

Şizofrenide Pozitif-Negatif Ayrımı

Cem İLNEM*, Müjen İLNEM**, Özdemir KIR*, Ferhan YENER*, Faruk ASLANER*

ÖZET

Bu derlemede, şizofrenideki pozitif-negatif kavramlar, tekrar gündeme getirilerek, bu konudaki semptom skalalarından kabaca sözedilmiş ve bunların birbirine üstünlükleri gözden geçirilmiştir. Bu skalalarda sözü edilen negatif semptomlar vurgulanmaya çalışılarak, bunların klinik yaklaşımda nozolojik ve prognostik değerleri tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Alogi, anhedoni, apati, asosyalite, avolusyon, pozitif-negatif şizofreni

Düşünen Adam; 1994, 7 (4): 34-38

SUMMARY

In this review, concepts of positive and negative schizophrenia, positive and negative symptom scales are described and these scales are evaluated comparatively. Negative symptoms in these scales are emphasized, nosological and prognostical values in clinical approaches are discussed.

Key words: Alogia, anhedonia, apathy, asociality, avolution, positive-negative schizophrenia

GİRİŞ ve TARİHÇE

Son on yılda, şizofrenideki pozitif ve negatif semptomların ayırılması konusu, araştırmacıların ve klinisyenlerin dikkatini aynı ölçüde çekmiş ve meşgul etmiştir. Bu zamana kadar kullandığımız araştırma tanı kriterlerini ⁽²²⁾ içeren diagnostik sistemler, (DSM-III² ve DSM-III-R³), şizofreniyi tarif eden, pozitif semptomları temel olarak almıştır.

Bu nokta psikometrik olarak doğru kabul edilebilir, ancak bilimsel olarak şüphelidir. Çekingenlik; negatif veya defisit semptomlar; çevre tarafından kabul görmüş, alışılmış, bazı zayıf, ancak itibar gören kişilik yapıları, proses şizofreninin yüzyıllardır merkezi olarak kabul edilmektedir.

Pozitif-negatif şizofreni tanımı tarihsel bir tanım olup, orijinal formülasyonuna hiçkimse tek başına yakından sahip çıkamaz. 19 yy'da Jackson; akıl hastalığını tanımlamak için negatif ve pozitif semptom terimlerini kullanmıştır ve ilkinin, aşırı akıl fonksiyonu kaybından oluştuğunu, ikincisinin ise, aşırı kontrol kaybına sekonder fenomen olarak geliştiğini mütaala etmiştir. 20 yy'da da bizim nozolojik atalarımızın düşüncesi olarak bu ayırım mevcuttur ⁽²⁴⁾.

Kraepelin, bu hastalığı (dementia precox) karakterize eden, başlıca iki bozukluk tanımlamıştır; iradenin temel nedenini oluşturan duygusal faaliyetlerde zayıflama, ve akıl, duygu ve irade faaliyetlerinin içsel bütünlüğünün kaybı ⁽¹⁵⁾.

* Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 7. Psikiyatri Kliniği

** Şişli Etfal Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniği

Bleuler de benzeri negatif-pozitif ayrımını temel ve aksesuar semptomlar şeklinde yapmıştır. İlki; fonksiyon kaybını içermektedir ve hemen hemen her zaman mevcuttur (örnek; dikkat, irade, afektif sıcaklık ve çağrışımında azalma). İkincisi ise; fonksiyonlarda sapma içermektedir ve sadece ciddi relapslarda mevcuttur (örnek; halüsinasyon, delüzyon ve katotoni) (6). Bu ayrım 20 yy.'a kadar bir formdan diğerine taşınarak gelmiştir.

Şizofreni genellikle bipolar terimler ile tanımlanmıştır, bu değerler günümüzde pozitif-negatif ayrım olarak kabul edilmiştir. Sass'tan alınmış ayrımlar şu şekilde adlandırılmıştır (21).

akut (pozitif), kronik (negatif)
reaktif (pozitif), proses (negatif)
sekonder (pozitif), primer (negatif)
aksesuar (pozitif), fundamental (negatif)
aktif (pozitif), reziduel (negatif)

Strauss ve ark., şizofrenide bu fenomenolojilerin ayrı patofizyolojiler gösterdiği şeklindeki ilk aşikar hipotezi ortaya atmışlardır. Bu nosyon daha sonra şizofrenide psikopatolojik proses ve iki sendrom önermesini ortaya atan Crow tarafından genişletilmiştir (9) Buna göre;

Tip 1 şizofrenide; pozitif semptomlar, iyi premorbid işlev (fonksiyon yapabilme), akut başlangıç, nöroleptiğe cevap verebilen semptomlar, iyi, uzun süreli gidişat ve entellektüel gerilemesiz bir sonlanma vardır.

