



Badania katamnesticzne pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej: indywidualne i społeczne następstwa choroby (część 1)

*Follow-up studies of patients suffering from paranoid schizophrenia:
individual and social consequences of the disease (part 1)*

MAGDALENA LETKIEWICZ, SZYMON SYREK, JAN HORODNICKI

Z Kliniki Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie

STRESZCZENIE. *Cel.* Około 1% populacji choruje na schizofrenię. Dalsze kilka procent ludzi jest dotkniętych tą chorobą pośrednio poprzez wspólne życie bądź częste przebywanie z chorymi na schizofrenię. Stąd następstwa choroby indywidualne i społeczne schizofrenii paranoidalnej stanowią ważny temat dla współczesnego społeczeństwa. *Metoda.* Badaniem pierwotnie objęto 90 chorych na schizofrenię paranoidalną hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii PAM w Szczecinie w latach osiemdziesiątych. Zbierano szczegółowe dane o stanie psychicznym i fizycznym pacjentów, wykonano szereg badań laboratoryjnych, w tym hormonalnych. Na badanie kontrolne zgłosiło się obecnie 41 spośród tych pacjentów. Poddano analizie status rodzinny i zawodowy chorych. Zbadano ich stan zdrowia psychicznego oraz fizycznego, w tym występowanie objawów ubocznych przewlekłego leczenia neuroleptykami. Zastosowano skale: BPRS, PANSS, „Skalę objawów pozapiramidowych” Simpson-Angus, „Skalę późnych dyskinez”. Skali MOS SF-36 użyto do subiektywnej ocen jakości życia pacjentów. *Wyniki.* Większość chorych objętych badaniem katamnesticznym ujawnia inną niż paranoidalna symptomatykę schizofrenii. Analiza funkcjonowania indywidualnego i społecznego pacjentów potwierdziła, że schizofrenia paranoidalna wpływa negatywnie na życie rodzinne, stan ekonomiczny, także kontakty chorych w środowisku. Stan fizyczny większości poddanych badaniu osób nie wykazywał patologii. Można uznać, że zarówno schizofrenia paranoidalna, jak i wieloletnie leczenie neuroleptykami nie wpłynęło na stan zdrowia fizycznego pacjentów. Chorzy ocenili swoją jakość życia jako średnią. Ich niezadowolone budzą zwłaszcza własna witalność oraz ogólny stan zdrowia fizycznego i psychicznego.

SUMMARY. *Aim.* About 1% of the population suffers from schizophrenia. Additionally, this disease affects indirectly a small percentage of people taking care of the schizophrenic patients. Thus, both individual and social consequences of paranoid schizophrenia seem to be an important issue in the modern society. *Method.* 90 patients suffering from paranoid schizophrenia in the eighties and hospitalized at the Department of Psychiatry, Pomeranian School of Medicine in Szczecin, Poland, were the subjects of this study. Only 41 out of 90 reported to the control examination. Clinical findings, including psychiatric history, the general physical examination, evaluation of mental status, laboratory findings, as well as the late complications of neuroleptic therapy were analyzed. Patient's social and professional status was also taken into consideration. The following diagnostic scales were employed: BPRS, PANSS, Simpson-Angus Extrapyramidal Signs Scale, Late Dyskinesia Scale and the MOS SF-36 Scale evaluating the subjective quality of life of the patients. *Results.* For most patients, this catamnestic study revealed different than paranoid symptomatology of schizophrenia. Analysis of patient individual and social activity confirmed the negative influence of paranoid schizophrenia over family life, economic status and social activity. There's been a decline in the living standards of schizophrenic patients. However, the course of paranoid schizophrenia and the treatment history had no effects on patient's physical health.

