

Występowanie schizofrenii w przestrzeni miasta

The occurrence of schizophrenia in an urban area

Piotr W. Gorczyca¹, Piotr Ścisło¹, Agnieszka Wesecka²

¹Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii, Tarnowskie Góry

²Studium Doktoranckie Wydziału Lekarskiego z Oddziałem Lekarsko-Dentystycznym w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

Streszczenie

Od prekursorskiej pracy Robert E. L. Farisa i H. Warren Dunhama na temat występowania chorób psychicznych w obszarach miasta (Chicago) minęło już 75 lat. Autorzy potwierdzili przewagę występowania schizofrenii w centrum miasta, zwłaszcza w obszarach zdekapitalizowanych. Kontynuatorzy tego typu badań stawiali dalsze pytania i hipotezy badawcze dotyczące badanej populacji osób z chorobami psychicznymi w badanych obszarach miast i wsi. Coraz doskonalsze metody badawcze i statystyczne pozwalały na łączenie ze sobą różnych charakterystyk zarówno badanych populacji, jak i obszarów. W Polsce pierwsze tego typu badania dotyczyły chorobowości psychiatrycznej w poszczególnych dzielnicach miasta Łodzi na podstawie danych o pacjentach leczonych psychiatrycznie w poradniach zdrowia psychicznego w 1981 roku. Autorka tych badań, Elżbieta Kozanecka-Michałowska, potwierdziła częstsze występowanie chorób psychicznych w Śródmieściu i w dzielnicach osiedlowych charakteryzujących się większą gęstością zaludnienia. Współautor bieżącej pracy poglądowej prowadził zbliżone tematem badania w oparciu o rejestr pacjentów leczonych psychiatrycznie stacjonarnie w latach 1989-2002. Obecna praca poglądowa, prawdopodobnie pierwsza w polskim piśmiennictwie specjalistycznym, ma na celu przybliżenie polskiemu czytelnikowi przeglądu wyników badań nad występowaniem schizofrenii w wydzielonych obszarach miejskich, także w odniesieniu do obszarów wiejskich.

Słowa kluczowe: schizofrenia, obszary miasta, rozmieszczenie chorych

Abstract

Seventy five years have passed since the pioneering work of Robert E. L. Faris and H. Warren Dunham on the occurrence of mental disorders in an urban area (Chicago). The authors confirmed that the majority of schizophrenia cases occurred in the city centre, especially in the depreciated areas. The continuators of this type of research constructed more questions and hypotheses related with the researched populace of people affected with mental disorders in the studied areas of cities and villages. More superior research and statistical methods enabled combining certain features of the researched populaces as well as the studied areas. The first research of this type conducted in Poland regarded psychiatric disorders in particular districts of Łódź and was based on the data about people treated for psychiatric disorders in mental health clinics in 1981. Elżbieta Kozanecka-Michałowska, the author of this research, confirmed that mental disorders occurred more often in the city centre and residential districts characterised with a higher degree of population density. The co-author of the current work conducted a similar research based on the register of patients that received treatment for psychiatric disorders in the years 1989-2002. This work, probably the first one of this kind in the Polish specialist literature, has the aim of introducing the Polish reader to the review of research results regarding the occurrence of schizophrenia in particular urban areas as well as in certain rural areas.

Keywords: schizophrenia, urban areas, distribution of patients

Przegląd badań z lat 1933-1980

Pierwsze prace dotyczące występowania chorób psychicznych w zależności od miejsca zamieszkania prowadzili Faris i Dunham, Badacze ci ustalili na podstawie pierwszych hospitalizacji w zakładach psychiatrycznych, że liczba chorych na 100 tyś, mieszkańców zmniejsza się od centrum do peryferii miasta Chicago. Badaniami objęli takie jednostki chorobowe, jak: schizofrenia, inne psychozy, psychoza maniako-depresyjna, psychozy organiczne wywołane uzależnieniem od alkoholu i innych

substancji psychoaktywnych (narkomania), otępienie starcze, porażenie postępujące. Inne wnioski autorów zawierają m.in. następujące konkluzje:

- 1) większe wskaźniki częstości występowania schizofrenii w wybranych obszarach miejskich mają związek z nasiloną dezorganizacją społeczną;
- 2) podobne związki, co do zamieszkiwania wybranych obszarów przez osoby chore na schizofrenię dotyczą zarówno mężczyzn, jak i kobiet;
- 3) przewaga w centrum miasta dotyczy przede wszystkim schizofrenii;

- 4) są różnice w występowaniu schizofrenii i psychozy maniacko-depresyjnej w określonych obszarach miasta;
- 5) chorzy na schizofrenię zajmowali zdeorganizowane społecznie obszary w centrum miasta, natomiast chorzy na psychozę maniacko-depresyjną zajmowali obszary charakteryzujące się wyższą kulturą i atrakcyjnością społeczną i nie istniał określony wzór dla występowania tej choroby, jak to miało miejsce w przypadku schizofrenii.

