

Wskaźnik ekspresji emocji (EE) jako rodzinny predyktor przebiegu schizofrenii*

The role of expressed emotions indicator as a predictor of the course of schizophrenia

Andrzej Cechnicki¹, Igor Hanuszkiewicz², Roman Polczyk³,
Łukasz Cichocki¹, Aneta Kalisz⁴, Maria Rostworowska⁵

¹ Pracownia Psychiatrii Środowiskowej Katedry Psychiatrii UJ CM w Krakowie

Kierownik: dr n. med. A. Cechnicki

² Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej

Przewodnicząca: mgr A. Bielańska

³ Instytut Psychologii UJ

Dyrektor: dr hab. M. Kossowska

⁴ Oddział Kliniczny Kliniki Psychiatrii Dorosłych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

⁵ Katedra Psychiatrii UJ CM

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

Summary

Objective. The study is a part of a prospective schizophrenia research project run in Kraków. The general objective of the project is a long-time observation of people with schizophrenia, starting from the first episode through the years of living with the illness, the assessment of treatment results and predictors. The goal of this study was to investigate whether the level of expressed emotions in family at the onset of schizophrenia may have a prognostic value in regard to the further course of the illness.

Method. Four indicators of treatment results were observed: the number of relapses, the overall time of inpatient hospitalisations, the number of inpatient hospitalisations and the severity of psychopathological symptoms, all in 3, 7 and 12 years since first hospitalisations. Expressed emotions (EE) were assessed with Camberwell Family Interview (CFI), the severity of symptoms was assessed with BPRS-SA, the UCLA version.

Results. 1) The increase of the number of relapses in subsequent follow-ups was more pronounced in the group of subjects with higher EE at the time of their first hospitalisations. 2) The number and overall time of hospitalisations did not correspond in any way with the EE level at the time of the first hospitalisation. 3) The dynamics of general and positive symptoms was related to the EE level at the time of the first hospitalisation. The negative syndrome was found to have no significant relationships.

* Praca powstała w krakowskiej Grupie Badawczej nad Przebiegiem Schizofrenii.

Conclusions. 1) The level of EE at the time of the first hospitalisation can be regarded as a specific predictor of relapses in the study group. 2) Creating research models that enable to differentiate: trait and state as well as dependent on family and on the course of illness aspects of EE, would enable better understanding of this phenomenon, which appears both as predictor and as effect of the course of schizophrenia.

Słowa klucze: schizofrenia, wskaźnik ekspresji emocji, wyniki leczenia

Key words: schizophrenia, expressed emotions, outcome of treatment

Wstęp

Rozumienie rodziny i zachodzących w niej zjawisk ma wielkie znaczenie dla samego pacjenta, przebiegu choroby i leczenia [1, 2, 3, 4]. W trakcie choroby psychicznej dochodzi do skomplikowanych wielostronnych zależności pomiędzy obrazem psychopatologicznym pacjenta a jego społecznym środowiskiem. Powtarzalność obserwacji pozwala na wyciąganie wniosków dotyczących specyfiki tych zależności, a w konsekwencji pomaga w konstruowaniu skuteczniejszych programów terapeutycznych. Od lat 70. dwudziestego wieku badacze opisujący rolę środowiska rodzinnego – Brown i wsp. [5] oraz Voghn i Leff [6], wskazują na pewne cechy atmosfery rodzinnej opisywane jako wskaźnik ekspresji emocji (EE – expressed emotions) ujawnianych przez bliskich krewnych wobec chorującego członka rodziny.

Poziom intensywności i charakter emocjonalnej atmosfery w rodzinie ma pięć wymiarów: wrogość (H – hostility), krytyka (CC – critical remarks) – opisywane wspólnie, emocjonalne naduwikłanie (EOI – emotional over involvement), ciepło (warmth) i uwagi pozytywne (positive remarks). Wrogość w stosunku do chorego członka rodziny to częste obwinianie go za chorobę, emocjonalne odrzucenie; krytyka to uwagi krytyczne dotyczące pacjenta, zawierające wyraźny negatywny wydzźwięk emocjonalny; emocjonalne naduwikłanie to zachowania nadmiernie ochraniające, przesadne zaangażowanie w życie chorego, poświęcanie się; ciepło to okazywanie pacjentowi empatii, troski, przyjaznych uczuć; uwagi pozytywne to wypowiedzi zawierające pochwałę, aprobatę zachowania lub zaletę charakteru. Od lat badacze analizują zarówno „zawartość” samego wskaźnika, jego dynamikę, jak i możliwy związek z przyszłym przebiegiem schizofrenii [7].