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna / stan somatyczny / funkcjonowanie społeczne

Key words: paranoid schizophrenia / physical health / social activity

Już pierwsi badacze schizofrenii E. Kraepelin i E. Bleuler zauważyli różnorodność obrazów klinicznych choroby oraz jej wpływu na funkcjonowanie pacjentów [1]. Autorzy obecnie obowiązującej klasyfikacji ICD-10 stwierdzają, że podczas kolejnych zaostrzeń zespoły objawów mogą się zmieniać, mogą współwystępować – czasami granice są trudne do wyodrębnienia. Stan pacjenta, który przez wiele lat choruje na schizofrenię może być zróżnicowany – od niewystępowania objawów rezydualnych i dobrego przystosowania społecznego, aż do znacznego nasilenia objawów z dominacją zubożenia, postawą autystyczną, zaburzeniami toku myślenia i utrwalonymi objawami wytwórczymi – a więc stanem głębokiego inwalidztwa [2]. Według Kaplana i Sadocka, 1/3 pacjentów z rozpoznaną schizofrenią prowadzi prawie normalne życie, u 1/3 występują ciągle rozmaite objawy chorobowe, przy czym zachowana jest ich zdolność do funkcjonowania w społeczeństwie, pozostała 1/3 wykazuje znaczne upośledzenie funkcjonowania i wymaga częstych pobytów w szpitalu [za 3].

CEL PRACY

Celem badania była analiza następstw indywidualnych i społecznych schizofrenii paranoidalnej u pacjentów leczonych w Klinice Psychiatrii PAM w Szczecinie w latach osiemdziesiątych. Chorzy ci byli wówczas szczegółowo zbadani i opisani pod względem cech psychopatologicznych i biologicznych [4, 5, 6]. Aktualnie przeprowadzono ocenę stanu zdrowia psychicznego oraz fizycznego chorych, w tym w zakresie występowania objawów ubocznych przewlekłego leczenia neuroleptykami. Poddano analizie status rodzinny i zawodowy pacjentów.

BADANE OSOBY

Objęci badaniem chorzy to 41 osób: 26 kobiet i 15 mężczyzn, którzy podczas powtórnego badania mieli od 28 do 60 lat (średnio

43,8). U każdego z nich w latach osiemdziesiątych rozpoznano schizofrenię paranoidalną wg kryteriów DSM-III i ICD-9. Czas trwania choroby w badanej grupie wynosił od 8 do 31 lat (średnio 15,88), liczba zaostrzeń od 1 do 35 (średnio 5,2). Obecnie w skali BPRS Overalla pacjenci ze zbadanej grupy mieli od 0 do 75 punktów (średnio 18,83). W skali PANSS osiągnęli od 30 do 123 punktów (średnio 60,78).

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Etyki Badań Naukowych u Ludzi Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie.

METODA

Drogą listowną poproszono pacjentów o zgłoszenie się do Kliniki Psychiatrii PAM celem jednorazowego badania. Chorych, którzy zmienili miejsce zamieszkania poszukiwano poprzez biura ewidencji ludności. Do każdego z chorych, który nie odpowiedział na pierwsze zaproszenie wysłano jeszcze dwa kolejne listy polecone z prośbą o zgłoszenie się na badanie. Osoby, które obecnie poddano badaniu stanowiły 45% grupy pierwotnie zakwalifikowanej do wieloletniej obserwacji. Pozostali pacjenci to cztery osoby nieżyjące, dwie na stałe przebywają poza granicami kraju; 43 osoby z niewiadomych przyczyn nie zareagowały na zaproszenia. Informacje o historii leczenia badanej grupy pochodzą z wywiadu od pacjentów i ich rodzin, dokumentacji medycznej poradni zdrowia psychicznego, rejonowych szpitali psychiatrycznych oraz dokumentów jednostek opieki społecznej. Pacjenci zostali poinformowani o celu badań i sposobie ich przeprowadzenia. Wszyscy chorzy wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniach. Rozpoznanie weryfikowano wg kryteriów diagnostycznych ICD-10 i DSM-IV. Pacjentów zbadano internistycznie i neurologicznie. Nasilenie objawów psychopatologicznych oszacowano za pomocą skal BPRS Overalla [7] oraz PANSS [8]. Dla oceny objawów ubocznych stosowanych neuroleptyków użyto „Inwentarza – skali późnych dys-

