

Ocena nasilenia objawów negatywnych u mężczyzn i kobiet z rozpoznaniem schizofrenii z zastosowaniem polskiej wersji Krótkiej Skali Objawów Negatywnych oraz Skali Samooceny Objawów Negatywnych

Assessment of negative symptoms in male and female schizophrenia patients using the Polish version of the Brief Negative Syndrome Scale and Self-evaluation of Negative Symptoms

Paweł Wójciak¹, Krystyna Górna², Klaudia Domowicz¹, Krystyna Jaracz³, Renata Szpalik², Michał Michalak⁴, Maciej Różański¹, Janusz Rybakowski⁵

¹Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

²Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

³Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

⁴Katedra i Zakład Informatyki i Statystyki, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

⁵Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2018; 13, 4: 121–127

Adres do korespondencji:

dr med. Paweł Wójciak

Klinika Psychiatrii Dorosłych

Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

ul. Szpitalna 27/33, 60-572 Poznań

e-mail: p.wojciak@neostrada.pl

Streszczenie

Cel pracy: Ocena nasilenia objawów negatywnych stanowi istotny element diagnostyczny w schizofrenii. W ostatnich latach pojawiły się dwa nowe narzędzia diagnostyczne zaliczane do skal II generacji – *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS) oraz *Self-evaluation of Negative Symptoms* (SNS). Celem pracy jest ocena różnic między mężczyznami a kobietami w nasileniu objawów negatywnych przy zastosowaniu polskich wersji BNSS i SNS.

Materiał i metody: Grupa badana obejmowała 40 pacjentów (20 mężczyzn i 20 kobiet) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (ICD-10). Pacjenci pozostawali w fazie objawowej stabilizacji choroby [sumaryczny wynik w skali PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) maksimum 80 pkt], otrzymywali niezmienną terapię farmakologiczną w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Oceny nasilenia objawów choroby dokonano za pomocą PANSS, a oceny objawów negatywnych z zastosowaniem polskiej wersji skali BNSS oraz SNS.

Wyniki: Nie stwierdzono różnic między płciami w zakresie wieku i czasu trwania choroby. Średni całkowity wynik w skali PANSS był wyższy u mężczyzn. Ocena objawów negatywnych za pomocą skali BNSS wykazała statystycznie istotnie większe ich nasilenie u mężczyzn w porównaniu z kobietami w zakresie asocjalności (przeżycia wewnętrzne oraz suma), awolucji (przeżycia wewnętrzne oraz suma) i alogii (spontaniczne opracowanie wypowiedzi). Nie stwierdzono różnic między płciami w skali SNS.

Abstract

Introduction: The assessment of the severity of negative symptoms is an important diagnostic element in schizophrenia. Recently, two new diagnostic tools have been introduced, included in second-generation scales: the Brief Negative Symptom Scale (BNSS) and Self-evaluation of Negative Symptoms (SNS). The aim of the study is to evaluate the differences between men and women in the severity of negative symptoms using the Polish versions of BNSS and SNS.

Material and methods: The study involved 40 patients (20 men, 20 women) with paranoid schizophrenia (ICD-10). They were in the period of symptomatic stabilisation (PANSS < 80 points) and had received unchanged pharmacological treatment during the preceding three months. The assessment of the severity of the disease symptoms was made using the PANSS. The Polish versions of the BNSS and SNS were used to assess negative symptoms.

Results: There were no gender differences regarding the age and duration of the illness. The mean total PANSS score was higher in men. Negative symptoms evaluated by the BNSS showed significantly greater scores in men compared to women in asociality (internal experience and total), avolition (internal experience and total), and alogia (spontaneous elaboration). There were no gender differences using the SNS.

Conclusions: The results indicate the existence of significant gender differences in the assessment of negative symptoms in three subscales of negative

Wnioski: Wyniki wskazują na istnienie istotnych różnic płciowych w natężeniu objawów negatywnych w zakresie trzech podskal objawów negatywnych ocenianych przy zastosowaniu skali BNSS. Brak podobnych różnic przy wykorzystaniu skali samooceny może wskazywać na tendencję klinicystów do przypisywania wyższych wyników mężczyznom w zakresie asocjalności, awolucji i alogii.

Słowa kluczowe: schizofrenia, objawy negatywne, różnice płciowe.

symptoms, assessed by the BNSS. The lack of such differences performing the self-assessment may indicate a tendency of clinicians to assign higher scores to men for asociality, avolition, and alogia.

