

Hospitalizacje z powodu schizofrenii paranoidalnej w Polsce w latach 1990-1992: wybrane zmienne epidemiologiczne i socjodemograficzne

Hospitalizations for paranoid schizophrenia in Poland in 1990-1992: selected epidemiological and sociodemographic variables

KRYSTYNA NUROWSKA, JOANNA DIDUCH, JACEK WCIÓRKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Na podstawie informacji z rutynowej statystyki szpitali psychiatrycznych w Polsce przeanalizowano częstość rozpoznawania schizofrenii paranoidalnej w ostatnich trzech latach. Rozpoznawano ją u 72% osób hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu schizofrenii. Częstość rozpoznawania wykazała zróżnicowanie regionalne. Zarejestrowana zapadalność na schizofrenię paranoidalną okazała się wyższa wśród kobiet. Wczesny początek obserwowano częściej u mężczyzn a późny - u kobiet. Pośrednie wskaźniki dowodzą, że przystosowanie przedchorobowe chorych jest gorsze niż w populacji ogólnej.

SUMMARY. Paranoid schizophrenia incidence was analysed on the grounds of data from routine statistical records of mental hospitals in Poland. This diagnosis was made in 72% of first admissions for schizophrenia. Regional differences were found in this diagnosis frequency. Registered incidence of paranoid schizophrenia turned out to be higher in female patients. Early onset was more frequent in men, while late onset - in women. Indirect indices suggest that premorbid adjustment level of these patients was lower than that in the general population.

Słowa kluczowe: schizofrenia paranoidalna / zarejestrowana zapadalność / częstość rozpoznawania / przystosowanie przedchorobowe

Key words: paranoid schizophrenia / registered incidence / frequency of diagnosing / premorbid adjustment

Wyniki badań epidemiologicznych nie dają jednoznacznej odpowiedzi na pytanie o częstość występowania schizofrenii paranoidalnej. Prawie wszyscy autorzy są jednak zgodni w stwierdzeniu, że liczba przypadków postaci paranoidalnej w ubiegłych dziesięcioleciach zwiększyła się.

Wzrost liczby rozpoznań schizofrenii paranoidalnej opisali: Achté (1961) w Finlandii w okresie od 1930 do 1950 r., Odegard (1971) w Norwegii w latach 1921-1963. Morrison (1974) obserwował podobną tendencję, jednak mniej nasiloną, w Stanach Zjednoczonych. K. Gerard (1989) w badaniach nad zmiennością

schizofrenii w latach 1917-1968 w Polsce stwierdziła wzrost częstości rozpoznawania postaci paranoidalnej z 10% do 69%.

Rozpoczęte w 1960 r. przez Światową Organizację Zdrowia (28) transkulturowe badania psychiatryczne, obejmujące 1202 pacjentów w 9 krajach (*The International Pilot Study of Schizophrenia*) wykazały obecność postaci paranoidalnej wśród 40% ocenianej populacji. W Polsce, Smoczyński (1986) znalazł zespół paranoidalny u 53.4% badanych z ostrymi psychozami schizofrenicznymi.

W ostatnich latach wiele uwagi poświęca się zmiennym socjodemograficznym charak-

teryzującym przystosowanie przedchorobowe pacjentów cierpiących na schizofrenię. Wiąże się to z poglądem, że adaptacja społeczna obok obrazu klinicznego choroby ma ważną wartość prognostyczną (Fenton i wsp. 1991, Harrow i wsp. 1986, Klein 1982, Mueser i wsp. 1990). Wśród zmiennych demograficznych autorzy akcentują między innymi znaczenie stanu cywilnego, wykształcenia, aktywności zawodowej (Eaton 1975, Fenton i wsp. 1991, Huber i wsp. 1980, Klorman i wsp. 1977).