kinez” wg Simpsona i wsp. [9] oraz wersję skróconą „Skali oceny objawów pozapiramidowych” Simpsona i Angusa [10]. Ponadto, zebrano szczegółowe informacje na temat przebiegu choroby i leczenia oraz funkcjonowania tych osób w rodzinie i społeczeństwie. Informacje o zmianach wykształcenia, sytuacji osobistej, aktywności zawodowej i relacjach społecznych chorych uzyskano posługując się kwestionariuszem.

WYNIKI

Zmiany symptomatyki schizofrenii paranoidalnej wg ICD-9 oszacowane ponownie zgodnie z kryteriami ICD-10 oraz zmiany statusu społecznego pacjentów zestawiono w tabl. 1 i 2.

Tylko średnie wartości nasilenia objawów ogólnych Skali PANSS były większe u chorych, którzy nie pracowali dłużej niż rok. Nie stwierdzono różnic średniego nasilenia obja-

Tablica 1. Aktualne rozpoznania w badanej grupie wg kryteriów ICD-10 (n=41)

Rozpoznanie wg ICD-10	%
Schizofrenia paranoidalna	29,3%
Schizofrenia rezydualna	56,1%
Zaburzenie schizoafektywne	9,8%
Pełna remisja	4,9%

Tablica 2. Funkcjonowanie społeczne badanych, N=41

Zmienna	%
Stan cywilny	
– rozwód lub separacja	24,4%
– bez zmian stanu cywilnego	58,5%
– zawarcie małżeństwa lub trwały konkubinát	17,1%
Wykształcenie	
– nie uległo zmianie	87,8%
– zmiana wykształcenia	12,2%
Aktywność zawodowa	
– nie pracuje dłużej niż rok	75,6%
– nie pracuje przez rok lub krócej	7,3%
– pracuje w niepełnym wymiarze godzin	7,3%
– pracuje w pełnym wymiarze godzin	9,8%
Status ekonomiczny	
– pogorszył się	68,3%
– nie zmienił się	17,1%
– poprawił się	14,6%
Stopień wyobcowania	
– kontakty tylko w obrębie rodziny	26,8%
– nieliczne kontakty poza rodziną	19,5%
– nieznacznego stopnia trudności w kontaktach	31,7%
– liczne kontakty poza środowiskiem i rodziną	22,0%

wów Skali PANSS u chorych z różnym stopniem wyobcowania, ocenianego zmianami ich stanu cywilnego i statusu ekonomicznego w porównaniu z okresem przed pierwszym epizodem schizofrenii. Wyniki zestawiono w tabl. 3 i 4.

Tablica 3. Zmiana wykształcenia

Objawy wg skali PANSS	Wykształcenie	N	Nasilenie wg skali PANSS		Istotność*
			średnia	odchylenie stand.	
Objawy pozytywne	wykształcenie bez zmian	36	13,14	6,12	0,378
	zmiana wykształcenia	5	10,60	4,34	
Objawy negatywne	wykształcenie bez zmian	36	17,83	7,37	0,123
	zmiana wykształcenia	5	12,40	5,77	
Objawy ogólne	wykształcenie bez zmian	36	31,92	7,84	0,004
	zmiana wykształcenia	5	23,20	4,09	