Key words: schizophrenia, negative symptoms, gender differences.

Wstęp

Ponad 30 lat temu brytyjski psychiatra Timothy J. Crow zaproponował podział objawów schizofrenii na pozytywne i negatywne (Crow 1985). Obecnie uważa się, że wyraźny postęp terapeutyczny w zakresie schizofrenii dotyczy głównie objawów pozytywnych (psychotycznych), natomiast rezultaty leczenia objawów negatywnych (deficytowych) nadal są niezadowalające (Carpenter i Buchanan 2017). Liczne znaki zapytania dotyczą procesów neurobiologicznych prowadzących do powstawania objawów negatywnych (Wójciak i Rybakowski 2018). Istnieją także kontrowersje co do tego, jakie objawy zalicza się do negatywnych oraz jakimi metodami można je diagnozować. Począwszy od 2005 r., kiedy to podczas *Consensus Development Conference on Negative Symptoms* uzgodniono stanowisko ekspertów, za objawy negatywne uznaje się bla-

dość afektywną, alogię, wycofanie społeczne, anhedonię i awolucję (Kirkpatrick i wsp. 2006).

Ocenę nasilenia objawów negatywnych utrudnia fakt, iż ich struktura wydaje się mieć charakter heterogeny. Zgodnie z propozycją Carpentera i wsp. (1985) dzieli się je na pierwotne, czyli idiopatyczne, stanowiące integralną część procesu schizofrenicznego, oraz wtórne, pojawiające się jako efekt współwystępowania różnych dodatkowych objawów i czynników towarzyszących schizofrenii, np. objawów psychotycznych, lęku, depresji, uzależnień. Do opisu chorych na schizofrenię charakteryzujących się obecnością pierwotnych i przewlekłe występujących objawów negatywnych wprowadzono pojęcie tzw. schizofrenii deficytowej (Carpenter i wsp. 1988). Z kolei Kirkpatrick i wsp. (2006) oraz Buchanan i wsp. (2007) zaproponowali pojęcie uporczywych objawów negatywnych jako opornych na leczenie, ograniczających zdolność do normalnego funkcjonowania oraz obecnych w okresach klinicznej stabilizacji.

Wraz z postępem badań nad objawami negatywnymi dotychczas stosowane narzędzia diagnostyczne, nazywane obecnie skalami I generacji, okazały się z wielu powodów niewystarczające. Na podstawie wytycznych *Consensus Development Conference on Negative Symptoms* stworzono nowe skale do oceny objawów negatywnych, określane mianem skal II generacji. W tabeli 1 zestawiono skale I i II generacji (kliniczne i samooceny) do oceny objawów negatywnych schizofrenii.

Tłumaczenia na język polski oraz walidacji dwóch skal II generacji – skali klinicznej *Brief Negative Symptom Scale* (BNSS) oraz skali samooceny *Self-evaluation of Negative Symptoms* (SNS) – dokonano w Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (Wójciak i wsp. 2018a,b).

Jednym z istotnych czynników różnicujących przebieg oraz obraz psychopatologiczny schizofrenii jest płeć chorych. Różnice dotyczą zarówno ogólnego wymiaru schizofrenii, jak i poszczególnych objawów. W kontekście różnic płciowych najczęściej opisywane jest gorsze przystosowanie przedchorobowe i gorsze funkcjonowanie spo-

Tabela 1. Skale I i II generacji do oceny objawów negatywnych schizofrenii

Narzędzie badawcze	Autorzy
Skale I generacji	
Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 3 itemy dla objawów negatywnych	Overall i Gorham 1962
Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) 8 itemów dla objawów negatywnych	Kay i wsp. 1987
Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS)	Andreasen 1989
Schedule for the Deficit Syndrome (SDS)	Kirkpatrick i wsp. 1989
Skale II generacji	
Skale kliniczne	
Clinical Assessment Interview for Negative Symptoms (CAINS)	Kring i wsp. 2013
Brief Negative Symptom Scale (BNSS)	Kirkpatrick i wsp. 2011
Skale samooceny	
Motivation and Pleasure Scale – Self Report (MAP-SR)	Llerena i wsp. 2013
Self-evaluation of Negative Symptoms (SNS)	Dollfus i wsp. 2016

