

Ocena przystosowania przedchorobowego u chorych na schizofrenię paranoidalną

Assessment of premorbid adjustment in patients with paranoid schizophrenia

Anna Urbańska¹, Justyna Moryłowska-Topolska¹, Anna Grzywa¹,
Sebastian Sojczuk¹, Anna Zaborska¹, Beata Wisz¹, Katarzyna Sosnowska¹,
Małgorzata Wołyniak², Ewa Stelmach¹, Beata Wcisło¹

¹ Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Szpital Neuropsychiatryczny w Lublinie

Streszczenie

Cel. Celem pracy była ocena przystosowania przedchorobowego u chorych na schizofrenię paranoidalną w kontekście obrazu chorobowego.

Metoda. Grupę badaną stanowili pacjenci ze schizofrenią paranoidalną hospitalizowani w Klinice Psychiatrii UM w Lublinie w latach 2010-2011. Zastosowano Inwentarz Socjodemograficzny o charakterze wywiadu standaryzowanego, obejmujący następujące informacje: wiek, wykształcenie, dane o zatrudnieniu oraz przebieg choroby. W badaniu zastosowano Skalę Oceny Stanu Psychicznego Overalla, Skalę Przystosowania Przedchorobowego oraz Inwentarz Treści Urojeń. Wyniki badania poddano analizie statystycznej przy użyciu testu korelacji rang Spearmana.

Wyniki. Wykazano dodatnią zależność pomiędzy wszystkimi podskalami Skali Przystosowania Przedchorobowego względem siebie. U mężczyzn występowało gorsze przystosowanie przedchorobowe w porównaniu do kobiet. W badanej grupie pacjentów objaw „stępienie uczuciowe” wiązał się z gorszym przystosowaniem w dzieciństwie oraz w okresie wczesnego dojrzewania. Wykazano, że najwięcej objawów psychopatologicznych wiąże się z gorszym przystosowaniem w okresie dojrzewania. Widoczne są jednak różnice w korelacjach z poszczególnymi objawami ocenianymi skalą Overall oraz urojeniami ocenianymi za pomocą Inwentarza Treści i Inwentarza Wymiarów Urojeń.

Słowa kluczowe: przystosowanie przedchorobowe, schizofrenia paranoidalna

Abstract

Aim. The aim of the study was to assess premorbid adjustment in patients with paranoid schizophrenia in the context of the psychopathological picture.

Method. The subjects were the patients with paranoid schizophrenia hospitalized in the Psychiatry Department of Medical University of Lublin between 2010-2011. Sociodemographic Inventory, which comprises the following information: age, level of education and job status and the course of the illness, was used. The following instruments: Brief Psychotic Rating Scale, Premorbid Adjustment Scale and the Content of Delusions Inventory were also applied. The results were analyzed with the Spearman's rank correlation coefficient.

Results. Positive correlations among all the subscales of Premorbid Adjustment Scale were found. Men showed worse premorbid adjustment than women. The symptom - flattened affect - was related to poorer adjustment in childhood and in the early adolescence. It was found that most psychopathological symptoms were related to worse adjustment in adolescence, although there were visible differences in the correlations with particular symptoms assessed with BPRS and delusions assessed with the Content of Delusions Inventory and Dimensions of Delusions Inventory.

Keywords: premorbid adjustment, paranoid schizophrenia

Wstęp

Jeden z nurtów poszukiwań predyspozycji do zachorowania na schizofrenię stanowią badania przystosowania psychospołecznego [1,2]. 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 rozgranicza funkcjonowanie przedchorobowe od funkcjonowania we wcze-

snym okresie choroby. Następną trudność stanowi zdefiniowanie uniwersalnych czynników, które decydują o dobrym przystosowaniu. Można mniemać, że czynniki te są silnie zindywidualizowane i zależne od wielu zmiennych np. kulturowych, wiekowych, płci itp. Nie jest zupełnie jasne, które aspekty życia przed zachorowaniem są najbardziej charakterystyczne i mają największą wartość dla przewidywania przyszłości [3]. W stosowanej w niniejszej pracy Skali Przystosowania Przedchoro-

wego (SPP) prawidłowe przystosowanie przed chorobą jest rozumiane, jako osiągnięcie celów rozwojowych, koniecznych dla funkcjonowania na danym etapie rozwojowym. Ponadto skala ta uwzględnia poszczególne etapy rozwoju człowieka od wczesnego dzieciństwa do dojrzałości. Problem rozdzielenia okresu zdrowia od początku choroby rozwiązano w ten sposób, że skalowanie dotyczy okresu życia do sześciu miesięcy przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby.