CEL

W poniższej pracy podjęto próbę opisu częstości rozpoznawania schizofrenii paranoidalnej w różnych regionach Polski oraz niektórych cech epidemiologicznych i socjo-demograficznych, charakteryzujących grupę osób po raz pierwszy hospitalizowanych z powodu tej choroby w latach 1990-1992.

BADANI I METODA

W pracy wykorzystano informacje dotyczące pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu schizofrenii paranoidalnej w latach 1990-92 w Polsce. Uwzględniono częstość rozpoznawania schizofrenii paranoidalnej w regionach objętych wpływem poszczególnych Akademii Medycznych.

Cechy charakteryzujące badaną grupę porównano z cechami dotyczącymi wszystkich chorych, leczonych szpitalnie po raz pierwszy z powodu schizofrenii oraz z cechami charakteryzującymi ogólną populację kraju.

Źródłem informacji były sprawozdania statystyczne szpitali, opracowane przez Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia IPIŃ oraz materiały Głównego Urzędu Statystycznego.

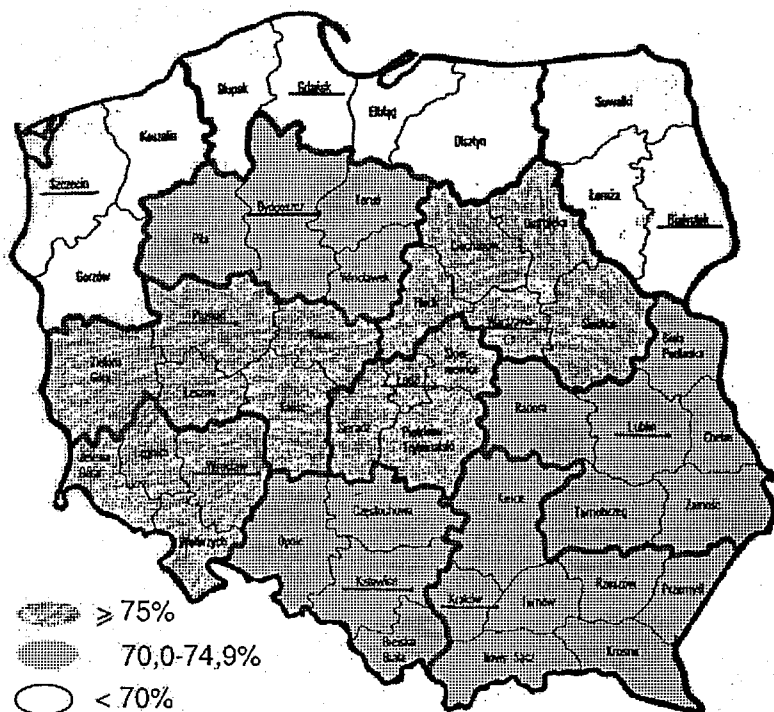
WYNIKI

Częstość rozpoznawania. W Polsce w latach 1990-92 hospitalizowano po raz pierwszy z powodu schizofrenii 16385 osób, wśród których u 11807 (72.1%) rozpoznano postać pa-

Tablica 1. Częstość rozpoznawania schizofrenii paranoidalnej w latach 1990-1992 w regionach Akademii Medycznych

| Region Akademii Medycznej | Częstość rozpoznawania ^a | | | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|------|----------|------|----------|------|
| | 1990 | | 1991 | | 1992 | |
| | spar/s | % | spar/s | % | spar/s | % |
| szczęcińskiej | 269/395 | 68.1 | 246/375 | 65,6 | 357/474 | 75.3 |
| wrocławskiej | 269/383 | 70.2 | 312/393 | 79.4 | 305/386 | 79.0 |
| poznańskiej | 205/285 | 71.9 | 275/368 | 74.7 | 270/344 | 78.5 |
| bydgoskiej | 243/348 | 69.8 | 243/325 | 74.8 | 359/450 | 79,8 |
| gdańskiej | 351/542 | 64.8 | 413/602 | 68.6 | 462/647 | 71.4 |
| białostockiej | 81/181 | 44.8 | 99/197 | 50.3 | 123/223 | 55.2 |
| lubelskiej | 342/545 | 62.8 | 396/499 | 79.4 | 382/503 | 75.9 |
| krakowskiej | 446/691 | 64.5 | 560/739 | 75.8 | 553/706 | 78,3 |
| warszawskiej | 420/517 | 81.2 | 439/550 | 79.8 | 494/640 | 77.2 |
| łódzkiej | 134/185 | 72.4 | 148/185 | 80.0 | 152/203 | 74.9 |
| katowickiej | 764/1126 | 67.9 | 747/1097 | 68.1 | 892/1204 | 74.1 |

