

## Psychozy urojeniowe w czasie pierwszej hospitalizacji 1. wiek zachorowania a zespół psychopatologiczny

JACEK WCIÓRKA, MARTA ANCZEWSKA, AGNIESZKA CHOJNOWSKA,  
IZABELA STANIKOWSKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE** Zbadano obraz kliniczny zespołów obserwowanych w czasie pierwszej hospitalizacji 167 pacjentów, u których w czasie tej lub jednej z następnych hospitalizacji rozpoznano psychozę urojeniową, tj. psychozę z dominującym (ilościowo lub funkcjonalnie) udziałem urojeń w obrazie psychopatologicznym. Materiał stanowiły historie chorób z okresu pierwszej hospitalizacji. Analizowano zależność kwalifikacji, dynamiki i symptomatologii zespołów w zależności od wieku zachorowania (wczesnego, średniego, późnego). Stwierdzono przewagę zespołów paranoidalnych. W obrazie symptomatologicznym zwracała uwagę znaczna częstość objawów afektywnych. Wyraźnie zaznaczył się wpływ wieku zachorowania, sugerujący, że typowe zespoły paranoidalne rozpoczynają się najczęściej w wieku średnim. Psychozy wcześniejsze miały obraz mniej skryzystalizowany, lecz bardziej dynamiczny a psychozy późniejsze - obraz mniej typowy i bardziej stabilny.

---

Słowa kluczowe: psychozy urojeniowe – wiek zachorowania – zespół psychopatologiczny

---

Widoczne w ostatnich latach wznowienie zainteresowania psychozami urojeniowymi wiąże się z rozwojem nozografii i klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Operacjonalizacja kryteriów diagnostycznych (Wciórka 1989) prowadzi do mniejszego lub większego zawężenia zakresu rozpoznawania psychoz schizofrenicznych. Oznacza to poszerzenie zakresu rozpoznawania psychoz urojeniowych, tj. psychoz, których obraz kliniczny jest zdominowany przez urojenia, a których pozycja nozologiczna i klasyfikacyjna pozostaje niejasna. Nowsze propozycje klasyfikacyjne (DSM-III-R, ICD-10) nawiązują do różnych, czasem jakby na nowo odkrywanych, tradycji diagnostycznych - np. francuskich (Pichot 1982, Porot 1989) czy skandynawskich (Retterstøl 1987, Strømngren 1987). Słabą stroną tych propozycji jest ich nikła podbudowa badawczo-empiryczna, wynikająca z upraszczającej tendencji poprzednich dziesięcioleci do traktowania większości psychoz urojeniowych jako psychoz schizofrenicznych (Kendler i Tsuang 1981). Odpowiedzią na takie

słabości są próby zoperacjonalizowania diagnostyki pewnych typów psychoz urojeniowych - np. paranoicznych (Winokur 1977, Kendler 1980) czy "reaktywnych" (Opjårdsmoen 1987) oraz próby badania populacji pacjentów z psychozami urojeniowymi ujmowanymi syndromologicznie, a więc jakby ponad czy poza dominującą w diagnostyce tradycją ich dychotomizacji na psychozy schizofreniczne i nieschizofreniczne (Jørgensen 1986, Opjårdsmoen 1986, Schanda 1987). Wybraliśmy ten drugi kierunek poszukiwań, ponieważ wydawał się on przydatny do badania zależności tych psychoz od wieku zachorowania.

Pozycja nozograficzna późnych psychoz urojeniowych budzi znacznie większe wątpliwości niż pozycja psychoz urojeniowych zaczynających się wcześniej i jest przedmiotem wielu kontrowersji (np. Rabins i wsp. 1984, Harris i Jeste 1988). Doniesienie to referuje fragment szerszych badań (program RPBR MZ.V.R19) nad znaczeniem wieku zachorowania dla obrazu i przebiegu psychoz urojeniowych. Doświadcze-

nie kliniczne, jak również wstępna analiza wyników (Wciórka 1988) wskazują, że może on mieć znaczenie istotne. Uzasadnia to podjęcie bardziej systematycznej analizy.