* test t-

Tablica 4. Aktywność zawodowa

Objawy wg skali PANSS	Aktywność zawodowa	N	Nasilenie wg skali PANSS		Istotność*
			średnia	odchylenie stand.	
Objawy pozytywne	nie pracuje dłużej niż 12 miesięcy	31	13,55	5,41	0,070
	nie pracuje ponad 12 miesięcy	3	17,00	12,12	
	pracuje w niepełnym wymiarze godzin	3	7,33	0,58	
	pracuje w pełnym wymiarze godzin	4	8,25	0,50	
	ogółem	41	12,83	5,95	
Objawy negatywne	nie pracuje dłużej niż 12 miesięcy	31	17,81	7,68	0,192
	nie pracuje ponad 12 miesięcy	3	17,33	2,08	
	pracuje w niepełnym wymiarze godzin	3	8,33	2,08	
	pracuje w pełnym wymiarze godzin	4	18,75	6,40	
	ogółem	41	17,17	7,36	
Objawy ogólne	nie pracuje dłużej niż 12 miesięcy	31	32,74	7,50	0,016
	nie pracuje ponad 12 miesięcy	3	26,67	3,79	
	pracuje w niepełnym wymiarze godzin	3	19,00	2,00	
	pracuje w pełnym wymiarze godzin	4	28,25	8,50	
	ogółem	41	30,85	7,99	

* test t-Studenta, analiza wariancji (ANOVA)

W zbadanej grupie pacjentów skargi somatyczne najczęściej dotyczyły układu trawienego i moczowo-płciowego. Objawy dyspeptyczne oraz bolesność przy palpacji brzucha w rzucie wątroby i pęcherzyka żółciowego stwierdzono u 10% zbadanej grupy. Ponad 7% chorych wykazywało wyraźną patologię układu wewnątrzwydzielniczego. Dominowały tu objawy związane z hiperprolaktynemią. Około 5% chorych skarżyło się na zaburzenia układu moczowo-płciowego. Były to głównie zaburzenia erekcji u mężczyzn.

Średnie nasilenie objawów pozapiramidowych mierzonych „Skalą późnych dyskinez” wynosiło w badanej grupie jedynie 3,32 punkty. Niewielkie nasilenie późnych dyskinez wystąpiło tylko u jednego pacjenta.

OMÓWIENIE

Analiza wyników badań stanu psychicznego 41 chorych, u których przed kilkunastu

laty rozpoznano schizofrenię paranoidalną wykazała, że u 30% tych osób aktualnie również występują objawy schizofrenii paranoidalnej. Ponad połowa objętych obserwacją pacjentów wykazuje symptomatykę rezydualną, a objawy wytwórcze pozostają w remisji. Wyniki tych badań są zgodne z danymi z piśmiennictwa. Na podstawie badań katarneistycznych stwierdzono, że po upływie ok. 5 lat u większości chorych stabilizuje się przebieg choroby [za 11].

W niniejszej pracy analizując skutki społeczne przewlekłej choroby psychicznej wzięto pod uwagę stan cywilny pacjentów. Funkcjonowanie człowieka w małżeństwie wymaga umiejętności społecznych, które u chorych na schizofrenię bywają upośledzone. W badanej grupie jedynie 17% pozostaje w stałym związku partnerskim lub zawarło małżeństwo w czasie trwania choroby. Większość chorych (58,5%) nie zmieniło swojego stanu cywilnego, to znaczy pozostaje w stanie wolnym (41%) lub funkcjonuje w zawar-

