

## Współzależności między lękiem a przedchorobowym i aktualnym obrazem siebie u chorych na schizofrenię paranoidalną

### Interdependencies between anxiety versus premorbid and present self-image in patients with paranoid schizophrenia

Maria Chuchra<sup>1</sup>, Beata Pawłowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institut Nauk o Rodzinie KUL

Kierownik: prof. dr hab. M. Kalinowski

<sup>2</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie

Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Masiak

#### Summary

**Aim:** The aim of this work was to determine the relationship between anxiety versus premorbid and present self-image in patients with paranoid schizophrenia hospitalized for the first time as well as many a times.

**Tested group/material:** The test group consisted of 120 patients, hospitalized for the first time, aged 19-20 years and diagnosed according to ICD-10 with paranoid schizophrenia, who had suffered from this illness for a period not longer than 2 years. The other group consisted of patients aged 25 - 46, who had suffered from this disease for 5 – 15 years and who had been hospitalized many a times ( $3 > 10$ ).

**Methods:** In the tests' the H.G. Gough and A.B. Heilbrunn ACL Adjective test and R. Cattell's Ipat Anxiety Scale were used. The ACL test was done by the patients following the instruction "I am", "before the illness I was".

The average, general anxiety level was correlated with the scales of the ACL test of the premorbid image and the present image in both groups.

#### Conclusions:

1. The anxiety in patients with paranoid schizophrenia is connected both to the premorbid and the present self-image.

2. There is a more frequent and stronger relationship between anxiety and present self-images.

3. There are more interdependencies between anxiety and premorbid self-image in patients hospitalized for the first time.

4. There are more interdependencies between anxiety and present self-image in patients with chronic schizophrenia.

5. After the treatment there is no change of the direction of interdependencies but the strength of the relationship is getting deeper, the above tendency being manifested more often and stronger within the chronic group.

6. The higher the anxiety level, the more negative the self-esteem and the greater the need for support, whereas the need for self-accomplishment is lower.

*Słowa klucze:* schizofrenia paranoidalna, lęk, obraz siebie

*Key words:* paranoid schizophrenia, anxiety, self-image

## Wstęp

Lęk towarzyszy człowiekowi od urodzin do śmierci. Jego formy i natężenie zmieniają się w zależności od genetycznych predyspozycji, wieku oraz doświadczeń społecznych [1]. Może pełnić on pozytywną rolę, jako czynnik pobudzający i mobilizujący twórcze działanie, lub dezorganizujący je czy hamujący. Wielu autorów podkreśla, że lęk zajmuje centralne miejsce w przeżyciach chorych na schizofrenię [2, 3, 4]. Towarzyszy im w każdej fazie choroby – w okresie przedchorobowym, we wczesnej fazie, w której może być jedynym lub dominującym objawem, w okresie ostrych objawów psychotycznych oraz w remisji [5]. Po leczeniu związany jest on zazwyczaj ze świadomością bycia chorym na przewlekłą chorobę psychiczną, obawą przed odrzuceniem lub brakiem akceptacji społecznej czy też nawrotem choroby [4, 6]. Przez każdego chorego doświadczenia te są subiektywnie przeżywane i różnie wpływają na percepcję siebie i świata. Istnieją doniesienia podkreślające, że nasilenie lęku zmienia się w zależności od czasu trwania choroby [7, 8], lęk natomiast w sposób zasadniczy wpływa na postrzeganie siebie [6]. Uznając zagadnienie za interesujące, postanowiono w niniejszej pracy przybliżyć następujące problemy:

- Z jakimi cechami przedchorobowego i aktualnego obrazu siebie chorych na schizofrenię paranoidalną łączy się lęk w remisji?
- Czy istnieją różnice w strukturze tych związków u hospitalizowanych po raz pierwszy i wielokrotnie?

Celem pracy jest określenie związku między lękiem a obrazem siebie przedchorobowym i aktualnym u chorych na schizofrenię paranoidalną hospitalizowanych po raz pierwszy i wielokrotnie.