W wielu badaniach udowodniono, że wymiary te mają znaczący wpływ na liczbę nawrotów choroby [1, 2, 3, 4, 8, 9]. Zjawisko to ponadto zaobserwowano w różnych kontekstach kulturowych i społecznych [10]. Wysoki wskaźnik EE jest obecny w ponad połowie relacji pomiędzy pacjentem a jego opiekunami [11], a zależność pomiędzy wskaźnikiem EE a liczbą nawrotów może być silniejsza w grupie pacjentów o bardziej chronicznym przebiegu choroby [4].

Cel badań

Opisane tu badanie jest częścią krakowskich, prospektywnych badań przebiegu schizofrenii, których ogólnym celem – na podstawie wieloletniej obserwacji chorych na schizofrenię od pierwszego epizodu przez lata życia z chorobą – była ocena wyników

leczenia i czynników rokowniczych. Badania katamnesticzne wykonano w rok (K1), w trzy (K3), siedem (K7) i dwanaście lat (K12) od pierwszej hospitalizacji. Szczegółowym celem prezentowanej pracy było zbadanie, czy poziom ujawnianych emocji w rodzinie przy pierwszym epizodzie choroby może mieć wartość prognostyczną dla jej dalszego przebiegu i w odniesieniu do jakich wskaźników wyników leczenia.

Przyjęto cztery wskaźniki wyników leczenia: liczba nawrotów choroby, czas rehospitalizacji stacjonarnych, liczba rehospitalizacji stacjonarnych oraz nasilenie objawów psychopatologicznych, mierzonych za pomocą skali BPRS-SA, ocenianych w kolejnych katamnezach w trzecim, siódmym i dwunastym roku po pierwszej hospitalizacji.

Osoby badane

Z wyłonionych do badań w latach 1985–1988 osiemdziesięciu chorujących na schizofrenię, diagnozowanych początkowo wg DSM-III i następnie rediagnozowanych wg DSM-IV, dynamicznej analizie poddano 58 osób, które wzięły udział we wszystkich badaniach katamnesticznych. Stanowi to 77% pierwotnej grupy objętej programem badawczym. Średni wiek osób badanych w momencie zachorowania wynosił 27,32 roku ($OS = 6,20$; zakres od 18 do 44 lat). Tabela 1 przedstawia pozostałe czynniki rokownicze – demograficzne, społeczno-rodzinne i związane z chorobą, charakteryzujące badaną grupę w chwili pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.

Tabela 1. Charakterystyka badanych osób w chwili 1. hospitalizacji, n = 58

Czynniki demograficzne		Liczba	Procent
Płeć	kobiety	34	59
	mężczyźni	24	41
Stan cywilny	związek małżeński	20	34
	wolny	38	66
Wykształcenie	wyższe	16	27,59
	wyższe niepełne	5	8,62
	średnie	24	41,38
	zawodowe	11	18,97
	podstawowe	2	3,45
Czynnik rodzinny		Liczba	Procent
Wskaźnik ujawnianych uczuć (EE)	wysoki	42	72,41
	niski	16	27,59
Czynniki społeczne		Liczba	Procent
Funkcjonowanie społeczne wg DSM-III (obejmuje ocenę w obszarze pracy, kontaktów społecznych i czasu wolnego w minionym roku)	bardzo dobre	11	18,97
	dobre	15	25,86
	dostateczne	18	31,03
	słabe	11	18,97
	bardzo słabe	3	5,17

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Praca	w pełnym wymiarze godzin (lub studiuje)	37	63,79
	zwolnienie lekarskie (lub u. dzieckański)	13	22,41
	niepełny wymiar godzin pracy	1	1,72
	nie pracuje	7	12,07
Współzycie seksualne przedchorobowe	nie podjęła/ał	29	50,00
	podjęła/ał bez trwałego związku	9	15,52
	podjęła/ał w trwałym związku	20	34,48
Kontakty społeczne przedchorobowe	jeden głęboki satysfakcjonujący związek poza rodziną	9	15,52
	liczne powierzchowne związki	22	37,93
	jeden powierzchowny związek	11	18,97
	niesatysfakcjonujący lub frustrujący związek	10	17,24
	brak kontaktów	6	10,34
Czynniki związane z chorobą		Liczba	Procent
Początek choroby	ostry	40	68,97
	przewlekły	18	31,03
Czas nie leczonej choroby (CNP)	do 6 miesięcy	37	63,79
	powyżej 6 miesięcy	21	36,21

