

Objawy schizofrenii paranoidalnej a lęk – analiza dynamiczna

Symptoms of paranoid schizophrenia and anxiety – a dynamic analysis

Bożena Śpila, Hanna Karakuła, Anna Grzywa

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie

Przedstawiono zależność między objawami schizofrenii paranoidalnej a przeżywanym przez chorych lękiem.

The connection between anxiety and different symptoms of paranoid schizophrenia are presented.

schizofrenia
lęk

schizophrenia
anxiety

Zarówno w praktyce klinicznej, jak i w literaturze wielokrotnie stwierdzano, iż lęk u chorych na schizofrenię należy do objawów najczęściej spotykanych.

Susułowska [1], badając treść lęków u psychotyków stwierdziła, że ich rodzaj miał pewną cechę ogólną, odróżniającą je od lęków występujących u osób zdrowych i neurotyków, u których przeważały lęki indywidualne, występujące pojedynczo, i zróżnicowane treściowo. U każdego psychotyka zespół przeżywanych lęków ma inną treść, a podobieństwo dotyczy tylko pojedynczych elementów składowych. Na podstawie badań empirycznych ustalono następującą częstotliwość występowania treści lęków: przed snami i halucynacjami 22,5%, związanych z treścią urojeń 22,5%, przed ludźmi 20,0%, przed śmiercią 17,5%, przed samym sobą 10,0%, przed zniedołężnieniem 10,0%, przed chorobą 7,5%, przed kłopotami 7,5%, przed szpitalem i lekarzami 7,5%, przed samotnością 5,0%, przed kompromitacją z powodu choroby psychicznej 5,0%, lęk o bliskich 5,0%. U pozostałych 20,0% badanych wystąpiły lęki właściwe tylko im i nie podlegające kategoryzacji treściowej. Porównując treść lęków w psychozach i u osób zdrowych stwierdzamy ich odmienność i nieporównywalność, jak również pewien nowy rodzaj, który wyraża się w różny sposób. W badaniach lęku o własną przyszłość stwierdzono jego wyższy poziom u chorych na schizofrenię paranoidalną, w porównaniu z osobami zdrowymi. U chorych, w przeciwieństwie do osób zdrowych, lęk o własną przyszłość nie zależał od subiektywnej ważności i bliskości problemu – wszystkie problemy zagrażające ludzkości były ważne [2].

Kępiński [3, 4], odróżniając cztery rodzaje lęku, stwierdza, że lęk występujący

w schizofrenii ma najczęściej charakter dezintegracyjny, ponieważ w chorobie struktura świata zewnętrznego i wewnętrznego ulega rozbiciu. Równie częsty jest lęk typu społecznego, będący według Kępińskiego osiowym objawem urojeń prześladowczych. Jest to lęk przed ludźmi widzianymi przez chorego, pod wpływem przeżyć urojeniowych czy halucynacyjnych – inaczej, jakby byli zmienieni, inni niż dotychczas. Lęk moralny jest lękiem przed własnym zmienionym sumieniem i najczęściej jest spotykany w urojeniach typu posłanniczego. Lęk biologiczny występuje w postaci nagłych ataków paniki lub stałego poczucia zagrażającej śmierci i wiąże się ze zmianą poczucia własnego ciała, z jego subiektywną metamorfozą [4].

Próbując opisać lęk w schizofrenii paranoidalnej trudno jest oddzielić go od innych objawów schizofrenii. Oczywiście jest, że proces chorobowy i aktualne przeżycia chorego mogą w nim budzić lęk. Norman i Mall [5] badali relacje pomiędzy lękiem i depresją a objawami pozytywnymi i negatywnymi u chorych na schizofrenię. Stwierdzili, iż nastrój depresyjno-lękowy jest ściślej związany z występowaniem objawów pozytywnych, takich jak urojenia, halucynacje, niż negatywnych. Poza tym nastrój ten może poprzedzać pojawienie się ostrych objawów pozytywnych. Hustig i Hafner [6], badając długo trwające halucynacje słuchowe u chorych na schizofrenię, stwierdzili, że przynajmniej u połowy badanych istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy nasileniem i uporczywością halucynacji a intensywnością urojeń: im bardziej uporczywe i stresujące były halucynacje, tym bardziej lękowi byli pacjenci.

