

## Objawy psychopatologiczne a przystosowanie psychospołeczne przed pierwszym epizodem schizofrenii paranoidalnej

*Psychopathological symptoms and premorbid psychosocial adjustment in paranoid schizophrenia*

ANNA GRZYWA, MARIA CHUCHRA

*Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie*

**STRESZCZENIE.** *Celem pracy było poszukiwanie związku pomiędzy objawami a przystosowaniem psychospołecznym pacjentów przed pierwszym epizodem schizofrenii paranoidalnej. U 72 pacjentów zastosowano Skalę Przystosowania Przedchorobowego (SPP) oraz Skalę Oceny Stanu Psychicznego (BPRS). Stwierdzono, że z zaburzeniami przystosowania, szczególnie w okresie dojrzewania, wiążą się najczęściej takie objawy jak: stępienie uczuciowe, zaburzenie treści myślenia, podejrzliwość, zmniejszenie napięcia uczuciowego i wrogość. Wynik ten potwierdza przypuszczenie, że zjawisko podatności na zachorowanie uwarunkowane jest rozwojowo.*

**SUMMARY.** *The aim of the study was to seek relationship between current symptoms of patients with paranoid schizophrenia and their psychosocial adjustment prior to the first episode of the psychosis. 72 patients were examined using the Premorbid Adjustment Scale and the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Adjustment disorder, especially in adolescence, was found to be associated most often with such symptoms as blunting of affect, emotional tension, and hostility. The findings seems to confirm the hypothesis that a predisposition to this disease is developmentally determined.*

---

**Słowa kluczowe:** schizofrenia paranoidalna / przystosowanie przedchorobowe

**Key words:** paranoid schizophrenia / premorbid adjustment

---

Wiele objawów powstaje w procesie uczenia się i naśladownictwa, podobnie jak wzorce zachowania, postaw i wierzeń. Kształtowanie się osobowości, ale także i psychoz, jest wypadkową działania czynników biologiczno-genetycznych i socjokulturowych (Fabrega 1989).

Jeden z nurtów poszukiwań predyspozycji do zachorowania na schizofrenię stanowią badania przystosowania psychospołecznego (Allen 1990, Eckholdt i Lenzenweger 1990, Heilbrun 1977, Zigler i Levine 1973). Wiadomo, że schizofrenia wyraźnie zaburza funkcjonowanie psychospołeczne, zatem badanie w czasie trwania choroby nie może mieć znaczenia prognostycznego. Z kolei trudno określić moment w przeszłości pacjenta, który rozgra-

nicza funkcjonowanie przedchorobowe od funkcjonowania we wczesnym okresie choroby. Nie jest zupełnie jasne, które aspekty życia przed zachorowaniem są najbardziej charakterystyczne i mają największą wartość dla przewidywania przyszłości pacjenta w aspekcie reakcji na leki i zdrowienia.

### CEL PRACY

Celem pracy była próba ustalenia, czy z przystosowaniem psychospołecznym w poszczególnych okresach życia przed zachorowaniem wiąże się w jakiś sposób występowanie objawów psychopatologicznych w ostrym rzucie choroby.

## BADANI PACJENCI

Grupę badaną stanowiło 72 pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy w Klinice Psychiatrii AM w Lublinie w okresie dwóch lat: od II.1988 do I.1990. Zasadniczym kryterium doboru była obecność zespołu paranoidalnego w przebiegu schizofrenii paranoidalnej wg kryterium ICD-10 oraz kontakt słowny umożliwiający wykonanie badań. Ponadto wymagane było wykształcenie więcej niż podstawowe, brak objawów wskazujących na organiczne zaburzenia funkcjonowania O.U.N., wiek od 18 do 40 lat, brak uzależnień zarówno od alkoholu, jak i innych środków. Każdy pacjent pytany był o zgodę na uczestniczenie w badaniach.

## METODY

W badaniach zastosowano następujące metody: Skalę Przystosowania Przedchorobowego oraz Skalę Oceny Stanu Psychicznego.