^a spar/s - częstość schizofrenii paranoidalnej/schizofrenii (liczby bezwzględne)
% - odsetki schizofrenii paranoidalnej wśród schizofrenii ogółem



Rys. 1. Średnia częstość rozpoznania schizofrenii paranoidalnej w okresie 1990-92.

ranoidalną. W grupie badanych było 5199 (44%) mężczyzn i 6608 (56%) kobiet. Średni wiek wynosił dla mężczyzn 33,3 lat, dla kobiet - 37 lat.

Średnia roczna zapadalność na schizofrenię paranoidalną zarejestrowana w szpitalach stanowiła 10/100 tys. mieszkańców (u mężczyzn - 9/100 tys., u kobiet - 11/100 tys). Różnica w zapadalności między mężczyznami i kobietami jest znamienna statystycznie ($\chi^2 = 103.468$, $p < 0.001$).

Zróżnicowania regionalne. Bez względu i względną (w stosunku do ogółu schizofrenii) częstość rozpoznawania schizofrenii paranoidalnej w poszczególnych latach w regionach wpływów Akademii Medycznych przedstawiono w tabeli 1 oraz zilustrowano na rys. 1.

Charakterystyka społeczno-demograficzna. Zestawienie wybranych zmiennych demogra-

ficznych określających grupę badaną i ogólną populację kraju przedstawiono w czterech kolejnych tabelach. Ponieważ dane demograficzne dotyczące populacji ogólnej obejmowały ludność powyżej 15 roku życia, z grupy badanej wyłączono 69 pacjentów (0.6%), którzy nie osiągnęli tego wieku.

W grupie chorych przeważają osoby w wieku od 20 do 39 lat.

Wśród pacjentów do 29 r.ż. dominują mężczyźni, w przedziale wieku od 29 do 39 lat proporcje płci są wyrównane, po 40 roku życia obserwuje się wyraźnie wyższą zapadalność wśród kobiet ($\chi^2 = 110.345$, $p < 0.001$).

Poziom wykształcenia w grupie chorych i w populacji ogólnej jest podobny. Wprawdzie ogólny odsetek osób ze średnim wykształceniem nie różnicuje porównywanych populacji, jednak mężczyźni z grupy badanej 3 razy

Tablica 2. Porównanie struktury wieku w grupie badanej i w populacji ogólnej.

| Wykształcenie | Mężczyźni | | | Kobiety | | |
|---------------------------------|-----------|------------|--------------------|---------|-------------|------------------|
| | n | pacjenci % | populacja ogólna % | n | pacjentki % | populacja ogólna |
| 15-19 | 461 | 8.9 | 11.0 | 389 | 5.9 | 9.6 |
| 20-29 | 1793 | 34.7 | 16.8 | 1520 | 23.1 | 15.7 |
| 30-39 | 1648 | 32.0 | 22.9 | 2213 | 33.7 | 20.6 |
| 40 i więcej | 1243 | 24.1 | 49.3 | 2422 | 36.8 | 54.1 |
| brak danych | 18 | 0.3 | - | 31 | 0.5 | - |
| Ogółem(N=100%) (w tysiącach) | 5.163 | | 13 848 | 6.575 | | 15 051 |

$\chi^2=1858.30$ 5 s.s. $p<0.001$ (wśród mężczyzn)
 $\chi^2=1227,29$ 5 s.s. $p<0,001$ (wśród kobiet)

częściej niż mężczyźni z populacji ogólnej wybierali szkołę ogólnokształcącą. Rzadziej natomiast wybierali oni średnie szkoły zawodowe. Analogiczną tendencję, łagodniej wyrażaną, obserwowano u kobiet. Niepełne wykształcenie podstawowe stwierdzano nieco rzadziej w grupie badanej.