## Grupa badana i metody

Grupę badaną stanowiło 120 chorych, w tym 60 osób (30 kobiet i 30 mężczyzn) hospitalizowanych po raz pierwszy, w wieku 19–20 lat, z rozpoznaniem klinicznym wg ICD-10 schizofrenii paranoidalnej, u których czas trwania choroby nie przekroczył 2 lat (gr. I). Grupę drugą (30 kobiet i 30 mężczyzn) stanowili chorujący na schizofrenię dłużej niż 5 lat, a nie więcej niż 15, w wieku od 25 do 46 lat, hospitalizowani wielokrotnie (3–10). Kryterium włączającym była norma intelektualna określona Skalą Inteligencji Wechslera oraz uzyskanie remisji (ustąpienie objawów psychopatologicznych) w czasie leczenia. Do badań nie kwalifikowano chorych, u których stwierdzono uszkodzenia OUN, uzależnienie od alkoholu lub innych środków.

W badaniach zastosowano Test Przymiotnikowy ACL H.G. Gougha i A. B. Heilbrunna oraz Arkusz Samopoznania R. Cattella, mierzący poziom lęku. Test Przymiotnikowy ACL pacjenci wykonywali według instrukcji: „ja jestem”, „ja przed chorobą byłem”. Badania przeprowadzono w ostatnim tygodniu przed wypisaniem ze szpitala.

## Wyniki

W pierwszym etapie analizy wyników scharakteryzowano badaną grupę pod względem poziomu lęku i niepokoju. Średni, ogólny poziom lęku (EN) dla grupy I jest równy 5,9 stena, a dla grupy II 6,9 stena. Oznacza to, że poziom lęku u badanych pacjentów mieści się w granicach normy (norma 4–7 stenów), choć w grupie II jest

istotnie wyższy ( $p < 0,01$ ).

W kolejnym etapie badań skorelowano ( $r$  – Pearsona) ogólny poziom lęku i niepokoju z poszczególnymi skalami testu ACL obrazu przedchorobowego i po leczeniu.

Tabela I

Korelacje pomiędzy niepokojem a obrazem siebie u chorych na schizofrenię paranoidalną

Skala ACL	Obraz siebie nr. I		Obraz siebie nr. II	
	przedchorobowy	aktualny	przedchorobowy	aktualny
NoCid		0,34**		
Fav	-0,30*	-0,41***	-0,20*	-0,50***
Limv	0,28*		0,28*	0,50***
Com				-0,48***
Ach	-0,32**	-0,30**		-0,51***
Dom	-0,30**	-0,48***		-0,40***
End			-0,40**	-0,53***
Ord			-0,41***	-0,48***
Int			-0,27*	-0,44***
Nur				-0,37**
Aif	-0,31*	-0,35**		-0,50***
Het	-0,25*	-0,34**		-0,54***
Exh	-0,33**	-0,51***		
Aut				
App		-0,30*		
Cha				
Suc		0,28*		0,44***
Abn	0,27*	0,43***		0,42***
Def				
Gr				0,31*
S-On		0,25*	-0,27*	
S-Ofi	-0,30**	-0,40**		-0,51***
P-Ofi	-0,33**	-0,32**		-0,48***
Is	-0,34**	-0,30**	-0,30**	-0,57***
Com	-0,27*	-0,34**		-0,32**
Mis		-0,27*	-0,28*	-0,48***
Mis	-0,30**	-0,33**		-0,48***
Fem				0,32**
Co				0,20*
Np	-0,27*		-0,37**	-0,50***
A		-0,27*	-0,48***	-0,50***
Fc	-0,20*	-0,40**		-0,31*
Ac	0,32**	0,30*	0,30*	0,50***
N przedchorob. I	10	30	11	30

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

Otrzymane wyniki zawiera tab.1.

Ogólny poziom niepokoju (EN) w gr. I koreluje z 16 skalami Testu ACL określającymi obraz przedchorobowy, w tym pozytywnie jedynie z trzema następującymi skalami: liczba negatywnych przymiotników (Unfav,  $p < 0,05$ ), potrzeba ponížania się (Aba,  $p < 0,05$ ) i dziecko przystosowane (Ac,  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że im większy poziom lęku występuje u badanych, tym więcej negatywnych przymiotników wybierają do opisu siebie. Wysoki lęk u pacjentów związany jest z negatywną oceną siebie, pesymistycznym widzeniem przyszłości, dostosowaniem się do życzeń i wymagań innych ludzi, w celu uniknięcia konfliktów, oraz dezorganizacją pod wpływem stresu i traumy.