Na zadowolające funkcjonowanie społeczne składa się wiele komponentów, dlatego pojęcie to jest trudne do zoperacjonalizowania. Dla każdego człowieka komponenty te mają różną wagę, a więc skonstruowanie narzędzia do pomiaru przystosowania jest rzeczą niezwykle trudną. Mimo tych trudności, badania przystosowania są prowadzone dość intensywnie na przestrzeni dziesiątków lat, ponieważ kuszące jest poszukiwanie różnic w przystosowaniu osób zdrowych i tych, które zachorowały na schizofrenię. Ponadto wykazano, że złe przystosowanie przedchorobowe jest związane z takimi parametrami jak: skuteczność leczenia, długość hospitalizacji, objawy. Przez prawie pół wieku skonstruowano wiele skal: skala Wittmana, skala Philippsa, Gitelmana-Kleina, Goldsteina (za Cannon-Spoor i inni 1982). Żadna z tych skal nie spełniła pokładanych w nich nadziei, gdyż bądź nie obejmowały one wszystkich aspektów przystosowania i okresów wiekowych, bądź nie brały pod uwagę norm kulturowych. Ukazywały raczej rozwój procesu chorobowego niż

normalny proces dojrzewania i rozwoju przystosowania.

Opublikowana w 1982 r. *Skala Przystosowania Przedchorobowego*, oparta na wcześniejszych pracach w tej dziedzinie wydaje się być bardziej obiecująca. Traktuje ona procesy przystosowawcze w aspekcie rozwojowym, dynamicznym oraz obejmuje wiele aspektów życia (Cannon-Spoor i in. 1982).

Skala ta służy do oceny poziomu funkcjonowania w czterech głównych sferach życia w każdym z czterech okresów rozwojowych. Sfery życia obejmują: dostępność-izolację, związki z innymi, zdolność do funkcjonowania poza rodziną generacyjną, intymne związki społeczno-seksualne.

Punkty oceniające funkcjonowanie odpowiednie dla wieku w każdej z czterech sfer są powtarzane w każdym z czterech okresów osobniczego życia. Okresy życia objęte skalą są następujące: dzieciństwo (*childhood*) - do 11 roku życia, wczesne dojrzewanie (*early adolescence*) - 12-15 r. życia, późne dojrzewanie (*late adolescence*) - 16-18 r. życia i dorosłość (*adulthood*) - powyżej 19 r. życia. Dodatkowo zawiera ona tzw. skalę ogólną (*general*), która ocenia najwyższy osiągnięty poziom funkcjonowania przed wystąpieniem choroby, jak również czas i cechy początku choroby.

W podskali obejmującej dzieciństwo umieszczono stwierdzenia pozwalające ocenić: towarzyskość, relacje z innymi ludźmi, osiągnięcia szkolne i adaptację do szkoły. W podskalach dotyczących wczesnego i późnego dojrzewania, oprócz dziedzin rozpatrywanych w okresie dzieciństwa znajduje się podskala dotycząca aspektów społeczno-seksualnych. W okresie dojrzałość ocenia się życie społeczno-seksualne, związki z innymi ludźmi i ewentualnie małżeństwo. Podskala ogólna podsumowuje osiągnięcia w takich dziedzinach jak: wykształcenie, uniezależnienie się, najwyższy poziom funkcjonowania, przystosowanie społeczne, stopień zainteresowania życiem, poziom energii (Pandurangi i in. 1988).

Intencją tej skali jest pomiar wyłącznie przedchorobowego funkcjonowania, tzn. w okresie do 6 miesięcy przed pierwszą hospitalizacją psychiatryczną czy pierwszym kontaktem z psychiatrą, lub 6 miesięcy przed wystąpieniem żywych objawów psychopatologicznych, takich jak: urojenia, halucynacje, zaburzenia myślenia, niedostosowane czy dziwaczne zachowanie. Tylko taki okres życia może być oceniany, tzn. jeżeli badamy pacjenta 39-letniego, który zachorował w wieku 17 lat, to nie skalujemy podskali dorosłości, natomiast skalujemy skalę ogólną.