W grupie pacjentów zaznacza się wyraźna, w stosunku do populacji ogólnej, przewaga osób, które nie zawarły związku małżeńskiego, bardziej nasilona u mężczyzn. Wśród pacjentów, zwłaszcza wśród mężczyzn, wyższa jest również liczba rozwodów.

Tablica 3. Porównanie poziomu wykształcenia w grupie badanej i w populacji ogólnej.

| Wykształcenie | Mężczyźni | | | Kobiety | | |
|------------------------------|-------------|------------|------------------|-------------|-------------|------------------|
| | n | pacjenci % | populacja ogólna | n | pacjentki % | populacja ogólna |
| wyższe | 287 | 5.6 | 7.4 | 425 | 6.5 | 6.4 |
| policealne | brak danych | | 1.2 | brak danych | | 4.4 |
| średnie zawodowe | 617 | 11.9 | 18.2 | 912 | 13.9 | 17.7 |
| średnie ogólne | 562 | 10.8 | 3.6 | 1216 | 18.5 | 9.9 |
| zasadnicze zawodowe | 1739 | 33.7 | 32.4 | 1332 | 20.3 | 17.5 |
| podstawowe | 1567 | 30.4 | 31.8 | 2165 | 32.9 | 35.6 |
| niepełne podstawowe | 164 | 3.2 | 5.4 | 232 | 3.5 | 8.5 |
| brak danych | 227 | 4.4 | - | 293 | 4.4 | - |
| Ogółem(N=100%) (w tysiącach) | 5.163 | | 13848 | 6.575 | | 15051 |

$\chi^2=966,865$ 8 s.s. $p<0.001$ (wśród mężczyzn)
 $\chi^2=778,124$ 8 s.s. $p<0,001$ (wśród kobiet)

Tablica 4. Porównanie stanu cywilnego osób w grupie badanej i w populacji ogólnej.

| Stan cywilny | Mężczyźni | | | Kobiety | | |
|--------------------------------|-----------|------------|--------------------|---------|-------------|--------------------|
| | n | pacjenci % | populacja ogólna % | n | pacjentki % | populacja ogólna % |
| kawaler/panna | 3142 | 60.9 | 26.5 | 2050 | 31.2 | 18.5 |
| żonaty/zamężna | 1564 | 30.3 | 68.4 | 3400 | 51.7 | 62.1 |
| wdowiec/wdowa | 67 | 1.3 | 2.8 | 424 | 6.5 | 15.5 |
| rozwiedzeni | 311 | 6.0 | 2.3 | 627 | 9.5 | 3.9 |
| brak danych | 79 | 1.5 | - | 74 | 1.1 | - |
| Ogółem (N=100%) w tysiącach | 5.163 | | 13 848 | 6.575 | | 15 051 |

$\chi^2=3814,42$ 5 s.s. $p<0.001$ (wśród mężczyzn)
 $\chi^2=1604,35$ 5 s.s. $p<0.001$ (wśród kobiet)

W grupie pacjentów odnotowano, w porównaniu z populacją kraju, obniżoną aktywność zawodową. Wskaźnik zatrudnienia jest niższy niż w populacji ogólnej - o ok. 1/3 u mężczyzn, a o ok. 1/4 u kobiet.