Cel

Celem pracy była analiza przystosowania przedchorobowego u chorych na schizofrenię paranoidalną w kontekście obrazu chorobowego.

Metoda

Grupę badaną stanowiło 30 osób hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie w latach 2010 i 2011 z powodu schizofrenii paranoidalnej, spełniających kryteria diagnostyczne wg ICD-10 i DSM-IV. Zasadniczym kryterium doboru była obecność zespołu paranoidalnego w aktualnym obrazie klinicznym oraz kontakt słowny umożliwiający wykonanie badań, brak objawów wskazujących na organiczne zaburzenia funkcjonowania OUN, brak uzależnień zarówno od alkoholu, jak i innych substancji psychoaktywnych. Każdy pacjent musiał wyrazić zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Zastosowano Inwentarz Socjodemograficzny o charakterze wywiadu standaryzowanego, służący do opisu grupy badanej. Inwentarz obejmował następujące informacje: wiek, wykształcenie, dane o zatrudnieniu, przebieg choroby.

Stosowano również Skalę Przystosowania Przedchorobowego (tłum. A. Grzywa), opracowaną w 1982 roku, służącą 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. Skala obejmuje następujące okresy życia: dzieciństwo - do 11 r.ż., wczesne dojrzewanie - 12-15 r.ż., późne dojrzewanie - 16-18 r.ż., dorosłość - powyżej 19 r.ż. Dodatkowo zawiera ona tzw. skalę ogólną, która ocenia najwyższy osiągnięty poziom funkcjonowania przed rozpoczęciem choroby, jak również czas i cechy początku choroby. Skalę Przystosowania Przedchorobowego stosowano po ustąpieniu objawów psychopatologicznych, w ostatnich dniach przed wypisem pacjenta z oddziału. Dane wymagane dla jej wypełnienia uzyskiwano od pacjentów, ich rodzin oraz korzystano z informacji zawartych w historiach chorób.

Do oceny występowania i nasilenia objawów psychopatologicznych u badanych zastosowano Skalę Oceny Stanu Psychicznego wg Overalla, oraz Inwentarz Treści

i Wymiarów Urojeń. Wyniki badań poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem testu korelacji rang Spearmana.

Grupa badana

43,33% (n=13) grupy badanej stanowiły kobiety, 56,67% (n=17) mężczyźni. Badani byli w wieku od 22 lat do 60 lat. Średnia wieku to $34,4 \pm 10,2$ lat. Średnia wieku kobiet wynosiła

$36,7 \text{ lat} \pm 13,5$, mężczyzn $32,6 \text{ lat} \pm 6,7$. Najwięcej osób miało wykształcenie wyższe - 33,33% badanych. Średnie wykształcenie posiadało 26,67% badanych, zawodowe i podstawowe po 20%. 23,33% badanych zamieszkiwało na wsi, 36,67% w małym mieście, najwięcej bo 40% zamieszkiwało w dużym mieście. Dla 20% badanych podstawowym źródłem utrzymania była praca zawodowa (odpowiednio 13,33% było zatrudnionych na etacie, 6,67% prowadziło działalność gospodarczą). 23,33% badanych pozostawało na utrzymaniu rodziny, ponad połowa badanych (53,33%) pobierała rentę z tytułu niezdolności do pracy, jedna osoba (3,33%) była na emeryturze. 66,67% badanych było stanu wolnego, 16,67% było zamężnych, wdowcy i rozwodnicy stanowili odpowiednio 3,33% oraz 13,33% pacjentów.