Ponadto Faris i Dunham sugerowali, że pewne aspekty życia miejskiego mogą sprzyjać zarówno rozwojowi schizofrenii, jak i innym ostrym chorobom psychicznym. Obserwacje te odnosiły się do zagadnienia częstszego występowania schizofrenii w obszarach miejskich niż w obszarach wiejskich [1]. Pewną konkluzją wyników Farisa i Dunhama może być wstęp do ich pracy autorstwa Ernesta W. Burgessa. Burgess zwrócił uwagę na pionierskie prace Farisa i Dunhama w badaniu rozmieszczenia zaburzeń psychicznych w obszarach miasta, dokonał pewnego streszczenia ich wyników badań, wyjaśniał, że każdy typ zaburzeń psychicznych ma swoje charakterystyczne rozmieszczenie w odniesieniu do zróżnicowanych obszarów w obrębie dużego i nowoczesnego miasta [2]. Dalej Burgess pisze, że Faris i Dunham stawiają hipotezę, iż przyczyną chorób psychicznych mogą być izolacja i załamanie się komunikacji społecznej. Określili też czynniki mogące mieć wpływ na ten stan rzeczy. Pierwszy czynnik dotyczył ruchliwości i migracji ludności, drugi stresu, na który częściej byli narażeni mieszkańcy miast, i trzeci wiązał się z wykorzystaniem właściwości życia w mieście bądź na wsi. Osoby z pewnymi zaburzeniami psychicznymi czy niedostosowane w danej sytuacji częściej migrowały. Toteż częstsze występowanie schizofrenii w mieście mogłoby pozostawać w związku właśnie ze zjawiskiem migracji [2]. Poddając dalszej analizie wyróżnione powyżej czynniki, William W. Eaton Jr. uzasadniał trudniejszą sytuację żyjących w mieście z uwagi na brak wsparcia w sytuacjach stresowych [3]. Stresujące wydarzenia życiowe mogą wyzwać rozwój schizofrenii [3]. Trudniejszy do obserwacji jest trzeci układ, w którym do oceny pozostają możliwości wykorzystania właściwości życia miejskiego czy wiejskiego. Zdecydowanie więcej możliwości wyboru ma człowiek żyjący w mieście. Otwartą jednak kwestią jest, jakość, a nie ilość tych możliwości. Łatwiej o dobrą opiekę niemedyczną dla osoby chorej psychicznie w środowisku wiejskim niż w miejskim. Eaton, śledząc badania nad występowaniem schizofrenii w obydwu środowiskach w populacji osób dotychczas nieleczonych i leczonych, zwraca uwagę, że nierzadko w środowisku miejskim przeważały osoby dotychczas nieleczone [5]. Do takiego wniosku doszli także: Tsung-Yi Lin, Takahiko K. Tsugawa i wsp., H. Akimoto i wsp. oraz J. Kaila [6,7,8,9]. Jeżeli chodzi o populację osób leczonych, to ich przewagę w środowisku miejskim w porównaniu

z wiejskim wykazali: Benjamin Maizberg, C. Landis i J. D. Page, H. M. Pollock, E.G. Jaco [10,11,12,13]. Eaton tłumaczył te dane dwoma różnymi zjawiskami: występowaniem i incydentalnością. W badaniach dotyczących miasta Baltimore i regionu Maryland wyróżniono trzy grupy danych dotyczących kolejno: centrum miasta Baltimore, obszarów miejskich i podmiejskich regionu Maryland oraz obszarów wiejskich. Stwierdzone częstotliwości występowania schizofrenii malały w takiej kolejności, jak powyżej, a więc najczęściej schizofrenia występowała w centrum miasta Baltimore. Najwyższe wskaźniki dotyczyły chorych w wieku od 40 do 50 lat. Do określenia klasy społecznej badanej grupy brano pod uwagę zawód wykonywany przez jednostkę. Zaobserwowano ponadto, że u osób wywodzących się z klasy wyższej rzadziej rozpoznaje się schizofrenię. Jednak te „inne” rozpoznania są zazwyczaj nadal „psychotyczne”, tzn. mieszczą się w kategorii psychozy [5].

Podobne rozmieszczenie przypadków schizofrenii w obszarach miejskich potwierdzili Giggs i Cooper w swoich badaniach przeprowadzonych w 1973 roku.