tym przed wystąpieniem choroby małżeństwie (17,5%). Około 25% jest po rozwodzie lub w separacji z małżonkiem. Dane z piśmiennictwa odnośnie stanu cywilnego chorujących od kilkunastu lat na schizofrenię są rozbieżne. W badaniu Chądzyńskiej i wsp. osoby stanu wolnego stanowiły aż 74% badanej grupy, rozwiedzionych było 10%, w małżeństwie pozostawało 14% chorych [12]. Badacze rosyjscy w 100-osobowej grupie pacjentów chorujących na schizofrenię stwierdzili 30 osób, które założyły własne rodziny, 39 chorych było stanu wolnego i 31 rozwiedzionych [13]. Autorzy z Indii 70% udział chorych pozostających w związku małżeńskim, w badanej przez nich grupie osób chorych na schizofrenię, uznali za bardzo wysoki odsetek [14]. Przypuszczamy, że istotną rolę w tak znacznym zróżnicowaniu stanu cywilnego wśród osób chorujących na przewlekłą chorobę psychiczną w badaniach z różnych krajów, odgrywają różnice kulturowe wpływające na jakość instytucji małżeństwa. W badanej grupie aż 87,8% nie podwyższyło swojego wykształcenia w czasie ok. 14 lat trwania choroby. Prawdopodobnie jest to bezpośredni skutek zaburzeń funkcji poznawczych dotyczących osoby chore na schizofrenię. W pracy Borkowskiej, u chorych na schizofrenię, zarówno z pierwszym, jak i z kolejnym epizodem, wartość punktuwa ilorazu inteligencji mierzonego za pomocą nowej wersji skali Wechslera była średnio o 20 punktów niższa niż u zdrowych osób z grupy kontrolnej [15]. Trudno więc dziwić się tak wysokiemu odsetkowi osób niepełnie edukacji w badanej grupie chorych. Problemy w podjęciu i kontynuowaniu pracy przez osoby chorujące na schizofrenię wynikają zarówno z deficytów umiejętności społecznych, jak i trudności intelektualnych. Pearlson i wsp. wykazali silny związek pomiędzy przewlekłym brakiem zatrudnienia a stwierdzanym w badaniu KT stosunkiem komórek do tkanki mózgowej wśród osób chorujących na schizofrenię i zaburzenia dwubiegunowe [16]. W badanej grupie 75,6% chorych nie pracuje dłużej niż rok – wszyscy

utrzymują się z rent inwalidzkich. Około 7% pozostaje bez pracy krócej niż 12 miesięcy. Jedynie 17% pacjentów jest obecnie zatrudnionych, przy czym prawie 10% pracuje w pełnym, a 7% – w niepełnym wymiarze godzin. Badacze niemieccy stwierdzili, że po zjednoczeniu Niemiec w 1989 r. zatrudnienie wśród chorych na schizofrenię zmniejszyło się z 50% do 7% [17]. Autorzy ci uważają, że efektem takiego rozkładu aktywności zawodowej wśród chorujących na schizofrenię jest wzrost poczucia bezpieczeństwa, ale jednocześnie negatywny wpływ na integrację ze społeczeństwem. Ich zdaniem, najlepszą formą zatrudnienia dla chorych na schizofrenię jest praca w niepełnym wymiarze godzin, w warunkach chronionych, która spełniałaby rolę rehabilitacyjną. Odmienne przedstawiają się wskaźniki zatrudnienia osób chorujących na schizofrenię w USA, gdzie mniej niż 50% chorych jest w stanie podjąć pracę [18]. Badacze amerykańscy stwierdzili, że 30% pacjentów pracowało przez co najmniej 50% okresu po rozpoznaniu schizofrenii [19]. Analiza zatrudnienia aktualnie badanej w Polsce grupy chorych na tle danych z piśmiennictwa światowego wskazuje na jej pośredni profil zatrudnienia pomiędzy bogatymi krajami europejskimi, które chętnie utrzymują chorych na schizofrenię wypłacając im świadczenia rentowe, a Stanami Zjednoczonymi Ameryki, posiadającymi sprawnie funkcjonującą sieć zakładów pracy chronionej. Zmiana statusu ekonomicznego ocenianego przez pacjentów w stosunku do okresu przedchorobowego zależy nie tylko od funkcjonowania społecznego, a zwłaszcza zawodowego, chorych, ale i przekształceń gospodarczych zachodzących w ostatnich latach w naszym kraju. W poddanej badaniu katamnestycznemu grupie 68,3% pacjentów stwierdziło pogorszenie swojego statusu ekonomicznego, 14,6% poprawę, a 17,1% chorych odpowiedziało, że ich stan ekonomiczny nie uległ zmianie w porównaniu do okresu przedchorobowego. Lay i wsp. badający przebieg choroby u osób z wczesnym początkiem wykazali wysoki stopień zależności

