

## Psychozy urojeniowe w czasie pierwszej hospitalizacji: 2. wiek zachorowania a właściwości urojeń

JACEK WCIÓRKA, MARTA ANCZEWSKA, AGNIESZKA CHOJNOWSKA,  
IZABELA STANIKOWSKA

Z I Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie

**STRESZCZENIE** W grupie 167 chorych z psychozami urojeniowymi analizowano zależność między wiekiem zachorowania a właściwościami (tematyką, formą) urojeń obserwowanych w czasie pierwszej hospitalizacji. Źródłem informacji była dokumentacja lekarska tej hospitalizacji. Stwierdzono przewagę urojeń o tematyce odnoszącej i prześladowczej. Właściwości strukturalne wskazywały na przewagę urojeń wielotematycznych, o zasięgu interpersonalnym obejmującym własną osobę i innych ludzi, o ograniczonej systematyzacji i niewielkim wyobcowaniu z realnej rzeczywistości oraz o wyraźnej tendencji do ustępowania w czasie leczenia. Stwierdzono istotne zależności między wiekiem zachorowania a cechami urojeń, które można interpretować jako następstwa interakcji między mechanizmami patogenetycznymi psychozy a mniej lub bardziej zwartą (dojrzałą, stabilną) osobowością chorego.

---

Słowa kluczowe: psychozy urojeniowe – wiek zachorowania – zespół psychopatologiczny

---

Nie brak opinii, iż urojenia stanowią jedynie rodzaj epifenomenu czy "superstruktury" w rozwoju zaburzeń schizofrenicznych (Bleuler 1911, Bilikiewicz 1992) i urojeniowych (Berner i wsp. 1984, Schanda i Gabriel 1988), podczas gdy o ich przebiegu i obrazie decydują inne, bardziej "pierwotne" czy "podstawowe" wskaźniki kliniczne (np. zaburzenia ego, zaburzenia myślenia). Panuje przekonanie, że tematyka (treść) urojeń podlega wpływowi wielu czynników patoplastycznych (kulturowych, środowiskowych, biologicznych) i ma niewielkie znaczenie dla dalszego przebiegu i rokowania psychoz urojeniowych (por. Huber i Gross 1977, Schanda 1987, Spitzer 1989). Większe znaczenie przypisuje się na ogół strukturalnym (formalnym) cechom urojeń, jako bardziej bezpośrednio powiązanych z hipotetycznymi mechanizmami patogenetycznymi (por. Berner 1986, Porot 1989, Rzewuska 1988). Granica między treścią a formą urojeń nie jest jednak łatwa do wytyczenia (Spitzer 1989). Znane są różne kategoryzacje zarówno tematyki, jak i struktury a ich lista nie jest zamknięta. Tradycyjne kategorie opisu urojeń (np. wg treści, wy-

sycenia emocjonalnego, systematyzacji) nie są w pełni satysfakcjonujące. Poszukiwane są więc nowe (Garety 1985).

Niezależnie jednak od teoretycznej wartości urojeń jako wskaźnika klinicznego, analiza ich właściwości jest w praktyce wykorzystywana i użyteczna w diagnostyce psychoz urojeniowych (Jaroszyński 1978, 1992) oraz, mimo pewnej ich zawodności, w rokowaniu (por. Rzewuska 1988). Wiele szczegółowych zagadnień, znanych z analiz klinicznych nie było jednak systematycznie badanych. Jednym z nich jest zależność między właściwościami urojeń a wiekiem zachorowania. Ośmiela to nas do przedstawienia tego opracowania, analizującego wpływ wieku zachorowania na niektóre cechy urojeń występujących w syndromologicznie zdefiniowanych psychozach urojeniowych. Jest ono fragmentem obszerniejszego programu badawczego (RPBR.MZ.V.R19).

### CEL

Celem przedstawionej tu analizy jest zbadać zależności treści i niektórych cech struktury urojeń obserwowanych w czasie pierwszej ho-

spitalizacji psychoz urojeniowych od wieku zachorowania.