DYSKUSJA

Według naszych badań postać paranoidalna stanowiła 2/3 pierwszorazowych rozpoznania schizofrenii, podczas gdy postać katatoniczna i hebefreniczna łącznie nie przekraczały 2.5% rozpoznania (Nurowska i wsp. 1994). Podobnie

ocenili częstość występowania schizofrenii paranoidalnej Achte (1961), Fenton i wsp. (1991), Gerard (1989).

Schizofrenia paranoidalna była najczęściej rozpoznawana w regionach wpływów Akademii Medycznych w Warszawie, Łodzi i Poznaniu. Najmniejszą liczbę rozpoznania stwierdzono w północnych obszarach kraju, podlegających wpływom Akademii Medycznych w Białymstoku, Gdańsku i Szczecinie. Stosunkowo niska częstość rozpoznawania postaci paranoidalnej odpowiada wysokiej liczbie rozpoznania postaci katatonicznej i hebefrenicznej

Tablica 5. Porównanie aktywności zawodowej w grupie badanej i w populacji ogólnej.

| Zatrudnienie | Mężczyźni | | | Kobiety | | |
|----------------------------------|-----------|------------|--------------------|---------|-------------|--------------------|
| | n | pacjenci % | populacja ogólna % | n | pacjentki % | populacja ogólna % |
| zatrudnieni | 2166 | 42.0 | 61.9 | 2409 | 36.6 | 46.1 |
| niezatrudnieni | 2997 | 58.0 | 38.1 | 4166 | 63.4 | 53.9 |
| brak danych | 79 | 1.5 | - | 74 | 1.1 | - |
| Ogółem (N=100%) (w tysiącach) | 5.163 | | 13848 | 6.575 | | 15051 |

$\chi^2=1937,74$ 2 s.s. $p<0.0001$ (wśród mężczyzn)
 $\chi^2=2536,20$ 2 s.s. $p<0.001$ (wśród kobiet)

schizofrenii w północnych regionach Polski (Nurowska i wsp. 1994). Opisane różnicowanie regionalne jesteśmy skłonni wyjaśniać raczej odmiennościami tradycji rozpoznawania różnych postaci schizofrenii niż rzeczywistymi różnicami zapadalności. Zgromadzony materiał empiryczny nie pozwala jednak w tym względzie na żadne stanowcze stwierdzenia.

Większa zapadalność na schizofrenię wśród kobiet, która wystąpiła w badanej przez nas grupie była również obserwowana przez innych autorów - Gerard (1989), Langiewicz i wsp. (1990), Pasamanick (1961). Trzeba jednak podkreślić jednak, że analizowaliśmy zapadalność zarejestrowaną w szpitalach, co może wyjaśniać niezgodność tego wyniku z wieloma innymi, które nie stwierdzają zależności zapadalności od płci.

Wcześniejszy początek choroby rejestrowano częściej u mężczyzn, natomiast późniejszy (po 40 roku życia) - u kobiet, co jest zgodne z wynikami badań Bamracha i wsp. (1991), Goldsteina i wsp. (1990), Harrisa i wsp. (1988), Lewine'a (1988).

Przewagę w grupie chorych osób między 20 a 39 rokiem życia można wyjaśnić wysokim ryzykiem zachorowania na schizofrenię, przypadającym na ten okres (Gerard 1989, Klaf i wsp. 1961, Lewine 1988).

Grupę chorych wyróżnia, w stosunku do populacji ogólnej, mniejsza częstość zawierania małżeństw, większa liczba rozwodów i obniżona aktywność zawodowa. Wynik ten można uważać za wskaźnik gorszego przystosowania społecznego pacjentów, co przypada u nich na okres poprzedzający zachorowanie (przystosowanie przedchorobowe). Autorzy oceniający adaptację chorych na schizofrenię przed pierwszą hospitalizacją są zgodni w stwierdzeniu, że funkcjonowanie przedchorobowe osób badanych jest zaburzone (Fenton i wsp. 1991, Gift i wsp. 1981, Goldstein i wsp. 1990). Prawdopodobnie pogorszenie przystosowania jest wynikiem trwającego już przed rozpoczęciem leczenia procesu chorobowego. Wciórka (1993), ocenia, że od zachorowania do pierwszej hospitalizacji mija przeciętnie ok.