Wyniki badań prowadzonych przez Giggsa i Coopera w Nottingham były odmienne dla schizofrenii i psychozy maniacko-depresyjnej (obecnie zaburzenia afektywne). Występowanie schizofrenii było relatywnie częstsze w centrum miasta, natomiast dla psychozy maniacko-depresyjnej charakterystyczne były obszary przedmieść zamieszkiwanych przez małżeństwa poniżej 45. roku życia z dziećmi i były charakterystyczne dla statusu średniego, Giggs i Cooper sugerują występowanie zjawiska większej ruchliwości dla chorych z rozpoznaniem psychozy maniacko-depresyjnej i sugerują potrzebę dalszych badań nad mobilnością społeczną osób, u których nie rozwinęły się jeszcze w pełni objawy chorobowe psychozy maniacko-depresyjnej. Stwierdzili, że na przestrzeni dwóch dekad nie zaobserwowano większych zmian w rozmieszczeniu schizofrenii w mieście pomimo różnych działań mających poprawić byt mieszkańców [14]. Kolejnym zagadnieniem od ponad 30 lat absorbującym badaczy jest zjawisko dryfu społecznego czy rezydualności chorych na schizofrenię. Są one odniesione do zjawisk migracji i segregacji społecznej. Zjawisko „dryfu społecznego” dotyczy osób chorych psychicznie, miejsc, gdzie wymagania społeczne wobec nich będą mniejsze [15]. Dryf społeczny dotyka także osób uzależnionych od alkoholu, narkotyków, osób z nasilonymi objawami nieprawidłowej osobowości oraz osób ze zmniejszoną kompetencją społeczną. Określone obszary miejskie przyciągają także osoby biedne, nisko opłacane, osoby stanu wolnego albo chcące być nierozpoznawalne. Na obszarach opuszczanych przez chorych może być także słabsza opieka społeczna. W jednych z badań wykazywano większą ruchliwość chorych mężczyzn niż kobiet,

Mężczyźni częściej lokowali się w centrach miast. Były także badania, które dały odwrotność tych wyników [16]. Są dwa sposoby interpretacji związku między klasą społeczną a schizofrenią. Pierwszy nazywany jest przyczynowym (causation) i łączy bycie w niższej klasie społecznej z większym ryzykiem zachorowania na schizofrenię, co może także sprzyjać stresom i wpływać na przebieg socjalizacji, czy też z uszkodzeniem płodu [17,18]. Druga interpretacja dotyczy opisywanego już tzw. dryfu społecznego (selection-drift). Według tej teorii osoby, które zachorowały na schizofrenię (początek choroby), schodzą, przesuwają się do niższej klasy społecznej, co wiąże się z ich społeczną niekompetencją, np. w zatrudnieniu, zdolności do pracy, i skutkuje ruchliwością i przemieszczaniem się rodziny [3]. Haukka i wsp w badaniach przeprowadzonych w Finlandii w latach 1950-1969 zauważyli, że w najstarszych kohortach ryzyko schizofrenii było większe w rejonach wiejskich, natomiast w kohortach z lat 1964-1969 ryzyko było już większe na terenach miejskich [19]. Badania nad populacją w Danii z lat 1978-1982 opublikował Schelin [20].

Przegląd badań po 1980 roku

Brigitta Widerlöv i współautorzy badali obszary miejskie, podmiejskie i wiejskie Sztokholmu (od jego krańca do śródmieścia). Materiał badawczy Widerlöv i współpracowników obejmował 504 pacjentów w wieku 18–64 lata, zamieszkujących bądź zarejestrowanych na badanych obszarach w 1984 roku, którzy mieli rozpoznanie psychozy lub dużych zaburzeń depresyjnych w czasie kontaktu ze służbami psychiatrycznymi przez ostatnie 10 lat. Wyłączono osoby przebywające w domach opiekuńczych w obszarach podmiejskich i zarejestrowane w innych obszarach Sztokholmu. Docelowo badana populacja liczyła 302 osoby. Wskaźniki występowania chorób psychicznych w poszczególnych obszarach były następujące: dla obszarów wiejskich — 3,4/1000 osób dla obszarów podmiejskich - 5,6/1000 i dla obszarów miejskich - 6,6/1000. Więcej mężczyzn chorych na schizofrenię niż kobiet było w obszarze wiejskim, potem w miejskim i następnie w podmiejskim. Natomiast więcej było kobiet z zespołami urojeniowymi (paranoją) w obszarach podmiejskim i wiejskim i w nieco mniejszym stopniu w obszarze wiejskim. Również więcej było kobiet z zaburzeniami afektywnymi niż mężczyzn, ale z mniejszą różnicą w obszarze podmiejskim. Biorąc pod uwagę wiek badanych, osoby w młodszym i średnim wieku przeważały w obszarze wiejskim i podmiejskim, natomiast osoby starsze (55-64 lata) zdecydowanie w obszarze miejskim. Jeżeli chodzi o stan cywilny, to występowały istotne statystycznie różnice pomiędzy nieżonatymi mężczyznami a żonatymi i rozwiedzionymi w obszarze wiejskim i podmiejskim. Więcej było nieżonatych mężczyzn niż nieza-

mężnych kobiet w obszarze wiejskim i podmiejskim [16]. Ørnulv Ødegaard prowadził badania oparte na wskaźnikach dotyczących hospitalizacji psychiatrycznych [21]. Na pewno było to trafne podejście metodologiczne, zwłaszcza w czasach, gdy proces dezinstytucjonalizacji nie był jeszcze odpowiednio rozwinięty, czy też dotyczył właśnie obszarów, gdzie brakowało pośrednich form opieki psychiatrycznej. Inne rozpoznania, takie jak paranoja (obecnie przewlekłe zespoły urojeniowe), mogą być rejestrowane głównie w opiece ambulatoryjnej.