## PACJENCI

W badaniu uczestniczyło 167 chorych. Sposób ich doboru, charakterystykę społeczno-demograficzną oraz cechy obserwowanego zespołu klinicznego przedstawiono poprzednio (Wciórka i wsp. 1992). Liczebność badanej grupy była pomniejszona w odniesieniu do poszczególnych analizowanych zagadnień o liczbę osób, u których w czasie pierwszej hospitalizacji nie stwierdzano jeszcze urojeń lub też stwierdzano urojenia, których cechy nie poddawały się rzetelnej analizie.

## METODA

Źródłem informacji była dokumentacja lekarska pierwszej hospitalizacji. Wybór analizowanych treści i cech strukturalnych podyktowany był ich znaczeniem klinicznym oraz możliwością uzyskania odpowiednich informacji w hi-

storiach choroby. Pomocniczym narzędziem był specjalnie przygotowany kwestionariusz. Do weryfikacji hipotez statystycznych wykorzystaliśmy test  $\chi^2$  oraz test Kruskala-Wallisa.

## WYNIKI

*Treść urojeń.* Najczęściej (tabl. 1) występowały treści odnoszące (u 83% badanych) i prześladowcze (77%). Najrzadziej występującymi były natomiast różne formy urojeń zmiany postaci (ok. 10%). Analiza zależności od wieku zachorowania sugeruje, że częstość urojeń odnoszących, prześladowczych oraz innych depresyjnych (poza hipochondrycznymi) wzrasta wraz z wiekiem zachorowania. Większość pozostałych treści najczęściej pojawia się w psychozach wieku średniego, przy czym w odniesieniu do urojeń oddziaływania, symbolicznego przekształcania się otoczenia, błędnego rozpoznawania osób, jak też w odniesieniu do urojeń hipochondrycznych i nastroju urojeniowego - były to różnice statystycznie istotne.

Tablica 1. Częstość występowania wybranych treści urojeniowych w zależności od wieku zachorowania.

Wątki urojeniowe (%):	Wiek zachorowania:				Test <sup>a)</sup>
	wczesny	średni	późny	ogółem	
odnoszące	67	87	98	83	***
prześladowcze	51	84	98	77	***
oddziaływania	44	74	42	56	***
symboliczne <sup>b)</sup>	24	55	20	37	***
odstąpienie	28	44	32	34	n.s.
tożsamości osób <sup>c)</sup>	21	41	28	31	*
tożsamości siebie <sup>d)</sup>	11	16	5	12	n.s.
dysmorfofobia	17	12	2	11	n.s.
inna zmiana postaci	13	10	5	10	n.s.
hipochondryczne	22	45	29	33	*
inne depresyjne	7	46	49	34	***
wyższościowe	20	28	7	20	*
zachowania urojeniowe	37	43	22	36	n.s.
nastój urojeniowy	24	39	5	26	***
Ogółem (N=100%)	57	69	41	167	

a) test Kruskala-Wallisa: n.s. brak istotności, poziom istotności: \* p<0,05 \*\* p<0,01 \*\*\* p<0,001

b) symboliczne przekształcanie się otoczenia

c) błędne rozpoznawanie osób

d) błędne interpretacje własnej tożsamości

*Zróźnicowanie tematyczne.* Analiza tematyki urojeń w obserwowanych zespołach (tabl. 2) prowadzi do wniosku, że najczęściej występowały urojenia o kilku treściach, wśród których nie można było wskazać dominacji żadnego z wątków (urojenia wielotematyczne). Wyróżniającą się pozycję (dominację, przewagę) jednego tematu (urojenia jednotematyczne) stwierdzano jedynie u ok. 1/3 badanych. U nielicznych chorych ocena tematyki urojeń nie była w ogóle możliwa z powodu braku zwerbalizowanych urojeń (urojenia beztematyczne). Wielotematyczność była charakterystyczna dla psychoz późnych, jednotematyczność - dla psychoz wieku pośredniego, a beztematyczność - dla wieku wczesnego. Wątki najczęściej pojawiające się w zespołach jednotematycznych to: prześladowanie (14%), oddziaływania (10%) i odnośzenia (9%).

Tablica 2. Zróźnicowanie tematyki urojeń w zależności od wieku zachorowania.