Na podstawie analizy treści wypowiedzi można wskazać na trzy główne obszary związane z pojawieniem się lęku u chorych na schizofrenię. W początkowej fazie choroby aktualne objawy psychopatologiczne stanowią bezpośrednie źródło przeżyć lękowych. W dalszym jej ciągu, w fazie chronicznej, świadomość choroby psychicznej, obawa przed pogorszeniem się zdrowia, nieskutecznością leczenia może stanowić czynnik wywołujący lęk i poczucie zagrożenia. Również świadomość społecznego wymiaru choroby może powodować lęk przed odrzuceniem i brakiem akceptacji. Kliniczne obserwacje i dane empiryczne sugerują, że osoby chore na schizofrenię wykazują większy poziom lęku społecznego w kontaktach społecznych, określają „nieśmiałość” jako znaczny problem. Wysoki poziom lęku społecznego może być czynnikiem społecznej izolacji, będącej powszechnym problemem u tych pacjentów. Penn i wsp. [7] badając lęk społeczny w schizofrenii sugerują, że może on być większym problemem u pacjentów z przewagą objawów negatywnych. Pacjenci ci mają większe trudności w relacjach społecznych i gorsza jest jakość ich życia w porównaniu z pacjentami z przewagą objawów pozytywnych. Tendencja do wycofywania się z kontaktów interpersonalnych u tych pacjentów może wynikać z prób zmagania się z wysokim poziomem lęku społecznego. W przeprowadzonym badaniu potwierdzono, że objawy negatywne były związane istotnie z behawioralnymi wskaźnikami lęku społecznego. Więcej negatywnych objawów wiązało się z bardziej nasilonym lękiem globalnym, częstszym kołysaniem się, wolniejszą mową i małą, z długimi przerwami, płynnością mowy. Natomiast objawy pozytywne korelowały istotnie z wyższą agorafobią, bardziej nasilonym lękiem związanym z pobytem w szpitalu i przed zranieniem oraz z utrudnionym nawiązywaniem kontaktu wzrokowego.

Celem pracy było analizowanie związku lęku z innymi objawami schizofrenii

paranoidalnej w trakcie trwania epizodu chorobowego.

Metoda i grupa badana

W badaniu zastosowano narzędzia kliniczne znane i uprzednio stosowane, których rzetelność i trafność oszacowywano w wielu wcześniejszych badaniach.

Do oceny poziomu lęku zastosowano Inwentarz Stanu i Cechy Lęku według Spielbergera [8, 9]. Objawy psychopatologiczne oceniano za pomocą Skali Oceny Stanu Psychicznego według Overalla [10] oraz Skali Oceny Objawów Negatywnych i Skali Oceny Objawów Pozytywnych opracowanej przez Andreasen [11, 12]. W celu obserwacji dynamiki lęku i objawów paranoidalnych w trakcie hospitalizacji skale te stosowano trzykrotnie – w pierwszym tygodniu po przyjęciu do szpitala, po 3–4 tygodniach pobytu oraz przed wypisaniem, czyli po ustąpieniu objawów choroby. Jednorazowo stosowano Inwentarz Socjodemograficzny, służący do opisu grupy badanej.

Do obliczeń statystycznych użyto programu Statistica i zastosowano macierz korelacji. Analizowano dane, których poziom istotności statystycznej p był mniejszy przynajmniej od 0,05.

W grupie badanej znalazło się 66 chorych na schizofrenię paranoidalną, w tym, w równej liczbie, 33 kobiety i 33 mężczyzn.

Większość badanych chorych była hospitalizowana po raz pierwszy – 69,7%, w tym 72,7% kobiet i 66,7% mężczyzn. 62 osoby było przyjęte do szpitala po raz pierwszy, drugi lub trzeci (93,9%). W grupie przeważały osoby młode, do 30 lat (77,3%), z przewagą mężczyzn (29 osób), szczególnie w wieku 18 i 24, 25 lat, odpowiednio po 15,2%. Rozkład wiekowy kobiet przedstawia się bardziej równomiernie, z przewagą w wieku późniejszym: 29 lat (9,1%) i 35 lat (12,1%). Średnia wieku całej grupy wynosiła 26,4 lat, dla mężczyzn – 25,0 lat, a dla kobiet – 27,7 lat. Interesujące ze względu na uwarunkowania genetyczne schizofrenii wydają się istniejące u osób badanych obciążenia dziedziczne. U połowy chorych nie stwierdzono żadnych obciążeń genetycznych, natomiast druga część pacjentów badanych była obciążona, kolejno: schizofrenią (21,2%), alkoholizmem (13,6%), samobójstwem (9,1%) oraz chorobą afektywną (3,0%). Mężczyźni byli najczęściej obciążeni alkoholizmem (18,2%), kobiety zaś schizofrenią (27,3%). Pacjenci w trakcie obserwowanego epizodu schizofrenii przebywali w szpitalu przeważnie od 1 do 3 miesięcy (44 osoby, co stanowi 66,7%), przez 3–6 miesięcy przebywało 13 osób (19,7%) i tylko 2 osoby powyżej 6 miesięcy. Siedmiu pacjentów (10,6%), z różnych przyczyn, wypisało się przed upływem miesiąca.

Wyniki badań

Przeanalizowano związki, jakie zachodzą między lękiem, mierzonym za pomocą Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (ISCL), a innymi objawami psychopatologicznymi, mierzonymi za pomocą Skali do Oceny Objawów Negatywnych (SANS) i Pozytywnych (SAPS) oraz Skali Oceny Stanu Psychicznego (BPRS), co przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1

**Korelacje lęku mierzonego za pomocą ISCL z innymi objawami
w pierwszym tygodniu leczenia**

* p < 0,05 *** p < 0,001

	SANS 11	SAPS 3	SAPS 5	SAPS 33	BPRS 5	BPRS 9	BPRS 14
x-1	*** -0,3345		* -0,3032	* -0,2669			* -0,2433
x-2		* 0,2422			* 0,2489	* 0,2510	* -0,2589

Jak wynika z tabeli 1, lęk jako stan (x-1) aktualnie przeżywany przez pacjenta wysoko ujemnie koreluje ze zwiększoną latencją odpowiedzi (SANS 11) ($p < 0,001$) oraz z omamami węchowymi (SAPS 5), dźwięczeniem mowy (SAPS 33) i brakiem współpracy z badającym (BPRS 14) ($p < 0,05$). Można sądzić, że bardziej nasilone zaburzenia myślenia, zauważalne w sposobie mówienia pacjenta, mogą wiązać się z mniejszym nasileniem aktualnie przeżywanego lęku. Pacjenci odczuwający niezwykle zapachy nie muszą się ich lękać, ale mogą odbierać je jako przyjemne.