Psychozami urojeniowymi nazywamy tu takie zaburzenia, których obraz kliniczny jest zdominowany (w sensie ilościowym lub funkcjonalnym) przez obecność urojeń, niezależnie od ustaleń dotyczących ich etiologii (endogennej, psychogennej, somatogennej), kwalifikacji nozologicznej (do zaburzeń schizofrenicznych, nieschizofrenicznych), struktury obserwowanego zespołu objawów (paranoicznej, paranoidalnej, parafrenicznej, nietypowej) oraz domniemanego patomechanizmu kształtowania się urojeń (pierwotnego, wtórnego). Wymóg dominacji urojeń wyłącza z kręgu zainteresowania takie postaci zaburzeń, w których urojenia towarzyszyły innym zaburzeniom (np. przytomności, pamięci, nastroju) jako "drugoplanowy" składnik ich obrazu klinicznego.

## CEL

Celem prezentowanej analizy jest odpowiedź na pytanie, czy wiek zachorowania wpływa na obraz psychopatologiczny psychoz urojeniowych obserwowanych we wczesnej fazie ich rozwoju, tj. w okresie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej.

## PACJENCI

Wśród 456 chorych, którzy w latach 1976-1986 byli przynajmniej jeden raz leczeni w Klinice z powodu psychozy urojeniowej, znaleziono 174 osoby, które w tym czasie i w tej właśnie Klinice były hospitalizowane po raz pierwszy w życiu (Wciórka 1988). Ograniczenie analizy do pierwszej hospitalizacji wynikało z dążenia do zajęcia się epizodem choroby o podobnym usytuowaniu w stosunku do całości jej przebiegu. Praktycznie ważną przesłanką tej decyzji były też: znaczenie, jakie dla dalszego przebiegu choroby mają doświadczenia pierwszej hospitalizacji oraz fakt, iż pierwsza hospitalizacja jest najwcześniejszym okresem życia pacjentów, z którego można uzyskać w miarę pełny opis ich stanu psychicznego. Bliższa analiza zmusiła nas do wyeliminowania jeszcze 7 osób, ponieważ oka-

zało się, że ich zakwalifikowanie do badanej grupy (dokonane na podstawie ksiąg przyjęć) było błędne lub że ich dokumentacja kliniczna (historia choroby) okazała się z różnych powodów niedostępna. Ostatecznie więc, badana grupa chorych liczyła 167 osób.

Wiek zachorowania pacjenta określano na podstawie wszelkich dostępnych informacji. Za początek zaburzeń uważaliśmy moment wystąpienia urojeń lub innych objawów, o ile w sposób względnie ciągły prowadziły one do wystąpienia urojeń. W niektórych przypadkach (ok. 13% ogółu) w czasie pierwszej hospitalizacji nie obserwowano jeszcze psychozy urojeniowej, lecz inne zaburzenia o obrazie zbliżonym, niejasnym, nietypowym lub trudnym diagnostycznie (np. katatonicznym, depresyjnym, reaktywnym, ubogoobjawowym, lękowym). Rozpoznanie psychozy urojeniowej pojawiało się dopiero w czasie jednej z kolejnych hospitalizacji, najczęściej drugiej.

Chorych podzielono na 3 grupy, w których wiek zachorowania określono jako: wczesny (do 25 roku życia), średni (26-40 rok życia) lub późny (powyżej 40 roku życia). Ich liczebność (tabl.1) wskazuje na przewagę pacjentów o średnim wieku zachorowania. Proporcje płci wyrównane w grupie wczesnej (ok. 1:1), przesuwały się potem w kierunku większego udziału kobiet (ok. 5:1). Najwyższym poziomem wykształcenia charakteryzowali się pacjenci o pośrednim wieku zachorowania. Najniższy był on w grupie psychoz późnych. Stan cywilny wykazywał zróżnicowania charakterystyczne dla naturalnego biegu życia.