ekonomicznej tej grupy chorych [20]. Zaburzenia schizofreniczne polegają m.in. na występowaniu trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem. Następstwem tego bywa tendencja do defensywnego stylu życia, nacechowanego wycofaniem, biernością i ograniczeniem wyrażania emocji, zainteresowań, potrzeb [za 11]. Prawie 27% osób z badanej grupy stwierdziło, że utrzymuje kontakty tylko w obrębie rodziny. Około 19% utrzymuje nieliczne kontakty poza rodziną. Nieznacznie stopnia trudności w kontaktach z innymi ludźmi posiada 32% pacjentów, a 22% utrzymuje liczne kontakty poza ich własnym środowiskiem i rodziną, i nie ma żadnych problemów w nawiązywaniu relacji z obcymi. Wśród tej ostatniej grupy znajdują się osoby, którym obecnie rozpoznano całkowitą remisję albo zaburzenia schizoafektywne. W badaniu Chądzyńskiej i wsp. 50% chorujących na schizofrenię jest zadowolonych z własnych relacji z innymi ludźmi, a 30% wyraża niezadowolony w tym zakresie. Brak pewności siebie zauważa 50% pacjentów, a 30% nie ma tego problemu. W badaniu Sullivana i wsp. wśród 101 badanych chorych jedynie dwóch określa swoje życie społeczne jako niesatysfakcjonujące, 71 ocenia je jako satysfakcjonujące, a 28 chorych sygnalizuje brak zdecydowania w ocenie [21]. Należy brać pod uwagę, że część chorych, w związku z nasilonymi objawami negatywnymi i dysfunkcjami poznawczymi, nie odczuwa potrzeby kontaktów z innymi ludźmi i pytaniem otwartym pozostaje na ile odpowiedzi pacjentów w tym zakresie pozostają w zgodzie ze stanem faktycznym.

Nasilenie objawów schizofrenii mierzone Skalą PANSS wynosiło średnio 60,8 w badanej grupie. Stabilizację stanu i niewielkie nasilenie objawów wiązano z kilkunastoletnim trwaniem choroby [za 11]. W omawianej grupie chorych objawy psychopatologiczne u kobiet były bardziej nasilone (suma w skali PANSS 63,2) niż u mężczyzn (56,7), ale różnice te nie są istotne statystycznie. Badani osiąkali najwyższe nasilenie w zakresie objawów ogólnych skali PANSS, pośrednie

– w zakresie objawów negatywnych, a najniższe – w zakresie objawów wytwórczych.

Postawiono hipotezę, że składowe funkcjonowania społeczne, takie jak: stan cywilny, zmiana wykształcenia, aktywność zawodowa, status ekonomiczny, kontakty pacjenta w środowisku zależą od nasilenia objawów schizofrenii. Dokonano porównania nasilenia objawów negatywnych, pozytywnych i ogólnych Skali PANSS w poszczególnych przestrzeniach funkcjonowania. Jedynie podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez chorych oraz ich aktywność zawodowa pozostają w związku z nasileniem ogólnych objawów schizofrenii mierzonych skalą PANSS. Zaskakujące, że ani objawy negatywne, ani pozytywne choroby, w badanej grupie, nie korespondują ze zmianami wykształcenia, stopniem wyobcowania w środowisku, zmianami stanu cywilnego, aktywnością zawodową, czy zmianami statusu ekonomicznego.