Lęk jako cecha osobowości chorego (x-2) słabo dodatnio koreluje z występowaniem omamów o charakterze głosów dyskutujących (SAPS 3), poczuciem winy (BPRS 5), obniżeniem nastroju (BPRS 9) i słabo ujemnie z brakiem współpracy z badającym (BPRS 14). „Słyszane” przez pacjenta w ostrej fazie choroby głosy rozmawiające na jego temat mogą powodować poczucie winy i obniżenie nastroju (treści oskarżające, wrogie), a tym samym zwiększać predyspozycję do reagowania lękiem, natomiast nasilony lęk, zarówno osobowościowo uwarunkowany, jak i aktualnie przeżywany na skutek dolegliwości chorobowych, może powodować zwiększoną potrzebę współpracy, oparcia w badającym. Następnie obliczono współczynniki korelacji lęku jako stanu (x-1) i jako cechy (x-2) z objawami psychopatologicznymi obecnymi po trzech tygodniach leczenia, co uwidoczniło w tabeli 2.

Tabela 2

**Korelacje lęku ocenianego na podstawie ISCL z innymi objawami
po trzech tygodniach leczenia**

* p < 0,05

	SANS 10	SAPS 4	SAPS 13	SAPS 17	BPRS 14
x-1	* -0,2869	* -0,3681	* -0,3583		
x-2				* -0,3073	* -0,2890

W drugim etapie badań lęk istniejący w danej chwili (x-1) u chorych na schizofrenię paranoidalną słabo ujemnie korelował z zablokowaniem mowy (SANS 10), omamami somatycznymi lub dotykowymi (SAPS 4), urojeniami doznań somatycznych (SAPS 13). Przeżycia chorobowe pacjenta dotyczące jego ciała są bliskie jego przestrzeni

wewnętrznej, w przeciwieństwie do innych, i w związku z tym może on się ich mniej obawiać.

Lęk zazwyczaj obecny u chorych (x-2) również słabo ujemnie korelował z dziwacznym wyglądem zewnętrznym (SAPS 21) i brakiem współpracy z badającym (BPRS 14). Chorzy z dużą predyspozycją do reagowania lękiem mogą poszukiwać oparcia w badającym, również nie mają dość odwagi, aby ubrać się dziwnie czy odmienić swój wygląd.

W trzecim etapie badań występowało najwięcej korelacji lęku z objawami psychopatologicznymi. W przypadku objawów negatywnych dotyczyło to lęku jako cechy, a nie lęku aktualnie przeżywanego. Tabela 3 przedstawia korelacje lęku jako cechy (x-2) z objawami negatywnymi ocenianymi za pomocą skali SANS.

Tabela 3

Korelacje cechy lęku ocenianego na podstawie ISCL z objawami negatywnymi przy wypisaniu ze szpitala

* $p < 0,05$

SANS	4	14	15	16	17	18
x-2	*	*	*	*	*	*
	-0,2458	0,2456	0,2450	0,2545	0,2673	0,2522

Cecha lęku (x-2) korelowała słabo dodatnio z brakiem wytrwałości (SANS 14), anergią fizyczną (SANS 15), apatią-awolicjonalnością (SANS 16), spadkiem zainteresowań (SANS 17) i zmniejszoną aktywnością seksualną (SANS 18) oraz ujemnie z ubogim kontaktem wzrokowym. Skłonność do reagowania lękiem narasta u chorych apatycznych, mało wytrwałych, którzy nie mają dość energii do poradzenia sobie z lękiem. Można też stwierdzić, że chorzy z bardziej nasiloną cechą lęku nie unikają kontaktu wzrokowego z badającym, co zmniejsza u nich lęk.

Korelacje lęku ocenianego na podstawie ISCL z objawami pozytywnymi mierzonymi za pomocą skali SAPS dotyczyły wielu punktów. Tabela 4 ilustruje związek lęku w chwili wypisania ze szpitala z objawami pozytywnymi wg skali SAPS.

Tabela 4

Korelacje stanu lęku ocenianego na podstawie ISCL z objawami pozytywnymi przy wypisaniu ze szpitala

* $p < 0,05$ *** $p < 0,001$

SAPS	1	2	3	11	19	23	28	29	31
x-1	*	*	*	*	***	*	**	*	*
	0,2670	0,2390	0,2677	0,2430	-0,5700	0,2651	0,3906	0,2366	0,2810

Aktualny przedwypisowy poziom lęku wysoce koreluje ujemnie z urojeniami wykradania myśli (SAPS 19) i dodatnio z inkoherencją mowy (SAPS 28) oraz słabo dodatnio z przeżywanymi omamami słuchowymi (SAPS 1), głosami komentującymi (SAPS 2) i dyskutującymi (SAPS 3), urojeniami wielkościowymi (SAPS 11), agresywnością i pobudzeniem (SAPS 23), nielogicznością myślenia (SAPS 29) i nadmiarem

słów (SAPS 31). Ponownie potwierdza się zależność między lękiem przeżywanym w danej chwili przez pacjenta a doznawanymi omamami i zaburzeniami formalnymi myślenia utrudniającymi kontakt z otoczeniem. Przekonanie urojeniowe o szczególnych zdolnościach czy możliwościach jest w danej chwili dla pacjenta źródłem zwiększonego lęku.