Spośród skal potrzeb wysoki poziom lęku związany jest z niską potrzebą osiągnięć (Ach,  $p < 0,01$ ), dominacji (Dom,  $p < 0,01$ ), afiliacji (Aff,  $p < 0,05$ ), kontaktów heteroseksualnych (Het,  $p < 0,05$ ) oraz ujawniania się (Exh,  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że pacjenci charakteryzujący się wysokim poziomem lęku i niepokoju unikają sytuacji współzawodnictwa, zwracania na siebie uwagi otoczenia, są osobami ostrożnymi i niepewnymi. W kontaktach z innymi ludźmi – zwłaszcza płcią przeciwną – utrzymują dystans lub przyjmują postawę obronną. Boją się bliskich, uczuciowych relacji.

Wysoki poziom lęku i niepokoju koreluje negatywnie z następującymi skalami tematycznymi obrazu przedchorobowego: skalą zaufania do siebie (S-Cfd,  $p < 0,01$ ), przystosowania (P-Adj,  $p < 0,01$ ), idealnego obrazu siebie (Iss,  $p < 0,01$ ), osobowości twórczej (Cps,  $p < 0,05$ ) oraz męskości (Mas,  $p < 0,01$ ). Wskazuje to na związek wysokiego poziomu lęku z takimi cechami osobowości badanych, jak: zahamowanie, wstydlivość, brak zaufania do siebie, przewrażliwienie, zmienność nastroju, mała ekspresja emocji, ucieczka w marzenia i fantazje.

Z wysokim poziomem lęku korelują negatywnie następujące skale analizy transakcyjnej: rodzica opiekuńczego (Np,  $p < 0,05$ ) oraz swobodnego dziecka (Fc,  $p < 0,05$ ), co wskazuje na związek lęku z małą odpornością na stresy i presję społeczną, niezadowolaniem i ostrożnością wobec ludzi.

W aktualnym obrazie siebie, po leczeniu, ogólny poziom niepokoju w gr. I koreluje z 20 skalami Testu ACL, w tym z 5 dodatnio. Związek pozytywny dotyczy skal: ogólna liczba wybranych przymiotników (NoCkd,  $p < 0,01$ ), potrzeba wsparcia (Suc,  $p < 0,05$ ), ponížania się (Aba,  $p < 0,001$ ), samokontrola (S-Cn,  $p < 0,05$ ) i dziecko przystosowane (Ac,  $p < 0,05$ ). Tak też po leczeniu wysoki poziom lęku związany jest u pacjentów z chęcią działania, ale także z niepewnością, potrzebą wsparcia ze strony otoczenia, podporządkowania się życzeniom i wymaganiom innych, zwiększoną samokontrolą.

Wysoki poziom lęku w sposób ujemny koreluje z następującymi skalami potrzeb: dominacji (Dom,  $p < 0,001$ ), ujawniania się (Exh,  $p < 0,001$ ), osiągnięć (Ach,  $p < 0,01$ ), afiliacji (Aff,  $p < 0,01$ ), kontaktów heteroseksualnych (Het,  $p < 0,01$ ) oraz agresji (Agg,  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że im wyższy poziom lęku występuje u badanych pacjentów, tym charakteryzuje ich niższy poziom wymienionych potrzeb. Nasilony lęk jest więc związany z wycofywaniem się, ostrożnością, skrytością, dystansem wobec ludzi, brakiem pewności siebie, unikaniem konfliktów.

Analizując związek lęku ze skalami tematycznymi, stwierdzono ujemne korelacje

dotyczące: braku zaufania do siebie (S-Cfd,  $p < 0,001$ ), przystosowania (P-Adj,  $p < 0,01$ ), idealnego obrazu siebie (Iss,  $p < 0,01$ ), osobowości twórczej (Cps,  $p < 0,01$ ), zdolności przywódczych (Mls,  $p < 0,05$ ) oraz męskości (Mas,  $p < 0,01$ ). Pozwala to stwierdzić, że nasilony lęk po leczeniu jest związany z większym zahamowaniem emocjonalnym, przewrażliwieniem oraz brakiem zaufania do siebie.