Metoda

Czynniki rokownicze oceniono na podstawie zmodyfikowanej Skali Progностycznej Carpentera–Straussa. Do oceny wskaźnika ujawnianych uczuć użyto półustrukturowanego wywiadu Camberwell Family Interview (CFI). Przyjęto wysoki wskaźnik EE, kiedy zachodziła jedna z poniższych możliwości: krewny wypowiedział 6 lub więcej uwag krytycznych, wrogość została oceniona w stopniu 1 lub wyżej, emocjonalne naduwikłanie zostało ocenione w stopniu 3 lub wyżej. Pozostałe składowe EE (ciepło i uwagi pozytywne) nie miały znaczenia przy kwalifikowaniu rodziny do grupy o niskim lub wysokim EE. Nasilenie objawów mierzono za pomocą zmodyfikowanej w UCLA skali BPRS-SA. Dane katamnestyczne zbierano w kolejnych punktach pomiarowych (w rok, trzy lata, siedem i dwanaście lat od pierwszej hospitalizacji) z zastosowaniem zaadaptowanego Kwestionariusza Katamnestycznego Alanena i Rekkolainena [12].

W analizie wzięto pod uwagę międzygrupowe zmienne niezależne:

- 1) wskaźnik ujawnianych uczuć (EE), o dwóch poziomach: wysoki i niski

- 2) czas – zmienna niezależna z powtarzaniem pomiarem; czasem pomiaru były kolejne katamnezy (punkty pomiarowe); w zależności od tej zmiennej analizie poddane mogły być trzy, cztery lub pięć momentów pomiaru.

Jako wskaźniki wyników leczenia, czyli zmienne zależne, wybrano:

- 1) liczbę nawrotów choroby (pomiar w katamnezach 1, 3, 7 i 12)
- 2) liczbę rehospitalizacji (pomiar w katamnezach 3, 7 i 12)
- 3) czas rehospitalizacji (pomiar w katamnezach 3, 7 i 12)
- 4) nasilenie objawów mierzone za pomocą skali BPRS – wynik ogólny, BPRS – syndrom pozytywny, BPRS – syndrom negatywny (pomiar przy przyjęciu do szpitala i wypisaniu, podczas pierwszej hospitalizacji i w kolejnych katamnezach 1, 3, 7 i 12).

Zmienne niezależne tworzyły dwuczynnikowy plan badawczy z jednym czynnikiem międzygrupowym (EE) oraz jednym czynnikiem powtarzanego pomiaru. Do jego oceny posłużono się analizą wariancji (ANOVA) z powtarzaniem pomiarem. Obliczono efekt główny dla dynamiki zmian oraz interakcje czynnika powtórnego pomiaru z EE.

W celu oceny istotnych efektów interakcyjnych zbadano, za pomocą analizy efektów prostych, istotność różnicy między grupami o wysokim i niskim EE w poszczególnych punktach pomiarowych.

Wyniki

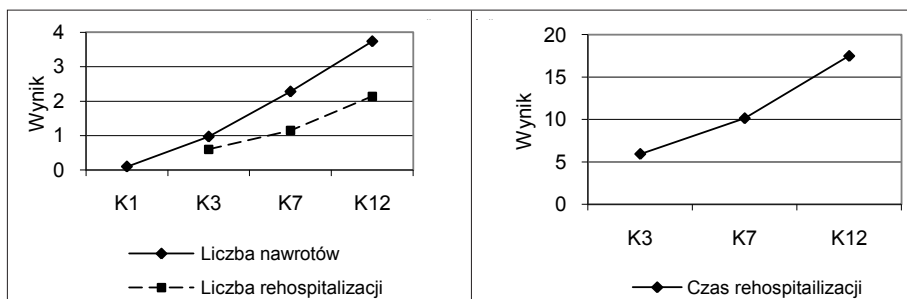
W pierwszej serii z wykonanych analiz sprawdzono dynamikę zmian liczby nawrotów choroby, liczby rehospitalizacji, czasu rehospitalizacji i nasilenia objawów, mierzonych za pomocą skali BPRS, oraz zależność tej dynamiki od EE. Wyniki odnośnej analizy wariancji znajdują się w tabelach 2 i 3.

Tabela 2. Analiza wariancji badająca dynamikę zmian liczby nawrotów choroby, rehospitalizacji i czasu rehospitalizacji w całej grupie oraz w podgrupach o niskim i wysokim EE

Badany efekt	Liczba nawrotów		Liczba rehospitalizacji		Czas rehospitalizacji	
	F	p	F	p	F	p
Zmiana wyników leczenia w przebiegu choroby ^{a)}	35,06	<0,001*	16,122	<0,001*	15,821	<0,001*
Interakcja EE z wynikami leczenia w przebiegu choroby ^{a)}	3,03	0,031*	0,218	0,805	0,154	0,858

a) zmiana oceniana na podstawie pomiarów w K3, K7, K12

Analiza wariancji wykazała, że w wypadku trzech zmiennych zależnych: liczby nawrotów, liczby rehospitalizacji i – mierzonego w tygodniach – czasu rehospitalizacji występuje istotna statystycznie dynamika zmian; wyniki nie były takie same w poszczególnych punktach pomiarowych. Efekt ten przedstawiony jest na wykresach 1a i 1b.

