

Ocena sztywności emocjonalnej w schizofrenii

Assessment of emotional blunting in schizophrenia

MAREK JAREMA

Z III Kliniki Psychiatrii IPiN w Warszawie

STRESZCZENIE. Sztywność emocjonalna jest najczęściej zaliczana, za Bleulerem, do objawów schizofrenii. Niektórzy sądzą jednak, że nie jest ona typowym objawem, bowiem występuje także w depresji. Sztywność emocjonalna może być przedmiotem pomiaru nasilenia i zmienności w czasie, głównie przy pomocy skal diagnostycznych. Problemem jest ustalenie, czy objawy na podstawie których dokonuje się oceny sztywności emocjonalnej są objawami wyłącznie opisującymi tę cechę, czy też służą do opisu pewnego zjawiska, którym może być sztywność emocjonalna, ale może być też upośledzenie funkcjonowania społecznego pacjentów ze schizofrenią.

SUMMARY. Emotional blunting is most often classified, after Bleuler, as a symptom of schizophrenia. However, according to some authors, it is not a typical sign of schizophrenia, since it may be present also in depression. Both the intensity and dynamics (changeability over time) of emotional blunting may be measured, mostly using diagnostic rating scales. It is difficult to decide whether symptoms underlying the diagnosis of emotional blunting are related to this dimension exclusively, since they may be manifestations of a phenomenon due either to emotional blunting, or to an impairment of schizophrenic patients' social functioning.

Słowa kluczowe: schizofrenia / sztywność emocjonalna

Key words: schizophrenia / emotional blunting

Miejsce sztywności emocjonalnej w diagnozowaniu schizofrenii jest niejednakowo ważne dla różnych badaczy. Według Bleulera sztywność emocjonalna należy do typowych objawów schizofrenii, ale np. Schneider nie zalicza tego objawu do cech pierwszorzędowych (por. Wciórka, 1993). W doniesieniach spotyka się stwierdzenie, że zaburzenia afektywne odgrywają znaczącą rolę w psychopatologii schizofrenii (Kulhara i wsp., 1989; Dworkin, 1992), choć spotyka się też opinie przeciwne (Abrams i Taylor, 1978, Alpert i Rush, 1983). W kryteriach DSM-III-R (1987) sztywność emocjonalna jest jednym z podstawowych objawów schizofrenii. Międzynarodowa klasyfikacja chorób, X wersja (1993) podaje, że podstawowym i charakterystycznym objawem obok zaburzeń myślenia i percepcji, jest niewłaściwy lub sztywny

afekt. Andreasen (1979), która od lat zajmuje się problematyką objawów negatywnych i sztywności emocjonalnej stwierdziła, że sztywność emocjonalna nie jest ani patognomiczna, ani wszechobecna w schizofrenii. W najnowszej swojej pracy (Andreasen i Carpenter, 1993) za Bleulerem, zaliczyła sztywność emocjonalną do podstawowych objawów schizofrenii. A. Bilikiewicz (1992) omawia sztywność emocjonalną wśród osiowych objawów schizofrenii, podkreślając, że "...życie uczuciowe nie ulega swobodnej modulacji zależnie od treści rozmowy lub wypowiedzi, gdyż nabiera cech sztywności...".

Według Jarosza i wsp. (1993) stopień emocjonalne należy do typowych objawów schizofrenii; cytując za tymi autorami, u 66% pacjentów ze schizofrenią stwierdzono spływanie afektu. Wcześniej Jarosz i wsp. (1987a)

podali, że tradycyjne objawy schizofrenii według Bleulera uznano 25% ankietowanych psychiatrów. Według 46% psychiatrów, stopień uczuciowy jest patognomiczny dla schizofrenii, a według 9% pytaných psychiatrów, nie jest charakterystyczne dla schizofrenii (Jarosz i wsp., 1987b).

Lewis (1992) zwraca uwagę na różnice płci: u mężczyzn wyraźniej uwidaczniają się objawy negatywne i ubytkowe takie jak wycofywanie się społeczne lub sztywność emocjonalna.