Każda podskala zawiera pewną liczbę punktów z możliwością skalowania każdego z nich od 0 do 6. Każdy punkt w podskali stanowi stwierdzenie opisujące pewien rodzaj zachowań i przeżyć. Stwierdzenia te uszeregowane są w ten sposób, że stanowią kontinuum, przy czym na krańcu 0 mieści się informacja świadcząca o dobrym przystosowaniu, na krańcu 6 - o skrajnie złym. Skalujący wybiera stwierdzenie, które jest najbliższe uzyskanym danym. Jeżeli nie udaje się uzyskać pewnych danych, punkt można opuścić.

Badano niezawodność tej skali oceniając 11 pacjentów i uzyskano wysoką zgodność w wynikach skalowania wykonanego przez dwie niezależne osoby ( $r = 0.85$ ,  $p < 0.0001$ ).

*Skala Oceny Stanu Psychicznego wg Overalla i Gorhama (BPRS)* została skonstruowana w 1962 roku. Jest ona narzędziem badawczym szeroko stosowanym w badaniach klinicznych. Profil tej skali obejmuje podstawowe zespoły psychotyczne, dlatego może służyć jako narzędzie do oceny stanu psychicznego pacjentów z różnych grup diagnostycznych. Ponadto pozwala ona dokładnie ocenić wyjściowy stan psychiczny, a następnie śledzić dynamikę psychopatologii w przebiegu epizodu chorobowego. Zdając sobie sprawę z subiektywizmu badacza, można zastosować dwie strategie badań, a mianowicie: skalowanie przez kilka osób niezależnie lub skalowanie dokonywane stale przez tę samą osobę. Ze względu na to, że skala ta była stosowana

wielokrotnie we wcześniejszych badaniach przy użyciu jednej i drugiej strategii, do celów obecnej pracy wykorzystano strategię drugą. Skalowań dokonywała jedna osoba, licząc na to, że jeśli nawet oceny były w jakimś stopniu subiektywne, to błąd stąd wynikający był podobny u wszystkich badanych i we wszystkich kolejnych skalowaniach.

Wyniki oceny stanu psychicznego tą skalą są podawane najczęściej w postaci sumy wszystkich ocen punktowych. Przy czym im wyższy wynik, tym większa jest patologia psychiczna (Jaroszyński 1977, Linka, Rybakowski 1990, Overall, Gorham 1962, Overall 1974).

Wydaje się jednak, że wynik zsumowany daje tylko ogólną orientację co do stanu pacjenta i może służyć jako wskazówka; nie wydaje się jednak słusznym traktowanie tego wyniku jako precyzyjnej oceny stanu pacjenta. W opracowaniu statystycznym wyników rozpatrywano każdy punkt skali oddzielnie.

Do opracowania przyjęto badanie przy użyciu skali BPRS w ciągu dwóch pierwszych dni hospitalizacji. Skalę Przystosowania Przedchorobowego stosowano po uzyskaniu remisji, przy czym korzystano z informacji uzyskanych od pacjenta i danych z wywiadu.

## WYNIKI

Interesujące wydawało się sprawdzenie, czy podskale, z których składa się SPP, są od siebie zależne. Wyniki przedstawia tabela 1.

Z tabeli tej wynika, że wszystkie podskale korelują ze sobą na poziomie bardzo wysokiej istotności statystycznej. Przemawia to za silnym związkiem między przystosowaniem we wszystkich okresach życia, a także skali ogólnej.

W następnym etapie pracy dokonano analizy związku objawów psychopatologicznych mierzonych skalą BPRS z zaburzeniami w przystosowaniu psychospołecznym, mierzonym Skalą Przystosowania Przedchorobowego (SPP). Wyniki tej analizy przedstawia tabela 2.

Tablica 1. Korelacje podskal Skali Przystosowania Przedchorobowego.