Wyniki

Wykazano pozytywną korelację między wszystkimi podskalami Skali Przystosowania Przedchorobowego (Tabela 1.). Najsilniejsza zależność między poszczególnymi podskalami dotyczy związku między przystosowaniem w okresie dzieciństwa i wczesnej adolescencji ($p < 0,005$) oraz przystosowaniem w okresie wczesnej i późnej adolescencji ($p < 0,005$). Jedynie zależność pomiędzy przystosowaniem w okresie dzieciństwa a przystosowaniem w okresie dorosłości nie osiągnęła istotności statystycznej. Wykazano również istotną statystycznie zależność pomiędzy przystosowaniem we wszystkich okresach życia a skalą ogólną.

U mężczyzn występowało gorsze przystosowanie przedchorobowe w porównaniu do kobiet (Rycina 1.), jednak różnice te były istotne statystycznie jedynie w odniesieniu do korelacji z podskalą ogólną przystosowania ($p = 0,029$).

Badano zależność między występowaniem poszczególnych objawów psychopatologicznych mierzonych skalą BPRS, a zaburzeniami w przystosowaniu przedchorobowym, mierzonym Skalą Przystosowania Przedchorobowego (Tabela 2).

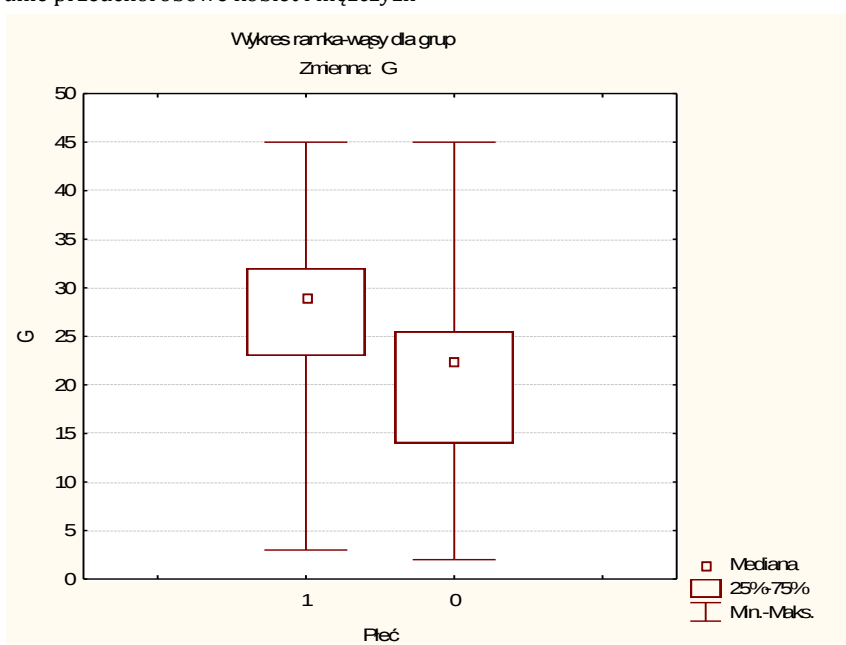
Istotny statystycznie związek stwierdzono w zakresie objawu „stępienie uczuciowe”, które wiązało się z zaburzeniami przystosowania w dzieciństwie ($p = 0,02$) oraz w okresie wczesnego dojrzewania ($p = 0,017$) a także w skali ogólnej ($p < 0,005$). Silny związek występował również w zakresie objawów „autyzm i wyobcowanie

Tabela 1. Korelacja między przystosowaniem przedchorobowym w poszczególnych okresach życia oraz w skali ogólnej