Korelujące negatywnie z lękiem skale analizy transakcyjnej – dorosły (A,  $p < 0,05$ ) oraz dziecko wolne (Fc,  $p < 0,001$ ) – wskazują na związek lęku z nasilonymi trudnościami w rozwiązywaniu problemów oraz braku spontaniczności i umiejętności cieszenia się z życia.

W grupie II ogólny poziom lęku koreluje istotnie z 11 skalami Testu ACL określającymi obraz przedchorobowy badanych, w tym pozytywnie z 2 skalami – liczbą przymiotników negatywnych (Unfav,  $p < 0,05$ ) oraz dziecko przystosowane (Ac,  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że im wyższy poziom lęku występuje u badanych, tym bardziej negatywne postawy mają oni wobec siebie i są mniej spontaniczni.

Spośród skal potrzeb wysoki poziom lęku koreluje negatywnie ze skalą porządku (Ord,  $p < 0,001$ ), wytrwałości (End,  $p < 0,01$ ) oraz rozumienia siebie i innych (Int,  $p < 0,05$ ). Tak więc wysoki poziom lęku u badanych związany jest z wąskimi zainteresowaniami, zmiennością, trudnościami w realizacji odległych celów i zadań, oczekiwaniu szybkiej gratyfikacji oraz problemami w zrozumieniu siebie i innych.

Wysoki poziom lęku koreluje negatywnie z trzema następującymi skalami tematycznymi: idealnego obrazu siebie (Iss,  $p < 0,01$ ), samokontroli (S-Cn,  $p < 0,05$ ) oraz zdolności przywódczych (Mls,  $p < 0,05$ ). Oznacza to związek lęku z takimi cechami osobowości badanych, jak: brak spontaniczności, wytrwałości oraz mniejsza umiejętność organizacji i planowania.

Z lękiem i niepokojem korelują trzy skale analizy transakcyjnej, w tym negatywnie skala dorosłego (A,  $p < 0,001$ ) i rodzica opiekuńczego (Np,  $p < 0,01$ ), a pozytywnie dziecka przystosowanego (Ac,  $p < 0,05$ ). Wskazuje to na związek lęku z nieradzeniem sobie z problemami dorosłego życia, małą odpornością na stresy oraz tendencjami do ucieczki w marzenia i fantazje.

W aktualnym obrazie siebie, po leczeniu, ogólny poziom niepokoju w gr. II koreluje aż z 26 skalami Testu ACL, w tym pozytywnie z 7 następującymi: liczbą wybranych przymiotników negatywnych (Unfav,  $p < 0,001$ ), potrzebą wsparcia (Suc,  $p < 0,001$ ), poniżania się (Aba,  $p < 0,001$ ), gotowości do przyjęcia porady (Crs,  $p < 0,05$ ), kobiecości (Fem,  $p < 0,01$ ), rodzicem krytycznym (Cp,  $p < 0,05$ ) oraz dzieckiem przystosowanym (Ac,  $p < 0,001$ ). Tak więc wysoki poziom lęku po leczeniu związany jest z niepewnością, nasiloną potrzebą wsparcia, podporządkowania się, poniżania siebie, brakiem zaufania do siebie oraz otwartością na pomoc i poradę innych.

Lęk po leczeniu ujemnie koreluje z 8 skalami potrzeb. Są to: potrzeba osiągnięć (Ach,  $p < 0,001$ ), dominacji (Dom,  $p < 0,001$ ), wytrwałości (End,  $p < 0,001$ ), porządku (Ord,  $p < 0,001$ ), rozumienia siebie i innych (Int,  $p < 0,001$ ), opiekowania się (Nur,  $p < 0,01$ ), afiliacji (Aff,  $p < 0,001$ ) i kontaktów heteroseksualnych (Het,  $p < 0,001$ ). Oznacza to, że im wyższy poziom lęku występuje u badanych, tym niższy charakteryzuje ich poziom wymienionych potrzeb. Tak więc wysoki poziom lęku i niepokoju jest związany z wycofaniem się, brakiem przedsiębiorczości, wytrwałości, braku odporności na stres, małą potrzebą nawiązywania i utrzymywania pozytywnych relacji interpersonalnych

oraz umiejętnością współdziałania.