	C	EA	LA	A	G
C	1.000	-	-	-	-
EA	.772***	1.000	-	-	-
LA	.601***	.802***	1.000	-	-
A	.405***	.558***	.676***	1.000	-
G	.494***-	.651***-	.611***-	.575***-	1.000

C- przystosowanie w dzieciństwie

EA- przystosowanie w okresie wczesnego dojrzewania

LA- przystosowanie w okresie późnego dojrzewania

A- przystosowanie w okresie dorosłości

G- skala ogólna przystosowania

\*\*\*- istotne na poziomie  $p < 0.001$

Z tabeli wynika, że pewne objawy są wyraźnie związane z zaburzeniami w przystosowaniu przedchorobowym, a inne nie. Najwyraźniejszy związek stwierdzono w zakresie objawu 16 (stępienie uczuciowe), który wiąże się z zaburzeniami przystosowania w każdym z

uwzględnionych okresów życia i w skali ogólnej, z tym że najbardziej istotnie wpływa nań zaburzenie przystosowania w okresie wczesnego i późnego dojrzewania i w skali ogólnej. Bardzo silny związek występuje również w zakresie objawu 6 (napięcie uczuciowe), z tym

Tablica 2. Związek objawów psychopatologicznych (BPRS) z przystosowaniem przedchorobowym (SPP)

Punkty skali BPRS	Podskale SPP				
	C	EA	LA	A	G
1. Troska o zdrowie	.249*	.248*	-	-	-
6. Napięcie uczuciowe	.342***	.379***	.333***	-	.232*
7. Zmanierowanie	.308**	.267**	.251*	.331***	.333**
8. Treści wielkościowe	-	-	.239*	-	.292**
10. Wrogość	-	.329***	.368***	.382***	.346***
11. Podejrzliwość	.228*	.362***	.331***	-	-
15. Niezwykłe treści myślenia	.270**	.380***	-	-	-
16. Stępienie uczuciowe	.247*	.351***	.410***	.322**	.342***
17. Podniecenie	-	-	-	-	.310**

\*- istotne na poziomie  $p < 0.02$

\*\* - istotne na poziomie  $p < 0.01$

\*\*\*- istotne na poziomie  $p < 0.001$

C, EA, LA, A, G, - oznaczenia jak w tabl. 1

że istotnie wpływa nań zaburzenie przystosowania w dzieciństwie oraz wczesnym i późnym okresie dojrzewania. Podobnie istotną zależność stwierdzono w punkcie 10 (wrogość), z wynikami skali ogólnej i przystosowaniem w okresach życia z wyjątkiem dzieciństwa. Wskazuje to na fakt, że przystosowanie w dzieciństwie nie wpływa na występowanie wrogości w czasie choroby. Znaczny wpływ przystosowania, szczególnie silny w okresie dorosłości, stwierdzono na objaw 7 (zmanierowanie).

Interesujący związek zaobserwowano w punktach dotyczących treści myślenia (11 i 15). Okazuje się, że występowanie podejrzliwości ma silny związek z zaburzeniami przystosowania w obu okresach dojrzewania - mniej silny w okresie dzieciństwa, natomiast dziwaczność myślenia wiąże się z trudnościami przystosowawczymi w dzieciństwie i wczesnym dojrzewaniu.

Najsilniejszy związek zaburzeń przystosowania obserwowano z objawami dotyczącymi uczuciowości (napiecie uczuciowe i stopień uczuciowe, poniekąd także wrogość), z dziwacznymi formami zachowania (zmanierowanie) oraz w punktach dotyczących myślenia (podejrzliwość - wypowiedzi urojeniowe oraz zaburzenie treści myślenia).

Wyniki te, poza znaczeniem merytorycznym, przemawiają za tym, że stosowana Skala Przystosowania Przedchorobowego jest dobrym narzędziem badawczym.

## OMÓWIENIE

Podskale skali SPP, obejmujące badanie przystosowania w kolejnych okresach rozwojowych, wykazały silny wzajemny związek, co przemawia za ciągłością rozwoju osobniczego badanych. Warto zwrócić uwagę, że najsilniejsze wzajemne związki występują między stopniem przystosowania w okresie wczesnego i późnego dojrzewania oraz między przystosowaniem w dzieciństwie i we wczesnym okresie dojrzewania.