Dla grupy psychoz Freeman i Alpert odnotowali wskaźnik występowania 6,8 na 1000 mieszkańców [22]. Zwrócili uwagę, że paranoja (zaburzenia urojeniowe) częściej występowała w obszarach wiejskich. Badanie dotyczyło pacjentów leczonych szpitalnie. Liczba chorych psychicznie wzrastała od peryferii do centrum miasta. Pacjenci z centrum miasta dłużej przebywali w szpitalu i byli intensywniej leczeni niż pacjenci mieszkający poza centrum miasta. Aczkolwiek częstość przyjęć do szpitala psychiatrycznego chorych mieszkających w centrum miasta była mniejsza niż chorych spoza centrum miasta, co można tłumaczyć częstszym kontynuowaniem leczenia w warunkach ambulatoryjnych przez osoby mieszkające w centrum miasta. Chorzy spoza centrum miasta korzystali ze szpitala psychiatrycznego w sytuacji bardziej zaostzonych objawów chorobowych, natomiast mieszkający w centrum miasta i w bliższej odległości od szpitala korzystali już z tej formy leczenia w sytuacji względnie mniej nasilonych objawów choroby. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii mają trudności w życiu w obszarach społecznych charakteryzujących się wyższym stopniem organizacji, więc migrują do obszarów bardziej społecznie marginalnych [23]. Schizofrenia częściej występuje w miastach niż na obszarach mieszanych, miejsko-wiejskich, częściej u mężczyzn, częściej u imigrantów w porównaniu z ludnością zamieszkującą od urodzenia dane obszary [24]. Ryzyko wystąpienia schizofrenii jest większe u osób samotnych i bezrobotnych [25]. Kristina Sundquist, Gölin Frank i Jan Sundquist dowiedli, że większe ryzyko wystąpienia psychoz i depresji ma miejsce w środowisku miejskim w populacji szwedzkiej [26]. Noriyoshi Takei i współpracownicy badali związek między urodzeniem w mieście, porą roku urodzenia a zwiększonym ryzykiem rozwoju schizofrenii, zależności takie otrzymali jedynie dla osób urodzonych w miesiącach wiosennych i jesiennych, co może świadczyć, że kwestia urodzenia w mieście jedynie częściowo tłumaczy wzrost ryzyka zachorowania na schizofrenię [27].

Faris i Dunham w swoich hipotezach dotyczących uwarunkowań środowiskowych schizofrenii, obok wymienienia uwarunkowań biologicznych, stwierdzili, że:

- 1) symboliczna komunikacja jest podstawą prawidłowego rozwoju i jej brak prowadzi do psychicznego załamania;

- 2) w środowisku miejskim (zurbanizowanym) pewne obszary mają większy wskaźnik dezorganizacji, niż ma to miejsce w innych obszarach;
- 3) społeczna dezorganizacja jest charakterystyczna dla nasilonej ruchliwości (migracji), konfliktów etnicznych, załamania się komunikacji społecznej i dla braku porozumienia (zgody);
- 4) izolacja społeczna jest kluczową cechą schizofrenii;
- 5) osoby rozwijają cechy autystyczne, jako wynik izolacji lub załamania się procesu komunikacji społecznej;
- 6) uwarunkowania przestrzennego występowania chorób mają związek z pewnymi obszarami społecznymi charakteryzującymi się dezorganizacją [1].

Rema Lapouse i wsp. badali ruchliwość pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii 20 lat przed rozwojem choroby i stwierdzili pewną tendencję przemawiającą za teorią dryfu społecznego, jednak nie wykazali istotnej statystycznie różnicy w porównaniu z grupą kontrolną [28]. Badania dotyczące częstszego występowania schizofrenii w centrum dotyczyły miasta Hamburg, natomiast badania dotyczące Nottingham nie wykazały tej zależności [15]. Gigg's dodaje, że trudności w spornej kwestii migracji związane są z uczestnictwem w procesie migracji zarówno ludzi zdrowych, jak i chorych psychicznie. Dychotomia operacyjnej teorii dryfu społecznego oraz teorii stacjonarności jest przejrzysta i może zachodzić w tym samym obszarze [29]. Częstsze występowanie schizofrenii odnotowano zarówno w centrum miasta Salford, jak i w wiejskiej części Irlandii, co ma związek z migracją na większą skalę. Freeman i Alpert, badając Salford, stary przemysłowy obszar w obrębie Manchesteru z dobrze rozwiniętą siecią opieki psychiatrycznej, dowiedli w 1974 roku częstszego, niż się spodziewali, występowania schizofrenii w porównaniu z innymi obszarami przemysłowymi. Ponadto dowiedli, że zastosowana przez nich metoda ekologiczna w tych badaniach miała sens z uwagi na homogeniczną strukturę miasta Salford. Wyróżniana klasa społeczna zamieszkiwała odpowiedni obszar. Dane pokazały, że w mieście Salford można wyróżnić dwie oddzielone strefy: jedną wewnętrzną, w której częstość występowania schizofrenii wynosi powyżej 5 przypadków na 1000 mieszkańców, i strefę zewnętrzną, w której ten wskaźnik jest, poniżej 5/1000. Chociaż strefa zewnętrzna ma trzy oddziały charakteryzujące się wyższą klasą społeczno-ekonomiczną, to są w niej także oddziały z niższą klasą społeczno-ekonomiczną. Badania nie wykazały, więc istotnego wpływu klasy społecznej na częstość występowania schizofrenii [23]. Gdy w 1984 roku powtórzono te badania, wskaźnik dla występowania schizofrenii w centrum miasta wzrósł z 4,56 do 6,26 przypadków na 1000 dorosłych mieszkańców [30]. Pewne oznaki przemieszczania się chorych na schizofrenię obserwowano także w Tarnowskich Górach [31,32]. W badaniach