Zróźnicowanie tematyki urojeń (%):	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
urojenia wielotematyczne	39	38	85	50
urojenia jednotematyczne	33	56	15	38
urojenia beztematyczne	28	6	-	12
Ogółem (N=100%)	57	69	41	167

$$\chi^2 = 45,69 \quad p < 0,000 \quad V = 0,37$$

*Zasięg interpersonalny (społeczny).* Analiza kontekstu interpersonalnego urojeń (kogo one obejmują? kto jest w nie wciągany?) pozwoliła na wskazanie ich minimalnego i maksymalnego zasięgu społecznego. Założoną rozpiętość (ja, rodzina, znajomi, obcy, organizacje znane, nieznane) uproszczono dla potrzeb analizy (uprawniały do tego rozkłady poszczególnych kategorii) do trzech zakresów (tabl. 3).

Urojenia najczęściej obejmowały obszar między osobą chorego ("ja") a otaczającymi go "osobami". "Organizacje" pojawiały się jako przed-

Tablica 3. Zasięg interpersonalny (społeczny) urojeń w zależności od wieku zachorowania.

Zasięg interpersonalny (%):	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
Minimalny: własna osoba	81	72	39	66
inne osoby	10	26	62	30
organizacje	8	2	-	3
	$\chi^2 = 31,13 \quad p < 0,001 \quad V = 0,32$			
Maksymalny: własna osoba	29	5	3	12
inne osoby	63	46	78	59
organizacje	8	49	20	29
	$\chi^2 = 39,82 \quad p < 0,000 \quad V = 0,35$			
Ogółem (N=100%)	48	65	40	153

miot przeżyć urojeniowych stosunkowo rzadko (29% badanych) i tylko wyjątkowo (3%) wątki urojeniowe ograniczały się do nich. Własna osoba jako przedmiot urojeń (np. odnoszących, hipochondrycznych) występowała bardzo często (81%), Stosunkowo często też (29%) urojenia ograniczały się do niej.

Porównanie najmniejszego i największego zasięgu urojeń w grupach o różnym wieku zachorowania dowodzi, że przestrzenie społeczne w jakich rozgrywają się wątki urojeniowe są odmienne. Urojenia w zespołach wczesnych rozgrywają się najczęściej między "ja" a "osobami", w zespołach pośrednich - między "ja" a "organizacjami", a w zespołach późnych - najczęściej ograniczają się do "osób".

*Systematyzacja.* Analiza wzajemnych powiązań i uporządkowania poszczególnych wątków urojeniowych (tabl. 4) pozwoliła na stwierdzenie podobnej częstości pojawiania się zespołów o organizacji luźnej bądź mniej lub bardziej usystematyzowanej (po 43%). Zupełny brak organizacji wątków występował rzadko (14%). Rosnący wiek zachorowania wiązał się bardzo wyraźnie ze wzrostem systematyzacji, przy czym cecha ta dzieliła przede wszystkim psychozy wieku późnego od rozpoczynających się wcześniej.

Tablica 4. Systematyzacja urojeń w zależności od wieku zachorowania.

Systematyzacja urojeń (%):	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
brak powiązań (chaos)	22	11	10	14
luźne powiązania	64	46	12	43
usystematyzowane powiązania	13	43	78	43
Ogółem (N=100%):	52	65	40	157

$$\chi^2 = 34,14 \quad p < 0,000 \quad V = 0,36$$

*Wyobcowanie urojeniowe.* Zgodnie z propozycjami Bernera (1986) relacje między rzeczywistością urojoną a realną mogą mieć charakter ich wzajemnego, skontrastowanego przenikania się (polaryzacji), bezkonfliktowego pozostawiania tuż obok siebie (w juxtapozycji) lub wyłączności urojeń (autyzm). Wyniki wskazują, że w badanej grupie chorych wyobcowanie urojeniowe było najczęściej niewielkie (przenikanie) i tylko wyjątkowo bardzo wyraźne (autyzm). Zaznaczała się wyraźna tendencja do wzrostu wyobcowania wraz z wiekiem zachorowania.

Tablica 5. Relacja między rzeczywistością realną i urojeniową (wyobcowanie urojeniowe) w zależności od wieku zachorowania.