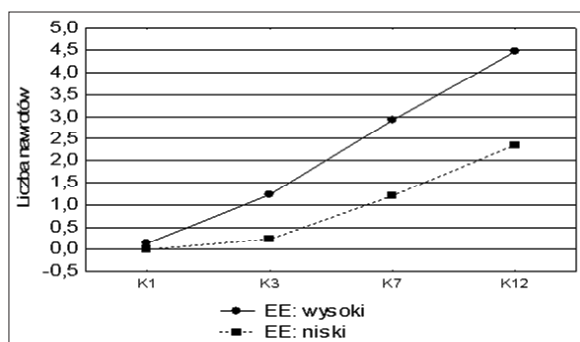


Wykres 1a. **Dynamika zmian liczby nawrotów i liczby rehospitalizacji**

Wykres 1b. **Dynamika przebiegu czasu rehospitalizacji**

Jak widać na wykresach 1a, 1b, liczba nawrotów, liczba rehospitalizacji oraz czas rehospitalizacji narastały w poszczególnych punktach pomiarowych.

Interakcje pomiędzy poziomem EE przy pierwszej hospitalizacji a nasileniem liczby nawrotów przedstawione są na wykresie 2.



Wykres 2. **Dynamika zmian liczby nawrotów z rozbiciem na wysoki i niski EE**

Dynamika zmian liczby nawrotów była niejednakowa w grupach o wysokim i niskim EE ($p = 0,031$). Wzrost liczby nawrotów w poszczególnych katamnezach był bardziej nasilony w grupie osób o wyższym EE przy pierwszej hospitalizacji. Na podstawie analizy efektów prostych stwierdzono, że w katamnezie jednorocznej obie grupy wyróżnione ze względu na poziom EE nie różnią się między sobą ($p = 0,140$). Różniły się one natomiast w sposób istotny we wszystkich pozostałych punktach pomiarowych (p równe odpowiednio: 0,009; 0,008 i 0,042).

Liczba rehospitalizacji i ich czas nie wykazywały powiązania z poziomem EE przy pierwszej hospitalizacji.

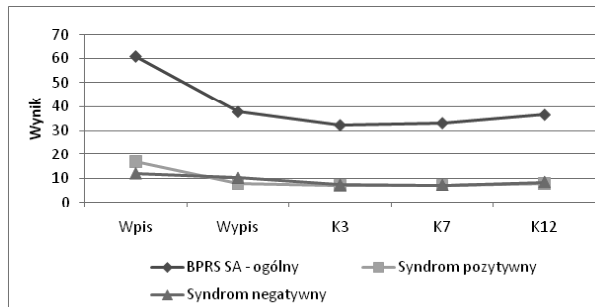
Druga część wykonanych analiz dotyczyła wyników skali BPRS-SA. Dostępnych było dla niej pięć punktów pomiarowych: przyjęcie do szpitala, wypisanie ze szpitala oraz katamnez 3, 7 i 12. Podobnie jak poprzednio, dynamikę zmian w poszczególnych pomiarach zbadano najpierw ogółem, a następnie z rozbiciem na wysoki i niski EE. Wyniki analizy wariancji (ANOVA) badającej dynamikę zmian w skali BPRS ogółem oraz w interakcji z EE przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Analiza wariancji badająca dynamikę zmian w skali BPRS w całej grupie oraz w podgrupach o niskim i wysokim EE

Badany efekt	BPRS ogółem		Objawy pozytywne		Objawy negatywne	
	F	p	F	p	F	p
Zmiana wyników leczenia w przebiegu choroby ^{a)}	83,76	<0,001*	90,68	<0,001*	14,31	<0,001*
Interakcja EE z wynikami leczenia w przebiegu choroby ^{a)}	4,03	0,004*	2,50	0,044*	1,21	0,309

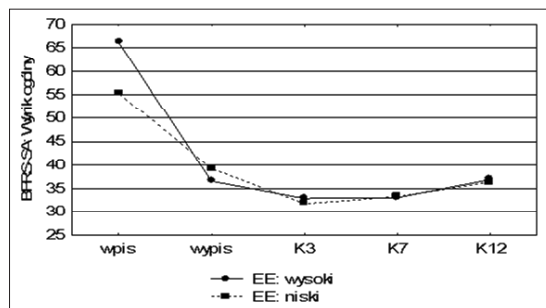
^{a)} zmiana oceniana na podstawie pomiarów w K3, K7, K12

Zarówno wyniki BPRS ogólny, jak i podskal syndromu pozytywnego i negatywnego wykazywały istotną statystycznie dynamikę zmian jedynie w okresie pierwszej hospitalizacji. Efekt ten zilustrowany jest na wykresie 3.