Tablica 1. *Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych w zależności od wieku zachorowania.*

Zmienna	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
Wiek zachorowania (lata):				
- średnia	20,4	31,4	51,2	32,5
- rozpiętość	12-25	26-40	41-67	12-67
Płeć (%)**:				
- kobiety	51	65	83	65
- mężczyźni	49	35	17	35

Wykształcenie (%)***:				
- podstawowe lub niższe	35	30	42	37
- średnie	44	39	51	43
- wyższe	21	31	7	22
Stan cywilny (%)*:				
- kawalerowic/panny	88	43	27	54
- mężatki/zamężni	10	35	49	30
- rozwiedzeni/owdowiali	2	22	24	16
Ogółem (N=100%):	57	69	41	167

poziom istotności (test  $\chi^2$ ):

\*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$

## METODY

Podstawową metodą gromadzenia informacji była analiza dokumentacji lekarskiej z okresu pierwszej hospitalizacji (wg specjalnie przygotowanego kwestionariusza). Byliśmy świadomi ograniczeń metodologicznych związanych z wykorzystaniem retrospektywnych informacji dla celów badawczych (mała porównywalność odnotowywanego materiału, duże braki danych). Ich potencjalny wpływ staraliśmy się zminimalizować poprzez wykorzystanie tylko historii chorób sporządzanych w czasie pierwszej hospitalizacji (zwykle bardziej wnikliwych i dokładnych) oraz rezygnację z analizy tych zmiennych, w odniesieniu do których braki informacji zdarzały się zbyt często.

Rozpoznanie zespołu wynikało z analizy dokumentacji. Staraliśmy się w nim możliwie najdokładniej oddać charakter i wzajemne proporcje opisywanych objawów, niezależnie od postawionego wtedy rozpoznania. Całościowe nasilenie zespołu, jak również jego wybranych wymiarów klinicznych (urojenia, omamy, objawy katatoniczne, formalne zaburzenia myślenia, objawy negatywne, objawy afektywne) oceniano przy pomocy czterostopniowych skal porządkowych (0-3) o ogólnie zdefiniowanych przedziałach (brak objawu, niewielkie, umiarkowane, znaczne nasilenie). Nasilenie objawów szacowano w ostrej fazie zaburzeń (na początku pobytu) oraz w fazie ich ustępowania (w okresie wypisywania ze szpitala). Wskaźniki poprawy obliczano wg wzoru:

$$\text{wsk. poprawy} = \frac{\text{nasilenie (początek)} - \text{nasilenie (wypis)}}{\text{nasilenie (początek)}} \cdot 100$$

W analizie statystycznej wykorzystano proste metody opisu statystycznego i proste, nieparametryczne metody weryfikacji hipotez (test  $\chi^2$ , test Kruskala-Wallisa). Miarą siły związku był oparty na statystyce  $\chi^2$  współczynnik Kramera (V).

## WYNIKI.

*Kwalifikacja zespołu.* Stwierdzono następujące zespoły psychopatologiczne:

paranoidalne	40%
paranoidalno-depresyjne	14%
paranoidalno-maniakalne	4%
paranoidalno-afektywne (mieszane)	2%
paranoidalno-katatoniczne	10%
paranoidalno-paranoiczne	2%
katatoniczne	2%
schizofreniczne (bno)	5%
urojeniowe	7%
urojeniowo-omamowe	4%
urojeniowo-depresyjne	3%
urojeniowo-maniakalne	1%
urojeniowo-afektywne (mieszane)	1%
inne (niepsychotyczne)	6%

Jako bliżej nie określone (bno) zespoły schizofreniczne kwalifikowano zespoły ubogoobjawowe lub niecróżnicowane. Do "innych (niepsychotycznych)" zaliczono zespoły łączące w różnej proporcji m.in. objawy subdepresyjne, asteniczne, lękowe, depersonalizacyjne. Określenie "urojeniowe" oznaczało brak charakterystycznej struktury (paranoicznej, paranoidalnej, parafrenicznej). Struktura zespołów opisanych jako paranoidalno-paranoiczne wyróżniała się względną systematyzacją urojeń i była najbliższa parafrenicznej.