Wyobcowanie urojeniowe (%):	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
przenikanie (polaryzacja)	97	78	38	70
pozostawianie obok (juxtapozycja)	3	15	55	25
wyłączność urojeń (autyzm)	-	6	7	5
Ogółem (N=100%):	29	65	40	133

$$\chi^2 = 34,14 \quad p < 0,000 \quad V = 0,36$$

*Odzyskiwany krytycyzm.* Analiza wyników (tabl. 6) dowodzi, że najczęściej pacjenci odzyskiwali jedynie względny krytycyzm wobec urojeń (43%). Zależność od wieku zachorowania nie była prostoliniowa. Wyróżniali się pacjenci o wczesnym początku choroby, u których czę-

ściej niż w pozostałych grupach odnotowano zarówno najstabiliej, jak i najpełniej odzyskiwany krytycyzm. W wieku średnim i późnym odzyskiwany krytycyzm był najczęściej jedynie względny.

Tablica 6. Krytycyzm wobec urojeń w okresie wypisu ze szpitala w zależności od wieku zachorowania.

Odzyskiwany krytycyzm (%):	Wiek zachorowania:			
	wczesny	średni	późny	ogółem
brak lub minimalny względny	35	29	10	25
pełny	23	50	54	43
Ogółem (N=100%)	42	21	37	32
Ogółem (N=100%)	43	62	41	146

$$\chi^2 = 15,46 \quad p < 0,01 \quad V = 0,23$$

## OMÓWIENIE

*Właściwości urojeń.* W tematyce odnotowanych urojeń najczęściej pojawiały się wątki odnoszące i prześladowcze (u ok. 80% pacjentów). Inne wątki notowano z mniejszą, zróżnicowaną częstością (10-60%). Spostrzeżenie to jest zgodne z wynikami wielu badań (m. in. Retterstøl 1966, Huber i Gross 1977, Schanda 1987), choć dokładniejsze porównania są trudne, ponieważ kategoryzacja tematyki w różnych badaniach jest mało porównywalna. W badaniach Jørgensena (1986), w których dobór pacjentów i kategoryzacja treści były zbliżone do naszych, częstość głównych wątków była podobna (prześladowcze 70%, odnoszące 66%, oddziaływania 41%, depresyjne 25%, wyższościowe 20%). Spitzer (1989) cytuje szereg badań wskazujących na względną stałość tych szerszych kategorii tematycznych w różnych okresach historycznych.

W odniesieniu do cech o charakterze strukturalnym odnotowano tu przewagę: równorzędnej obecności wielu wątków tematycznych (wielotematyczności) urojeń, zasięgu interpersonalnego ograniczonego do obszarów względnie bliskich doświadczeniu pacjentów (ja-inne osoby), nienasilonego wyobcowania rzeczywistości urojeniowej (polaryzacji) i ograniczonej

systematyzacji (powiązania luźne lub częściowo usystematyzowane). Większość badanych odzyskiwała w czasie hospitalizacji co najmniej względny krytycyzm wobec przeżyć urojeniowych. Nie ma porównywalnych badań innych autorów. Częstość polaryzacji w badaniach Gabriela (1977) nad późną schizofrenią wynosiła 75% a w badaniach Schandy (1987) nad psychozami paranoidalnymi była wyższa (ponad 90%) od wynikającej z naszych badań. Były to jednak populacje różniące się od badanej przez nas.

Znaczenie wieku zachorowania okazało się istotne w odniesieniu do wszystkich analizowanych cech urojeń. Zarówno tematyka, jak i cechy struktury urojeń wchodziły w silne zależności z wiekiem zachorowania.

Późne psychozy urojeniowe wyróżniały się przewagą urojeń o wielu, równorzędnych wątkach (wielotematycznych). Szczególnie częste były wśród nich wątki, którym często przypisuje się charakter wtórny (prześladowcze, odnoszące, depresyjne), tj. wątki stanowiące zrozumiałe rozwinięcie lub interpretację innych przeżyć. Urojenia w tej grupie chorych przejawiały wyraźniejszą tendencję do systematyzacji i wyobcowywania się (juxtapozycja), przy jednocześnie silnym zogniskowaniu w jednym tylko z wyróżnionych obszarów interpersonalnych (inne osoby). Późny początek najrzadziej kojarzył się z nieodzyskiwaniem krytycyzmu, lecz odzyskiwany krytycyzm był najczęściej tylko względny. Taki obraz urojeń zbliża się najbardziej do charakterystyki urojeń parafrenicznych (Jaroszyński 1978, Porot 1988).