łeczne mężczyzn (Goldstein i Link 1988), większe nasilenie nieprawidłowości neurorozwojowych (Nopoulos i wsp. 1997), wcześniejszy początek choroby (Häfner 2003) oraz większe nasilenie objawów pozapiramidowych u mężczyzn (Smith 2010). Kobiety wydają się lepiej reagować na leczenie przeciwpsychotyczne (Abel i wsp. 2010), lepiej współpracują w leczeniu (Thorup i wsp. 2014). Późniejszy początek choroby wpływa na lepsze funkcjonowanie społeczne i zawodowe, w konsekwencji kobiety ze schizofrenią częściej mają potomstwo i rzadziej żyją samotnie (Savill i wsp. 2017). Kobiety rzadziej podejmują próby samobójcze (Seeman 2012), epizody zaostrzeń choroby są u nich krótsze, a remisje pełniejsze (Castagnini i Berrios 2009).

W odniesieniu do objawów negatywnych wskazuje się na ich większe nasilenie i większą przewlekłość u mężczyzn (Morgan i wsp. 2008), a średni czas trwania zaostrzenia objawów negatywnych jest u mężczyzn dłuższy niż u kobiet (An der Heiden i wsp. 2016). W jednym z badań obserwowano większą redukcję nasilenia objawów negatywnych u kobiet poddanych tzw. psychoterapii zorientowanej na ciało (*body psychotherapy*) niż u mężczyzn (Savill i wsp. 2017).

Interesujące wydaje się spostrzeżenie, iż część różnic płciowych pojawia się już w okresie prodromalnym psychozy. W tym czasie u mężczyzn obserwuje się większe nieprawidłowości w obrębie struktur limbicznych i większe ryzyko rozwoju pełnoobjawowej psychozy. W okresie prepsychotycznym u kobiet dominują zwiewne objawy pozytywne i afektywne, a u mężczyzn negatywne (Guma i wsp. 2017; Barajas i wsp. 2015).

W niniejszej pracy wysunięto hipotezę, że różnice płciowe u chorych na schizofrenię mogą dotyczyć oceny nasilenia objawów negatywnych. W tym celu porównano ocenę nasilenia tych objawów u kobiet i mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii będących w okresie objawowej stabilizacji choroby przy wykorzystaniu polskich wersji skal II generacji – skali klinicznej BNSS oraz skali samooceny SNS.

Materiał i metody

Osoby badane

Badaniem objęto 40 chorych (20 mężczyzn, 20 kobiet) z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej wg klasyfikacji ICD-10. Pacjenci pozostawali pod opieką poradni przyklinicznej przy Klinice Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu (20 osób), byli podopiecznymi Środowiskowego Domu Samopomo-

cy Zielone Centrum w Poznaniu (10 osób) oraz Środowiskowego Domu Samopomocy Fountain House w Poznaniu (10 osób). Wiek pacjentów wynosił 44 ± 13 lat, czas edukacji 13 ± 3 lata, a długość trwania choroby 17 ± 10 lat. Wszyscy pacjenci pozostawali w fazie objawowej stabilizacji choroby, rozumianej jako uzyskanie sumarycznego wyniku w skali *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) (Kay i wsp. 1987) maksimum 80 punktów i otrzymywali niezmienną terapię farmakologiczną w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Metodyka badań psychometrycznych

1. Do wstępnej oceny nasilenia objawów choroby wykorzystano skalę PANSS. Wartości skali (średnia \pm SD) w badanej grupie pacjentów były następujące: ocena sumaryczna 56 ± 16 pkt, objawy pozytywne 11 ± 4 pkt, objawy negatywne 14 ± 6 pkt, psychopatologia ogólna 25 ± 6 pkt.
2. Oceny objawów negatywnych dokonano z zastosowaniem polskiej wersji skali BNSS (Kirkpatrick i wsp. 2011; Wójciak i wsp. 2018a) oraz SNS (Dollfus i wsp. 2016; Wójciak i wsp. 2018b).

Metody statystyczne

Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet Statistica (Stat-Soft Polska), wersja 12. Poziom istotności statystycznej ustalono na $p < 0,05$. Normalność rozkładu oceniano testem Shapiro-Wilka. W zależności od normalności rozkładu do porównania wyników między mężczyznami a kobietami stosowano test Studenta dla danych niepowiązanych lub test Manna-Whitneya.

Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji Bioetycznej przy Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wszyscy pacjenci zostali poinformowani o celu i metodyce przeprowadzanych badań i wyrazili pisemną zgodę na udział w nich.

Wyniki

W badanej grupie nie odnotowano różnic między mężczyznami a kobietami w zakresie wieku, czasu trwania choroby, liczby hospitalizacji oraz liczby lat edukacji.

Średni całkowity wynik w skali PANSS był wyższy u mężczyzn niż u kobiet (58 vs 46 punktów, $p = 0,043$, test Studenta), przy czym mężczyźni uzyskiwali statystycznie istotnie wyższą średnią punktację w zakresie podskali negatywnej ($18,5$ vs $11,4$, $p = 0,028$, test Studenta). Wyniki przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2. Płeć a wiek, czas trwania choroby, liczba hospitalizacji, lata edukacji oraz wyniki w zakresie podskal skali PANSS w grupie badanej

Zmienna	Mężczyźni średnia (odchylenie standardowe)	Kobiety średnia (odchylenie standardowe)	p
wiek	42,9 (13,4)	44,5 (13,6)	0,675
czas trwania choroby	17,4 (11,9)	17,3 (8,8)	0,956
liczba hospitalizacji	5,2 (4,9)	6,7 (8,6)	0,745
lata edukacji	12,6 (2,8)	13,5 (3,0)	0,507
PANSS pozytywne	12,7 (3,1)	11,2 (3,1)	0,314
PANSS negatywne	18,5 (7,2)	11,4 (3,4)	0,028
PANSS ogólne	27,4 (5,1)	23,7 (4,6)	0,143
PANSS suma	58,6 (12,7)	46,3 (8,7)	0,043

p < 0,05, test Studenta

Tabela 3. Porównanie nasilenia objawów negatywnych u mężczyzn i kobiet ocenianych za pomocą skali BNSS

Zmienna	Mężczyźni (średnia/mediana)	Kobiety (średnia/mediana)	p
BNSS 1. Intensywność przyjemności podczas aktywności	1,6/1,5	1,1/1,0	0,291
BNSS 2. Częstotliwość aktywności sprawiających przyjemność	2,05/2,0	1,4/1,0	0,176
BNSS 3. Intensywność oczekiwanej przyjemności z przyszłych aktywności	1,6/1,0	1,2/0,5	0,323
BNSS Anhedonia – suma	5,25/4,5	3,7/3,0	0,213
BNSS 4. Brak prawidłowego dystresu	1,25/1,0	0,55/0,0	0,126
BNSS 5. Asocjalność: zachowanie	2,0/2,0	1,25/1,0	0,129
BNSS 6. Asocjalność: przeżycia wewnętrzne	1,8/2,0	0,85/0,5	0,015
BNSS Asocjalność – suma	3,8/4,0	2,1/2,0	0,039
BNSS 7. Awolicja: zachowanie	2,1/2,0	1,3/1,0	0,069
BNSS 8. Awolicja: przeżycia wewnętrzne	2,05/2,0	0,95/0,0	0,015
BNSS Awolicja – suma	4,15/4,0	2,2/2,0	0,025
BNSS 9. Afekt: ekspresja twarzy	1,5/1,5	1,1/1,0	0,291
BNSS 10. Afekt: ekspresja wokalna	1,55/1,5	0,85/0,0	0,133
BNSS 11. Afekt: ekspresyjne gesty	1,65/1,0	0,85/0,0	0,136
BNSS Bładość afektu – suma	4,7/5,0	2,8/1,0	0,144
BNSS 12. Alogia: ilość mowy	1,5/1,0	0,55/0,0	0,163
BNSS 13. Alogia: spontaniczne opracowanie wypowiedzi	1,65/1,0	0,5/0,0	0,020
BNSS Alogia – suma	3,15/2,0	1,05/1,0	0,060

p < 0,05, test Manna-Whitneya

Ocenę objawów negatywnych w skali BNSS przedstawiono w tabeli 3.

W skali BNSS wykazano statystycznie istotnie większe nasilenie objawów negatywnych u mężczyzn niż u kobiet w zakresie asocjalności (przeżycia wewnętrzne oraz suma), awolicji (przeżycia wewnętrzne oraz suma) i alogii (spontaniczne opracowanie wypowiedzi).