Assena Jablensky'ego i współpracowników wskaźnik ten kształtował się w przedziale od 4 do 7 osób chorych na schizofrenię na 1000 mieszkańców [33]. Lewis i wsp. [34] przeprowadzili badania prospektywne dotyczące kohorty ok. 50 tys. Szwedów płci męskiej. Potwierdzili częstsze występowanie schizofrenii w centrach miast, mniejsze w małych miastach i najmniejsze w obszarach wiejskich - 1,65 razy częstsze zjawisko występowania schizofrenii w mieście. W badaniu wzięli także pod uwagę miejsce wychowania w mieście bądź na wsi oraz narażenie na stresujące wydarzenia, np. rozwód rodziców czy palenie marihuany [34]. Badania Frumkina nad pierwszą hospitalizacją psychiatryczną w szpitalu psychiatrycznym w Ohio wykazały przewagę chorych zamieszkujących obszary miejskie w stosunku do chorych zamieszkujących obszary wiejskie o 1,9 razy częściej [35]. W badaniach Lemerta w Michigan nie odnotowano takiego wyraźnego urbanistycznego wpływu [36].

Ohta i wsp. [37] badali w Nagasaki możliwy wpływ klasy społecznej na występowanie schizofrenii. Dokonali charakterystyki osób chorujących na schizofrenię i rezydujących w obszarach miejskich pod względem: zatrudnienia i jego rodzaju, kariery naukowej, statusu gospodarstwa domowego, długości czasu zamieszkiwania, proporcji młodych mężczyzn w strukturze wiekowej. W miastach zachodnich USA nie obserwowano statystycznej różnicy, co do wpływu klasy społecznej na występowanie schizofrenii. Chociaż mężczyźni chorzy na schizofrenię wykazywali tendencję do dłuższego przebywania w częściach centralnych miasta i ich status społeczno-ekonomiczny był niższy. Ponadto spośród osób mających prawo do własności mieszkania wskaźnik zapadalności na schizofrenię był niższy. W obszarach zamieszkiwanych wokół centrum miasta przez osoby płci męskiej pracujące we własnych firmach częściej występowała schizofrenia (43,5 na 100 tys. mieszkańców) niż w obszarach zamieszkiwanych przez pracowników najemnych (19,5 na 100 tys.). Różnica ta była istotna statystycznie, czego nie uzyskano w przypadku zatrudnionych kobiet. Badacze zauważyli, że japońskie miasta w porównaniu z miastami Ameryki Północnej nie mają tak długiego okresu rozwojowego [37]. Trudno, więc dokonywać ekstrapolacji na miasta amerykańskie, jeżeli chodzi o częstość występowania schizofrenii. Dauncey i wsp. [15] w swoich obserwacjach zauważyli, że mobilność chorych na schizofrenię miała miejsce na pięć lat przed kontaktem chorych z leczeniem psychiatrycznym. Obserwacje te dotyczą nowych przypadków schizofrenii w latach 1978-1980 [15]. Większość pacjentów była płci męskiej w przedziale wiekowym 15-34 lata. Z tej grupy 40% chorych urodziło się w Wielkiej Brytanii i poza jej granicami lub jedno z ich dwojga rodziców urodziło się poza Anglią. Roczna zapadalność na schizofrenię w obszarze