Zależność między lękiem jako cechą osobowości (x-2) a objawami pozytywnymi dotyczyła wielu punktów skali SAPS, co widać w tabeli 5.

Tabela 5

Korelacje cechy lęku ocenianego na podstawie ISCL z objawami pozytywnymi przy wypisaniu ze szpitala

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

SAPS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
x-2	0,211*	0,386**	0,314*	0,281*	0,302*	0,295*	0,364*	0,354*	0,476**	0,312*	0,399**	0,341*	0,218*	0,306*	0,278*

Stwierdzono wysokie dodatnie wskaźniki korelacji cechy lęku (x-2) z następującymi objawami: urojeniami prześladowczymi (SAPS 8) i odsłonięciami myśli (SAPS 16), głosami komentującymi (SAPS 2) i dyskutującymi (SAPS 3), urojeniami wielkościowymi (SAPS 11), ksobnymi (SAPS 14), ogólnym poziomem urojeń (SAPS 20) oraz inkoherencją mowy (SAPS 28). Słabo dodatnie korelacje wykazano z przeżywanymi omamami słuchowymi (SAPS 1), ogólnym poziomem omamów (SAPS 7), urojeniami kontrolowania (SAPS 15), nasyłania myśli (SAPS 18), agresywnością, pobudzeniem (SAPS 23), rozkojarzonym myśleniem (SAPS 26) oraz inkoherentną (SAPS 28) i nielogiczną mową (SAPS 29). Można sądzić, że u osób z wysoką dyspozycją osobowościową do reagowania lękiem pod wpływem omamów czy urojeń, przy zaburzonym formalnie myśleniu przejawiającym się w mowie, cecha ta nasili się. Będą też broniły się one agresją lub staną się pobudzone.

Następnie przeanalizowano związki pomiędzy lękiem szacowanym wg BPRS (objaw 2) a objawami negatywnymi i pozytywnymi.

Tabela 6

Korelacje lęku wg BPRS, objaw 2, z objawami mierzonymi za pomocą SANS i SAPS przy przyjęciu do szpitala

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Umiarkowanie dodatnie korelacje występują między lękiem a urojeniami prześladowczymi (SAPS 8), winy i grzeszności (SAPS 10), kontrolowania (SAPS 15) oraz słabe – z agresywnością (SAPS 23). Umiarkowanie ujemne korelacje lęku stwierdzono dla rozwlekłości w mówieniu (SAPS 30) i słabe – dla trudności w skupieniu uwagi (SANS 23). Można wnioskować, że przeżycia lękowe ściśle wiążą się z doznawanymi przez pacjenta objawami wytwórczymi, przed którymi broni się agresywnie. Zaburzone

	SANS 23	SAPS 8	SAPS 10	SAPS 15	SAPS 23	SAPS 30
BPRS	*	**	**	**	*	**
lęk	-0,2419	0,3725	0,3300	0,3281	0,2707	-0,3506

procesy myślowe utrudniają koncentrację uwagi i płynność w mowie.

Po trzech tygodniach hospitalizacji zależność lęku szacowanego wg BPRS, objaw 2, od objawów określanych na podstawie SANS i SAPS przedstawia tabela 7.

Tabela 7

Korelacje lęku wg BPRS, objaw 2, z objawami ocenianymi za pomocą SANS i SAPS po trzech tygodniach leczenia

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Lęk oceniany przez badającego koreluje umiarkowanie dodatnio z agresywnością

	SANS 13	SANS 14	SANS 15	SANS 16	SAPS 17	SAPS 15	SAPS 23	SAPS 25	SAPS 28	SAPS 31
BPRS L2:	*	*	*	*	*	*	**	*	*	**
	0,3343	0,2921	0,3499	0,2816	0,2856	0,3350	0,4464	0,3446	0,3348	0,4251

i pobudzeniem (SAPS 23) oraz nadmiarem słów (SAPS 31), a słabo dodatnio z brakiem dbałości o wygląd (SANS 13), wytrwałości (SANS 14), anergią i apatią (SANS 15 i 16), urojeniami o treści religijnej (SAPS 12), poczuciem bycia kontrolowanym (SAPS 15), dziwacznością zachowania (SAPS 25) i inkoherencją mowy (SAPS 28). W trzecim tygodniu pobytu w szpitalu chorzy nadal bali się kontrolowania i urojeniowych przeżyć religijnych, bronili się agresją i pobudzeniem. Jednocześnie mogli czuć się bezbronni i bardziej podatni na reagowanie lękiem na skutek apatii, braku aktywności, pozwalającej na poradzenie sobie z lękiem. Podobnie trudności w komunikowaniu się z otoczeniem, z powodu zaburzeń formalnych myślenia i dziwaczności w zachowaniu, nie zmniejszyły lęku.