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana			Para zmiennych	Korelacja Porządku rang Spearmana		
	R Spearman	t(N-2)	poziom p		R Spearman	t (N-2)	p
C&EA	0,92	12,96	0,001	A&EA	0,41	2,35	0,026
C&LA	0,51	3,15	0,004	A&LA	0,65	4,49	0,001
C&A	0,32	1,73	0,004	A&G	0,62	4,12	0,001
C&G	0,42	2,41	0,023	G&C	0,42	2,41	0,023
EA&C	0,93	12,96	0,001	G&EA	0,47	2,77	0,009
EA&LA	0,68	4,80	0,001	G&LA	0,57	3,64	0,001
EA&A	0,41	2,35	0,026	G&A	0,62	4,12	0,001
EA&G	0,47	2,77	0,009				
LA&C	0,52	3,15	0,004				
LA&EA	0,68	4,80	0,001				
LA&A	0,65	4,49	0,001				
LA&G	0,57	3,64	0,001				
A&C	0,32	1,73	0,095				

C- przystosowanie w okresie dzieciństwa, EA- przystosowanie w okresie wczesnego dojrzewania, LA- przystosowanie w okresie późnego dojrzewania, A- przystosowanie w okresie dorosłości, G - skala ogólna

Ryc. 1. Przystosowanie przedchorobowe kobiet i mężczyzn



uczuciowe” a podskalą ogólną ($p=0,010$). Wykazano ponadto istotną statystycznie zależność pomiędzy poczuciem winy a gorszym przystosowaniem w okresie dzieciństwa ($p=0,028$), w okresie wczesnego dojrzewania ($p=0,032$) oraz w okresie późnego dojrzewania ($p=0,016$). Zahamowanie ruchowe było z kolei związane z zaburzeniem przystosowania w okresie późnego dojrzewania ($p=0,010$) oraz w skali ogólnej ($p=0,031$). Obniżenie nastroju korelowało z gorszym przystosowaniem jedynie w okresie późnego dojrzewania ($p=0,017$). Pobudzenie psychoruchowe (podniecenie) wiązało się z lepszym przystosowaniem w okresie dorosłości ($p=0,002$) oraz w skali ogólnej ($p=0,011$).

Nie wykazano istotnych statystycznie zależności między przystosowaniem przedchorobowym a pozostałymi objawami psychopatologicznymi objętymi skalą BPRS.

Przeanalizowano następnie związek między treściami urojeń (Inwentarz Treści Urojeń), a przystosowaniem przedchorobowym (Tab. 3). Stwierdzono istotną statystycznie zależność między występowaniem urojeń depresyjnych a gorszym przystosowaniem w okresie dzieciństwa ($p=0,012$), wczesnego dojrzewania ($p=0,024$) i w wieku dorosłym ($p=0,047$). Występowanie urojeń wielkościowych wiązało się natomiast z lepszym przystosowaniem w okresie wczesnego dojrzewania ($p=0,041$), późnego dojrzewania ($p=0,034$) oraz w skali ogólnej ($p=0,009$). Gorsze przystosowanie w podskali