Łącząc ze sobą zespoły o pokrewnej kwalifikacji można stwierdzić, że w badanej grupie chorych zdecydowanie dominowały (72%) zespoły paranoidalne (z domieszkami innych objawów

lub bez nich). Późne zachorowania (tabl.2) cechowały się wyraźnie większą częstością rozpoznawania niecharakterystycznych zespołów urojeniowych. W pozostałych grupach wieku zachorowania dominowały zdecydowanie zespoły paranoidalne. Grupa psychoz o wczesnym początku wyróżniała się względnie większą częstością "innych" (psychotycznych i niepsychotycznych) zespołów, w których obrazie, w czasie pierwszej hospitalizacji, nie opisywano urojeń.

Tablica 2. Kwalifikacja zespołów w zależności od wieku zachorowania.

Zespoły (%):	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
paranoidalne (paranoidalno-...)	70	88	49	72
urojeniowe (urojeniowo-...)	4	3	52	16
inne (psychotyczne)	14	4	-	7
inne (niepsychotyczne)	12	4	-	6
Ogółem (N=100%)	57	69	41	167

$$\chi^2 = 67,9 \quad p < 0,0000 \quad V = 0,45$$

*Nasilenie zespołu.* Przeciętne, całościowo szacowane nasilenie objawów na początku hospitalizacji było wyraźnie wyższe (=2,6) niż pod koniec pobytu (=0,7). Odpowiednio, wskaźnik poprawy wynosił ok.75%. Wczesny wiek zachorowania wiązał się z największym nasileniem

początkowym, najmniejszym końcowym i, konsekwentnie, z najwyższym wskaźnikiem uzyskanej poprawy klinicznej (tabl.3). Późne zespoły cechowały się charakterystyką odwrotną, a zespoły wieku średniego - pośrednią.

*Początkowy obraz zespołu* (tabl.4a), szacowany w ostrej fazie zaburzeń (na początku hospitalizacji) charakteryzował się wysoką częstością urojeń (92%). Często występującymi objawami były też objawy afektywne (75%) i omamy (63%). Objawy negatywne (49%) i formalne zaburzenia myślenia (42%) występowały u około połowy pacjentów. Najrzadziej odnotowano objawy katatoniczne (21%).

Jedynie występowanie omamów nie zależało istotnie od wieku zachorowania. Wczesne zespoły cechowała względnie niższa częstość pojawiania się urojeń, objawów negatywnych i afektywnych, a wyższa - objawów katatonicznych. Psychozy późne wyróżniały się niższą częstością zaburzeń myślenia. Częstość objawów negatywnych okazała się najwyższa w zachorowaniach wieku średniego.

*Końcowy obraz zespołu* (tabl. 4b), oszacowany w okresie wypisywania pacjenta ze szpitala, charakteryzował się podobną, niewysoką częstością objawów negatywnych (37%), urojeniowych (34%) i afektywnych (30%). Pozostałe objawy notowano rzadko (poniżej 9%). Jedynie częstość urojeń i objawów afektywnych wykazywała istotną zależność od wieku zachorowania.

Tablica 3. Całościowe oszacowania nasilenia zespołu na początku i pod koniec hospitalizacji oraz wskaźniki poprawy w zależności od wieku zachorowania.