Psychozy rozpoczynające się w wieku średnim wyróżniały się częstszą jednotematycznością wątków urojeniowych, tj. obecnością treści dominujących nad innymi (prześladowanie, oddziaływanie, odnoszenie). Specyficzna dla tej grupy wieku była większa częstość wątków uważanych za wyraz paranoidalnego zacierania się granicy "ja-otoczenie" (oddziaływanie, odsłonięcie, zmiana tożsamości, symboliczne przekształcenia) oraz treści hipochondrycznych.. Ich zasięg interpersonalny był szerszy niż w pozostałych porównywanych grupach i obejmował wszystkie wyróżnione obszary interpersonalne

(ja-osoby-organizacje). Tendencja do systematyzacji i wyobcowywania się treści urojeniowych miała natomiast rozmiary pośrednie pomiędzy charakterystycznymi dla osób o wcześniejszym i późniejszym wieku zachorowania. Odzyskiwany krytycyzm był najczęściej tylko względny. Odnotowana charakterystyka urojeń zbliża się może najbardziej do typowej dla urojeń paranoidalnych (Jaroszyński 1992).

Psychozy wczesne wyróżniały się większą częstością urojeń pozbawionych wyraźniejszej werbalizacji tematyki (beztematycznych). W zasadzie nie stwierdzono tu treści specyficznych (poza nieistotną statystycznie, lecz interesującą przewagą urojeń zmiany postaci). Zasięg interpersonalny urojeń względnie często ograniczał się do własnej osoby, czasem jednak włączane były też inne osoby. Tendencja do systematyzacji i wyobcowania była w tej grupie wyraźnie słabsza niż w pozostałych. Odzyskiwanie krytycyzmu cechowała pewna skrajność (bimodalność) - wysokie odsetki zarówno braku, jak i pełnego krytycyzmu. Charakterystyka urojeń w tej grupie wydaje się mniej jednorodna. Można w niej dostrzegać, obok cech bliskich paranoidalnym, cechy przypisywane urojeniom występującym w tzw. nieparanoidalnych zespołach schizofrenicznych (Jaroszyński 1978).

Przedstawiona charakterystyka urojeń obserwowanych we wczesnych, pośrednich i późnych psychozach urojeniowych odpowiada stwierdzonym w poprzednim doniesieniu (Wciórka i wsp. 1992) różnicom w obrazie i dynamice całości obserwowanych zespołów. Uzyskane wyniki są zbyt fragmentaryczne, by budować na nich bardziej konsekwentną koncepcję związków między wiekiem zachorowania a cechami urojeń. Sugerują one jednak, że taki związek istnieje, na co wskazywano w niektórych studiach klinicznych podejmujących ten temat na marginesie innych zagadnień (Schimmelpenninck 1967, Gabriel 1976, Huber i Gross 1977, Musalek i wsp. 1989). W pewnym uproszczeniu, rosnący wiek zachorowania wiązałby się z większą równorzędnością wątków tematycznych, ogniskowaniem się treści urojeń a także z utrwalaniem się (systematyzowaniem, wyob-

cowywaniem) związków urojeń z osobowością chorego.

Można próbować wyjaśniania takich związków odmiennością interakcji mechanizmów patogenetycznych psychozy z mniej (w psychozach wcześniejszych) lub bardziej (w psychozach późniejszych) zwartą, dojrzałą i odporną osobowością pacjentów. Interakcje takie miałyby bardziej destruktywne, zmienne i niejednorodne następstwa w przypadku psychoz rozpoczynających się wcześniej, w których urojenia kształtowałyby się jakby "obok" lub "wbrew" zastanej osobowości. Późny początek kształtowałyby urojenia jakby bardziej "wrastające" w osobowość pacjenta, co może oznaczać mniej destruktywne, ale i bardziej stabilne skutki takiej interakcji. Szczegółowe uwarunkowania typu interakcji "psychoza-osobowość" mogą być przedmiotem wielu hipotez odwołujących się albo bardziej do właściwości psychoz (np. ich odrębności etiologicznej lub patogenetycznej), albo bardziej do cech osobowości (np. siły poczucia tożsamości, preferowanych mechanizmów obronnych, stylu radzenia sobie). Interpretacje takie wykraczają jednak poza przedstawiony materiał empiryczny.