Tabela 2. Korelacja między objawami (BPRS) a przystosowaniem przedchorobowym

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana			Para zmiennych	Korelacja Porządku rang Spearmana		
	R Spearman	t(N-2)	p		R Spearman	t(N-2)	p
01&C	0,18	0,96	0,345	010&C	0,02	0,09	0,926
01&EA	0,21	1,10	0,280	010&EA	0,11	0,57	0,571
01&LA	0,21	1,08	0,290	010&LA	0,18	0,97	0,340
01&A	-0,14	-0,73	0,473	010&A	-0,08	-0,43	0,671
01&G	-0,03	-0,17	0,864	011&C	-0,29	-1,60	0,121
02&C	0,17	0,86	0,397	011&EA	-0,20	-1,08	0,291
02&EA	0,18	0,94	0,352	011&LA	-0,15	-0,80	0,428
02&LA	0,16	0,82	0,419	011&A	-0,15	-0,85	0,401
02&A	0,03	0,17	0,866	011&G	0,13	0,67	0,511
02&G	0,09	0,45	0,653	012&C	-0,07	-0,35	0,725
03&C	0,26	1,40	0,172	012&EA	0,01	0,05	0,959
03&EA	0,31	1,66	0,108	012&LA	0,16	0,84	0,408
03&LA	0,35	1,90	0,069	012&A	0,06	0,30	0,764
03&A	0,19	1,01	0,320	012&G	0,25	1,34	0,190
03&G	0,48	2,78	0,010	013&C	0,30	1,63	0,114
04&C	-0,01	-0,07	0,945	013&EA	0,25	1,35	0,188
04&EA	0,03	0,15	0,879	013&LA	0,47	2,76	0,010
04&LA	-0,07	-0,38	0,703	013&A	0,29	1,56	0,130
04&A	-0,06	-0,31	0,755	013&G	0,40	2,27	0,031
04&G	0,28	1,48	0,150	014&C	-0,19	-0,99	0,332
05&C	0,41	2,32	0,028	014&EA	-0,13	-0,70	0,488
05&EA	0,40	2,26	0,032	014&LA	-0,01	-0,04	0,968
05&LA	0,45	2,57	0,016	014&A	-0,26	-1,42	0,166
05&A	0,25	1,30	0,205	014&G	0,12	0,61	0,547
05&G	0,11	0,56	0,577	015&C	0,15	0,78	0,441
06&C	0,27	1,42	0,166	015&EA	0,19	0,99	0,330
06&EA	0,30	1,61	0,119	015&LA	0,14	0,73	0,472
06&LA	0,37	2,03	0,052	015&A	-0,02	-0,12	0,903
06&A	-0,01	-0,08	0,939	015&G	0,07	0,39	0,697
06&G	0,06	0,32	0,748	016&C	0,43	2,47	0,020
07&C	-0,09	-0,45	0,654	016&EA	0,44	2,54	0,017
07&EA	-0,04	-0,24	0,814	016&LA	0,33	1,81	0,081
07&LA	0,08	0,42	0,677	016&A	0,33	1,81	0,081
07&A	-0,14	-0,76	0,454	016&G	0,67	4,66	0,001
07&G	0,07	0,38	0,709	017&C	0,13	0,68	0,504
08&C	-0,11	-0,61	0,549	017&EA	0,08	0,41	0,683
08&EA	-0,28	-1,54	0,134	017&LA	-0,01	-0,05	0,957
08&LA	-0,24	-1,30	0,205	017&A	-0,56	-3,49	0,002
08&A	-0,26	-1,41	0,170	017&G	-0,46	-2,71	0,011
08&G	-0,27	-1,48	0,150	018&C	0,13	0,68	0,504
09&C	0,34	1,87	0,072	018&EA	0,08	0,41	0,683
09&EA	0,32	1,77	0,090	018&LA	-0,01	-0,05	0,96
09&LA	0,44	2,54	0,017	018&A	-0,26	-1,39	0,17
09&A	0,22	1,16	0,256	018&G	-0,03	-0,16	0,872
09&G	0,22	1,16	0,256				

01 – troska o zdrowie, 02 – lęk, 03 – autyzm, wyobcowanie uczuciowe, 04 – formalne zaburzenia toku myślenia, 05 – poczucie winy, 06 – napięcie uczuciowe, 07 – zmanierowanie, 08 – treści wielkościowe, 09 – obniżenie nastroju, 010- wrogość, 011 – podejrzliwość, 012 – omamy, 013 – zahamowanie ruchowe, 014 – brak współpracy z badającym, 015 – zaburzenia treści myślenia, 016 – stopień uczuciowe, 017 – podniecenie, 018 – zaburzenia orientacji;

C- przystosowanie w okresie dzieciństwa, EA- przystosowanie w okresie wczesnego dojrzewania, LA- przystosowanie w okresie późnego dojrzewania, A- przystosowanie w okresie dorosłości, G - skala ogólna.