Analizowana zmienna:	Wiek zachorowania:				Test <sup>a)</sup>
	wczesny	średni	późny	ogółem	
początkowe nasilenie (średnia):	2,9	2,8	2,4	2,6	***
końcowe nasilenie (średnia):	0,5	0,7	0,8	0,7	*
wskaźnik poprawy (średni %):	80	75	60	75	**
Ogółem (N=100%):	57	69	41	67	

a) poziom istotności (test Kruskala-Wallis): \* p < 0,05 \*\* p < 0,01 \*\*\* p < 0,001

Tablica 4. Częstość występowania różnych objawów zespołu (a) na początku i (b) pod koniec hospitalizacji oraz wskaźniki ich poprawy w zależności od wieku zachorowania.

Analizowane objawy:	Wiek zachorowania:				Test <sup>a)</sup>
	wczesny	średni	późny	ogółem	
<b>(a) Początek pobytu (%):</b>					
- urojenia	82	96	100	92	**
- omamy	54	67	68	63	n.s.
- katatoniczne	33	15	15	21	*
-form. z. myślenia	53	51	15	42	***
- negatywne	30	64	51	49	***
- afektywne	63	81	83	75	*
<b>(b) Koniec pobytu (%):</b>					
- urojenia	15	40	49	34	**
- omamy	6	9	10	8	n.s.
- katatoniczne	2	6	5	4	n.s.
-form. z. myślenia	6	7	5	6	n.s.
- negatywne	30	43	37	37	n.s.
- afektywne	10	31	54	30	***
<b>(c) Wskaźniki poprawy (%):</b>					
- urojenia	89	81	78	83	*
- omamy	92	92	93	92	n.s.
- katatoniczne	100	80	91	92	*
-form. z. myślenia	92	92	75	91	n.s.
- negatywne	63	53	46	53	n.s.
- afektywne	93	79	62	78	***
Ogółem (N=100%):	57	69	41	167	

a) poziom istotności (test Kruskala-Wallisa): \*  $p < 0,05$  \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$  n.s.- brak istotności.

W obu przypadkach częstość ich utrzymywania się wzrastała wraz z wiekiem zachorowania.

*Poprawa kliniczna* (tabl.4c). Przeciętny wskaźnik poprawy klinicznej okazał się najniższy w przypadku objawów negatywnych (53%). Był on umiarkowanie wysoki w przypadku objawów afektywnych (78%) i urojeń (83%). W odniesieniu do pozostałych objawów przekraczał poziom 90%. Wskaźniki poprawy urojeń i objawów afektywnych okazały się istotnie niższe w grupie zachorowań późnych, natomiast wskaźnik poprawy objawów katatonicznych był najwyższy w zespołach wczesnych a najniższy w zespołach wieku średniego.

## OMÓWIENIE

*Obraz kliniczny.* Zespołami najczęściej rozpoznawanymi w czasie pierwszej hospitalizacji psychoz urojeniowych były zespoły paranoidalne. W ich obrazie, obok dominujących urojeń, odnotowywano częste występowanie objawów afektywnych i omamów, umiarkowanie częste pojawianie się objawów negatywnych i formalnych zaburzeń myślenia oraz rzadsze - objawów katatonicznych. Warta podkreślenia jest znana od dawna, lecz w praktyce często niedoceniana, znaczna częstość objawów afektywnych.

Stwierdzoną dominację zespołów paranoidalnych trudno w prosty sposób porównać z wynikami badań innych autorów, ponieważ zna-