Tip 2 şizofrenide; başlıca negatif semptomlar, kötü premorbid işlev, sinsi başlangıç, ilaca dirençli semptomlar, kötü, uzun süreli gidişat ve entellektüel gerileme ve demansla sonlanma vardır.

Crow daha sonra davranışsal bozulma ve anormal istemsiz hareketleri Tip 2'ye eklemiştir. Tip 1 normal beyindeki reversibl hiperdopaminerjik aktiviteyi yansıtmaya varsayımı üzerine kurulmuştur. Tip 2 ise; yapısal anormal beyinde irreversible nöronal kayıp varsayımına dayanmaktadır. Crow'un bu güçlü hipotezi çalışmalarda bir zincir reaksiyonu başlatmıştır ve pozitif-negatif fenomenolojilerin kullanım sistemleri, önce İngiltere'de, daha sonra Amerika'da uygun hale getirilmiştir (4,16).

Skalalar ve özellikleri

Negatif semptomların değerlendirilmesi 8 sınıflama skalası ile yapılabilir:

Bunlar; Andreasen negatif semptom değerlendirme listesi, (5)

Carpenter'in defisit sendromlar için kriterleri, (7)

Kay ve Opler'in pozitif ve negatif semptom skalası, (14)

Krawiecka ve ark.'nın düzenlediği skala, (16)

Crow'un modifikasyon skalası, (10)

Manchester skalası, (13)

Lewine ve ark.'nın düzenlediği negatif semptom skalası, (18)

Poque Geile ve Harrow'un negatif semptom skalası, (19)

Abrams ve Taylor'un emosyonel küntleşme (Blunting) skalası, (1)

Hemen hemen her sistemde düz duygulanım ve konuşmada fakirlik; negatif semptom olarak, halüsinasyon ve delüzyon ise, pozitif semptomlar olarak kabul edilir. Çoğu sistemler anhedonia, apathy, avolusyon veya abulia'yı içermişse, negatif semptom olarak içermektedir. Düşünce bozukluğu, bizar davranış, uygunsuz afekt ise, diğer taraftan değişken olarak, pozitif veya negatif semptom olarak sınıflanmıştır (24,25).

Lewine ve Sommers, uygunsuz afekt ve konuşma içeriğinin fakirliğinin, (düşünce bozukluğunun bir formu olarak) yüksek integratif kapasite yoksunluğunun yansıtıcısı olarak ayrı bir alana uymakta olduğunu ileri sürmüştür. Fenton ve Mc Glashan, varsanı ve hezeyanların tersine, düşünce bozukluğu ve garip davranışın, negatif semptomlar ve uzun vadede kötü sonlanma ile ilişkili olduğunu saptamıştır. Öte yandan, düşünce bozukluğu ve garip davranış, premorbid işleyişin çeşitli ölçüleriyle ilişkisiz oluşu açısından negatif semptomlara benzemez, pozitif semptomlara benzer. Bu nedenle, bu psikopatolojik özelliklerin yeri pozitif-negatif ayrımında müphemdir (25).

Negatif semptomları değerlendiren yedi metod ve şizofrenin ayrı bir subtipi olarak negatif veya defisit sendromları tanımlayan 6 metod karşılaştırıldığında; şizofrenideki negatif veya defisit sendrom tanısı koymak için sıklıkla kullanılan sistemler, önemli

bulguları tanımlarken, birçok farklılıklar göstermektedir. En geniş sistem, en dar sisteme göre, negatif sendrom olan hastalara, yedi kez daha kolay tanı koydurur (25).

Bu değişikliklerin sebebi şu şekilde açıklanabilir; Negatif şizofreni için kriterler, birbirinden değişik 4 majör hususta belirlenmiştir.