najmniej uprzywilejowanym (0,18 przypadków na 1000 mieszkańców) była trzy razy większa niż w obszarze, gdzie te niekorzystne warunki nie występowały, dlatego wcześniej przytaczane uwarunkowania związane z wiekiem tu nie dominowały. W badanych krajach europejskich, takich jak: Belgia, Francja, Niemcy, Włochy, Holandia i Hiszpania, wykazano, że urbanizacja jest czynnikiem podwyższonego ryzyka wystąpienia zaburzeń psychicznych, szczególnie dla zaburzeń depresyjnych, podczas gdy dla zaburzeń lękowych związek ten był umiarkowany. Nie znaleziono takiego związku dla uzależnienia od alkoholu [38]. W kwestii płci kilka przeprowadzonych badań wykazało częstsze występowanie schizofrenii wśród mężczyzn niż kobiet w środowisku miejskim [39,40]. W analizach badawczych odnośnie do czynników związanych z występowaniem schizofrenii McGrath i wsp. [41,42] stwierdzili, że urbanizacja jest czynnikiem ryzyka wystąpienia schizofrenii i dotyczy zarówno osób, które urodziły się w mieście, jak i chorych, którzy w nim przebywali w czasie przyjęcia do szpitala. Kelly w swoich badaniach przedstawił, że ryzyko zachorowania mężczyzn na schizofrenię w miastach było prawie dwukrotnie większe niż w wiejskich (IRR 1.92%), podobny trend występował wśród kobiet (IRR 1.34%). Autor przedstawia, że jeżeli istnieje związek przyczynowy pomiędzy urbanizacją i schizofrenią oraz tym, że inne czynniki ryzyka są równo rozłożone na obszarach miejskich i wiejskich, wyniki te mogą sugerować, że ryzyko zachorowania mężczyzn na schizofrenię w miastach do 48% można przypisać urbanizacji. [43]. Jim Van Os i wsp. zwracali uwagę na trudności w wyjaśnieniu czy wręcz udowodnieniu częstszego występowania schizofrenii w środowisku miejskim, co próbują uzasadniać tym, że choroby psychiczne trudno porównywać do innych chorób somatycznych. Choroby psychiczne nie mają specyficznych markerów, a czynniki genetyczne, choć są związane z ryzykiem rozwoju choroby, to dla rozwoju choroby istotne są interakcje pomiędzy osobnikiem a środowiskiem [44]. Gerard Hutchinson w tej kwestii bardziej podkreśla bezpośrednią rolę interakcji człowiek – środowisko [45]. Interakcje pomiędzy postrzeganiem siebie, procesami poznawczymi i cechami nowoczesnego środowiska miejskiego leżą u podstawy rozwoju społecznego. Wrażliwość i odporność na czynniki, takie jak izolacja społeczna, rasizm, trudności materialne, warunkują wystąpienie choroby psychicznej. Problemy te mają także swoje odzwierciedlenie w strukturach i instytucjach społecznych, w systemie edukacji i systemie sprawiedliwości (dotyczy zjawisk przestępczości). Te zjawiska właśnie mogą wpływać w danym czasie na wzrost wystąpienia ryzyka objawów psychotycznych. Choroba psychiczna ma swoje uwarunkowanie nie w samym środowisku miejskim, lecz w tym, jak środowisko miejskie toruje drogę różnym niekorzystnym zjawieniom społecznym.

Występuje tutaj także związek postrzegania przez mieszkańca negatywnych doświadczeń uwarunkowanych kulturowo i etnicznie w odniesieniu do własnej grupy i otoczenia [46,47]. W latach tych pojawiły się prace między innymi McDonalda [48], Pedersena i Mortensena [49,50], Harrisona [51], Laursen [52], Weiser [53].

Wśród badań polskich autorów z tego okresu należy wspomnieć o badaniach Kozaneckiej-Michałowskiej, która określiła psychiatryczny obraz miasta na podstawie rejestrów pacjentów leczonych w poradniach zdrowia psychicznego. Autorka przedstawiła, że psychozy występują w zagęszczonych i zdekapitalizowanych obszarach miejskich, które znajdowały się głównie w Śródmieściu [54]. W badaniach przeprowadzonych przez współautora w mieście Tarnowskie Góry w latach 1989-2002 na podstawie osób hospitalizowanych psychiatrycznie z powodu schizofrenii i innych zaburzeń psychotycznych zebrano grupę 380 osób, w tym 169 mężczyzn i 211 kobiet. Zaobserwowano różnice pomiędzy dzielnicami bardziej zurbanizowanymi od tych zurbanizowanych w mniejszym stopniu, ponadto z badań wynikało, że więcej osób chorych mieszka w blokach na większych lub mniejszych osiedlach wybudowanych po 1960 roku. [55].

Podsumowanie

Jak widać z powyższego przeglądu tematyka geografii występowania schizofrenii ma wielu zafascynowanych badaczy, którzy będą te badania zapewne kontynuować sami, albo ich zafascynowani koledzy czy uczniowie. Będą oczywiście zmieniać pytania badawcze oraz metodologię badań. Można, więc zaryzykować twierdzenie, że badania te prowadzone są z równym impetem jak badania genetyczne w schizofrenii.