Z analiz korelacji między zaburzeniami przystosowania a objawami psychopatologicznymi wynika, że stopień uczuciowy jest objawem związanym z zaburzeniem przystosowania w każdym okresie, z tym że najsilniej w okresie późnego dojrzewania. Napiecie uczuciowe częściej występuje u pacjentów z zaburzeniem przystosowania w dzieciństwie oraz w okresie wczesnego i późnego dojrzewania. Wrogość wiąże się z zaburzeniem przystosowania od okresu wczesnego dojrzewania. Zmanierowanie wykazuje związek z zaburzeniem przystosowania w każdym z okresów, ale najwyraźniej w okresie dorosłości. Podejrzliwość wykazuje najsilniejszy związek z zaburzeniem przystosowania w okresie wczesnego i późnego dojrzewania. Zaburzenie treści myślenia wiąże się z zaburzeniem przystosowania w okresie dzieciństwa i wczesnego dojrzewania. Z powyższego wynika, że najwięcej objawów wiąże się z zaburzeniem przystosowania w okresie dojrzewania, co jest zrozumiałe, gdyż w tym okresie kształtuje się osobowość i jej relacje ze światem. Ponadto wyniki te pozwalają na przewidywanie, że u osób z zaburzeniem przystosowania w dzieciństwie, częściej niż inne objawy psychopatologiczne w epizodzie chorobowym występują: napiecie uczuciowe, zmanierowanie, zaburzenie treści myślenia, podejrzliwość, stopień uczuciowy. U osób ze złym przystosowaniem w okresie wczesnego i późnego dojrzewania częściej wystąpią takie objawy jak: napiecie uczuciowe, wrogość, zaburzenia treści myślenia, zmanierowanie i stopień uczuciowy. Zaburzenie przystosowania w okresie dorosłości pozwala na przewidywanie wrogości, zmanierowania i stopnia uczuciowego.

## WNIOSKI

1. Z zaburzeniami przystosowania przedchorobowego, szczególnie w okresie dojrzewania, wiązały się najczęściej takie objawy jak: stopień uczuciowy, zaburzenie treści myślenia, podejrzliwość, zmanierowanie, napiecie uczuciowe, wrogość.

2. Stwierdzany związek objawów z zaburzeniami przystosowania sugeruje, że u wielu pacjentów istnieje uwarunkowana rozwojowo podatność na zachorowanie.

## PIŚMIENNICTWO

1. Allen H.: Cognitive processing and its relationship to symptoms and social functioning in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 1990, 156, 201-203.
2. Cannon-Spoor E., Potkin S.G., Wyatt R.J.: Measurement in chronic schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1982, 8, 3, 470-484.
3. Eckholdt H.M., Lenzenweger M.L.: Premorbid adult social competence, socioeconomic status and psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1990, 178(2), 139-140.
4. Fabrega H.: Cultural relativism and psychiatric illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1989, 177, 7, 415-425.
5. Heilbrun A.B.Jr., Heilbrun K.S.: Content analysis of delusions in reactive and process schizophrenics. *Journal of Abnormal Psychology* 1977, 86, 6, 597-608.
6. Jaroszyński J.: Znaczenie niektórych objawów schizofrenii dla oceny przebiegu choroby. *Psychiatr. Pol.* 1977, 3, 265-269.
7. Linka M., Rybakowski J.: Przydatność standardowych skal psychometrycznych (BPRS, HDS) w ocenie objawów schizofrenii (doniesienie wstępne). *Psychiatr. Pol.* 1990, XXIV, 1, 15-22.
8. Overall J.E., Gorham D.R.: Brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962, 10, 799-812.
9. Overall J.E.: The brief psychiatric rating scale in psychopharmacology research. W: Pichot P. (ed): *Psychological measurement in psychopharmacology. Problems of Pharmacopsychiatry* 1974, 7, 67-78.
10. Pandurangi A.K., Bilder R.M., Rieder R.O., Mukherjee S., Hamer R.M.: Schizophrenic symptoms and deterioration. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 1988, 176, 4, 200-206.
11. Zigler E., Levine J.: Premorbid adjustment and paranoid - non-paranoid status in schizophrenia. A further investigation. *Journal of Abnormal Psychology* 1973, 83, 189-199.

*Adres: Doc. Anna Grzywa, Katedra i Klinika Psychiatrii AM,  
ul. Abramowicka 2, 20-442 Lublin*