Pod koniec leczenia związek lęku oceniany za pomocą BPRS z objawami psychopatologicznymi według SANS i SAPS zobrazowano w tabeli 8.

Tabela 8

Korelacje lęku wg BPRS, objaw 2, z objawami ocenianymi za pomocą SANS i SAPS przy wypisaniu ze szpitala

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Analizując zależności, można stwierdzić, że lęk wg BPRS wysoko dodatnio koreluje z następującymi objawami pozytywnymi: urojeniami winy i grzeszności (SAPS 10)

	SANS 8	SANS 11	SANS 12	SANS 15	SAPS 10	SAPS 16	SAPS 31	SAPS 33
BPRS L2:	*	*	*	*	**	*	**	**
	0,2354	0,2714	0,2752	0,2424	0,4436	0,3722	0,3250	0,4046

dźwięczeniem mowy (SAPS 33), umiarkowanie – z urojeniami odsłonięcia (SAPS 16) i rozpraszaniem mowy (SAPS 32), oraz słabo dodatnio z objawami negatywnymi, takimi jak zubożenie wypowiedzi (SANS 8), zwiększona latencja odpowiedzi (SANS 11), alogia (SANS 12), anergia fizyczna (SANS 15). Pacjenci pod wpływem przeżywanego poczucia winy czy grzeszności oraz wrażenia czytania w ich myślach doznają silnego lęku. Jednocześnie lęk pogłębia się w wyniku trudności w porozumieniu się z otoczeniem na skutek alogii i skłonności do beczynności.

Interesujące wydało się przeanalizowanie zależności między lękiem wg BPRS a innymi objawami mierzonymi za pomocą tej skali. Związki te przedstawia tabela 9.

Tabela 9

Korelacje lęku wg BPRS, objaw 2, z innymi objawami wg tej skali przy przyjęciu do szpitala

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Lęk w początkowym okresie hospitalizacji wysoko dodatnio koreluje z troską o zdrowie (BPRS 1), autyzmem (BPRS 3), poczuciem winy (BPRS 5), napięciem

BPRS	1	3	5	6	8	9	10	11	13	14	17
BPRS Lęk	*** 0,4729	** 0,3547	*** 0,3847	*** 0,5658	*	*** 0,4975	*** 0,4113	*** 0,4061	*	*** 0,3970	*** 0,4249

uczuciowym (BPRS 6), obniżeniem nastroju (BPRS 9), wrogością (BPRS 10), podejrzliwością (BPRS 11), brakiem współpracy z badającym (BPRS 14) oraz pobudzeniem (BPRS 17), umiarkowanie dodatnio – z zahamowaniem ruchowym (BPRS 13). Ujemnie słabo lęk korelował z treściami wielkościami (BPRS 8). Można wnioskować, że na początku hospitalizacji chory autystyczny, cierpiący na urojenia, z poczuciem winy, doświadczając silnego lęku reaguje zwiększonym napięciem emocjonalnym, wrogością do innych ludzi, w tym badającego, i broni się, czego wyrazem jest pobudzenie ruchowe, drażliwość lub odwrotnie – zahamowanie i obniżenie nastroju. Treści wielkościowe, dając pacjentowi poczucie siły i znaczenia, obniżają poziom lęku.

Zależność między lękiem a innymi objawami wg BPRS po trzech tygodniach leczenia przedstawia tabela 10.

Tabela 10

Korelacje lęku wg BPRS, objaw 2, z innymi objawami wg tej skali po trzech tygodniach leczenia

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Lęk wg BPRS koreluje wysoko dodatnio z troską o zdrowie (BPRS 1), autyzmem (BPRS 3), napięciem emocjonalnym (BPRS 6), umiarkowanie dodatnio z wrogością

BPRS	1	3	6	10	11	14	15	17
BPRS Lęk	*** 0,6038	** 0,4747	*** 0,6777	*	** 0,4229	*	*	** 0,4451

(BPRS 10), podejrzliwością (BPRS 11) i pobudzeniem psychoruchowym (BPRS 17), a słabo dodatnio z brakiem współpracy z badającym (BPRS 14) i zaburzeniami treści myślenia (BPRS 15). Podobnie jak przy przyjęciu do szpitala, nadal silnie związane z przeżywanym lękiem są zaburzenia treści myślenia, podejrzliwość, wyobcowanie z otoczenia, na które chorzy reagują wrogością, pobudzeniem i zwiększonym napięciem emocjonalnym.

Tabela 11

Korelacje lęku z innymi objawami wg BPRS przy wypisaniu ze szpitala

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Omamy (BPRS 12) i pobudzenie psychoruchowe (BPRS 17) korelowały słabo dodatnio z lękiem jako stanem (x-1). Poczucie winy (BPRS 5), napięcie emocjonalne

BPRS	1	3	5	6	9	10	11	12	15	17
x-1								*		*
								0,2602		0,2862
x-2			*	*	*	**	*		*	*
			0,2356	0,2460	0,2403	0,3162	0,3011		0,2785	0,3049
BPRS	**	*	**	**	**	*	*			
lęk	0,5818	0,3122	0,5149	0,5676	0,4699	0,2625	0,2454			

(BPRS 6), obniżenie nastroju (BPRS 9), podejrzliwość (BPRS 11) i zaburzenia treści myślenia (BPRS 15) słabo dodatnio korelowały, a umiarkowanie dodatnio wrogość (BPRS 10), z lękiem jako cechą osobowości (x-2).