Analizując związek lęku ze skalami tematycznymi, ujemne korelacje dotyczą 6 następujących skal: zaufania do siebie (S-Cfd,  $p < 0,001$ ), przystosowania (P-Adj,  $p < 0,001$ ), idealnego obrazu siebie (Iss,  $p < 0,001$ ), zdolności przywódczych (Mls,  $p < 0,001$ ), męskości (Mas,  $p < 0,001$ ) i osobowości twórczej (Cps,  $p < 0,01$ ). Oznacza to, że im wyższy poziom lęku charakteryzuje badanych, tym mniejsze mają zaufanie do siebie, gorzej przystosowują się do otoczenia, są zahamowani i przewrażliwieni.

Korelujące negatywnie z lękiem skale analizy transakcyjnej – dorosły (A,  $p < 0,001$ ), rodzic opiekuńczy (Np,  $p < 0,001$ ), dziecko wolne (Fc,  $p < 0,05$ ) – wskazują na związek lęku z nasileniem postawy egoistycznej, nieumiejętnością cieszenia się życiem, brakiem niezależności i spontaniczności.

W celu całościowego ujęcia wszystkich czterech obrazów i uchwycenia pewnych prawidłowości, dla ułatwienia, dokonano uproszczonego zestawienia korelacji

**Zestawienie wybranych korelacji  
aktualnych i przedchorobowych obrazów siebie obu grup**

Korelacje	Skale	N korelacji
W wszystkich czterech obrazach	Fav, Iss, Ac+	3
W aktualnych gr. I i II	Fav, Ach, Aff, Het, S-Cfd, P-Adj, Iss, Cps, Mas, Mbr, A, Fc, Suc+, Aba+, Ac+	16
W przedchorobowych gr. I i II	Fav, Iss, Np, Ac+, Unfav+	5
Brak we wszystkich	Aut, Cha, Def	3

(tab.2).

Analiza wyników tab. 2 wskazuje, że lęk niezależnie od czasu trwania choroby oraz typu obrazu siebie zawsze jest negatywnie związany z liczbą wybranych przymiotników pozytywnych (Fav), idealnym obrazem siebie (Iss), a pozytywnie – z dzieckiem przystosowanym (Ac), nie jest zaś związany z potrzebą autonomii (Aut), zmiany (Cha) oraz podporządkowania się (Def).

Związek lęku z aktualnymi obrazami samego siebie chorujących zarówno krótko, jak i przewlekłe występuje aż z 15 skalami Testu ACL, w tym z 12 (Fav, Ach, Aff, Het, S-Cfd, P-Adj, Iss, Cps, Mls, Mas, A, Fc) jest on ujemny, a z trzema (Suc, Aba, Ac) dodatni. W obrazach przedchorobowych wspólnych korelacji jest znacznie mniej. Trzy dotyczą związku ujemnego (Fav, Iss, Np), a dwie dodatniego (Ac, Unfav).

### Omówienie wyników

Analiza otrzymanych wyników pacjentów hospitalizowanych po raz pierwszy wskazuje na związek lęku z obrazem siebie, zarówno przedchorobowym, jak i po leczeniu. Na uwagę zasługuje fakt, że aż w 16 skalach istotny związek występuje z tymi samymi skalami, a więc zarówno z cechami osobowości przedchorobowej ujętej retrospektywnie, jak i po zachorowaniu. Różnica dotyczy siły związku. Po leczeniu jest on silniejszy. Tak więc zarówno przed zachorowaniem, jak i po, lęk związany jest z takimi cechami, jak nieśmiałość, ostrożność, niepewność i brak zaufania do siebie. W kontaktach społecznych natomiast zaznacza się wycofanie, dystans oraz postawa obronna.