- "Negatif" şeklinde sınıflanmış spesifik semptomlar, negatif sendrom tanısı koymayı gerektirecek semptomların sayısı ve ciddiyeti,
- Dışlayıcı bir kriter şeklinde pozitif semptomların kullanımı,
- Sekonder veya devam etmeyen negatif semptomlu hastaların dışlanması,
- Negatif semptom skalasının ve hasta klasifikasyon sisteminin, "negatif" olan semptomların geniş bir listesi üzerine dayandırılmış olması.

Düz afekt bütün sistemler tarafından negatif semptom olarak düşünülmektedir. Konuşma fakirliği (konuşma miktarında azalma), biri dışında, tümü tarafından negatif semptom olarak düşünülür (Tablo 1).

Bu ana semptomların ötesinde, önemli ölçüde anlaşmazlık vardır. Sosyal izolasyon, anhedonia ve avolusyon/apati (enerji, dürtü, ilgi eksikliği) çoğu sistemler tarafından önemli negatif semptomlar olarak düşünülür. Çünkü düz afekt ve konuşma fakirliği gösteren çoğu hasta, aynı zamanda sosyal izolasyon, anhedonia ve avolusyon gösterme eğilimindedir. Düşünce bozuklukları, çağrışım gevşekliği ve inkoherans, bir sistem tarafından negatif semptom olarak düşünülürken, diğerleri tarafından pozitif olarak düşünülmüştür.

Diğer taraftan, pozitif semptomların katılımının, geniş veya dar sistemler tarafından negatif olarak tanımlanan, hasta sayısı üzerine büyük bir etkisi vardır (Andreasen'in PANSSi dar skaladır). Bu dar sistemlerde belirgin pozitif semptomlar, negatif sendrom için dışlayıcı kriterlerdir. Bu sistemler, basit tek bipolar devamlılığın, her iki karşıt ucunda bulunan negatif ve pozitif subtipleri kavramsallaştıran, "tek boyutlu bipolar" (unidimensional bipolar) şizofreni modeliyle uyumludur (25). Geniş sistemlerde ise, bariz pozitif semptomun varlığı veya yokluğundan bağımsız olarak sendrom tanısı koyduran iki veya daha fazla negatif semptomun varlığı gerekmektedir.

Aynı bireyde sıklıkla birlikte mevcut olabilen, yarı bağımsız prosesler olarak, negatif veya pozitif semptomları değerlendiren, "bağımsız saha" modeli, bu sistemlerde daha fazla yer almaktadır. Carpenter, Buchannon, Strauss ve diğerleri tarafından tekrar öne sürülen, Kraepelin'in orijinal olarak öne sürdüğü, "yarı bağımsız alan" modeli ile; bu çalışmaların verdiği uzunlamasına zaman çerçevesi, (longitudinal time frame) çok uyumlu veriler ileri sürmektedirler. Uzun gözlem süresince, hem negatif hem de pozitif semptomlar gösteren hastalar, "mixed sendrom" şeklinde, dar sistemler tarafından sınıflandırılacaktır. Geniş olarak tanımlanmış negatif sendromların, pozitif sendromlar gözönüne alınmaksızın, negatif semptomların şiddetine dayandığını öne süren uzun süreli sonuç analizleri, en iyi tahmin etme geçerliliğine sahiptir (8,15,11,17,23).

Primer devam eden negatif semptom üzerine odaklanan, Carpenter tarafından geliştirilen defisit sendrom kriterleri, negatif sendromları tanımlayan çalışmalar içinde taktır. Bu tanımlama, bir yıldan daha az süre negatif semptomu mevcut olanı veya anksiyeteye, depresyona, ilaç etkisine ve çevresel baskılanmaya sekonder olarak ortaya çıkan semptomları olan hastaları dışlar (25).

Negatif şizofreni tanısı alanlarda sık rastlanan özellikler

McGlashan ve Fenton'un, bilgisayar verilerinden geriye dönük olarak yaptıkları, demografik özellikler, IQ'yu kapsayan premorbid fonksiyon, mental hastalığın aile anamnezi, başlangıç yaşı, kronisite, nörolojik anormallikler, hastalık yüklülüğü, pozitif ve negatif semptomların seyri, prognoz ve sonlanış gibi değişkenleri araştıran çalışma şu özellikleri yansıtmaktadır (24).