Interkorelacje lęku z innymi objawami wg BPRS były wysoko dodatnie w przypadku troski o zdrowie (BPRS 1), poczucia winy (BPRS 5), napięcia emocjonalnego (BPRS 6), obniżenia nastroju (BPRS 9), umiarkowanie dodatnie dla autyzmu (BPRS 3) i słabe dla wrogości (BPRS 10), podejrzliwości (BPRS 11). Podobnie jak na początku i po trzech tygodniach hospitalizacji, chorzy wyobcowani z otoczenia, cierpiący na urojenia, martwiący się o swoje zdrowie, z poczuciem winy i obniżonym nastrojem reagowali nasilonym lękiem. Przejawem tego stanu było zwiększone napięcie emocjonalne albo wrogość do otoczenia.

Dyskusja

Analizując związek objawów negatywnych i pozytywnych z przeżywanym przez chorych lękiem, Penn i wsp. [7] stwierdzili, że wysoki poziom lęku społecznego u chorych jest związany bardziej z objawami negatywnymi niż pozytywnymi. W przeprowadzonym badaniu pacjenci z nasilonymi objawami apatii-awolicjonalności (SANS 13–16) oraz zmniejszonymi zainteresowaniami (SANS 17) i spadkiem aktywności seksualnej (SANS 18) cechowali się istotnie zwiększonym poziomem lęku jako cechy (x-2) i lęku ocenianego za pomocą BPRS. Jak wynika z tych danych, zaburzenie w sferze motywacyjnej, brak aktywności, skłonność do bezczynności, brak wytrwałości w działaniu i bezpośredni kontakt wzrokowy z badającym pogłębiają lęk u chorych. Podobnie zaburzenia sfery emocjonalnej, badane za pomocą BPRS, takie jak troska o zdrowie (BPRS 1), wyobcowanie uczuciowe (BPRS 3), poczucie winy (BPRS 5), widoczne somatyczne i ruchowe przejawy napięcia emocjonalnego (BPRS 6), obniżenie nastroju (BPRS 9), wrogość (BPRS 10), nieprzyjazny stosunek do badającego (BPRS 14) oraz pobudzenie (BPRS 17, SANS 23) lub zahamowanie ruchowe (BPRS 13), były ściśle związane ze wzrostem lęku u pacjentów.

Zgromadzono w literaturze wiele danych dotyczących występowania zaburzeń percepcji, pamięci, uwagi i reguł przetwarzania informacji w schizofrenii [13, 14, 15, 16, 17]. Przejawem klinicznym tych nieprawidłowości są zaburzenia myślenia,

uwagi i spostrzegania, pojawiające się z chwilą wybuchu choroby. W przedstawionej pracy przeanalizowano związek lęku z tymi objawami. W ciągu całej hospitalizacji pacjenci żywo reagowali lękiem (x-1, x-2, BPRS 2) na doznawane omamy, w tym słuchowe, o charakterze głosów komentujących i dyskutujących (SAPS 1–3 i 7, BPRS 12). Potwierdza to spostrzeżenia Hustiga i Hafnera [6], że im bardziej uporczywe i stresujące były halucynacje, tym bardziej lękowi stawali się pacjenci. Natomiast omamy węchowe (SAPS 5), czucia somatycznego i dotykowe (SAPS 4) wiązały się z mniejszym nasileniem lęku jako stanu aktualnego (x-1), co można tłumaczyć ich bliskim związkiem z przestrzenią wewnętrzną chorego. Przekonania urojeniowe również okazały się lękorodne, co potwierdzają badania Normana i Malla [5] oraz obserwacja kliniczna. Ogólny poziom urojeń (BPRS 11 i 15; SAPS 20), urojenia prześladowcze (SAPS 8), winy i kary (SAPS 10), wielkościowe (SAPS 11), religijne (SAPS 12), ksobne (SAPS 14), kontrolowania (SAPS 15), odsłonięcia myśli (SAPS 16), nasyłania myśli (SAPS 18) – nasilały lęk jako cechę osobowości (x-2), lęk szacowany wg BPRS. Odwrotnie – spadkiem lęku w danej chwili (x-1) reagowali pacjenci na występujące urojenia doznań somatycznych (SAPS 13) i wykradania myśli (SAPS 19). Być może urojenia dotyczące ciała pacjenta są mu bliższe, własne, a przez to mniej przerażające niż przekonania o zmienionej rzeczywistości zewnętrznej. Podobnie „wykradanie” przykrych myśli przez jakąś siłę jest dla chorego w danym momencie mniej przykre niż ich obecność.