#### WNIOSKI:

1. Tematyka urojeń najczęściej notowanych w czasie pierwszych hospitalizacji psychoz urojeniowych obejmuje wątki prześladowcze i odnoszące.
2. Strukturalne cechy tych urojeń, to najczęściej: wielotematyczność, zasięg interpersonalny obejmujący własną i inne osoby, słaba systematyzacja, niewielkie wyobcowanie z realnej rzeczywistości oraz wyraźna tendencja do odzyskiwania krytycyzmu w trakcie leczenia.
3. Wiek zachorowania istotnie wpływał na właściwości obserwowanych urojeń. Rosnący wiek wiązał się z większą równoważnością wątków urojeń, zmianami ich zasięgu

interpersonalnego a także z utrwalaniem się (systematyzowaniem, wyobcowywaniem) związków urojeń z osobowością chorego.

#### PIŚMIENNICTWO:

1. Berner P., Gabriel E., Kieffer W., Schanda H.: "Paranoid psychoses" New aspects of classification and prognosis coming from the Vienna Research Group. *Psychopathology* 1986,19:16-29.
2. Berner P., Gabriel E., Kronberger M.L., Küfferle B., Schanda H., Trapp R.: Course and outcome of delusional psychoses. *Psychopathology* 1984, 17:28-36.
3. Bilikiewicz A.: Miejsce zespołów paranoidalnych w układzie nozograficznym etiopigenetycznym Tadeusza Bilikiewicza. *Postępy Psychiatr.Neurol.* 1992,1 (ten numer).
4. Bleuler E.: *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien.* Deuticke, Leipzig 1911.
5. Gabriel E.: *Die langfristige Entwicklung von Spätschizophrenien.* Karger, Basel 1977.
6. Garety P.: Delusions: Problems in definitions and measurement. *Brit. J. Med. Psychol.* 1985, 58, 25-34.
7. Huber G., Gross G.: *Wahn.* Enke, Stuttgart 1977.
8. Jaroszyński J.: Zespoły zaburzeń psychicznych. *Biuletyn IPiN,* 1978,5(32).
9. Jaroszyński J.: Zespół paranoidalny. *Postępy Psychiatr. Neurol.* 1992,1 (ten numer).
10. Jørgenson P.: Delusional psychosis: hospital incidence, symptoms, and classification. *Acta Psychiatr. Scand.* 1986, 74:18-23.
11. Musalek M., Berner P., Katschnig H.: Delusional theme, sex, and age. *Psychopathology* 1989,22:260-267.
12. Porot M.: Approche d'une classification française des delires. *Ann. Med.-Psychol.* 1989,147:374-378.
13. Retterstol N.: Paranoid and paranoiac psychoses. *Universitets-forlaget, Oslo* 1966.
14. Rzewuska M.: *Charakterystyka przebiegu schizofrenii paranoidalnych.* IPiN, Warszawa 1988.
15. Schanda H.: *Paranoide Psychosen.* Enke, Stuttgart 1987.
16. Schanda H., Gabriel E.: Position of affective symptomatology in the course of delusional psychoses. *Psychopathology* 1988,21:1-11.
17. Schimmelpenninck GW.: *Die paranoide Psychosen der zweiten Lebenshälfte.* Karger, Basel 1965.
18. Spitzer M.: *Was is Wahn?* Springer, Berlin-Heidelberg 1989.
19. Wciórka J., Anczewska M., Chojnowska A., Stanikowska I.: Psychozy urojeniowe w czasie pierwszej hospitalizacji. 1. Wiek zachorowania a zespół psychopatologiczny. *Postępy Psychiatr.Neurol.* 1992,1 (ten numer).

*Adres: Doc. Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna IPiN, Al Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa.*