Ocenę objawów negatywnych w skali SNS przedstawiono w tabeli 4. W tej samej grupie badanej nie stwierdzono różnic w nasileniu objawów negatywnych między mężczyznami

i kobietami przy zastosowaniu do oceny nasilenia tych objawów skali samooceny SNS.

Omówienie

W pracy poruszono zagadnienie wpływu płci na nasilenie objawów negatywnych schizofrenii. Dotychczasowe badania dotyczące różnic co do przebiegu i obrazu klinicznego schizofrenii wykazały, że mężczyźni na ogół charakteryzują się gorszym funkcjonowaniem społecznym i zawodowym, wcześniejszym początkiem choroby oraz

Tabela 4. Porównanie nasilenia objawów negatywnych u mężczyzn i kobiet ocenianych za pomocą skali SNS

Zmienna	Mężczyźni (średnia/mediana)	Kobiety (średnia/mediana)	p
1. Wolę pozostać sam/sama we własnym kącie.	0,9/1,0	0,65/0,5	0,259
2. Czuję się lepiej, kiedy jestem sam/sama, ponieważ nie czuję się dobrze z osobą, która jest blisko mnie.	1,0/1,0	0,6/0,0	0,106
3. Nie mam ochoty na wychodzenie z kolegami lub rodziną.	0,5/0,0	0,55/0,0	0,902
4. Nie szukam specjalnie kontaktu lub spotkań z przyjaciółmi (mail, telefon, SMS itd.).	1,1/1,0	0,45/0,0	0,055
Asocjalność – suma	3,5/3,0	2,25/2,0	0,091
5. Mówią mi, że nie jestem ani wesoły/wesoła, ani smutny/smutna i że nie złoścuję się zbyt często.	1,05/1,0	0,6/0,0	0,066
6. Jest dużo rzeczy w życiu smutnych albo wesołych, ale ja nie czuję, żeby mnie dotyczyły.	1,05/1,0	0,85/1,0	0,429
7. Oglądanie filmu wesołego albo smutnego, przeczytanie smutnej lub wesołej historii nie jest dla mnie specjalnym powodem ani do łez, ani do śmiechu.	0,75/1,0	0,6/0,0	0,389
8. Innej osobie trudno jest rozpoznać moje emocje.	1,05/1,0	0,95/1,0	0,648
Błady afekt – suma	3,9/4,0	3,0/3,0	0,171
9. Nie mam tyle do powiedzenia co inni.	1,05/1,0	0,95/1,0	0,729
10. Mówienie jest dla mnie 10 razy trudniejsze niż dla większości ludzi.	0,9/1,0	0,5/0,0	0,153
11. Często zwraca mi się uwagę, że mało mówię.	0,95/1,0	0,55/0,0	0,065
12. Przyjaciołom lub moim bliskim mam ochotę dużo powiedzieć, ale mi nie wychodzi.	1,15/1,0	0,75/1,0	0,072
Alogia – suma	4,05/4,0	2,75/2,0	0,071
13. Trudno mi osiągnąć cele, które sobie wyznaczyłem/wyznaczyłam.	1,15/1,0	0,95/1,0	0,407
14. Ciężko mi wykonywać regularnie codzienne czynności.	0,65/1,0	0,7/0,0	0,976
15. Jest wiele rzeczy, których nie robię, ponieważ brak mi motywacji lub ochoty.	1,1/1,0	0,8/1,0	0,220
16. Wiem, że muszę wykonać różne czynności (np. wstać lub umyć się), ale brakuje mi energii.	0,95/1,0	0,6/0,0	0,165
Awolicja – suma	3,85/4,0	3,05/2,0	0,230
17. Nie odczuwam specjalnie przyjemności, dyskutując z innymi.	0,85/1,0	0,8/0,5	0,761
18. Trudno mi odczuwać przyjemność nawet podczas tych czynności, które sam wybrałem/wybrałam.	0,55/0,0	0,65/0,0	0,714
19. Kiedy wyobrażam sobie, że wykonuję tę lub inną czynność, to również nie sprawia mi to przyjemności.	0,75/1,0	0,65/0,0	0,647
20. Seks – nie widzę w tym żadnej korzyści.	0,6/0,5	0,70,5	0,777
Anhedonia – suma	2,75/2,0	2,8/2,0	0,711
SNS – suma	18,05/17,5	14,7/11,5	0,139

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między kobietami a mężczyznami.

częstszym występowaniem uzależnień. U kobiet natomiast obserwuje się większe nasilenie objawów afektywnych (Rietschel i wsp. 2017). Wielu autorów zwraca uwagę na obserwowane u mężczyzn większe nasilenie objawów negatywnych oraz częstsze występowanie zespołu deficytowego (Falkenburg i Tracy 2012; Roy i wsp. 2001). Jako możliwe przyczyny wskazuje się różne czynniki, m.in. różnice psychospołeczne, poziom funkcjonowania przedchorobowego, późniejszy początek zachorowania u kobiet oraz ochronny wpływ estrogenów (Grossman i wsp. 2008).