References

1. Faris R.E.L., Dunham H.W. Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses. Chicago-London: University of Chicago Press ;1967.
2. Burgess EW. Introduction. W: Faris REL, Dunham HW. Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses Chicago-London: University of Chicago Press ;1967.
3. Eaton W.W. A formal theory of selection for schizophrenia. *AJS*. 1980; 86: 149-158.
4. Hollingshead A.B., Redlich F.C. Social class and medical illness. A community study. New York – London: John Wiley ;1958.
5. Eaton W.W.Jr., Residence, social class, and schizophrenia. *J Health Hum Behav.*, 1974; 15: 289-299.
6. Lin T., A study of the incidence of mental disorder in Chinese and other cultures. *Psychiatry*, 1953; 16: 313-336.
7. Tsugawa T.K., Okada K., Hanasiro S., Asai T., Takuma R., Morimura S., Tsuboi F. Uber die psychiatrische zensusuntersuchung in einem Stadtbezirk von Tokyo. *Psychiatria et Neurological Japonica*, 1942; 46: 204-218.

8. Akimoto H., Shimayaki T., Okada K., Hanasiro S. Demographische und psychiatrische Untersuchung über abgegrenzte Kleinstadtbevölkerung. *Psychiatria et Neurological Japonica*, 1942; 47: 351-374.
9. Kaila J. Über die durchschnittshäufigkeit des Geisteskrankheiten und des Schwachsinn in Finnland. *Acta Psychiatrica et Neurologica*, 1942; 17: 47-67.
10. Malzberg B., Social and biological aspects of mental disease. Utica: New York State Hospitals Press; 1940.
11. Landis C., Page J.D. Modern society and mental disease. New York: Farrar and Rinehart; 1938.
12. Pollock H.M. Frequency of dementia praecox in relation to sex, age, environment, nativity and race. *Ment Hyg.*, 1921; 10: 596-611.
13. Jaco E.G. The social epidemiology of mental disorders. New York: Russell Sage Foundation; 1960.
14. Giggs J.A., Cooper J.E. Ecological structure and the distribution of schizophrenia and affective psychoses in Nottingham. *Br J Psychiatry*, 1987; 151: 627-633.
15. Dauncey K., Giggs J., Baker K. et al. Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort. *Br J Psychiatry*, 1993; 163: 613-619.
16. Widerlöv B., Borgå P., Cullberg J., Stefansson C.G., Lindqvist G. Epidemiology of long-term functional psychosis in three different areas in Stockholm County. *Acta Psychiatr Scand.*, 1989; 80: 40-46.
17. Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P. Stressful life events: their nature and effects. New York: Wiley; 1974.
18. Pasamanick B., Knobloch H. Epidemiologic studies on the complications of pregnancy and birth process. W: Caplan G. Prevention of mental disorders in children, ed., Basic: New York; 1961.
19. Haukka J., Suvisaari J., Varilo T., Loonqvist J. Regional variation in the incidence of schizophrenia in Finland: a study of birth cohorts born from 1950 to 1969. *J Psychol Med.*, 2001; 31: 1045-1053.
20. Schelin E.M., Munk-Jørgensen P., Olesen A.V., Gerlach J. Regional differences in schizophrenia incidence in Denmark. *Acta Psychiatr Scand.*, 2000; 101: 293-299.
21. Ödegaard O. The incidence of psychoses in various occupations. *Int J Soc Psychiatry*, 1956; 2: 85-104.
22. Freeman H.L., Alpert M. Prevalence of schizophrenia in an Urban population. *Br J Psychiatry*, 1986; 149: 603-611.
23. Freeman H.L., Alpert M. Prevalence of schizophrenia: geographical variations in an urban population. *Br J Clin Psychol.*, 1986; 4: 67-75.
24. McGee P., Tuokko H., Maccourt P., Donnelly M. Factors affecting the mental health of older adults in rural and urban communities: an exploration. *Can J Commun Ment Health*, 2004; 23(2): 117-126.
25. Agerbo E., Byrne M., Eaton W.W., Mortensen P.B. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61: 28-33.
26. Sundquist K., Frank G., Sundquist J. Urbanisation and incidence of psychosis and depression: follow-up study of 4,4 million women and men in Sweden. *Br J Psychiatry*, 2004; 184: 293-298.
27. Takei N., Sham P.C., O'Callaghan E., Glover G., Murray R. Schizophrenia: increased risk associated with winter and city birth - a case - control study in 12 regions within England and Wales. *J Epidemiol Community Health*, 1995; 49: 106-109.
28. Lapouse R., Monk M.A., Terris M. The drift hypothesis and socioeconomic differentials in schizophrenia. *Am J Public Health*, 1956; 46: 978-986.
29. Giggs J. Residential mobility and mental health W: Freeman H.L. red. Mental health and environment. London: Churchill Livingstone; 1984.
30. Torrey E.F. Prevalence studies of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 1987; 150: 598-608.