Niektóre formalne zaburzenia myślenia przejawiające się w mowie również ściśle łączyły się ze zwiększonym poziomem lęku. Cecha lęku (x-2) i lęk szacowany wg BPRS nasilały się u badanych chorych z rozkojarzeniem (SAPS 26), z inkoherentną mową (SAPS 28), mających trudności z logicznym wnioskowaniem (SAPS 29), z natłokiem i dźwięczeniem mowy (SAPS 31 i 33). Przeciwnie – rozwlekłość w mówieniu (SAPS 30) zmniejsza lęk. Objawy negatywne z grupy alogii również wiązały się z przeżywanym przez chorych na schizofrenię lękiem. I tak, zwiększona latencja wypowiedzi (SANS 11) i zablokowanie mowy (SANS 10) łączyły się z mniejszym poziomem lęku w danej chwili (x-1), zapewne w wyniku trudności w werbalizacji aktualnych przeżyć, zubożenie zaś wypowiedzi (SANS 8), ogólny poziom alogii (SANS 12), trudności w skupieniu uwagi (SANS 23) nasilały lęk mierzony za pomocą BPRS, co można tłumaczyć nieadekwatnością procesów poznawczych i myślowych u tych chorych.

W wyniku choroby dochodzi do różnie nasilonej dezintegracji osobowości pacjentów. Skargi dotyczące poczucia zmiany samego siebie są często wypowiadane przez chorych zwłaszcza na początku choroby i wiążą się z przeżywanym lękiem i niepokojem [18]. Występowanie lęku dezintegracyjnego we wczesnej schizofrenii stwierdzono u 45% chorych [19]. Za zewnętrzny przejaw dezintegracji psychicznej chorego na schizofrenię można uznać dziwaczne zachowania (SAPS 25). Im bardziej chory psychotyczny odstaje od społecznych norm, tym większego doznaje lęku. Jednocześnie osoby z wysoką cechą lęku (x-2) w osobowości będą unikały ubierania się w niezwykle sposób (SAPS 21) i chętniej współpracowały z badającym (BPRS 14), szczególnie w okresie ostrych objawów psychotycznych.

Wnioski

1. W trakcie epizodu schizofrenii paranoidalnej stwierdzono nasilenie się lęku jako cechy (x-2) i lęku mierzonego za pomocą BPRS, na każdym etapie hospitalizacji, w zależności od: omamów, urojeń, formalnych zaburzeń myślenia, dziwaczności w zachowaniu, alogii, apatii-awolucjonalności, troski o zdrowie oraz od poczucia winy.
2. Mniejszy poziom lęku jako cechy (x-2) wiązał się z trudnościami w skupieniu uwagi, ubogim kontaktem wzrokowym i rozwlekłością w mówieniu.
3. Chorzy, u których poziom lęku był wysoki, reagowali zwiększonym napięciem emocjonalnym, obniżeniem nastroju, wrogością, agresywnością, pobudzeniem lub zahamowaniem ruchowym. Jednocześnie pacjenci z podwyższoną cechą lęku (x-2) chętniej współpracowali z badającym, co prawdopodobnie przemawia za istniejącą u nich potrzebą wsparcia i poszukiwania pomocy.
4. Lęk jako stan aktualny (x-1) wzrastał w zależności od obecności omamów słuchowych, urojeń wielkościowych, inkoherecji, nielogiczności myślenia i nadmiaru słów, malał zaś w zależności od zwiększonej latencji wypowiedzi, zablokowania i dźwięczenia mowy, od omamów węchowych, czucia somatycznego i dotykowych, oraz od urojeń doznań somatycznych i wykradania myśli.

Summary

The paper analyses the connection between anxiety and different symptoms of paranoid schizophrenia. In the study 66 patients admitted to hospital with an episode of paranoid schizophrenia were examined by a set of tests. Exacerbation of anxiety was measured by State-Trait Anxiety Inventory (STAI), whilst symptoms of schizophrenia- by the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and Scale for Assessment of Positive and negative Symptoms (SANS < SAPS). Statistically important correlations between anxiety and the majority of positive symptoms were observed. On the other hand, correlations between negative symptoms and anxiety experienced by the sick appeared variously.

Ńćęđńięű đřđřńćăńě řćęđđłłćě ě ôiăć' – äćřřě-łńęćé řřřěć

Ńřăđėřł

Ā đřăńł đđłăńńăěłł řřřěć ņă'ćě ôiăćě ņ đřćěć-łűěć ņćęđńięřěć đřđřńćăńě řćęđđłłćě. Đřăđđřř đđđđđř 66 đřöćłłńă, đđćł' ņűö ä äłűűűöö đř-đřăřăö ýđćęăř řćęđđłłćě đřđřńćăńă ņćđř, ř äłűűűł äűěć ěńńěłăřăřăű äřłđćéł ņłńńă. Āě' łöłłćé ôăłěć-łłć' ôiăćě äć' ņ Āěłńńđćé ņłńń' łć' ě -łđńű ôiăćć (ISCL), ř äě' łöłłćé ņćęđńięřă řćęđđłłćě ěńđřűűăřř řęřř äě' łöłłćé đ'ńćöć-łńęřăł ņłńń' łć' (BPRS) ě řęřř äě' łöłłćé đ'ćěěăłűö (SAPS) ě łăřńćăłűö (SANS) ņćęđńięřă. Đđăłăłł łřăęłăłćł łřă ěłđł' öćéł ôiăćě ņ äłűűűńńăłě ņ.ł. đ'ćěěăłűö ņćęđńięřă, ř ņ äđöăłě ņłđđłű, ěřăěńćěłńű łăřńćăłűö ņćđńięřă ņ đ'łđćăřłűűěć äłűűűűěć ôiăć' ěć đđłăńńăě' ěřřű łłăćłřęłăł.