W badaniu z wykorzystaniem skali klinicznej PANSS wśród mężczyzn obserwowano statystycznie istotnie wyższe nasilenie procesu chorobowego (PANSS suma) oraz większe nasilenie objawów negatywnych, zarówno sumarycznie, jak i w rozbiciu na poszczególne objawy (wycofanie emocjonalne, wycofanie społeczne, zaburzenia myślenia abstrakcyjnego, brak spontaniczności). Potwierdziło to również badanie przy zastosowaniu skali II generacji do oceny objawów negatywnych BNSS. Mężczyźni wykazali większe nasilenie objawów negatywnych w zakresie

asocjalności, awolucji i alogii. Podobne wyniki uzyskali inni badacze (Galderisi i wsp. 2012; Moriarty i wsp. 2001). W opisywanym badaniu nie stwierdzono natomiast statystycznie istotnych różnic w nasileniu objawów negatywnych między mężczyznami i kobietami przy zastosowaniu skali samooceny objawów negatywnych SNS. Podobne obserwacje poczynili Park i wsp. (2012) stosujący do samooceny skalę *Motivation and Pleasure Scale – Self Report (MAP-SR)*.

Różnice płciowe w nasileniu objawów negatywnych mierzonych przez niezależnych obserwatorów oraz przez samych chorych to interesujące zagadnienie. Ponieważ skale samooceny stanowią stosunkowo nowe narzędzie badawcze, nie prowadzono jeszcze wielu analiz w tym zakresie. Badacze wykazywali skłonność do surowszej oceny objawów negatywnych u osób chorych w porównaniu z grupą kontrolną, ale chorzy skłonni byli zaniżać samoocenę nasilenia tych objawów (Bucci i Galderisi 2017). Część autorów uważa, że większość chorych nie jest w stanie odpowiednio opisać swoich objawów deficytowych oraz że istnieje znacząca różnica w ich ocenie między chorym i badaczem (Hamera i wsp. 1996; Selten i wsp. 2000), aczkolwiek są doniesienia negujące ten pogląd (Ohata i wsp. 2014).

Wyniki pracy wskazują, że w ocenie objawów negatywnych schizofrenii badacze mają tendencję do wyższej oceny ich nasilenia u mężczyzn niż u kobiet, co nie znajduje odzwierciedlenia w samoocenie dokonywanej przez osoby obu płci. Mimo ograniczenia prezentowanej pracy, jaką jest relatywnie mała liczebność badanej grupy, wydaje się, że jest to interesujące zjawisko, które wymaga potwierdzenia w dalszych badaniach.