2,6 roku. Zdaniem Gifta i wsp. (1981) u 29% badanych objawy chorobowe pojawiają się w okresie od 6 miesięcy do 5 lat przed przyjęciem do szpitala. Langiewicz i wsp. (1990) ocenili, że jedynie 36% spośród pacjentów rozpoczyna leczenie pobytom w szpitalu (pozostali objęci są opieką ambulatoryjną).

Badane przez nas wskaźniki przystosowania przedchorobowego (małżeństwo, zatrudnienie) są u kobiet korzystniejsze niż u mężczyzn. Może być to związane z późniejszym początkiem choroby u kobiet. Pogląd ten podzielają Goldstein (1988), Nyman i wsp. (1983), Klorman i wsp. (1977).

Względnie późny wiek zachorowania typowy dla paranoidalnej postaci schizofrenii mógł spowodować, że poziom wykształcenia pacjentów nie odbiegał od wykształcenia populacji ogólnej. Interesujące spostrzeżenie wyraźnej preferencji chorych do ogólnego niż zawodowego typu średniego wykształcenia jest trudne do interpretacji. Można się w nim wprawdzie doszukiwać wpływu przewagi postawy abstrakcyjnej - nad konkretną, przypisywanej chorym na schizofrenię (Kępiński 1972), lecz wyjaśnienie takie jest bardzo odległe od uzyskanego materiału empirycznego. Niektórzy autorzy (Andreasen i wsp. 1986, Fenton i wsp. 1991) stwierdzali u chorych na schizofrenię paranoidalną wyższy poziom wykształcenia niż w przypadku innych postaci schizofrenii.

WNIOSKI

1. Postać paranoidalna była rozpoznawana w Polsce u 72% pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy z powodu schizofrenii.
2. Częstość rozpoznawania schizofrenii paranoidalnej w szpitalach wykazuje różnicowanie regionalne. Schizofrenia paranoidalna była najrzadziej rozpoznawana w północnej części Polski, w regionach wpływu Akademii Medycznej w Białymstoku, Gdańsku i Szczecinie.
3. Zarejestrowana w szpitalach zapadalność na schizofrenię paranoidalną była wyższa

wśród kobiet. Wcześniejszy początek choroby stwierdzono częściej u mężczyzn, natomiast późniejszy (po 40 roku życia) - częściej u kobiet.

- Analizowane wskaźniki pośrednio wskazują, że poziom adaptacji przedchorobowej w badanej grupie chorych jest gorszy niż w populacji ogólnej kraju.

PODZIĘKOWANIA

Za życzliwą i kompetentną pomoc w uzyskaniu zestawień statystycznych z ogólnopolskiej komputerowej bazy danych dziękujemy Pani Mgr Hannie Jaszczuk z Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia IPiN.