Symptome paranoider Schizophrenie und Angst – eine dynamische Analyse

Zusammenfassung

In der Arbeit wurde der Zusammenhang der Angst mit verschiedenen Symptomen der Schizophrenie analysiert. Zu diesem Zweck wurden 66 Patienten, die wegen eines Episods der paranoiden Schizophrenie hospitalisiert wurden, mit Hilfe einer Reihe von Tests untersucht. Zur Beurteilung der Angstintensität wurde der Inventar des Zustandes und Angstmerkmals

angewandt und zur Beurteilung der Schizophreniesymptome: Skala zur Beurteilung des psychischen Zustandes und Skala zur Beurteilung der positiven Symptome und der negativen Symptome. Der Zusammenhang der Angst mit meisten Symptomen wurde beobachtet, mit sogenannten positiven Symptomen, und der Zusammenhang der negativen Symptome mit der von den Kranken genannten Angst stellte sich unterschiedlich vor.

Les symptômes de schizophrénie paranoïde et l'anxiété – analyse dynamique

Résumé

Les auteurs analysent la connexion de l'anxiété et d'autres symptômes de schizophrénie paranoïde. Pour cette analyse on examinait le groupe de 66 patients hospitalisés à cause de l'épisode de schizophrénie à l'aide d'une série de testes. On employait L'Inventaire d'état et de trait d'anxiété (State Trait Anxiety Inventory) pour estimer l'intensité d'anxiété et L'Echelle pour l'estimation de l'état psychique (Brief Psychiatric Rating Scale – BPRS) et L'Echelle pour l'estimation des symptômes positifs et négatifs (Scale for Assessment of Positive and Negative Symptoms – SANS-SAPS) pour estimer les symptômes. On observe la corrélation de l'anxiété et de la plupart des symptômes positifs tandis que la connexion des symptômes négatifs et d'anxiété est variable.

Piśmiennictwo

1. Susułowska M. *Treść lęków w przebiegu życia ludzkiego a lęki patologiczne*. Przegl. Psychol. 1985; 4: 1065–1085.
2. Krajewska A. *Poziom lęku o własną przyszłość a percepcja przyszłości świata – badanie chorych na schizofrenie paranoidalną*. Praca magisterska UMCS Lublin, 1992
3. Kępiński A. *Lęk*. Warszawa: PZWL, 1981.
4. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: PZWL, 1981.
5. Norman RM, Mall AK. *Dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia*. Psychol. Med. 1991; 21, 9: 897–903.
6. Hustig HH, Hafner RJ. *Persistent auditory hallucinations and their relationship to delusion and mood*. J. Nerv. Ment. Dis. 1990; 178, 4: 264–267.
7. Penn D, Hope D, Spaulding W, Kucera J. *Social anxiety in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1994; 11: 277–284.
8. Spielberger CD, Krosner SS. *The assesment of state and trait anxiety*. W: Noyes RR, Roth M, Burrows GD, red. *Handbook of anxiety*. Vol. 2. Amsterdam: Elsevier; 1988, s. 31–53.
9. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Paolo Alto: Consulting Psychologists Press; 1970.
10. Overall JE. *The brief psychiatric rating scale in psychopharmacology research*. W: Pichet P, red. *Psychological measurement in psychopharmacology*. Probl. Pharmacopsychiatry 1974; 7: 67–78.
11. Andreasen N. *The Scale for Assesment of Negative Symptoms*. The University of Iowa City, 1983.
12. Andreasen N. *The Scale for Assesment for Positive Syptoms*. The University of Iowa City, 1984.
13. Ciompi L. *The dynamics of complex biological – psychosocial systems. Four fundamental psycho-biological mediator in the long-term evolution of schizophrenia*. Brit. J. Psychiatry 1989; 155, supl. 5, 15–21.
14. Carlsson A. *Speculations on the control of mental and motor functions by dopamine-modulated cortico-striato-thalamo-cortical feedback loops*. Mount Sinai J. Med. 1989; 5: 383–389.

15. Chlewiński Z, Grzywa A. *Lęk jako cecha osobowości i jako stan aktualny u chorych na schizofrenię paranoidalną*. Przegł. Psychol. 1986; 29, 1: 125–137.
16. Chlewiński Z, Grzywa A. *Urojeniowa wizja świata*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1992.
17. Tsai G, Parsani LA, Slusher BS, Carter R, Baer L. *Abnormal excitatory neurotransmitter metabolism in schizophrenic brains*. Arch. Gen. Psychiatry 1995; 52: 829–836.
18. Chuchra M, Grzywa A. *Poczucie zmiany siebie u chorych na schizofrenię paranoidalną w zależności od poziomu niepokoju*. Pamiętnik IV LSN, Lublin 1995, s. 145–153.
19. Perzyński J. *Badania nad strukturą i dynamiką schizofrenii rozpoczynającej się zespołami rzekomo nerwicowymi*. Rozprawa habilitacyjna AM, Lublin 1985.

Otrzymano: 18.11.1999

Zrecenzowano: 9.07.2001

Przyjęto do druku: 31.07.2001

Adres: Bożena Śpila
20-560 Lublin, ul. Wyżynna

