *Schizophrenic disorders. Theory and treatment from a psychodynamic point of view*. Madison, Connecticut: International Universities Press, Inc.; 1979.

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: 15.04.2020
Zrecenzowano: 15.05.2020
Otrzymano po poprawie: 25.06.2020
Przyjęto do druku: 26.07.2020