Wyniki te korespondują z poglądami tych badaczy, którzy podkreślają, że już wcześniej u przyszłych pacjentów występują takie cechy, jak delikatność, lękliwość, niewiara w swoje możliwości oraz obawa przed porażką i ośmieszeniem. W kontaktach z innymi cechuje ich układowość, bierność, zależność od innych i podporządkowanie się [9, 10, 3]. Hafner [11], analizując objawy inicjujące schizofrenię, stwierdził, że na długo przed pierwszą hospitalizacją przyszłych pacjentów charakteryzuje lęk, utrata energii, społeczne wycofanie się i spowolnienie. Obniżoną aktywność życiową oraz przyjmowanie postawy wycofującej się, biernej i lękowej u osób z dużym ryzykiem zachorowania na schizofrenię potwierdzają także inni badacze [12]. Skłonność do podporządkowania się innym tłumaczy niewiarą w swoje możliwości [13].

Po przebyciu epizodu chorobowego, w remisji, związek lęku z percepcją siebie – można powiedzieć – zasadniczo się nie zmienia, ale pogłębia. Pojawia się jednak 6 nowych zależności. Dodatnie korelacje dotyczą skali wsparcia (Suc) i samokontroli (S-Cn), ujemne zaś – agresji (Agg), zdolności przywódczych (Mls) i dorosłego (A).

Po leczeniu u pacjentów pojawia się pewna chęć działania, ale i ostrożność, wycofywanie się, a więc ambiwalencja oraz zwiększona samokontrola i potrzeba wsparcia. Można więc powiedzieć, że obserwuje się u nich postawę dążeńiowo-unikową, w której ujawnia się lęk. Może być to lęk przed porażką, oceną społeczną, nieakceptacją lub odrzuceniem.

Analiza wyników pacjentów chorujących przewlekłe wskazuje również na związek lęku zarówno z obrazem przedchorobowym, jak i aktualnym, przy czym z obrazem aktualnym jest on częstszy i silniejszy. W obrazie aktualnym pojawia się aż 16 nowych korelacji w porównaniu z obrazem przedchorobowym (wyjątek stanowi skala samokontroli S-Cn). W porównaniu z pacjentami hospitalizowanymi po raz pierwszy charakteryzują się oni istotnie wyższym ogólnym poziomem lęku, co może mieć także istotne znaczenie w ocenie siebie, gdyż poziom lęku wpływa na percepcję siebie [14, 15, 16].

Przed zachorowaniem wysoki poziom lęku u tych pacjentów związany był z trudnościami w radzeniu sobie w pracy, a także z rozwiązywaniem codziennych problemów. Po leczeniu wysoki poziom lęku łączy się z poczuciem podporządkowania się otoczeniu, trudnościami w relacjach interpersonalnych, uleganiem dezorganizacji pod wpływem stresu i traumy, problemami adaptacyjnymi, poczuciem niepewności i zagrożenia w sytuacji konfrontacji z wymaganiami życia, przy jednocześnie nasilonej potrzebie wsparcia i poniżania siebie.

Wysoki poziom lęku jest jednocześnie związany z niską samooceną, trudnościami w realizacji celów i zadań oraz brakiem niezależności zarówno w przedchorobowym, jak i aktualnym obrazie siebie.

W literaturze przedmiotu występuje określenie „lęk społeczny”, przy czym nie jest on czymś charakterystycznym dla chorych na schizofrenię. Lęk społeczny występuje u każdego człowieka w różnych sytuacjach trudnych. W okresie przedchorobowym u przyszłych pacjentów jest często podobny do lęku u ludzi zdrowych. Różnica między tymi lękami ma jedynie charakter ilościowy. U człowieka zdrowego tylko wyjątkowo blokuje jego aktywność, zazwyczaj mobilizuje do działania i przewyciężania trudności, natomiast u potencjalnych pacjentów często doprowadza do zmiany ich funkcjonowania, blokując aktywność. Skutkiem tego jest narastająca izolacja społeczna, unikanie bliskich kontaktów, przyjmowanie postawy biernej [3, 4]. Powstaje więc tzw.