Sam objaw jest też różnie definiowany. Według T. Bilikiewicza (1988) *"... obok zmian zanikowych, a więc ilościowych, dochodzi do swoistych zmian jakościowych, polegających głównie na utracie zdolności do modulowania afektu stosownie do siły i jakości bodźców"*; prowadzi to do sztywności i niedostosowania afektu. Korzeniowski (1986) określa sztywność afektywną jako *"...brak adekwatnego dostosowania siły przeżycia uczuciowego do sytuacji, która warunkuje to przeżycie..."* oraz *"...zbyt małą reakcją uczuciową oraz brak regulacji jej napięcia odpowiednio do zmian sytuacji"*.

Dla uproszczenia, w obecnym opracowaniu przyjęto określenie "sztywność emocjonalna" (*emotional blunting*), tj. ten rodzaj raportu emocjonalnego, który cechuje się upośledzeniem modulowania reakcji emocjonalnych adekwatnie do bodźca. W piśmiennictwie spotyka się inne określenia, jak "afekt sztywny", "afekt stępały", "stopień emocjonalne", "afekt płaski". Nie jest celem obecnego doniesienia wdawanie się w spory nomenklaturowe.

Według szeroko przytaczanego podziału na pozytywne i negatywne objawy schizofrenii, sztywność emocjonalna znalazła się wśród objawów negatywnych, razem z alogią, anhedonią i społecznym wycofywaniem się. Z definicji objawów negatywnych wynika, że mają one tendencję do przetrwałego występowania a ich wrażliwość na leczenie jest wątpliwa (Crow, 1980; Pogue-Geile i Harrow, 1985; Jackson i wsp., 1989). Sztywność emocjonalna

na ma być rokowniczo niekorzystna (Boeringa i Castellani, 1982) i może zapowiadać konieczność powtórnej hospitalizacji (Pogue-Geile i Harrow, 1985). Inni jednak donoszą, że objawy negatywne są podatne na leczenie (Kay, 1990; Dworkin, 1992); dotyczy to także sztywności emocjonalnej (Goldberg, 1985).

Trudno jest określić, jakie są przyczyny sztywności emocjonalnej. Jedną z wiodących hipotez wiąże się z teorią powstawania objawów negatywnych, do których sztywność emocjonalna jest zaliczana. Ich obecność można tłumaczyć zmianami strukturalnymi i czynnościowymi w specyficznym obszarze mózgu, jakim jest kora przedczołowa (Andreasen i wsp., 1992). Kora ta jest odpowiedzialna za najwyższą rozwinięte funkcje psychiczne, w tym za tok myślenia i wypowiedzi, ekspresję emocjonalną, sferę woli i działania.

Według Jacksona i wsp. (1989) objawy negatywne, a więc i sztywność emocjonalna, są przykładem ubytku w sferze psychicznej.

Sztywność emocjonalną można rozpatrywać jako objaw, albo jako kompleks cech. Jako objaw występuje w większości opisów charakterystycznych cech schizofrenii; kompleks objawów rozważany bywa w przypadku, gdy podlega szczegółowemu ocenom przy pomocy instrumentów skalowanych. Sztywność emocjonalna może więc być nie tylko obecna lub nieobecna, ale jej nasilenie można mierzyć. Nie jest to zadanie łatwe, gdyż należy przyznać, iż objaw ten jest trudny do oceny (Boeringa i Castellani, 1982), chociaż można tego dokonać (Andreasen, 1979). Jaroszyński (1987) wspominając o trudnościach diagnostycznych podaje, że *"... nie istnieją dotychczas kryteria różnicowania np. "osiowego" stopienia uczuciowego i spadku aktywności od elementów osłupienia katatonicznego..."*. Według De Leon i wsp. (1993) trudności w ocenie sztywności emocjonalnej prowadzą niekiedy do pomijania tego objawu w standaryzowanych systemach diagnostycznych.