Tabela 3. Korelacja między przystosowaniem przedchorobowym a treścią urojeń

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana			Para zmiennych	Korelacja Porządku rang Spearmana		
	R Spearman	t(N-2)	p		R Spearman	t(N-2)	p
PRZ&C	-0,16	-0,82	0,419	ODDZ&A	-0,01	-0,06	0,955
PRZ&EA	-0,07	-0,37	0,710	ODDZ&G	0,20	1,04	0,305
PRZ&LA	-0,15	-0,82	0,419	ODM&C	-0,01	-0,07	0,947
PRZ&A	-0,11	-0,57	0,574	ODM&EA	0,12	0,62	0,537
PRZ&G	0,08	0,41	0,687	ODM&LA	0,17	0,92	0,95
SNS&C	0,17	0,89	0,383	ODM&A	0,04	0,22	0,825
SNS&EA	0,24	1,28	0,209	ODM&G	0,40	2,30	0,029
SNS&LA	0,35	1,93	0,045	WLK&C	-0,26	-1,43	0,164
SNS&A	0,20	1,09	0,284	WLK&EA	-0,38	-2,14	0,041
SNS&G	0,38	2,16	0,039	WLK&LA	-0,39	-2,22	0,034
DEP&C	0,46	2,69	0,012	WLK&A	-0,35	-1,98	0,057
DEP&EA	0,41	2,37	0,024	WLK&G	-0,47	-2,81	0,009
DEP&LA	0,31	1,69	0,102	SOM&C	0,19	1,02	0,314
DEP&A	0,37	2,07	0,047	SOM&EA	0,05	0,25	0,803
DEP&G	0,04	0,20	0,842	SOM&LA	-0,05	-0,28	0,784
ODDZ&C	0,25	1,35	0,187	SOM&A	-0,02	-0,10	0,920
ODDZ&EA	0,25	1,32	0,197	SOM&G	0,17	0,89	0,380
ODDZ&LA	0,13	0,69	0,497				

PRZ- urojenia prześladowcze, SNS- urojenia sensytywne, DEP – urojenia depresyjne, ODDZ-urojenia oddziaływania ODM- urojenia odślonięcia myśli, WLK – urojenia wielkościowe, SOM – urojenia somatyczne;

C- przystosowanie w okresie dzieciństwa, EA- przystosowanie w okresie wczesnego dojrzewania, LA- przystosowanie w okresie późnego dojrzewania, A- przystosowanie w okresie dorosłości, G - skala ogólna.

ogólnej wiązało się z częstszym występowaniem urojeń sensytywnych ($p=0,039$) oraz urojeń odślonięcia myśli ($p=0,029$).

Omówienie wyników

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono pozytywną korelację między wszystkimi podskalami Skali Przystosowania Przedchorobowego. Jest to zbieżne z wynikami uzyskanymi przez A. Grzywę w badaniu z lat 1989-1990 z zastosowaniem takich samych metod badawczych i kryteriów włączenia do grupy badawczej [3]. Najsilniejsza zależność między poszczególnymi podskalami dotyczy związku między przystosowaniem w okresie dzieciństwa i wczesnej adolescencji oraz przystosowaniem w okresie wczesnej i późnej adolescencji. Przystosowanie we wcześniejszych okresach życia jest predyktorem przystosowania w późniejszych okresach życia. Jest to logiczny wniosek wniosek, który nie potrzebuje dalszego wyjaśniania.

U mężczyzn występowało gorsze przystosowanie przedchorobowe w porównaniu do kobiet, jednak różnice te były istotne statystycznie jedynie w odniesieniu do przystosowania w okresie do sześciu miesięcy przed wystąpieniem pierwszych objawów choroby. Także inne badania pokazują, że gorsze przystosowanie przedchorobowe wiąże się z płcią męską [4].

Badano zależność między zaburzeniami przystosowania przedchorobowego a występowaniem poszczegól-

nych objawów psychopatologicznych. Badania pokazują, że przedchorobowe problemy w funkcjonowaniu psychospołecznym wiążą się z cięższym przebiegiem choroby, a zwłaszcza z nasileniem objawów negatywnych [5]. W prezentowanym badaniu wykazano zależność statystyczną dla stopnia uczuciowego, które wiązało się z istotnie gorszym przystosowaniem w dzieciństwie, w okresie dojrzewania oraz w skali ogólnej. Takie same wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w latach 1989-1990 [3].