## und aktuellen Selbstbild bei Kranken an paranoide Schizophrenie

### Zusammenfassung

**Ziel:** Das Ziel der Arbeit ist die Bestimmung des Zusammenhanges zwischen der Angst und dem prämorbidem und aktuellem Selbstbild bei Kranken an paranoide Schizophrenie, die das erste Mal und mehrmals hospitalisiert wurden.

**Die untersuchte Gruppe:** Die untersuchte Gruppe bildeten 120 Kranke, darunter 60 Personen (30 Frauen und 30 Männer), die zum ersten Mal hospitalisiert wurden. Die Untersuchten waren im Alter zwischen 19 - 20 Jahren mit der klinischen Diagnose paranoide Schizophrenie nach ICD-10. Die Zeitdauer der Krankheit betrug nicht mehr als zwei Jahre. Die andere Gruppe bildeten die Kranken im Alter von 5 - 15 Jahren und 25 - 46 Jahren, die mehrmals hospitalisiert wurden ( $3 > 10$ ).

**Methoden:** Bei der Studie wurden der Adjektivtest ACL von H.G. Gough und A.B. Heilbrunn und der Fragebogen der Selbsterkennung von R.Cattell angewandt. ACL wurde nach der Anweisung ausgefüllt: "Ich bin da", "ich war vor der Krankheit" in der letzten Woche vor der Entlassung aus dem Krankenhaus. Der durchschnittliche, allgemeine Level der Angst wurde mit den Skalen des ACL Testes des prämorbidem und aktuellem Selbstbildes in den beiden Gruppen korreliert.

**Schlussfolgerungen:** 1. Die Angst bei den Kranken an paranoide Schizophrenie hängt mit dem prämorbidem und aktuellem Selbstbild zusammen. 2. Mehr stärkere Zusammenhänge treten zwischen der Angst und dem aktuellem Selbstbild auf als zwischen der Angst und dem prämorbidem Selbstbild. 3. Zwischen der Angst und dem prämorbidem Selbstbild treten mehr Abhängigkeiten bei den zum ersten Mal hospitalisierten Personen auf. 4. Zwischen der Angst und dem aktuellem Selbstbild treten mehr Abhängigkeiten bei den Kranken an chronische Schizophrenie auf. 5. Nach der Behandlung ändert sich die Richtung der Abhängigkeit nicht, sondern vertieft sich die Kraft des Zusammenhanges, in der chronischen Gruppe um so mehr häufiger und stärker. 6. Je höher der Angstlevel, desto mehr negativ ist die Selbstbeurteilung und größer das Bedürfnis der Unterstützung und niedriger der Selbstrealisierung.

### Les corrélations de l'anxiété et de l'image de soi actuelle et d'avant la maladie des patients souffrant de la schizophrénie paranoïde

#### Résumé

**Objectif:** déterminer les corrélations de l'anxiété et de l'image de soi actuelle et d'avant la maladie des patients souffrant de la schizophrénie paranoïde hospitalisés pour la première fois et plusieurs fois.

**Groupes examinés:** 120 patients dont 60 hospitalisés pour la première fois (30 femmes et 30 hommes), 19 – 20 ans, diagnostiqués selon les critères d'ICD-10 (schizophrénie paranoïde), durée de la maladie – 2 ans. Le deuxième groupe – malades chroniques (durée de la maladie – 5 – 15 ans), hospitalisés plusieurs fois ( $3 > 10$ ), 25-46 ans.

**Méthodes:** on use les testes: ACL Adjective test de A.G. Gough et de A.B. Heilbrunn, et R.Cattell Ipat Anxiety Scale. Les patients ont fait le teste ACL selon les instructions: «je suis», «avant la maladie j'étais», pendant la dernière semaine de l'hospitalisation. Le niveau moyen et généralisé d'anxiété est en corrélation avec les échelles du teste ACL concernant l'image de soi actuelle et d'avant la maladies de ces deux groupes.