- Demografik olarak, pozitif semptomların ağırlıklı olduğu hastalar ile negatif semptomların ağırlıklı olduğu hastalar arasında yaş ayrımı yoktur.
- Evlilik durumunda da fark yoktur, zaten genellikle şizofrenide düşük sıklıkta olması nedeniyle iyi bir gösterge değildir.
- Cinsiyet yönünden, vakaların çoğunda, erkek hastalarda negatif semptomlar eşlik etmektedir.
- Premorbid ayırım daha çarpıcıdır. Negatif semptomlu şizofrenik hastalarda, hastalık öncesi dönem-

Tablo 1. Negatif semptom skalalarının içeriklerinin yaklaşık örtüşümleri

SANS itemleri	SANS	PANSS	Krawiecka ve ark.	Crow	Carpenter ve ark.	Abrams ve Taylor	Lewine ve ark.	Pogue-Geile ve Harrow
Affektif Düzleşme	X	X	X	X	X	X	X	X
Değişmeyen yüz ifadesi	X	X	X	X	X	X	P	X
Hareketlerde azalma	X	X	P	P	P	P	P	X
Jest ve hareketlerde azalma	X	X	P	P	P	P	P	X
Göz kantağında fakirlik	X	X	P	P	P	P	P	X
Affektif cevapsızlık	X	X	X	X	X	X	P	X
Uyumsuz affekt	X	...	X	...	...	X	X	...
Ses tonunda değişmezlik	X	X	X	X	P	X	...	X
Alogia (Konuşamazlık)	X	P	X	X	X	P	...	...
Konuşmada fakirlik	X	X	X	X	X	X	...	X
İçerikte fakirlik								
(küçük bilgiler taşır)	X	P	P	...	X	...	X	X
Blok	X	...	P	...	...	...	...	P
Artmış gizil cevap(latency response)	X	...	P	...	...	...	P	X
Avolusyon/Apathy	X	P	...	...	...	...	...	P
Kendine bakım-hijyende yetersizlik	X	X	...	...	...	X	...	...
İşte ve okulda sebatsızlık	X	...	...	...	...	...	P	...
Fiziksel enerji	X	...	...	...	...	...	...	...
Anhedonia/Asosyallik	X	P	...	...	X	...	P	...
Eğlenmeye ilginin azalması	X	P	...	...	P	...	P	...
Seksüel ilginin azalması	X	...	...	...	P	...	X	...
Yakınlaşma kapasitesinde azalma	X	P	...	...	P	P	...	...
Az arkadaş/İzolasyon tercihi	X	X	...	...	P	P	...	...
Dikkatte azalma	X	...	...	...	...	...	...	...
Sosyal dikkatsizlik	X	P	...	...	...	...	...	...
Mental durum muayenesinde dikkatsizlik	X	...	...	...	...	...	...	...
Diğer itemler								
Emosyonel çekilme	P	X	...	...	...	X	...	P
Yetersiz uyumluluk	P	X	...	...	...	X	...	P
Yetersiz soyut düşünce	...	X	...	...	...	...	...	...
Düşüncede stereotipi	X	X	...	...	...	...	...	...
Psikomotor gerilik	P	...	X	...	...	...	X	X
Amaç-hedef duygusunun yokluğu	P	P	...	...	X	X	...	...
Yorgunluk	...	...	...	...	...	...	X	...
Yavaşlamış konuşma	...	...	...	...	...	...	X	X
Deprese görünüm	...	...	...	...	...	...	X	...
Çağırışım gevşekliliği/inkoherans	...	...	...	...	...	...	X	...
Alçak ses	...	...	...	...	...	...	...	X

* SANS: negatif semptom değerlendirme ölçeği, PANSS: pozitif ve negatif semptom ölçeği, X: temel örtüşüm, P: kısmi örtüşüm.

de, sosyal/seksüel fonksiyon azlığı anamnezi, düşük eğitim düzeyi, düşük iş kapasitesi söz konusudur.