Wykres 3. Dynamika zmian wyniku BPRS ogólnego, syndromu pozytywnego i negatywnego

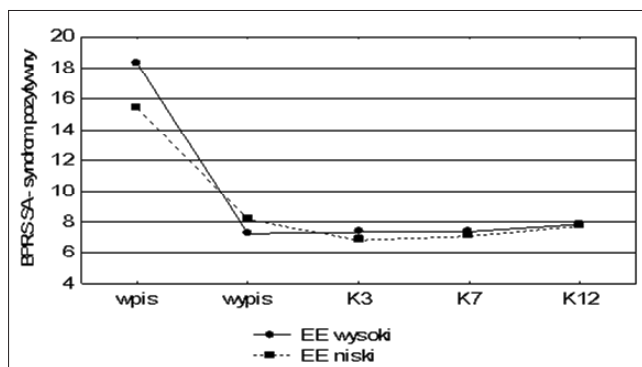
Największy spadek badanych parametrów zachodził pomiędzy przyjęciem do szpitala a wypisaniem. Natomiast na przestrzeni od wypisania do punktu pomiarowego w 12 roku po pierwszej hospitalizacji zmiany były bardzo niewielkie.



Wykres 4. Dynamika zmian BPRS z rozbiciem na wysoki i niski EE

Istotna różnica między osobami o wysokim EE a osobami o niskim EE wystąpiła tylko w momencie przyjęcia na oddział stacjonarny (efekt prosty: $p = 0,01$). U wszystkich osób zmniejszył się wskaźnik emocji pod koniec pobytu w szpitalu. Od tego

momentu osoby o wysokim i niskim EE nie różniły się istotnie od siebie w zakresie wyniku ogólnego w BPRS (p dla wszystkich efektów prostych większe od 0,05).



Wykres 5. Dynamika zmian syndromu pozytywnego w kolejnych latach katamnezy z rozbiciem na wysoki i niski EE

Wyniki dotyczące syndromu pozytywnego były bardzo podobne do wyniku ogólnego. Osoby o wysokim EE miały wyższe wyniki (większe nasilenie objawów pozytywnych) przy przyjęciu do szpitala (p dla efektu prostego na granicy istotności: 0,063), a ich spadek miał mniej stromy charakter. W pozostałych punktach pomiarowych syndrom pozytywny był niższy niż w pierwszych dniach pobytu w szpitalu. Grupy o wysokim i niskim EE nie różniły się istotnie statystycznie (wszystkie p powyżej 0,05).

Dyskusja wyników

W naszym badaniu wskaźnik EE został zmierzony w okresie pierwszej hospitalizacji (w drugim tygodniu), tak więc na tym etapie nie stawialiśmy pytań o dynamikę jego zmian w dalszych latach katamnezy. Uzyskaliśmy natomiast istotnie statystycznie wyniki pozwalające uznać poziom EE przy pierwszej hospitalizacji za specyficzny predyktor późniejszych nawrotów w badanej grupie. Oceniliśmy wieloletni przebieg i odległe zależności w prospektywnych badaniach. Mogliśmy więc w wieloletnim badaniu potwierdzić wyniki uzyskiwane zazwyczaj w ocenie kilku pierwszych lat przebiegu schizofrenii [4, 8]. Rostworowska [13] w replikacyjnych badaniach wykonanych w Klinice Psychiatrii w Krakowie potwierdziła tę zależność w 18-miesięcznej katamnezy. Ciekawym uzupełnieniem tych wniosków wydają się badania przeprowadzone przez Cutting, Aarke i Docherty [14], dotyczące nie tylko EE, ale także percepcji zachowań rodziny przez samego chorego. Grupa 32 pacjentów oceniała swoje rodziny w kontekście emocjonalnego podejścia do nich. Znalezione związku pomiędzy wysokim EE w sferze krytycyzmu a percepcją krytycyzmu przez pacjentów, naduwikłanie zaś, oceniane na podstawie wskaźnika EE, nie korespondowało z naduwikłaniem spostrzeganym przez pacjentów. Pacjenci doświadczali ponadto większego stresu, kiedy zachodziła interakcja pomiędzy nimi a rodziną z wysokim poziomem EE. To badanie

pogłębia rozumienie procesów w rodzinie, w której ekspresja uczuć, zwłaszcza krytycyzmu, i jego odbiór przez pacjentów jest większym dla nich stresem i koresponduje, podobnie jak w naszym badaniu, z większą liczbą nawrotów choroby.