**Conclusions:** 1. l'anxiété des malades corrèle avec l'image de soi actuelle et d'avant la maladie, 2. les corrélations plus fortes se manifestent entre l'anxiété et l'image de soi actuel qu'entre l'anxiété et l'image de soi d'avant la maladie, 3. l'anxiété et l'image de soi d'avant la maladie corréler plus fort chez les patients hospitalisés pour la première fois, 4. l'anxiété et l'image de soi actuelle corréler plus fort chez les patients chroniques, 5. après la thérapie les corrélations ne changent pas leurs directions, elles deviennent encore plus étroites, surtout

chez les patients chroniques, 6. le niveau d'anxiété très élevé corrèle bien fort avec l'estimation négative de soi, le plus grand besoin du support et le besoin amoindri d'accomplissement.

### Piśmiennictwo

1. Kępiński A. *Lęk*. Warszawa: PZWL 1987.
2. Chlewiński Z, Grzywa A. *Lęk jako cecha osobowości i jako stan aktualny u chorych na schizofrenię paranoidalną*. Przegl. Psychol. 1986; 29: (1) 125–137.
3. Steuden S. *Lęk u chorych na schizofrenię*. W: Tłokiński W, red. *Lęk. W poszukiwaniu specyficzności*. Warszawa: Arx Regia 1991, s. 66–72.
4. Steuden S. *O lęku deizintegracyjnym u chorych na schizofrenię*. W: Tłokiński W, red. *Lęk. Różnorodność przeżywania*. Warszawa: Arx Regia 1993, s. 141–150.
5. Śpila B. *Poziom i dynamika lęku w schizofrenicznych zespołach paranoidalnych*. W: Grzywa A, Masiak M, red. *Wieloaspektowe badania schizofrenii*. Lublin: „Print 6” 1999, s. 57–72.
6. Chuchra M. *Poziom niepokoju i lęku a obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną*. W: Francuz P, Oleś P, Otrębski W, red. *Studia z psychologii w KUL*. Lublin: RW-Kul 1998; s. 319–341.
7. Wójcicka A, Ciupak A, Gajewski J, Łoza B, Perzyński J. *Z badań nad poziomem lęku u pacjentów chorych na schizofrenię paranoidalną*. IV Lubelskie Spotkania Naukowe. Lublin: 1995, s. 273–275.
8. Perzyński J. *Badania nad strukturą i dynamiką schizofrenii rozpoczynającej się zespołami rekononerwicowymi*. Praca habilitacyjna – maszynopis. Arch. AM Lublin: 1985.
9. Steuden S. *Psychologiczna analiza dynamiki syndromu poczucia zmian osobowości u chorych na schizofrenię wczesną*. Praca doktorska – maszynopis. Arch. KUL Lublin 1982.
10. Steuden S. *Z zagadnień schizofrenii*. W: Babska Z, Biela A, Witkowski T, red. *Wykłady z psychologii KUL*. Lublin: RW-KUL 1986.
11. Hafner H. *Epidemiology of schizophrenia. The disease model of schizophrenia in light of current epidemiological knowledge*. Eur. Psychiatry 1995; (10): 217–227.
12. Fenton WS, McGlaashan TH. *Natural history of schizophrenia subtypes. II Positive and negative symptoms and long-term course*. Arch. Gen. Psychiatry 1991; (8): 978–986.
13. Dworkin RH, Bernstein G, Kaplansky L, Lipsitz J, Rindali A, Slater SL, Cornblat BA, Erlenmayer-Kimling L. *Social competence and positive and negative symptoms: a longitudinal study of children and adolescents at risk for schizophrenia and affective disorder*. Am. J. Psychiatry 1991; (148): 1182–1188.
14. Chuchra M. *Obraz siebie w przebiegu schizofrenii paranoidalnej*. Praca doktorska – maszynopis. Arch. AM, Lublin 1996.
15. Chuchra M. *Czas trwania psychozy a poczucie zmiany siebie u chorych na schizofrenię paranoidalną*. Roczn. Psychol. 1999; (2): 185–205.
16. Steuden S. *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią*. *Badania długofalowe*. Lublin: RW-KUL 1997.
17. Penn D, Hope D, Spaulding W, Kucera J. *Social anxiety in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1994; (11): 277–284.

Otrzymano: 13.04.2004

Zrecenzowano: 13.07.2004

Przyjęto do druku: 4.10.2004

Adres: Maria Chuchra  
Instytut Nauk o Rodzinie KUL  
20-950 Lublin, al. Raławicka 14