31. Gorczyca P.W. Choroby psychiczne w obszarach społecznych miasta W: Bukowska-Floreńska I. red. Miasto - przestrzeń kontaktu kulturowego i społecznego. „Studia Etnologiczne i Antropologiczne” t. 8. Katowice: UŚ; 2004, s. 323-339.
32. Gorczyca P.W., Olas J. Schizofrenia w obszarach społecznych dwóch badanych miast. *Bad Schizofr.*, 2002/2003; 4: 133-138.
33. Jablensky A., McGrath J., Herman H., Castle D., Gureje O., Evans M., Carr V., Morgan V., Korten A., Harvey C. Psychotic disorders in urban areas: an overview of the study on low prevalence disorders. *Aust N Z J Psychiatry*, 2000; 34: 221-236.
34. Lewis G., David A., Andreasson S., Allebeck P. Schizophrenia and city life. *Lancet*, 1992; 18: 137-140.
35. Frumkin R.M. Comparative rates of mental illnesses for urban and rural populations in Ohio. *Rural Sociology.*, 1954; 19: 70-72.
36. Lemert E.M. An exploratory study of mental disorder in a rural problem area. *Rural Society*, 1948; 13: 48-64.
37. Ohta Y., Nakane Y., Nishihara J. et al. Ecological structure and incidence rates of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.*, 1992; 86: 113-120.
38. Kovess-Mastefy V., Alonso J., Graaf R. de, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health: The ESEMeD 2000 comparative study. *Can J Psychiatry*. 2005; 50: 14.
39. Aleman A., Kahn R.S., Selen J.P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from metaanalysis. *Arch Gen Psychiatry*, 2003; 60: 565-571.
40. Leung A., Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl.*, 2000; 401: 3-38.
41. McGrath J., Saha S., Chant D., Welham J. Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence and mortality. *Epidemiol Rev.*, 2008; 30: 67-76.
42. McGrath J.J., Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. *Schizophr Bull.* 2006; 1: 195-197.
43. Kelly BD, O'Callaghan E, Waddington JL, Feeney L, Browne S, Scully PJ, Clarke M, Quinn JF, McTigue O, Morgan MG, Kinsella A, Larkin C. Schizophrenia and the city: A review of literature and prospective study of psychosis and urbanicity in Ireland. *Schizophr Res.*, 2010; 116: 75-89.
44. Van Os J., Hanssen M., Bijl R.V., Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 2001; 58: 663-668.
45. Hutchinson G. Social development, urban environment and psychosis. *Br J Psychiatry*, 2005; 186: 76-77.
46. Van Os J., Driessen G., Gunther N., Delespaul R. Neighborhood variation in incidence of schizophrenia. Evidence for person-environment interaction. *Br J Psychiatry*, 2000; 176: 243-248.
47. Van Os J., Hanssen M., Bak M., Bijl R.V., Vollebergh W. Do urbanicity and familial liability coparticipate in causing psychosis?. *Am J Psychiatry*, 2003; 160: 477-482.
48. McDonald C, O'Callaghan E, Keogh F, Sham PC, Kinsella A, Morris M, Walsh D. Number of older siblings of individuals diagnosed with schizophrenia. *Schizophr Res.*, 2001; 47: 275-280.
49. Pedersen C.B., Mortensen P.B. Evidence of a dose-response relationship between urbanicity during upbringing and schizophrenia risk. *Arch Gen Psychiatry*, 2001; 58: 1039-1046.
50. Pedersen C.B., Mortensen P.B. Family history, place and season of birth as risk factors for schizophrenia in Denmark: a replication and reanalysis. *Br J Psychiatry*, 2001; 179: 46-52.
51. Harrison G, Fouskakis D, Rasmussen F, Tynelius P, Sipos A, Gunnell D. Association between psychotic disorder and urban place of birth is not mediated by obstetric complications or childhood socioeconomic position: a cohort study. *Psychol Med.*, 2003; 33: 723-731.
52. Laursen T.M., Munk-Olsen T, Nordentoft M, Bo Mortensen P. A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a danish population-based cohort. *J Clin Psychiatry*, 2007; 68: 1673-1681.

53. Weiser M, van Os J, Reichenberg A, Rabinowitz J, Nahon D, Kravitz E, Lubin G, Shmushkevitz M, Knobler HY, Noy S, Davidson M. Social and cognitive functioning, urbanicity and risk for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 2007; 191: 320-324.
54. E.Kozanecka-Michałowska, *Psychiatryczny obraz miasta*. W: Wódcz K ,Czekaj K.red. Szkoła chicagowska w socjologii. Tradycja myśli społecznej i wymogi współczesnej socjologii empirycznej. Warszawa-Katowice: UŚ; PTS: 1992.
55. Gorczyca P.W. Wpływ aglomeracji miejskich i pozycji przestrzennej na występowanie chorób psychicznych i uzależnienia od alkoholu – studium z zakresu medycyny i socjologii. Kraków: Impuls; 2009.

Correspondence address

dr hab. n. med. Piotr W. Gorczyca
Katedra Psychiatrii,
42-600 Tarnowskie Góry,
ul. Pyskowicka 49,
tel/fax: (32) 2854358,
e-mail: gormasp@o2.pl