- IQ verileri ile ilgili çalışmalar başlangıç safhasındadır. Hem hastalık öncesi hem de hastalık sürecinin erken döneminde, negatif semptomlar ile düşük zeka arasında ilişki olduğu öne sürülmektedir.
- Hastalık taşıma yükünlüğü açısından daha az dramatik bir tablo sergiler. Aile anamnezi çalışmaları seyrek ve belirsizdir. İkizlerde yapılan çalışmalarda, negatif semptomlularda, genetik yükünlüğün daha fazla olduğu ileri sürülmektedir, ancak daha fazla verilere ihtiyaç vardır.
- Başlangıç yaşı ve kronisitenin oluşumu, negatif ve pozitif semptomlar yönünden ayırım oluşturmamaktadır, örneklemeler hastaneye yatışla ilişkili olduğu için sağlıklı bir sonuç da söz konusu değildir. Başlangıç yaşı, semptomların ilk ortaya çıkış yaşı gibi tanımlanamamaktadır.

Sınıflandırmaya yeterli semptomların ortaya çıkışı başlangıç yaşı olarak tanımlanmaktadır. Negatif semptomların pozitif semptomlardan daha erken belirginleşmesi muhtemeldir, fakat kaydedilebilir nitelikte problemlere hiçbir zaman neden olmaz. O halde ayırımdaki başarısızlık, yanlış negatif bulgulara yol açabilir. Negatif semptomlarla anormal istemli ve istemsiz hareketler arasındaki güçlü ilişki en çarpıcı bulgudur ve negatif semptomlarla, pozitif semptomların psikopatolojik proseslerinin farklı olduğunu kuvvetlice düşündürür. Yeni bir teoriye göre; kolinerjik hiperaktivasyon sonucu oluşan negatif semptomların, pozitif semptom yaratan dopaminerjik hiperaktiviteye karşı koruyucu yanıt olarak oluştuğu varsayılmaktadır.

Şizofrenideki pozitif ve negatif semptomların seyri, bozukluğun fazına bağlı olarak değişir. Başlangıçta

veya erken epizodlarda pozitif semptomlar siktir, negatif semptomlar seyrek ve her iki tip stabil değildir ve dalgalanma gösterir, genellikle tedaviye yanıt verir. Subakut veya subkronik evrede negatif semptom prevalansı artmaktadır, dalgalanmalar azalmaktadır. Hastalığın daha sonraki evresinde negatif semptomlar oldukça stabil ve klinik tabloya hakimdir.

SONUÇ

Negatif semptomlar klinisyen ve araştırmacıların yeniden ilgisini çekmiştir ve bizim diagnostik nozoloji ve terminolojimizde bunların önemi, yeniden hatırlanmayı gerektirir. DSM-III ve DSM-III-R, şüpheli güvenilirliği, spesifitesi ve geçerliliği nedeniyle bunları prodrom/rezidüel semptomlar karşısında gözardı edilmiştir.

Spesifite; özellikle şizofrenideki negatif semptomlar ve depresyon arasındaki ayırımında bir sorun olarak kalır. Bu durum depresyonun vejetatif semptomları içindir, fakat belki kognitif semptomları olan depresyon için daha az geçerlidir (örneğin; depreme miyaç, suçluluk duygusu, intihar düşüncesi) (20). Her ne kadar, negatif semptomlar diğer bozukluklarda olsa da, olmasa da, şizofreninin ortak ve önemli bir komponentidir. Burada gözden geçirilen değerlendirme sistemleri içindeki, düz duygulanım ve konuşma yoksulluğu, negatif semptomlar olarak kabul edilmiştir. Bu nedenle, halusinasyon, hezeyan, düşünce bozukluğu, dağıntık davranışlarla birlikte, düz duygulanım ve konuşma yoksulluğunun tanımlayıcı kriterlerden biri olduğu öne sürülmektedir.

Avolusyon, apati, anhedonia ve asosyalite negatif semptomları, prodromal/rezidüel kümesine eklenebilir ya da bu grupta yer alabilir. Ölçüt gruplarındaki tam sayısı ve kesin yerleşimi, halen tartışmalı olan ve araştırılması gereken konulardır. Yine de negatif semptomların, tanımlayıcı bir grup olarak bozukluğun doğal gidişine ilişkin geçerliliği ulaştığı söylenebilir (24). Nitekim DSM-IV; negatif semptomları, afektif düzleşme, aloji ya da avolusyonu şizofreninin karakteristik A semptomlarından biri olarak ölçütleri arasına almıştır. Negatif semptomlar, yine şizofreninin uzunlamasına seyir sınıflandırmasında belirgin negatif semptomların olup olmamasına göre de DSM-IV'de yer almakta olup, şizofreni alt tiplerinden rezidüel tipin ölçütlerinden birini oluşturmaktadır.