Potwierdzono również silny związek autyzmu i wyobcowania uczuciowego z gorszym przystosowaniem ocenianym w skali ogólnej. Wykazano ponadto istotną statystycznie zależność pomiędzy poczuciem winy a gorszym przystosowaniem w okresie dzieciństwa, w okresie wczesnego dojrzewania oraz w okresie późnego dojrzewania. Natomiast w podobnym badaniu sprzed 20 lat stwierdzono jeszcze inne korelacje objawów psychopatologicznych z przystosowaniem przedchorobowym. Podejrzliwość wiązała się z gorszym przystosowaniem w okresie dojrzewania, dziwaczność myślenia zaś z trudnościami przystosowawczymi w dzieciństwie i wczesnym dojrzewaniu. Wykazano również istotny statystycznie związek napięcia uczuciowego z zaburzeniem przystosowania w dzieciństwie oraz wczesnym i późnym okresie dojrzewania [3].

Analiza związku treści urojeń z przystosowaniem przedchorobowym potwierdziła istotną statystycznie zależność między występowaniem urojeń depresyjnych

a gorszym przystosowaniem praktycznie we wszystkich okresach życia, natomiast występowanie urojeń wielkościowych wiązało się z lepszym przystosowaniem w okresie wczesnego dojrzewania oraz późnego dojrzewania. Natomiast w badaniu A. Grzywy sprzed 20 lat występowanie urojeń wielkościowych wiązało się z gorszym przystosowaniem w okresie późnego dojrzewania. Ponadto w tym samym badaniu stwierdzono związek - na niskim poziomie istotności - między występowaniem urojeń prześladowczych a zaburzeniami przystosowania w okresie wczesnego dojrzewania [3].

Wnioski

1. Stwierdzono zależność między wszystkimi podskalami Skali Przystosowania Przedchorobowego.
2. Mężczyźni mieli gorsze przystosowanie przedchorobowe w porównaniu do kobiet.
3. Predyktorem stopnia uczuciowego było gorsze przystosowanie zarówno w okresie dzieciństwa, jak i wczesnego dojrzewania.
4. Potwierdzono silny związek występowania autyzmu i wyobcowania uczuciowego z gorszym przystosowaniem ocenianym w skali ogólnej.
5. Wykazano istotną statystycznie zależność pomiędzy poczuciem winy a gorszym przystosowaniem w okresie dzieciństwa, w okresie wczesnego dojrzewania oraz w okresie późnego dojrzewania.
6. Potwierdzono istotną statystycznie zależność między występowaniem urojeń depresyjnych a gorszym

przystosowaniem praktycznie we wszystkich okresach życia, natomiast występowanie urojeń wielkościowych wiązało się z lepszym przystosowaniem w okresie wczesnego dojrzewania oraz późnego dojrzewania.

References

1. Eckholdt H.M., Lenzenweger M.L. Premorbid adult social competence, socioeconomic status and psychopathology. *J Nerv Ment Dis*, 1990; 178:139-140.
2. Grzywa A., Śpila B., Karakuła H., Hennel A., Wieczorek J., Kozak G., Jędrych M. Przystosowanie przedchorobowe w schizofrenii paranoidalnej. *Bad. Nad Schizofrenią*, 1993; 111-116.
3. Grzywa A. Geneza, struktura i dynamika urojeń w schizofrenicznych zespołach paranoidalnych. Rozprawa habilitacyjna. Lublin; Akademia Medyczna w Lublinie: 1991.
4. Birchwood M., Jackson Ch. Schizofrenia. Modele i techniki terapeutyczne. Gdańsk; GWP: 2004.
5. Romm K.L., Rossberg J.L., Hansen Ch.F., Haug E., Andreassen O.A., Melle I.M. Self-esteem is associated with premorbid adjustment and positive psychotic symptoms in early psychosis. *BMC Psychiatry*, 2011; 11:136.

Correspondence address

Anna Zaborska
Katedra i Klinika Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1
tel.: 81 744 09 67
e-mail: anzab@poczta.fm