EE mierzone w czasie pierwszej hospitalizacji można rozumieć jako predyktor dla wysokiego EE w rodzinie w przyszłości [8]. Można go także rozumieć jako specyficzny wskaźnik przebiegu choroby, w którym silne są dwukierunkowe zależności pomiędzy objawami a EE. Takie zależności mogą stać się czynnikiem prognostycznym większej liczby nawrotów. Poparcie dla tak sformułowanej hipotezy mogą dostarczać badania, w których całkowite subiektywne brzemienie i unikowe sposoby radzenia sobie były większe w grupie charakteryzującej się wysokim wskaźnikiem EE [11]. Raune, Kuipers i Bebbington [11] zbadali 46 opiekunów/krewnych, którzy zajmowali się członkami rodziny chorującymi na schizofrenię (pierwszy epizod). Oprócz zastosowania CFI do mierzenia poziomu EE, opiekunowie wypełniali kwestionariusz, w którym oceniali swoje subiektywne doświadczenie związane z opieką nad chorym w 8 kategoriach: trudne zachowanie, objawy negatywne, piętno, problemy z opieką medyczną, skutki choroby wpływające na rodzinę, potrzeba szukania wsparcia, zależność i utrata, pozytywne doświadczenia i dobre aspekty relacji. Ponadto oceniano ich sposoby radzenia sobie (coping styles). Wyniki badania pokazały, że wysoki wskaźnik EE był związany z wyższym wynikiem w skali radzenia sobie poprzez unikanie, wyższą oceną brzemienia rodzinnego i niższym spostrzeganiem możliwości pacjenta w funkcjonowaniu interpersonalnym. Badania te pozwoliły na analizę złożoności zjawisk dotyczących wskaźnika EE. Wysoki poziom EOI okazał się związany, podobnie jak w naszym badaniu, z niekorzystnym wpływem na liczbę nawrotów choroby, podczas gdy średni poziom EOI mógł mieć efekt ochronny [11].

Chociaż najwięcej doniesień w literaturze dotyczy zależności pomiędzy EE a nawrotami choroby, spotyka się także badania analizujące zależności z poszczególnymi objawami. Woo i wsp. [15] opisują powiązanie EE z objawami wrogości, lęku i pobudzenia. Autorzy wnioskują o dwukierunkowej zależności EE, rodziny i psychopatologii osoby chorującej. Także King w swoich badaniach [8] stwierdziła zależność, wskazującą na to, że zarówno EOI, jak i CC mogą być skutkiem, a nie przyczyną nasilenia objawów. Badania Alvarez-Jimenez i wsp. [16] wskazują, iż CC może być reakcją rodziny związaną z przypisywaniem choremu sprawstwa choroby i braku rozumienia problemu. W badaniu King EOI na początku leczenia oceniane u matek osób chorujących wiązało się z mniejszą wrogością i lepszą współpracą pacjentów po 18 miesiącach od zachorowania [8].

EE, będące złożonym konstruktem [4], zawiera w sobie zarówno względnie stałe zmienne osobowościowe [17] jak i sytuacyjne, a więc reaktywne i przemijające [8]. W związku z tą złożonością zagadnienie stałości konstruktu jest kwestią trudną do weryfikacji oraz teoretycznego uzasadnienia. Badanie Gill pokazało, że krewni z wysokim EE są bardziej konwencjonalni, mniej zadowoleni z siebie i swojego życia, mniej elastyczni, tolerancyjni, wykazują się mniejszą empatią [za: 17]. W badaniu King [8] poziom zarówno CC jak i EOI w kolejnych 18 miesiącach od zachorowania był w znacznym stopniu zależny od poziomu początkowego.

Inni badacze argumentują, że EE jest zmienne i w tym sensie trudno traktować poziom początkowego EE jako predyktor długoterminowego przebiegu choroby [9, 18]. Wydaje się więc, że EE ma właściwości zarówno stałe jak i zmienne.

Wnioski

1. Wyniki prezentowanego badania pozwalają uznać poziom EE podczas pierwszej hospitalizacji za specyficzny predyktor nawrotów objawów w ciągu 12 lat przebiegu choroby.
2. Budowanie modeli badawczych, które pomogłyby rozróżnić bardziej trwałe i zmienne, a także zależne od rodziny i od chorowania, aspekty EE, pozwoliłoby lepiej poznać specyfikę tego zjawiska, które prezentuje się zarówno jako predyktor, jak i efekt przebiegu choroby.