Jeżeli pokusimy się o próbę oceny sztywności emocjonalnej, jednym z prostszych spo-

sobów jest ocena obecności i nasilenia tego objawu oparta o jeden z punktów ogólnie dostępnych skal diagnostycznych. Takie postępowanie ułatwia bardzo metodykę badania, jednakże w tym uproszczeniu kryje się możliwość niedocenienia kompleksowości zaburzeń emocjonalnych jakie składają się na sztywność emocjonalną w schizofrenii. Jeżeli zastosuje się kompleksową ocenę sztywności emocjonalnej, należy liczyć się z obecnością kilku do kilkunastu punktów, które złożą się na końcową ocenę kompleksu.

Bardziej złożona ocena sztywności emocjonalnej w schizofrenii daje więcej informacji o pacjencie. W tym zakresie dwie skale diagnostyczne zasługują na rozpowszechnienie: Skala Oceny Sztywności Emocjonalnej (*Rating Scale of Emotional Blunting*, Abrams i Taylor, 1978) oraz Skala Przejawianego Afektu (*Manifest Affect Rating Scale*, Alpert i Rush, 1983). Przy ich pomocy w odmienny sposób dokonuje się oceny tych samych objawów mając dwa różne narzędzia badawcze (Jarema i Kacperczyk, 1993).

Andreasen (1979) ujęła ocenę sztywności emocjonalnej w 9 składowych cech: niezmienną ekspresję mimiczną, zmniejszenie ruchów spontanicznych, ubóstwo ekspresji gestów, zły kontakt wzrokowy, brak odpowiedzi emocjonalnej, niewłaściwy afekt, brak modulacji głosu, zwolnioną mowę, wydłużony czas oczekiwania na odpowiedź. Z czasem, Andreasen zawęziła ilość składowych wykluczając zwolnioną mowę i wydłużony czas oczekiwania na odpowiedź; następnie wykluczono niewłaściwy afekt (De Leon i wsp., 1993).

Abrams i Taylor (1978) jeszcze szerzej ujęli ten problem uwzględniając 16 składowych, zbliżając się tym samym do koncepcji objawów negatywnych (De Leon i wsp., 1993). Autorzy ci nie tylko zaproponowali własną skalę dla oceny sztywności emocjonalnej, ale też pokusili się o ustanowienie kryterium dla różnicowania na tej podstawie schizofrenii i depresji. Tym kryterium jest suma punktów w skali: suma powyżej 17 sugeruje schizofre-

nię, poniżej - zaburzenia afektywne (Abrams i Taylor, 1978). Berenbaum i wsp. (1987) sądzą, że skala Abramsa i Taylora jest zbyt obszerna i podobne wyniki można uzyskać skracając ją do 8 punktów.

Problem obecności sztywności emocjonalnej w depresji jest poruszany przy okazji różnicowania ze schizofrenią. Jak wspomniano, według Andreasen (1979) sztywność emocjonalna występuje w depresji. Według Kulhara i Chadda (1987) w ocenie zaburzeń ekspresji emocji ważniejszym czynnikiem przemawiającym za depresją jest świadomość pacjenta, że utracił on "ciepło uczuciowe" niż obiektywna ocena sztywności emocjonalnej. Kulhara i wsp. (1989) stwierdzili, że obecność objawów depresyjnych jest odpowiedzialna za zmienność w ocenie objawów negatywnych, w tym za 54% zmienności w ocenie sztywności emocjonalnej. W ocenie objawów negatywnych ważne jest ich oddzielenie od objawów depresyjnych (Peralta i wsp. 1992). Pogue-Geile i Harrow (1985) uważają, że pacjenci ze schizofrenią wykazują większe nasilenie sztywności emocjonalnej niż pacjenci depresyjni; procent chorych z objawami sztywności emocjonalnej wynosi odpowiednio 23% i 9%.