Piśmiennictwo

1. Abel KM, Drake R, Goldstein JM. Sex differences in schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 417-428.
2. An der Heiden W, Leber A, Häfner H. Negative symptoms and their association with depressive symptoms in the long-term course of schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2016; 266: 387-396.
3. Barajas A, Ochoa S, Obiols JE i wsp. Gender differences in individuals at high-risk of psychosis: a comprehensive literature review. *Scientific World Journal* 2015; 2015: 430735.
4. Bucci P, Galderisi S. Categorizing and assessing negative symptoms. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30: 201-208.
5. Buchanan RW, Javitt DC, Marder SR i wsp. The Cognitive and Negative Symptoms in Schizophrenia Trial (CON-SIST): the efficacy of glutamatergic agents for negative symptoms and cognitive impairments. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 1593-1602.
6. Carpenter WT, Buchanan RW. Negative symptoms therapeutics. *Schizophr Bull* 2017; 43: 681-682.
7. Carpenter WT, Heinrichs DW, Alphas LD. Treatment of negative symptoms. *Schizophr Bull* 1985; 11: 440-452.
8. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: The concept. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 578-583.
9. Castagnini A, Berrios GE. Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2009; 259: 433-443.
10. Crow TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. *Schizophr Bull* 1985; 11: 471-485.
11. Dollfus S, Mach C, Morello R. Self-Evaluation of Negative Symptoms: a novel tool to assess negative symptoms. *Schizophr Bull* 2016; 42: 571-578.
12. Falkenburg J, Tracy DK. Sex and schizophrenia: a review of gender differences. *Psychosis* 2012; 6: 61-69.
13. Galderisi S, Bucci P, Üçok A i wsp. No gender differences in social outcome in patients suffering from schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2012; 27: 406-408.
14. Goldstein JM, Link BG. Gender and the expression of schizophrenia. *J Psychiatry Res* 1988; 22: 141-155.
15. Grossman LS, Harrow M, Rosen C i wsp. Sex differences in schizophrenia and other psychotic disorders: a 20-year longitudinal study of psychosis and recovery. *Compr Psychiatry* 2008; 49: 523-529.
16. Guma E, Devenyi GA, Malla A i wsp. Neuroanatomical and symptomatic sex differences in individuals at clinical high risk for psychosis. *Front Psychiatry* 2017; 8: 291.
17. Hamera EK, Schneider JK, Potocky M i wsp. Validity of self-administered symptoms scales in clients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Schizophr Res* 1996; 19: 213-219.
18. Häfner H. Gender differences in schizophrenia. *Psycho-neuroendocrinology* 2003; 28: 17-54.
19. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-276.
20. Kirkpatrick B, Fenton BS, Carpenter Jr WT i wsp. The NIMH-MATRICES consensus statement on negative symptoms. *Schizophr Bull* 2006; 32: 214-219.
21. Kirkpatrick B, Strauss GP, Nguyen L i wsp. The Brief Negative Symptom Scale: Psychometric properties. *Schizophr Bull* 2011; 2: 300-305.
22. Morgan VA, Castle DJ, Jablensky AV. Do women express and experience psychosis differently from men? Epidemiological evidence from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42: 74-82.
23. Moriarty PJ, Lieber D, Bennett A i wsp. Gender differences in poor outcome patients with lifelong schizophrenia. *Schizophr Bull* 2001; 27: 103-113.
24. Nopoulos P, Flaum M, Andreasen NC. Sex differences in brain morphology in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1648-1654.
25. Ohata H, Yotsumoto K, Taira M i wsp. Reliability and validity of a brief self-rated scale of health condition with acute schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2014; 68: 70-77.
26. Park SG, Llerena K, McCarthy JH i wsp. Screening for negative symptoms: preliminary results from the self-report version of the clinical assessment interview for negative symptoms. *Schizophr Res* 2012; 135: 139-143.
27. Rietschel L, Lambert M, Karow A i wsp. Clinical high risk for psychosis: gender differences in symptoms and social functioning. *Early Interv Psychiatry* 2017; 11: 306-313.
28. Roy MA, Maziade M, Labbé A i wsp. Male gender is associated with deficit schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res* 2001; 47: 141-147.

29. Savill M, Orfanos S, Bentall R i wsp. The impact of gender on treatment effectiveness of body psychotherapy for negative symptoms of schizophrenia: A secondary analysis of the NESS trial data. *Psychiatry Res* 2017; 247: 73-78.
30. Seeman MV. Women and psychosis. *Women's Health* 2012; 8: 215-224.
31. Selten JP, Wiersma D, van den Bosch RJ. Clinical predictors of discrepancy between self-rating and examiner ratings for negative symptoms. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 191-196.
32. Smith S. Gender differences in antipsychotic prescribing. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22: 472-484.
33. Thorup A, Albert N, Bertelsen M i wsp. Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up – two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up. *Eur Psychiatry* 2014; 29: 44-51.
34. Wójciak P, Górna K, Domowicz K i wsp. Polska wersja Krótkiej Skali Objawów Negatywnych (Brief Negative Symptom Scale – BNSS). *Psychiatr Pol ONLINE FIRST* 2018a; 119: 1-9.
35. Wójciak P, Górna K, Domowicz K i wsp. Polska wersja Skali Samooceny Objawów Negatywnych (Self-evaluation of Negative Symptoms – SNS). *Psychiatr Pol ONLINE FIRST* 2018b; 118: 1-9.
36. Wójciak P, Rybakowski J. Obraz kliniczny, patogeneza i ocena psychometryczna objawów negatywnych schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2018; 52: 185-197.