Показатель экспрессии эмоции (ЭЭ) как семейный предиктор течения шизофрении

Содержание

Задание. Исследования составляют часть краковских проспективных исследований течения шизофрении. Их общей целью является многолетнее наблюдение больных шизофренией со времени первого эпизода болезни и жизни с болезнью, а также результатов лечения и прогностических факторов. Заданием предлагаемой работы было исследование состояния проявляемых эмоций в семье при первом эпизоде болезни и какое это может быть значением для прогноза последующего течения болезни.

Метод. Приняты четыре показателя результатов лечения: количество рецидивов, время госпитализации в стационаре, число регоспитализаций в стационаре, а также утяжеление психопатологических симптомов, оцениваемых после 1, 3, 7 и 12 лет со времени первой госпитализации. Для оценки показателя проявляемых эмоций использован полуструктурный анамнез Camberwell Family Interview (CFI). Утяжеление симптомов оценено модифицированной шкалой в UCLA шкалой BPRS-S.A.

Результаты. 1. Увеличение числа рецидивов в отдельных катамнезах был наиболее выраженным в группе пациентов с высшим ЭЭ при первой госпитализации. 2. Число госпитализаций и их время не указывали на связь с уровнем ЭЭ при первой госпитализации. 3. Динамика общих симптомов и позитивного синдрома были связаны с уровнем ЭЭ при первой госпитализации. Негативный синдром не был связан с такими проявлениями болезни.

Выводы. 1. Уровень ЭЭ, исследованный во время первой госпитализации, можно считать первым специфическим предиктором рецидива в исследованной группе больных. 2. Конструкция исследовательских моделей, которые помогли бы отличать более постоянные и изменчивые, а также зависимые от семьи и течения болезни. Аспекты ЭЭ могут позволить лучше узнать специфику этого явления, которое представляется так как предиктор, а также как эффект течения болезни.

Index der Emotionexpression als Prädiktor des Schizophrenieverlaufs

Zusammenfassung

Ziel. Die Studie ist ein Teil der Krakauer prospektiven Untersuchungen am Schizophrenieverlauf. Ihr allgemeines Ziel ist die mehrere Jahre dauernde Beobachtung der an Schizophrenie Erkrankten von der ersten Episode durch die vielen Jahre mit der Krankheit, die Beurteilung der Ergebnisse der Behandlung und Prognosefaktoren. Das Ziel der vorgelegten Arbeit war die Untersuchung, ob der Spiegel der offenbarten Emotionen in der Familie bei der erstmaligen Erkrankung einen prognostischen Wert für den weiteren Krankheitsverlauf haben kann.

Methode. Es wurden vier Indexe der Behandlungsergebnisse angenommen: Anzahl der Rückfälle, Zeitdauer der stationären Hospitalisierungen, Zahl der stationären Rehospitalisierungen und Intensität der psychopathologischen Symptome, die ein Jahr, drei, 7 und 12 Jahre nach der ersten Hospitalisierung beurteilt wurden. Zur Beurteilung des Indexes der offenbarten Gefühle wurde das Interview Camberwell Family Interview (CFI) angewandt. Die Intensität der Symptome wurde mit der in UCLA modifizierten BPRS-S.A. Skala gemessen.

Ergebnisse. 1) Die Steigerung der Zahl der Rückfälle in den einzelnen Katamnesen war intensiver in der Gruppe der Personen mit höherer EE bei der ersten Hospitalisierung. 2) Die Zahl der Rehospitalisierungen und ihre Zeitdauer waren von der EE bei der ersten Hospitalisierung nicht abhängig. 3) Die Dynamik der allgemeinen Symptome und des positiven Syndroms war mit der EE bei der ersten Hospitalisierung verbunden. Das negative Syndrom wies auf derartige Zusammenhänge nicht hin.

Schlussfolgerungen. 1) Die bei der ersten Hospitalisierung untersuchte EE kann man für einen eigentümlichen Rückfall – Prädiktor in der untersuchten Gruppe halten. 2) Die Bildung der Untersuchungsmodelle, die helfen könnten, mehr feste oder variable, von der Familie und Erkrankung abhängige Aspekte der EE unterscheiden, würde besser helfen, die Eigentümlichkeit dieser Erscheinung verstehen, die sowohl als Prädiktor als auch als Effekt des Krankheitsverlaufs auftritt.

Le rôle de l'indicateur des émotions exprimées (EE) comme pronostic du cours de schizophrénie

Résumé

Objectif. Ces recherches font partie de recherches prospectives de Cracovie concernant le cours de schizophrénie. Ce projet vise à observer les schizophrènes de long terme, à partir du premier épisode, ensuite pendant les années de maladie, à estimer la thérapie et le pronostic.