Według wcześniejszego doniesienia Andreasen (1979), sztywność emocjonalna jest częsta w depresji i nie może być używana dla różnicowania schizofrenii i depresji; nie powinna być włączona do kryteriów diagnostycznych schizofrenii. Boeringa i Castellani (1982) uważają, że objaw ten ma znaczenie jako kryterium wyłączenia w różnicowaniu zaburzeń afektywnych.

Problemem w opisywaniu sztywności emocjonalnej jest to, że oceniane objawy są podobne i niekiedy trudne do zdefiniowania. Tym też kierowali się wspomniani już Berenbaum i wsp. (1987) proponując redukcję objawów w skali Abramsa i Taylora. Wprawni klinicyści jednakże, osiągają dużą zgodność w ocenie sztywności emocjonalnej; współczynnik wewnętrznej zgodności alfa wyniósł dla tego objawu 0,834, był więc bardzo wyso-

ki (Andreasen i wsp., 1992). Według tych autorów, w ocenie całego kompleksu objawów zaburzeń emocjonalnych w schizofrenii, największa zgodność między badającymi dotyczyła następujących objawów (ułożonych w kolejności od największej do najmniejszej zgodności): braku gestykulacji ekspresyjnej, braku reakcji afektywnych, złego kontaktu wzrokowego, niezmienionego wyrazu twarzy, zmniejszenia modulacji głosu i zmniejszenia ruchów spontanicznych; wyraźnie najmniejsza zgodność między badającymi dotyczyła objawu "afekt niewłaściwy" (Andreasen i wsp., 1992).

Jeżeli chcemy oceniać ewolucję sztywności emocjonalnej w trakcie leczenia, zakładamy że może ona ulegać zmianom w czasie. Dworkin (1992) utrzymuje, że sztywność emocjonalna nie jest cechą statyczną i zmienia się pod wpływem leczenia. Jarosz, który wiele pracy poświęcił ocenie proporcji w schizofrenii, donosi o możliwości ujmowania stopienia emocjonalnego nie jako objawu statycznego lecz jakości właściwej dla jednego z dwóch przeciwstawnych biegunów proporcji (Jarosz i wsp., 1993).

Osobno należy poświęcić uwagę wzajemnej relacji pomiędzy sztywnością emocjonalną a funkcjonowaniem społecznym. Z objawami negatywnymi schizofrenii koreluje upośledzenie funkcjonowania społecznego (Jackson i wsp., 1989). Wskaźnikami dla oceny umiejętności społecznych są: kontakt wzrokowy, nasilenie głosu, modulacja głosu, pozycja ciała, mimika, długość oczekiwania na odpowiedź oraz adekwatność treści wypowiedzi do pytania (Bellack, 1983). Jak łatwo zorientować się, wiele z nich to cechy używane przy ocenie sztywności emocjonalnej (Dworkin, 1992).

Nie jest jasne, czy ubytek umiejętności społecznych jest następstwem czy jest równoznaczny z objawami negatywnymi (Jackson i wsp., 1989). Najczęściej uważa się, że upośledzenie funkcjonowania społecznego jest przejawem innych objawów schizofrenii, jak np. objawów negatywnych lub ubytkowych.

Objawy te (sztywność emocjonalna, brak woli, anhedonia i brak energii) odgrywają podstawową rolę w nieprzystosowaniu społecznym (Bellack i wsp., 1990). Zależność taka nie jest jednak prosta. Na podstawie własnych badań Bellack i wsp. (1990) stwierdzili upośledzenie funkcjonowania społecznego zarówno wśród pacjentów z objawami negatywnymi, jak i bez nich.

Przyznając, że upośledzenie raportu emocjonalnego odgrywa poczesną rolę w obrazie klinicznym schizofrenii, Dworkin (1992) przypomina o takiej samej roli upośledzenia funkcjonowania społecznego. Uważa, że są to dwie odmienne składowe schizofrenii. Skoro więc takie objawy jak zły kontakt wzrokowy, uboga mimika i odmienny sposób reagowania emocjonalnego mogą być skutkiem sztywności emocjonalnej, tak samo można przyjąć, że jest to skutek upośledzenia funkcjonowania społecznego.