zofreni alt tiplerinden rezidüel tipin ölçütlerinden birini oluşturmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Abrams R, Taylor MA: A rating scale for emotional blunting. *Am J Psychiatry* 135:226-229, 1978.
2. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and Statistics.
3. American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature and reliability.
4. Andreasen NC: Negative symptoms in schizophrenia definition and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 39:784-788, 1992.
5. Andreasen NC, Olsen S: Negative, positive schizophrenia; definition and validation. *Arch Gen Psychiatry* 39:789-788, 1982.
6. Bleuler E: *Demantia Praecox and the group of Schizophrenia*. New York NY: Int Univ Press, 1950.
7. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagmen AMI: Deficit and non-deficit forms of schizophrenia; the concept. *Am J Psychiatry* 145:578-583, 1988.
8. Carpenter WT, Buchanon RW: Domains of psychopathology relevant to the study of the etiology and treatment of schizophrenia. In Schultz SC Tomminga CT, eds. *Schizophrenia; A scientific focus*. New York NY: Oxford Univ Press Inc 10:13-23, 1990.
9. Crow TJ: Molecular pathology of schizophrenia; more than one disease process? *B MJ* 280:66-68, 1980.
10. Crow TJ: The two-syndrome concept; origins and current status. *Schizophr Bull* 11:471-486, 1985.
11. Fenton WS, Mc Glashan TH: Natural history of schizophrenai subtypes; II: Positive and negative symptoms and long-term course. *Arch Gen Psychiatry* 48:978-986, 1991.
12. Fish B: Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic symptoms; a model of cholinergic/dopaminergic interaction in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 46:745-753, 1989.
13. Hyde CE: The Manchester Scale; a standardised psychiatric assessment for rating chronic psychotic patients. *Br J Psychiatry* 155 (Suppl 7):45-48, 1989.
14. Kay SR, Opler LA, Lindenmayer JP: The positive and negative syndrome scale. (PANSS): rationale and standardisation. *Br J Psychiatry* 155 (Suppl 7):59-65, 1989.
15. Kraepelin E: *Dementia Praecox and paraphrenia*. Edinburgh, Scotland ES Livinstone, 1919.
16. Krawiecka M, Goldberg D, Vaughan M: A standardized psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand* 55:299-308, 1977.
17. Lenzenweger MF, Dworkin RW, Wethington E: Models of positive and negative symptoms in schizophrenia; an empirical evaluation of latent structure. *J Abnorm Psychol* 1:62-70, 1989.
18. Lewine R, Foss L, Meltzer H: The development of scales for the assessment of positive and negative symptoms in schizophrenia. *Schizophr Bull* 9:368-376, 1983.
19. Pogue-Geile MF, Harrow M: Negative and positive symptoms in schizophrenai and depression; a follow-up. *Schizophr Bull* 10:371-387, 1994.
20. Prosser ES, Csernansky JG, Kaplan J, Thiemenn S, Becker TI, Hollister LE: Depression, parkinsonian symptoms and negative symptoms in schizophrenics treated with neuroleptics. *J Nerv Ment Dis* 175:100-105, 1987.
21. Sass H: The historical evaluation of the concept of negative symptoms in schizophrenic. *Br J Psychiatry* 155 (Suppl 7):26-31, 1989.
22. Spitzer RL, Endicott J, Robins E: *Research Diagnostic Criteria*, 3rd ed. New York NY: New York State Psychiatric Institute 1977.
23. Strauss JS, Carpenter WT, Bartko J: The diagnosis and understanding of schizophrenia, III; speculations on the processes that underlie schizophrenic symptoms and signs. *Schizophr Bull* 1:61-69, 1974.
24. Thomas H, Mc Glashan, Wayne S Fenton: The positive-negative distinction in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 49:63-72, 1992.
25. Wayne S, Fenton, Thomas H, Mc Glashan: Testing system for assessment of negative symptoms in schizophrenai. *Arch Gen Psych* 49:179-184, 1992.