Na podstawie badania podmiotowego, przedmiotowego, a w razie występowania wskazań, także badań laboratoryjnych, oceniano stan zdrowia fizycznego chorych na schizofrenię. W stanie pełnego zdrowia fizycznego pozostaje aż 78,8% objętych badaniem pacjentów. Thakore i wsp. stwierdzili zwiększoną ilość tkanki tłuszczowej u chorych na schizofrenię, którzy nie byli dotąd poddawani farmakoterapii bądź są we wstępnym okresie leczenia neuroleptykami [22]. Dixon i wsp. stwierdzili, że schizofrenia może być uznana za czynnik ryzyka dla wystąpienia cukrzycy typu II z powodu objawów ubocznych stosowanych leków, gorszego ogólnego stanu zdrowia fizycznego chorych, niezdrowego stylu życia, jaki prowadzą oraz gorszej ogólnej opieki medycznej [23]. W zbadanej grupie pacjentów skargi najczęściej dotyczyły układu trawiennego i moczowo-płciowego. Objawy dyspeptyczne oraz bolesność przy palpacji brzucha w rzucie wątroby i pęcherzyka żółciowego stwierdzono u 10% z badanej grupy. Ponad 7% chorych wykazywało wyraźną patologię układu wewnątrzwydzielniczego. Domino-

wały tu objawy związane z hiperprolaktynemią. Około 5% chorych skarżyło się na zaburzenia układu moczowo-płciowego. Były to głównie zaburzenia erekcji u mężczyzn. Wymienione objawy należy wiązać z negatywnym wpływem stosowanej farmakoterapii, co pozostaje w zgodzie z przytoczonymi wyżej danymi z piśmiennictwa. Rozpiętość punktacji w „Skali objawów pozapiramidowych” Simpson-Angus wynosi od 0 do 40 punktów. Średnie nasilenie objawów w badanej grupie wynosiło jedynie 3,3 punkty. W „Skali późnych dyskinez” nasilenie objawów było jeszcze niższe. Średnie nasilenie późnych dyskinez w badanej grupie wynosiło 16,2, gdzie minimum w skali wynosi 16, a maksimum 96 punkty. Dane z piśmiennictwa dotyczące częstości występowania późnych dyskinez w populacji osób leczonych neuroleptykami są rozbieżne i wahają się od 0,5 do 70% – średnio objawy te występują u 24% osób otrzymujących neuroleptyki [24]. Lohr i wsp. stwierdzili, że stosowanie niższych dawek leków przeciwpsychotycznych oraz używanie środków działających antycholinergicznie stanowi czynnik zapobiegający występowaniu późnych dyskinez [25]. Występowanie objawów ubocznych stosowanego leczenia w omawianej grupie chorych oszacowano „Skalą objawów pozapiramidowych” Simpson-Angus i „Skalą późnych dyskinez” było wyjątkowo rzadkie. Można zaryzykować hipotezę, że psychiatrzy leczący tych pacjentów przywiązywali dużą wagę do problemu dobrej tolerancji leków. Jest on jednym z kluczowych elementów właściwie prowadzonego leczenia.

WNIOSKI

- Większość pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej ujawnia po wielu latach inną niż paranoidalna symptomatykę choroby.
- Schizofrenia paranoidalna zaburza funkcjonowanie społeczne, rodzinne i ekonomiczne większości chorych.

- Zarówno schizofrenia paranoidalna, jak i wieloletnie odpowiednie leczenie neuroleptykami nie wpływa negatywnie na stan zdrowia fizycznego pacjentów.