Zwolennicy unifikacji tych pojęć operują argumentem, iż istnieje wysoka korelacja między sztywnością emocjonalną a funkcjonowaniem społecznym (Andreasen i wsp., 1990; Walker i Lewine, 1988). Nie jest to niespodzianką, skoro obie cechy są oceniane na podstawie tych samych objawów. Dworkin (1992) sugeruje jednak, że cechy te mogą być niezależne, a czyni to w oparciu o badania genetyczne, różnice płci i osobowości przedchorobowej. Sugeruje on również, że niektóre objawy używane zarówno do definiowania sztywności emocjonalnej jak i upośledzenia umiejętności społecznych (np. kontakt wzrokowy lub mimika) są efektem ubytków neurologicznych jako skutku uszkodzenia prawej półkuli mózgowej lub grzbietowo-bocznej kory przedczołowej.

Problem miejsca sztywności emocjonalnej w schizofrenii interesuje mnie już od lat. Przyznam, że wynika to z faktu iż uważam ją za charakterystyczną dla schizofrenii i wiele uwagi przywiązuję do subiektywnej oceny kontaktu emocjonalnego z pacjentem jako do ważnej wskazówki diagnostycznej. Dlatego sądzę, że mimo wielu kontrowersji, trud-

ności diagnostycznych i braku zgodności co do miejsca sztywności emocjonalnej w konstruowaniu diagnozy, badania nad rolą sztywności emocjonalnej w schizofrenii nie są niemożliwe do przeprowadzenia.

Używając 2 skal dla oceny sztywności emocjonalnej, wspomnianych już skal RSEB i MARS stwierdziliśmy, że nasilenie sztywności emocjonalnej w schizofrenii zmniejszyło się pod wpływem leczenia neuroleptykami (Jarema i Kacperczyk, 1993). Wprawdzie badane grupy były mało liczebne, warto nadmienić, że stwierdzono też różnice w zmianie nasilenia sztywności emocjonalnej w ocenie przy pomocy obu skal oraz pomiędzy różnymi podgrupami schizofrenii po leczeniu neuroleptykami. Wyniki te z jednej strony zachęcają do dalszej eksploracji problemu sztywności emocjonalnej w schizofrenii, z drugiej zobowiązują do szczególnej ostrożności badawczej. Z pewnością istnieje potrzeba poszerzenia takich badań o globalną ocenę funkcjonowania społecznego oraz ocenę współistnienia symptomatyki depresyjnej.