Méthode. On observe quatre facteurs des résultats thérapeutiques : nombre des rechutes, temps des hospitalisations, nombre des hospitalisations et intensité des symptômes psychopathologiques après 1 ans, 3, 7, 12 ans après la première hospitalisation. Pour analyser l'indice d'EE on se sert de Camberwell Family Interview (CFI) et pour mesurer l'intensité des symptômes on use BPRS, version UCLA.

Résultats. 1. L'accroissement du nombre des rechutes pendant les suivants examens est plus élevé dans le groupe avec l'EE plus grand pendant la première hospitalisation. 2. Le nombre des hospitalisations et leur durée ne correspondent pas avec le niveau d'EE durant la première hospitalisation. 3. La dynamique des symptômes généraux et positifs corrélent avec le niveau d'EE durant la première hospitalisation. Le syndrome négatif n'en corréle pas.

Conclusions. 1. Le niveau d'EE défini pendant la première hospitalisation peut être traité comme le pronostic spécifique des rechutes. 2. La création des modèles théoriques pour mieux différencier les aspects durables et changeants d'EE peut contribuer à mieux connaître ce phénomène qui peut être considéré comme pronostic et comme effet du cours de la maladie.

Piśmiennictwo

1. Vaughn C, Synder K, Jones S, Freeman W, Falkon I. *Family factors in schizophrenia relapse: replication in California of British research on expressed emotion.* Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 1169–1177.
2. Tanaka S, Mino Y, Inoue S. *Expressed emotion and the course of schizophrenia in Japan.* Brit. J. Psychiatry 1995; 167: 794–796.
3. Rostworowska M. *Koncepcja wskaźnika ujawnianych uczuć.* W: de Barbaro B. *Schizofrenia w rodzinie.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999, s. 51-67.

4. Ronald L, Butzlaff AM, Hooley JM. *Expressed emotions and psychiatric relapse. A meta-analysis.* Arch. Gen. Psychiatry 1998; 55: 547–552.
5. Brown GW, Birley J, Wing J. *Influence of family life on the course of schizophrenic disorder: replication.* Brit. J. Psychiatry 1972; 121: 241–258.
6. Voghn C, Leff J. *The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness.* Brit. J. Psychiatry 1976; 129: 125–137.
7. Häfner H. *Onset and early course as determinant of the further course of schizophrenia.* Acta Psychiatr. Scand. 2000; 102 (supl. 407): 44–48.
8. King S. *Is expressed emotion cause or effect in the mothers of schizophrenic young adults?* Schizophr. Res. 2000; 45: 65–78.
9. Lenior M, Dingemans P, Schene A, Hart A, Linszen D. *The course of parental expressed emotion and psychotic episodes after family intervention in recent-onset schizophrenia. A longitudinal study.* Schizophr. Res. 2002; 57: 183–190.
10. Bebbington P, Kuipers L. *The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis.* Psychol Med. 1994; 3: 707–718.
11. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. *Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model.* Brit. J. Psychiatry 2004; 184: 321–326.
12. Cechnicki A. *Prospektywne badania przebiegu schizofrenii – nawrót i rehospitalizacja jako kryterium wyników leczenia.* Post. Psychiatr. Neurol. 1997; (5) supl. 2: 7–15.
13. Rostworowska M. *Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodzin mierzonego wskaźnikiem ujawnianych uczuć.* Praca doktorska. Kraków; 1999.
14. Cutting LP, Aakre JM, Docherty NM. *Schizophrenic patients' perceptions of stress, expressed emotion, and sensitivity to criticism.* Schizophr. Bull. 2006; May 26: 4: 1–8.
15. Woo S, Goldstein M, Nuechterlein K. *relatives' affective style and the expression of subclinical psychopathology in patients with schizophrenia.* Fam. Proc. 2004; 43: 233–247.
16. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Cotton SM, Wade D, Crisp K, Yap MBH. *Diferential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis.* W: *Psychological medicine.* United Kingdom, Cambridge University Press; 2008, s. 1–10.
17. Hooley JM, Hiller JB. *Personality and expressed emotion.* J. Abnorm. Psychol. 2000; 109, 1: 40–44.
18. Bertrando P, Cecchin G, Clerici M, Beltz J, Milesi A, Cazzull C. *Expressed emotion and Milan systemic intervention: a pilot study on families of people with a diagnosis of schizophrenia.* J. Family Ther. 2006; 28: 81–102.

Adres: Andrzej Cechnicki
Pracownia Psychiatrii Środowiskowej
31-115 Kraków, pl. Sikorskiego 2/8

Otrzymano: 30.08.2009
Zrecenzowano: 8.01.2010
Otrzymano po poprawie: 20.01.2010
Przyjęto do druku: 22.01.2010