PIŚMIENNICTWO

- Achté K.A.: The course of schizophrenic and schizophreniform psychoses. *Acta Psychiatr. Scand.* 1961, 31, suppl. 155.
- Aktywność ekonomiczna ludności Polski - 1992. GUS, Warszawa 1993.
- Andreasen N.C., Grove W.M.: Thought, language and communication in schizophrenia: diagnosis and prognosis. *Schizophr. Bull.* 1986, 12, 348-359.
- Bamrach J.S., Freeman H.L., Goldberg D.P.: Epidemiology of schizophrenia in Salford 1974-84. *Br. J. Psychiatr.* 1991, 159, 802-810.
- Eaton W.W.: Marital status and schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1975, 52, 320-329.
- Fenton W.S., McGlashan T.H.: Natural history of schizophrenia subtypes. Longitudinal study of paranoid hebephrenic, and undifferentiated schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1991, 48, 969-977.
- Gerard K.: Zmienność schizofrenii w latach 1917-1968. IPiN, Warszawa 1989.
- Gift T.E., Strauss J.S., Harder D.W. i in.: Established chronicity of psychotic symptoms in first-admission schizophrenic patients. *Am. J. Psychiatr.* 1981, 138, 779-784.
- Goldstein J.M.: Gender differences in the course of schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.* 1988, 145, 684-689.
- Goldstein J.M., Santangelo S.L. i in.: The role of gender in identifying subtypes of schizophrenia: a latent class analytic approach. *Schizophr. Bull.* 1990, 16, 263-275.
- Harris J., Jeste D.V.: Late Onset Schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1988, 14, 39-55.
- Harrow M., Westermeyer J.F. i in.: Predictors of outcome in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1986, 12, 195-207.
- Huber G., Gross G. i in.: Longitudinal studies of schizophrenic patients. *Schizophr. Bull.* 1980, 6, 592-605.
- Kępiński A.: Schizofrenia. PZWL, Warszawa 1972.
- Klaf F.S., Hamilton J.G.: Schizophrenia - a hundred years ago and today. *J. Ment. Sci.* 1961, 107, 815-827.
- Klein D.N.: Relation between current diagnostic criteria for schizophrenia and the dimensions of premorbid adjustment, paranoid symptomatology, and chronicity. *J. Abnorm. Psychol.* 1989, 91, 319-325.
- Klorman R., Strauss J.S. i in.: The relationship of demographic and diagnostic factors to measures of premorbid adjustment in schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 1977, 3, 214-225.
- Langiewicz W., Dziduszko T.: Analiza pierwszych w życiu kontaktów z lecznictwem psychiatrycznym. *Zdrowie Publ.* 1990, 10, 559-566.
- Lewine R.R.L.: Gender and schizophrenia. W: Tsuang M.T., Simpson J.C.: *Handbook of schizophrenia: Nosology, Epidemiology and Genetics.* Amsterdam 1988.
- Morrison J.R.: Changes in subtype diagnosis of schizophrenia: 1920-1966. *Am. J. Psychiatr.* 1974, 131, 674-677.
- Mueser K.T., Bellack A.S. i in.: Social competence in schizophrenia: premorbid adjustment, social skills, and domains of functioning. *J. Psychiatr. Res.* 1990, 24, 51-63.
- Nurowska K., Diduch J., Wciórka J.: Schizofrenia hebefreniczna w Polsce w latach 1983-1992. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, IPiN (w druku).
- Nurowska K., Diduch J., Wciórka J.: Schizofrenia katatoniczna w Polsce w latach 1983-1992. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1994, IPiN (w druku).
- Nyman A.K., Johnsson H.: Differential evaluation of outcome in schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983, 68, 458-475.
- Pasamanick B.: A survey of mental disease in urban population. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1961, 133, 519-523.
- Odegard O.: Hospitalized psychosis in Norway: Time trends 1921-1965. *Soc. Psychiatr.* 1971, 6, 53-58.
- Rocznik Statystyczny GUS. ZWS, Warszawa 1991, 1992, 1993.
- Schizophrenia: a multinational study. WHO, Geneva 1975.
- Smoczyński S.: Zespoły schizofrenoidalne w świetle analizy psychopatologicznej 1159 ostrych psychoz schizofrenicznych. *Psychiatr. Pol.* 1986, 20, 257-263.
- Wciórka J.: Rokowanie w psychozach urojeniowych: porównanie wartości prognostycznej rozpoznania schizofrenii przy użyciu sześciu kryteriów. *Psychiatr. Pol.* 1993, 27, 399-406.

Adres: Dr Krystyna Nurowska, I Klinika Psychiatryczna IPiN, Al. Sobieskiego 119, 02-957 Warszawa