PIŚMIENNICTWO

- Andreasen NC, Olsen S. Negative v. positive schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1982; 39: 789–94.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania. ICD-10. Kraków–Warszawa: Uniw Wyd Med „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
- Kaplan H, Sadock B. Psychiatria. Wrocław: Urban & Partner; 1995.
- Horodnicki J, Jarema M, Warnecka-Przybylska M. Ocena zależności między terapeutyczną i hormonalną odpowiedzią na neuroleptyki chorych na schizofrenię paranoidalną. Wydzielanie prolaktyny i gonadotropiny. Psychiatr Pol 1988; 22 (4): 285–9.
- Horodnicki J, Pobocha J, Czekalski S, i wsp. Ocena zależności między terapeutyczną i hormonalną odpowiedzią na neuroleptyki chorych na schizofrenię paranoidalną. III. Wydzielanie hormonu wzrostu (GH), adrenokortykotropowego (ACH), kortyzolu (KORT) i insuliny (INS). Psychiatr Pol 1988; 22 (4): 290–5.
- Horodnicki J, Szakowski A, Czekalski S, i wsp. Ocena zależności między terapeutyczną i hormonalną odpowiedzią na neuroleptyki chorych na schizofrenię paranoidalną. Wydzielanie tyreotropiny i hormonów tarczycy. Psychiatr Pol 1988; 22 (4): 279–84.
- Overall JE. The Brief Psychiatric Rating Scale in Psychopharmacology Research. Modern Probl Psychopharmacol 1974; 7: 67–78.
- Muller MJ, Rossbach W, Dannigkeit P, Muller-Siecheneder F, Szegedi A, Wetzel H. Evaluation of standardized rater training for the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Schizophr Res 1998; 32 (3): 151–60.
- Simpson GM, Lee JH, Zovbok B, Gardos GA. A rating scale for tardive dyskinesia. Psychopharmacology 1979; 64: 171–9.
- Simpson GM, Angus JWS. A rating scale for extrapyramidal side effects. Acta Psychiatr Scand 1970; suppl 212: 11–9.
- Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom I i II. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002.

12. Chądzyńska M, Kasperek B, Meder J, Spiridonow K. Jakość życia osób przewlekle chorych na schizofrenię w ocenie ich samych i ich rodzin. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (5): 703–15.
13. Golovina AG. Characteristics of family status of patients with schizophrenia. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova* 1998; 98 (1): 16–21.
14. Thara R, Srinivasan TN. Outcome of marriage in schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997; 32 (7): 416–20.
15. Borkowska A. Lateralizacja dysfunkcji psychicznych w schizofrenii w świetle wybranych badań neuropsychologicznych. Praca doktorska. Bydgoszcz: Akademia Medyczna; 1996.
16. Pearlson GD, Garbacz DJ, Breakey WR, i wsp. Lateral ventricular enlargement associated with persistent unemployment and negative symptoms in both schizophrenia and bipolar disorder. *Psychiatry Res* 1984; 12 (1): 1–9.
17. Riedel SG, Lindenbach I, Kilian R, Angermeyer MC. Out of the picture-self evaluation of the occupational status of chronic schizophrenic patients in united Germany. *Psychiatr Prax* 1998; 25 (6): 286–90.
18. Gioia D, Brekke JS. Rehab rounds: use of the Americans with Disabilities Act by young adults with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2003; 54 (3): 302–4.
19. Palmer BW, Heaton RK, Gladsjo JA, i wsp. Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation and driving. *Schizophr Res* 2002; 55 (3): 205–15.
20. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt MH. The psychosocial outcome of adolescent-onset schizophrenia: a 12-year follow-up. *Schizophr Bull* 2000; 26 (4): 801–16.
21. Sullivan G, Wells KB, Leake B. Clinical factors associated with better quality of life in a seriously mentally ill population. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43 (8): 794–8.
22. Thakore JH, Mann JN, Vlahos I, Martin A, Rezenk R. Increased visceral fat distribution in drug-naive and drug-free patients with schizophrenia. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002; 26 (1): 137–41.
23. Dixon L, Weiden P, Delahanty J, i wsp. *Schizophr Bull* 2000; 26 (4): 903–12.
24. Kulkarni SK, Naidu PS. Pathophysiology and drug therapy of tardive dyskinesia: current concepts and future perspectives. *Drugs Today (Barc)* 2003; 39 (1): 19–49.
25. Lohr JB, Caligiuri MP, Edson R, i wsp. Treatment predictors of extrapyramidal side effects in patients with tardive dyskinesia: results from Veterans Affairs Cooperative Study 394. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22 (2): 196–200.

*Adres: Dr Magdalena Letkiewicz, Klinika Psychiatrii Pomorskiej Akademii Medycznej,
ul. Broniewskiego 26, 71-460 Szczecin, e-mail: m.letkiewicz@op.pl*