PIŚMIENNICTWO

- Abrams R, Taylor MA (1978). A rating scale for emotional blunting. *Am. J. Psychiat.* 135:226-229
- Alpert M, Rush M (1983). Comparison of affects in Parkinson's disease and schizophrenia. *Psychopharmacol. Bull.* 19:118-120
- Andreasen N (1979). Affective flattening and the criteria for schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 136:944-947
- Andreasen N, Flaum M, Arndt S, Alliger R, Miller D, O-Leary D (1992). Positive and negative symptoms and syndromes: assessment and biological correlations. W: Ferrero F, Haynal AE, Sartorius N (red.): *Schizophrenia and affective psychoses*. Libbey, Rome, 89-96
- Andreasen N, Carpenter WT (1993). Diagnosis and classification of schizophrenia. *Schiz. Bull.* 19:199-214
- Bellack AS (1983). Recurrent problems in the behavioral assessment of social skill. *Behav. Res. Ther.* 21:29-42
- Bellack AS, Morrison RL, Wixted JT, Mueser KT (1990). An analysis of social competence in schizophrenia. *Br. J. Psychiat.* 156:809-818
- Berenbaum SA, Abrams R, Rosenberg S, Taylor MA (1987). The nature of emotional blunting, a factor-analytic study. *Psychiat. Res.* 20:57-67
- Bilikiewicz A (1992). Objawy osiowe schizofrenii. W: Bilikiewicz A, Strzyzewski W (red.): *Psychiatria, podręcznik dla studentów*. PZWL, Warszawa, 193-195
- Bilikiewicz T (1988). *Psychiatria kliniczna*. PZWL, Warszawa, 161
- Boeringa JA, Castellani S (1982). Reliability and validity of emotional blunting as a criterion for diagnosis of schizophrenia. *Am. J. Psychiat.* 139:1131-1135
- Crow TJ (1980). Molecular pathology of schizophrenia: more than a disease process? *Br. Med. J.* 280:66-68
- De Leon J, Peralta V, Cuesta MJ (1993). Negative Symptoms and emotional blunting in schizophrenic patients. *J. Clin. Psychiat.* 54:103-108
- Diagnostic and statistical manual for mental disorders. Third edition, revised. *Am. Psychiat. Assoc., Washington*, 1987
- Dworkin RH (1992). Affective deficits and social deficits in schizophrenia: what is what? *Schiz. Bull.* 18:59-64
- Goldberg SC (1985). Negative and deficit symptoms in schizophrenia do respond to neuroleptics. *Schiz. Bull.* 11:453-456
- ICD-10 (1992). *Classification of mental and behavioural disorders*. WHO, Geneva
- Jackson HJ, Minas IH, Burgess PM, Joshua SD, Charisiou J, Campbell IM (1989). Is social skills performance a correlate of schizophrenia subtypes? *Schiz. Res.* 2:301-309
- Jarema M, Kacperczyk J (1993). The evaluation of the severity of illness, affective blunting and neuroleptic treatment outcome in schizophrenic subgroups. *Eur. Psychiat.* 8:153-161
- Jaros M, Bieńkiewicz W, Poprawska I, Zaborowski A (1987a). Objawy charakterystyczne dla schizofrenii w świetle badań opinii psychiatrów (I). *Psychiat. Pol.* 21:465-469
- Jaros M, Zaborowski A, Poprawska I, Bieńkiewicz W (1987b). Objawy charakterystyczne dla schizofrenii w świetle badań opinii psychiatrów (II). *Psychiat. Pol.* 21:470-476
- Jaros M, Furgo-Olszewska M, Juszcak E, Pisarski A, Stasiak J, Więclaw B (1993). Dalsze badania nad kształtowaniem się proporcji "żywość i adekwatność emocji - stępienie emocjonalne" w schizofrenii paranoidalnej. *Psychiat. Pol.* 27:303-310
- Jaroszyński J (1987). *Psychozy schizofreniczne*. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S (red.): *Psychiatria*. PZWL, Warszawa, 58
- Kay SR (1990). Significance of the positive-negative distinction in schizophrenia. *Schiz. Bull.* 16:635-652
- Korzeniowski L (1986). Sztywność afektywna. W: Korzeniowski L, Pużyński S (red.): *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. PZWL, Warszawa, 536
- Kulhara P, Chadda R (1987). A study of negative symptoms in schizophrenia and depression. *Compreh. Psychiat.* 28:229-235
- Kulhara P, Avasthi A, Chadda R, Chandiramani K, Mattoo SK, Kota SK, Joseph S (1989). Negative and

- depressive symptoms in schizophrenia. Br. J. Psychiat. 154:207-211
28. Lewis S (1992). Sex and schizophrenia: vive la difference. Br. J. Psychiat. 161:445-450
29. Peralta V, De Leon J, Cuesta MJ (1992). Are there more than two syndromes in schizophrenia? Br. J. Psychiat. 161:335-343
30. Pogue-Geile MF, Harrow M (1985). Negative symptoms in schizophrenia: their longitudinal course and prognostic importance. Schiz. Bull. 11:427-439
31. Walker E, Lewine RJ (1988). The positive/negative symptom distinction in schizophrenia: validity and etiological relevance. Schiz. Res. 1:315-328
32. Wciórka J (1993). Schizofrenia - obraz kliniczny. W: Pużyński S (red.): Leksykon psychiatrii, PZWL, Warszawa, 431-435

*Adres: Doc. Marek Jarema, III Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa.*