czenie terminów określających opisywane przez nich zespoły, jak też zastosowane kryteria ich rozpoznawania były odmienne. Np. przymiotnik "paranoidalny" często używany jest, wbrew swemu znaczeniu, w odniesieniu do zespołów (psychoz, zaburzeń) urojeniowych o nieokreślonej strukturze występujących urojeń, natomiast przymiotnik "urojeniowy" (ang. delusional) używany bywa czasem do określenia zespołów o cechach w istocie "paranoicznych" (np. delusional disorder w DSM-III, simple delusional disorder - Winokur 1977). Dedukując z opisanych w niektórych badaniach przesłanek pośrednich (np. z informacji o występujących objawach), można wnosić m.in. o wielu podobieństwach rozpoznawanych tam zespołów parafrenicznych czy urojeniowych do rozpoznawanych przez nas zespołów paranoidalnych. Ujmujemy je (por. Jaroszyński 1992), jako zespoły z dominującym udziałem urojeń o strukturze paranoidalnej, tj mało usystematyzowanych, luźno z sobą powiązanych, występujących na tle innych przejawów zachwiania integralności czynności psychicznych i całej osobowości pacjenta. Ostatecznie, niejasności terminologiczne i kryterialne nie pozwalają na łatwe i stanowcze porównania. Powierzchnowe porównania wskazują na znaczne różnice. Jednak po uwzględnieniu niezbędnych korekt (co można zrobić tylko ryzykując znaczne uproszczenia) wyniki badań innych autorów w znacznie większym stopniu przypominają uzyskane przez nas.

Wśród zaobserwowanych zespołów uderza brak zespołów paranoicznych. Może to wynikać z ograniczenia pola obserwacji do populacji szpitalnej (zespoły takie nie zawsze trafiają do szpitali) i do pierwszej hospitalizacji (struktura urojeń staje się łatwiejsza do oceny w czasie kolejnych pobytów). Zespoły paranoiczne nie należą jednak do zespołów rozpoznawanych często (Kendler 1982, Koehler i Hornstein 1988).

*Dynamika zmian.* Obserwowane zespoły cechowała wyraźna, choć nie bezwzględna, tendencja do ustępowania w czasie leczenia szpitalnego. W badaniach Jørgensona (1987), 57% chorych uzyskało w czasie pierwszej hospitalizacji pełną remisję, a tylko u 8% objawy psychozy

nie ustępowały. U pozostałych uzyskano poprawę częściową. Jeśli nasze wyniki przedstawić w postaci rozkładu oszacowań (poprawa: dobra, względna, niewielka lub brak poprawy) - to wyniki okazują się bardzo zbliżone (58%, 34%, 8%).

*Znaczenie wieku zachorowania.* Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że wiek zachorowania ma istotny wpływ na kwalifikację, dynamikę i obraz zespołów obserwowanych w czasie pierwszej hospitalizacji psychoz urojeniowych. Zespoły wczesne wyróżniały się względnie słabo ukształtowanym obrazem zaburzeń (duża częstość "innych" zespołów, mniejsza częstość urojeń, większa - formalnych zaburzeń myślenia i objawów katatonicznych) oraz większą dynamiką zmian (wysokie nasilenie początkowe, największa poprawa). Zespoły późne wyróżniały się rzadszym występowaniem typowo paranoidalnych cech obrazu klinicznego (duża częstość zespołów "urojeniowych", większa częstość objawów afektywnych, mniejsza - formalnych zaburzeń myślenia) oraz najślabszą dynamiką zmian (mniejsze nasilenie początkowe i niski wskaźnik poprawy). Zespoły wieku średniego przejawiały najczęściej cechy pośrednie między cechami zespołów późnych i wczesnych. Wyróżniały się one natomiast wysoką częstością typowej struktury paranoidalnej i objawów negatywnych już w czasie pierwszej hospitalizacji. Znaczny też był udział omamów i zaburzeń myślenia w kształtowaniu ich obrazu klinicznego.

Można sądzić, że wpływ wieku zachorowania ma charakter systematyczny, ponieważ stwierdzone zależności układają się w odniesieniu do większości analizowanych zmiennych w sposób raczej liniowy. Zgodnie z doświadczeniem klinicznym, można te zależności interpretować jako wynik oddziaływania mechanizmów patogenetycznych choroby na osobowość, która wraz z wiekiem staje się coraz bardziej zwiarta. Jej reakcje byłyby, w związku z tym, zróżnicowane - bardziej burzliwe w grupie chorych o wczesnym początku zaburzeń, a bardziej stabilne w grupie chorych, którzy zachorowali późno. Na podobne znaczenie wieku zachorowania wskazywano od dawna w odniesieniu do psychoz schizofrenicz-

nych (Bleuler 1943, Huber i wsp. 1975, Harris i Jeste 1988). Podobne wnioski sugerują też badania Schimmelpenninga (1975) nad psychozami paranoidalnymi "drugiej połowy życia". Możliwe są jednak i inne interpretacje. Sprawa wymaga dalszych analiz.

## WNIOSKI

1. Zespoły obserwowane w czasie pierwszej hospitalizacji psychoz urojeniowych - to najczęściej zespoły paranoidalne, cechujące się znaczną częstością występowania objawów afektywnych i znaczną tendencją do poprawy w czasie pobytu w szpitalu.

2. Wiek zachorowania w istotny sposób wpływał na kwalifikację, objawy i dynamikę zmian obserwowanych zespołów.

3. Najbliższe typowym cechom zespołu paranoidalnego były zespoły rozpoczynające się w wieku średnim. Zespoły o wcześniejszym początku cechowały się mniejszym skryzalizowaniem objawów i większą dynamiką zmian. Zespoły późniejsze miały objawy mniej typowo paranoidalne (niecharakterystyczne) i słabszą dynamikę zmian.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Bleuler M.: Die Spätschizophrene Krankheitsbilder. Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1943,15:259-290.
2. Harris MJ., Jeste DV.: Late onset schizophrenia: an overview. Schizophr. Bull.1988,14:39-55.
3. Huber G.,Gross G.,Schüttler R.: Spätschizophrenie. Arch. Psychiatr. Nervenkrkh. 1975, 221: 53-66.
4. Jaroszyński J.: Zespół paranoidalny. Postępy Psychiatr. Neurol. 1992 (w tym numerze).
5. Jørgenson P.: Delusional psychosis: hospital incidence, symptoms and classification. Acta Psychiatr.Scand.1986, 74:18-23.
6. Jørgenson P.: Clinical course and outcome of delusional psychosis. Acta Psychait. Scand. 1987, 76:317-323.
7. Kendler KS.: Demography of paranoid psychosis (delusional disorder). Arch.Gen.Psychiatr. 1982, 39:890-902.
8. Kendler KS., Tsuang MT.: Nosology of paranoid psychoses. Schizophr.Bull. 1981;7 :699-706.
9. Koehler K, Hornstein C.: 100 years of DSM-III paranoia. Eur. Arch Psychiatr.Neurol.Sci, 1986,235:255-258.
10. Opjordsmoen S.: Long-term follow-up of paranoid psychoses. Psychopathology 1986, 19:264-274.
11. Opjordsmoen S.: Toward an operationalization of reactive paranoid psychoses (reactive delusional disorder). Psychopathology 1987, 20:72-78.
12. Pichot P.: The diagnosis and classification of mental disorders in French-speaking countries. Psychol. Med. 1982,12:475-492.
13. Porot M.: Approche d'une classification francaise des delires. Annal.Med.-Psychol. 1989,147:374-378.
14. Rabins P.,Pauker S.,Thomas J.: Can schizophrenia begin after age 44? Compr. Psychiat. 1984,25,290-293.
15. Retterstol N.: Present state of reactive psychoses in Scandinavia. Psychopathology 1987,20:68-71
16. Schanda H. Paranoide Psychosen. Enke, Stuttgart 1987.
17. Schimmelpennig GW.: Die paranoiden Psychosen der zweiten Lebenshälfte. Karger, Basel 1965.
18. Wciórka J.: Przekrój syndromologiczny i pozycja nozologiczna psychoz urojeniowych w zależności od wieku zachorowania. Psychiatr. Pol. 1988,22:342-348.
19. Wciórka J.: Kryteria diagnostyczne psychoz schizofrenicznych. Leki psychotropowe, kwiecień 1989.
20. Winokur G.:Delusional disorder (paranoia). Compr. Psychiatr. 1977,18:511-521.

*Adres: Doc. Jacek Wciórka I Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa*