



THE EXPERIENCE OF ANXIETY IN PERSON WITH SCHIZOPHRENIA – STUDY BASED ON INTERPRETATIVE PHENOMENOLOGICAL ANALYSIS

DOŚWIADCZANIE LĘKU U OSOBY Z DIAGNOZĄ SCHIZOFRENII – OPIS NA PODSTAWIE INTERPRETACYJNEJ ANALIZY FENOMENOLOGICZNEJ

Correspondence to/
Adres do korespondencji:

Mercedes M. Kuk
Faculty of Psychology
University of Warsaw
5/7 Stawki Str.
00-183 Warsaw, Poland
e-mail: mm.kuk@student.uw.edu.pl

Mercedes M. Kuk, Rafał Styła

Faculty of Psychology, University of Warsaw, Poland

Submitted/Otrzymano: 17.10.2019
Accepted/Przyjęto do druku: 16.02.2020

Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski, Polska

Abstract

Purpose: People with schizophrenia diagnosis experience anxiety in similar severity as people with anxiety disorders diagnosis and much more often and stronger than healthy individuals. Anxiety is associated with negative consequences such as worse social functioning, increased risk of symptom recurrence and a higher risk of suicide. The aim of this study was a description and qualitative analysis of the experience of anxiety in a person diagnosed with schizophrenia.

Methods: A partially structured interview was conducted with a 26-year-old woman, who has been diagnosed with paranoid schizophrenia for six years. The study uses a qualitative method of data analysis – Interpretative Phenomenological analysis (IPA).

Results: Basing on the interview, five main subjects were extracted: (1) positive symptoms as a source of anxiety in psychosis, (2) the reasons why anxiety in psychosis is a particularly difficult experience, (3) anxiety in remission, (4) dealing with anxiety, (5) insight.

Conclusions: Anxiety in psychosis is stronger and harder to deal with it compared with anxiety in remission. The fear during psychosis is, for our interlocutor, particularly difficult due to persecutory delusions, feelings of loss of control, lack of criticism and suicidal thoughts. Important aspects of dealing with psychotic anxiety can be: a critical look at psychotic symptoms, feelings of control over anxiety and support from the environment. Our interlocutor compared anxiety experienced during remission to anxiety of healthy but neurotic individuals. In addition, anxiety in remission in a person with a diagnosis of schizophrenia can be triggered by places and memories of the period of psychosis, which supports the concept of postpsychotic PTSD.

Key words: schizophrenia, anxiety, psychosis, interpretative phenomenological analysis, qualitative study.

Streszczenie

Cel: Osoby z diagnozą schizofrenii doświadczają lęku o podobnym nasileniu jak osoby z diagnozą zaburzeń lękowych oraz znacznie częściej i silniej niż osoby zdrowe. Lęk jest związany z takimi negatywnymi konsekwencjami, jak gorsze funkcjonowanie społeczne, zwiększone ryzyko nawrotu objawów i większe ryzyko samobójstwa. Celem niniejszego badania był opis wraz z jakościową analizą doświadczania lęku u osoby z diagnozą schizofrenii.

Metody: Przeprowadzono częściowo ustrukturuwany wywiad na temat doświadczania lęku z 26-letnią kobietą, która od sześciu lat ma diagnozę schizofrenii paranoidalnej. W badaniu wykorzystano szeroko stosowaną jakościową metodę analizy danych – interpretacyjną analizę fenomenologiczną (*Interpretative Phenomenological Analysis* – IPA).

Wyniki: Na podstawie przeprowadzonej rozmowy wyodrębniono pięć głównych tematów: (1) objawy pozytywne jako źródło lęku w psychozie, (2) powody, dla których lęk w psychozie jest szczególnie trudnym doświadczeniem, (3) lęk w remisji, (4) radzenie sobie z lękiem, (5) wgląd.

Wnioski: Badanie ilustruje sposób przeżywania lęku u osoby z diagnozą schizofrenii. Dla uczestniczki badania lęk w psychozie jest silniejszy i trudniejszy do przezwyciężenia niż lęk w remisji, ze względu na: treści prześladowcze urojeń, poczucie utraty kontroli, brak krytycyzmu do treści lękowych oraz towarzyszące myśli samobójcze. Istotnymi aspektami radzenia sobie z lękiem psychotycznym mogą być: krytyczne spojrzenie na objawy psychotyczne, poczucie kontroli nad lękiem oraz wsparcie ze strony otoczenia.

Uczestniczka rozmowy wskazuje, że siła jej lęku w remisji jest na podobnym poziomie jak u zdrowej, lękliwej osoby. Wyjątkiem są sytuacje, kiedy lęk w remisji jest wywołany przez miejsca i wspomnienia z okresu psychozy, co wpisuje się w koncepcję postpsychozytycznego zaburzenia stresowego pourazowego (PTSD). Badanie może stanowić punkt wyjścia do dalszych eksploracji ilościowych.

Słowa kluczowe: schizofrenia, lęk, psychoza, interpretacyjna analiza fenomenologiczna, badanie jakościowe.

INTRODUCTION

The aim of this study was to describe and qualitatively analyse the experience of anxiety in a person with a diagnosis of schizophrenia. Anxiety is a symptom experienced by people with schizophrenia more often than by healthy subjects [1, 2], and its severity is comparable to that experienced by people with a diagnosis of anxiety disorder [3]. Our empirical findings concerning the prevalence of the experience of anxiety were preceded by clinical observations and the investigation of theoretical concepts by many authors, including in classic works such as those by Antoni Kępiński and Ronald Laing [4-7]. The issue of anxiety among people with diagnosed schizophrenia is gaining popularity in qualitative research [8, 9]. According to the authors of this paper, it is an issue worth exploring due to its widespread prevalence.

METHODS

The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Psychology, University of Warsaw. The participant quoted in the survey gave her consent to the publication of excerpts from her interview.

Interpretative phenomenological analysis

The study used a qualitative method of interview analysis called Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). The theoretical basis of the method involves the principles of phenomenology, hermeneutics and idiography [10]. Phenomenology deals with recognizing the uniqueness of phenomena and investigating them without any preliminary assumptions [10, 11]. Hermeneutics refers to the interpretation of text or speech. In IPA, the interpretation is two-stage. The first interpretation of the examined phenomenon is performed by the participant of the interview, and the second is performed by the researcher at the stage of developing the results [11]. The combination of phenomenology and hermeneutics makes IPA a method whose subject of interest is both an in-depth description of the phenomenon studied, its significance to the subject, and the interpretation of the researcher [10]. Idiography is the third theoretical assumption of IPA. This focuses on a detailed, in-depth understanding of how a participant in the conversation experiences a given phenomenon.

WPROWADZENIE

Lęk jest objawem doświadczanym przez osoby z diagnozą schizofrenii częściej niż przez osoby zdrowe [1, 2], a jego nasilenie jest porównywalne z tym stwierdzanym u osób z diagnozą zaburzeń lękowych [3]. Ustalenia empiryczne dotyczące powszechności doświadczania lęku poprzedziły obserwacje i koncepcje teoretyczne wielu autorów, w tym klasyków tego zagadnienia: Antoniego Kępińskiego i Ronalda Lainga [4-7]. Zagadnienie przeżywania lęku przez osoby z diagnozą schizofrenii zyskuje na popularności w ujęciu badań jakościowych [8, 9]. Według autorów jest to temat warty pogłębienia ze względu na znaczne rozpowszechnienie tego problemu.

Celem niniejszego badania był opis wraz z jakościową analizą doświadczania lęku u osoby z diagnozą schizofrenii.

METODY

Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Uczestniczka badania wyraziła zgodę na publikację fragmentów wywiadu.

Interpretacyjna analiza fenomenologiczna

W badaniu zastosowano jakościową metodę analizy wywiadu – interpretacyjną analizę fenomenologiczną (*Interpretative Phenomenological Analysis* – IPA). Podstawy teoretyczne metody są oparte na zasadach fenomenologii, hermeneutyki i idiografii [10]. Fenomenologia zajmuje się dostrzeganiem unikalności zjawisk i badaniem fenomenu bez wstępnych założeń [10, 11]. Hermeneutyka odnosi się do interpretacji tekstu lub wypowiedzi. W IPA interpretacja ma charakter dwustopniowy. Pierwsza interpretacja badanego fenomenu jest wykonywana przez uczestnika wywiadu, a druga z nich jest dokonywana przez badacza na etapie opracowywania wyników badania [11]. Połączenie fenomenologii i hermeneutyki sprawia, że IPA jest metodą, której przedmiotem zainteresowania jest zarówno dogłębny opis fenomenu, jego znaczenie dla osoby badanej, jak i jego interpretacja dokonana przez badacza [10]. Idiografia jest trzecim założeniem teoretycznym IPA. Konsekwencją tego założenia jest nastawienie na szczegółowe, dogłębne poznanie, w jaki sposób uczestnik rozmowy doświadcza danego

For this particular reason, research attempts in IPA are usually minor, sometimes even limited to a case study of one person [10]. Data is usually collected in the form of a partially structured in-depth interview, in which the subject has the opportunity to address topics relevant to him/her [11].

The interviewee

The interviewee is a 26-year-old professional female called Anna, educated to degree level, who became ill with schizophrenia at the age of 20. She had experienced her last episode of schizophrenia four months prior to the interview. Anna volunteered to participate in the study in response to the electronic mailing sent out by a foundation supporting people who have undergone a mental crisis.

She met the following recruitment criteria: relatively stable mental state, communicativeness, minimum two weeks without changes in pharmacotherapy, no addictions, no organic nervous system disorders. The names and any other personal data enabling the identification of the person or her relatives were changed. Any similarity to any other persons or events is accidental.

Testing and analysis procedure

As recommended in the IPA methodology, the study was conducted in the form of a partially structured in-depth interview which lasted approximately 40 minutes and was recorded. The interview organizers ensured the privacy of the process. No disruptive factors occurred during the interview. For the purposes of the analysis and in accordance with IPA procedure, the transcript of the interview was marked with the researcher's comments, which were then grouped into particular themes present in the interview. Finally, having been divided into various topics, the results were described and supported by quotations.

The interview was conducted by the first author of the article (MK). The interview plan and analysis of the collected material were prepared jointly by the authors. At the time of the interview, the interviewer (MK) was a third-year student of psychology. The second author (RS) is a researcher and psychotherapist with 10 years of clinical experience. Before the interview, the authors completed a training course in conducting research with the use of interpretative phenomenological analysis.

Contact between the interviewer and the interviewee

The interviewer's contact with Anna was good and became deeper as the interview progressed, opening the interviewee to increasingly personal questions. The interviewee was clear in setting boundaries for the topics that could be tackled. She refused to talk about her childhood,

zjawiska. Z tego powodu próby badawcze w IPA są zazwyczaj niewielkie, czasami nawet ograniczone do studium przypadku jednej osoby [10]. Dane są najczęściej zbierane w formie częściowo ustrukturyzowanego pogłębionego wywiadu, w którym badany ma możliwość poruszenia znaczących z jego punktu widzenia tematów [11].

Uczestniczka wywiadu

Uczestniczka rozmowy, pani Anna, to 26-letnia kobieta, aktywna zawodowo, posiadająca wyższe wykształcenie. Zachorowała na schizofrenię w wieku 20 lat. Ostatniego epizodu psychozy doświadczyła cztery miesiące przed wywiadem. Zgłosiła się do badania w odpowiedzi na ogłoszenie e-mailowe rozesłane przez fundację wspierającą osoby po kryzysie psychicznym.

Spełniła następujące kryteria naboru: stosunkowo stabilny stan psychiczny, komunikatywność, okres minimum dwóch tygodni bez zmian w farmakoterapii, brak uzależnień, brak zaburzeń organicznych układu nerwowego. Imiona i dane umożliwiające identyfikację osoby badanej oraz jej bliskich zostały zmienione. Wszelkie podobieństwa do innych osób mają charakter przypadkowy.

Procedura badania i analizy materiału

Zgodnie z zaleceniami IPA badanie zostało przeprowadzone w formie częściowo ustrukturyzowanego wywiadu pogłębionego. Wywiad trwał ok. 40 minut i został nagrany na dyktafon. Przebiegał w atmosferze prywatności. W toku rozmowy nie wystąpiły żadne czynniki zakłócające. W celu analizy wywiadu, zgodnie z procedurą IPA, na jego transkrypcję naniesiono komentarze badacza dotyczące poszczególnych fragmentów. Następnie pogrupowano komentarze w występujące w rozmowie wątki. Finalnie, zgodnie z wyodrębnionymi tematami, dokonano opisu wyników, popartego cytatami.

Wywiad przeprowadzała pierwsza autorka artykułu (MK). Plan wywiadu i analiza zebranego materiału zostały przygotowane wspólnie przez autorów. Pierwsza autorka (MK) w momencie przeprowadzania wywiadu była studentką trzeciego roku psychologii. Drugi autor (RS) jest pracownikiem naukowym oraz psychoterapeutą z 10-letnim doświadczeniem klinicznym. Przed rozpoczęciem wywiadu autorzy ukończyli szkolenie z zakresu przeprowadzania badań z wykorzystaniem interpretacyjnej analizy fenomenologicznej.

Kontakt między osobą przeprowadzającą wywiad a uczestniczką wywiadu

Kontakt między osobą prowadzącą badanie a panią Anną był dobry i pogłębiał się z czasem trwania rozmowy, otwierając uczestniczkę wywiadu na coraz bardziej osobiste treści. Rozmówczyni jawnie postawiła granice

although she did not avoid talking about other issues she found emotionally difficult.

RESULTS

The analysis of the interview in accordance with the IPA principles identified five main topics related to Anna's experience of anxiety (see Figure 1): (1) positive symptoms as a source of anxiety in psychosis, (2) reasons why anxiety in psychosis is a particularly difficult experience, (3) anxiety in remission, (4) coping with anxiety and (5) insight. Each of the topics is presented below and illustrated with quotations from the interview.

Positive symptoms as a source of anxiety in psychosis

Anna spoke about the issue of her anxiety in psychosis as being the "highest," "strongest," and "difficult to put into words".

(...) I began thinking that I have some kind of implant inside me, and that it was the reason behind these voices, because I thought that these were not my thoughts but someone used the implant to broadcast these voices within me. (...) by the morning I concluded that I was not a person but a robot (...) and it was really terrifying. I thought that I would live forever, and somehow I'd be stuck on earth in this sick situation.

Reasons for anxiety in psychosis being a particularly difficult experience

The feeling of being persecuted

The interviewee indicated that the strongest source of anxiety in psychosis was the feeling of being persecuted.

(...) these were fears linked to thinking that someone would come and get me in a moment (...). I hid, locked the bathroom door, turned off the lights to make sure I could not be seen. Except that the anxiety of it was unbearable, to the point that I began having suicidal thoughts.

Loss of control

Anna also felt a loss of control over her behaviour, thoughts, and the way she felt. She perceived the content of her productive symptoms as unpredictable, independent of her will.

It's as if you have some kind of radio going on in your head, without any control over it or a button you could press [to turn it off/over]. You cannot turn it over to another station, like, oh now let's connect to the loving heaven or turn over to the hell which hates me.

Suicidal thoughts

Anxiety in psychosis is a particularly unbearable experience because it provokes suicidal ideation, which can

otwartości – odmówiła poruszania tematu ze swojego dzieciństwa, ale jednocześnie nie unikała innych tematów wywołujących u niej trudne emocje.

WYNIKI

Analiza wywiadu zgodnie z zasadami IPA pozwoliła na wyodrębnienie pięciu głównych tematów związanych z doświadczaniem lęku przez panią Annę (ryc. 1): 1) objawy pozytywne jako źródło lęku w psychozie, 2) powody, dla których lęk w psychozie jest szczególnie trudnym doświadczeniem, 3) lęk w remisji, 4) radzenie sobie z lękiem oraz 5) wgląd. Poniżej przedstawiono każdy z tematów z osobna, ilustrując je wybranymi fragmentami wypowiedzi.

Objawy pozytywne jako źródło lęku w psychozie

Uczestniczka rozmowy lęki w psychozie określa jako „największe”, „najmocniejsze”, „trudne do wypowiedzenia”.

(...) zaczęłam myśleć, że mam coś wszczepionego w siebie, co właśnie jest przyczyną tych głosów, bo myślałam, że to nie są moje myśli, tylko, że ktoś mi nadaje te głosy za pomocą [tego]. (...) do rana doszłam do wniosku, że nie jestem człowiekiem, tylko robotem (...) i to mnie przerażało, bo myślałam, że, nie wiem, będę żyć wiecznie i jakoś utkwię na Ziemi w jakiejś chorej sytuacji.

Powody, dla których lęk w psychozie jest szczególnie trudnym doświadczeniem

Poczucie bycia prześladowaną

Uczestniczka rozmowy wskazuje, że najsilniejszym źródłem lęku w psychozie jest dla niej poczucie bycia prześladowaną.

(...) to były lęki związane z tym, że zaraz ktoś po mnie przyjdzie (...). Chowałam się, zamykałam drzwi od łazienki, gasiłam światło, tak, żeby nikt mnie nie zauważył. Tylko, że to już były takie lęki nie do zniesienia, (...) które prowokują myśli samobójcze.

Utrata kontroli

W psychozie pani Anna odczuwa utratę kontroli nad swoim zachowaniem, myślami, samopoczuciem. Treści objawów wytwórczych są postrzegane jako nieprzewidywalne, niezależne od woli.

Pojawia się jakieś takie radio w głowie wtedy, nad którym nie ma się żadnej kontroli ani przełącznika. Nie da się przełączyć – a teraz łączę z niebem, które mnie kocha, a teraz łączę z piekłem, które mnie nienawidzi.

Myśli samobójcze

Lęk w psychozie jest szczególnie trudnym doświadczeniem ze względu na to, że prowokuje myśli samobój-

lead to actual suicide attempts. Anna herself made one such attempt.

In my case, the highest anxiety always leads to suicidal thoughts.

Lack of critical thinking

The lack of critical thinking is a characteristic of psychotic anxiety, making it impossible to place distance between oneself and one's experiences. The awareness of the irrationality of the content of anxiety, or the fact that there are no real grounds for experiencing it, arrives only when the psychotic state is over.

The hardest thing to bear is the belief (...) that this world is for real (...), the unquestionable nature of this belief.

Anxiety in remission

Qualitative similarities and quantitative differences between anxiety in remission and anxiety experienced by a healthy person

Anna believes that her experience of remission anxiety is not qualitatively different (except for the situation described in point "Remission anxiety related to the experience of psychosis") to the causes and nature of experiences of healthy people.

These are the fears that anyone can have (...). A person can be less or more fearful (...) but when a train stops for 5 minutes halfway through the subway, and it gets dark and nobody knows why it has stopped, everyone can be scared.

She thinks, however, that qualitatively her fear is often stronger, more intense than in most people.

I know that it grows to an intensity that an average person is unlikely to develop in this kind of situation.

Remission anxiety related to the experience of psychosis

Anna also experiences anxiety in connection with the memories of traumatic delusional experiences during the episode of psychosis.

I saw the whole earth through the window, the whole street (...) everything was in red. It was dark at the time and it was a street light but at the time I saw it all in intense red and I thought that I will be the only person left on earth, and some criminals, tarantulas, snakes, everything associated with predators or aggression, evil, will come and get me. I thought I'd be the only person left and all these things will come to me and torture me somehow. It was a terrible vision, which I often had later on, when I just closed my eyes – the hallucination would come to me and it was so fearful that I was scared of it even when I'd recovered. In spite of the fact that I was already in remission and everything should be ok, I should understand it and have some

czę, które mogą prowadzić do próby samobójczej. Uczestniczka rozmowy podjęła się jednej próby samobójczej.

W moim przypadku tak jest, że największe lęki zawsze prowokują myśli samobójcze.

Brak krytycyzmu do treści lękowych

Brak krytycyzmu to cecha charakterystyczna lęku psychotycznego, która uniemożliwia zdystansowanie się do przeżyć lękowych. Świadomość „irracjonalności” treści lękowych, brak realnych podstaw do jego przeżywania pojawia się dopiero, gdy stan psychotyczny przeminie.

Najbardziej przeszkadzająca jest właśnie ta wiara, (...) że ten świat jest autentyczny (...), ta niepodważalność tego.

Lęk w remisji

Jakościowe podobieństwa i ilościowe różnice między lękiem w remisji a lękiem osób zdrowych

Pani Anna uważa, że jej doświadczanie lęku w remisji nie różni się jakościowo (z wyjątkiem sytuacji opisanej w śródtytułe „Lęk w remisji powiązany z doświadczeniem psychozy”) w kwestii przyczyn i charakteru przeżyć osób zdrowych.

To są lęki, które może mieć każdy (...). Mniej czy bardziej strachliwa jest dana osoba (...), metro staje w połowie drogi i jest ciemno i nikt nie wie dlaczego na pięć minut staje to metro i tego może się przestraszyć każda osoba.

Zaznacza jednak, że ilościowo jej lęk jest często silniejszy, większy niż u większości ludzi.

Wiem, że to urasta do potęgi, do której przeciętny człowiek raczej nie rozkręca tego typu sytuacji.

Lęk w remisji powiązany z doświadczeniem psychozy

Uczestniczka rozmowy doświadcza lęku w związku ze wspomnieniami traumatycznych urojeniowych przeżyć w trakcie epizodu psychozy.

Widziałam przez okno całą Ziemię, całą ulicę (...) wszystko na czerwono, akurat było ciemno i to światło uliczne było, ale wtedy widziałam bardziej intensywnie taką czerwień i zdawało mi się, że tylko ja zostanę na Ziemi, a do mnie będą właśnie jacyś zbrodniarze, tarantule, węże, wszystko, co się kojarzy z jakimś drapieżcą, agresją, złem, właśnie do mnie przyjdzie. Że ja tylko zostanę, a to wszystko do mnie przyjdzie i jako będzie mnie męczyć. I to był straszny widok, taki widok, którego ja później często miałam, zamykając po prostu oczy, ta halucynacja do mnie wracała i to było tak lękliwe, że ja się bałam tej halucynacji nawet jak już wyzdrowiałam. Mimo że już byłam w remisji i wszystko powinno być okej, już powinnam to rozumieć, mieć do tego dystans, a jednak nie miałam. Bardzo długo to trwało, żeby zapomnieć o tym lęku i ja wtedy go rze-

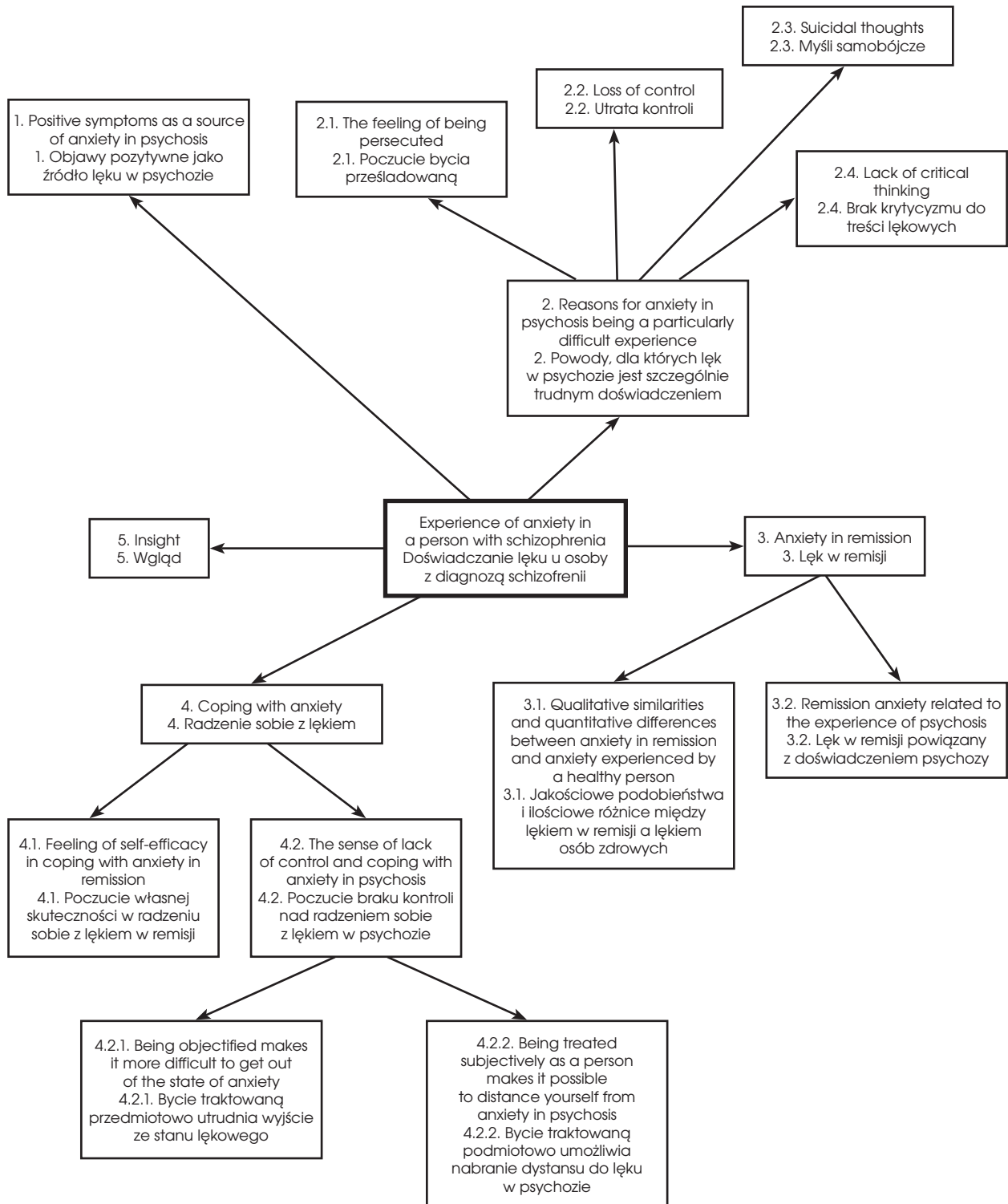


Figure 1. Themes identified in relation to Anna's experience of anxiety

Rycina 1. Schemat wyodrębnionych tematów związanych z doświadczaniem lęku przez panią Annę

distance from it but I didn't. It took me a long time to forget this fear, and at the time I really felt it in my body. I couldn't fall asleep at night after the hallucination, I felt my heart pounding, I had difficulty breathing, it was a nightmare of a night.

Anna also described her experience of anxiety in remission in response to initially neutral stimuli, e.g. a place related to her psychotic symptoms.

During one of my episodes of psychosis I experienced (...) delusions in the subway, which is why I have avoided the subway for a few years as the place itself was very hard for me to bear because of those experiences.

Coping with anxiety

Feeling of self-efficacy in coping with anxiety in remission

Anna declares that she can cope with anxiety in remission and that she has a sense of self-efficacy. She has gone through psychotherapy, which has helped her learn how to cope with anxiety.

It is easier [to live] with anxiety every day, because I know I can do the counting (...) or rationalize it.

It is also helpful to inform the people in my surroundings about my anxiety getting more intense.

When I experience anxiety, I am in a way aware of it. The fears intensify but I can (...) signal this to someone who is with me at the time, to help and 'extinguish' them.

The sense of lack of control and coping with anxiety in psychosis

Anna describes feelings of helplessness when it comes to coping with anxiety in psychosis. She says that she tries to ask for help and in situations like this a lot depends on the response she gets.

(...) I can't cope at all with anxiety in psychosis. Everything depends on what happens in my circumstances, whether they develop the problem or do everything they can to put it down.

And she adds elsewhere:

I cope well when my partner is with me, when he talks to me, explains things to me, holds me (...). When I begin having suicidal thoughts, I have this symptom of burning wrists. This is when I'm trying to do all I can to avoid sharp objects and to stop thinking about it. What helps is to call somebody to talk about it, to tell them that my wrists are burning that I am scared and I'm not coping. This is the moment which I think is my great success in being able to signal that I have begun having such thoughts. But this is the point of crying out for help because I can no longer cope, I need someone, anyone at all to give me support (...).

czywiście czułam w ciele. Nie mogłam zasnąć oczywiście w nocy po tej halucynacji i po prostu czułam, jak wali mi serce, jak mam problemy z oddychaniem, to była naprawdę koszmarna noc.

Uczestniczka rozmowy opisuje swoje doświadczenia odczuwania lęku w remisji również w reakcji na początkowo neutralne bodźce, np. miejsce, z którym powiązana była treść objawów psychotycznych.

Podczas jednej psychozy miałam (...) w metrze urojenia. Dlatego przez kilka lat starałam się unikać metra, bo to było dla mnie bardzo ciężkie miejsce, ze względu na tamte doświadczenia.

Radzenie sobie z lękiem

Poczucie własnej skuteczności w radzeniu sobie z lękiem w remisji

Pani Anna deklaruje, że z lękiem w remisji potrafi sobie radzić, ma poczucie własnej skuteczności. Uczestniczka w psychoterapii, w trakcie której nauczyła się technik radzenia sobie z lękiem.

Z tymi [lękami] na co dzień jest łatwiej, bo wiem, że mogę sobie policzyć (...), racjonalizować.

Pomocne jest również informowanie otoczenia o nasilającym się lęku.

W tym momencie, kiedy mam lęki, to ja jestem ich w jakiś sposób świadoma. One narastają, ale ja potrafię (...) na tyle sygnalizować to (...) komuś, kto ze mną aktualnie przebywa, żeby to zgasić.

Poczucie braku kontroli nad radzeniem sobie z lękiem w psychozie

Pani Anna opisuje dużą bezradność w kwestii radzenia sobie z lękiem w psychozie. Zwraca uwagę, że stara się prosić o pomoc i w tej sytuacji wiele zależy od reakcji otoczenia.

(...) sama z lękami w psychozie totalnie sobie nie radzę. Wszystko zależy od otoczenia, czy ono bardziej rozwija problem czy ono robi wszystko, żeby go zgasić.

W innym miejscu mówi:

Radzę sobie wtedy, kiedy jest mój partner, kiedy on do mnie mówi, kiedy mi tłumaczy, kiedy mnie przytula. (...) Kiedy pojawiają się jakieś myśli samobójcze, to u mnie się to objawia tak, że pieką mnie nadgarstki. I staram się zrobić wszystko, żeby nie mieć przy sobie ostrych narzędzi, żeby o tym nie myśleć. Pomaga mi dzwonienie właśnie do kogoś, żeby wtedy o tym porozmawiać, powiedzieć – pieką mnie nadgarstki, boję się, nie radzę sobie. To jest moment, w którym wielkim sukcesem uważam jest samo zasygnalizowanie, że już zaczynają być takie myśli. Ale to jest wołanie o pomoc, ja sobie w takiej sytuacji nie potrafię już poradzić, ja potrzebuję wtedy wsparcia kogokolwiek (...).

Being objectified makes it more difficult to get out of the state of anxiety

Anna did not experience hospitalization in a psychiatric ward as a good way of dealing with psychotic anxiety. When she talks about her stays in psychiatric wards, she uses the term “I ended up in the hospital”, which indicates her lack of control over the process. To her, hospitalizations are linked with being objectified by medical staff, being left without any support or understanding of her mental situation.

In the hospital you have no contact with a person that takes care of you. Patients come and go, there is no real care (...), care for another person is non-existent. It is simply that when it is missing, when it is also missing in the hospital, the anxiety grows; when you are treated like an object, you walk in, you get an injection to calm you down and now off you go to your mattress. This kind of treatment is so cold, the nurses shouting, strapping you down, none of this helps.

Anna says that the hospital environment can be an additional source of anxiety, making it impossible to cope.

One is scared of the hospital, particularly when you are in psychosis to be put in another place, among other people. I have very bad memories of my hospitalizations (...). I am also under the impression that in the hospital I had even more anxiety linked to the conditions I was in, that, for example, I was sleeping in a canteen on a mattress, with people walking around. It is difficult in a situation like this, in psychosis, not to have additional fears linked to this. (...) Once, when I was in the hospital, I got hit by someone because I closed the window, which triggered another wave of anxiety. The thing itself that there are other people that I'm being moved to a new place which doesn't look too nice, with the grids (...) in the windows, people behave in all kinds of ways, trying to make sense of things. To me, any transfer to the hospital was always very stressful and making the fears I'd already had worse. This would rather confirm to me that I was being persecuted and now I am being locked in somewhere.

Being treated subjectively as a person makes it possible to distance yourself from anxiety in psychosis

Anna emphasizes the positive, supporting role of people in her environment. The feeling of being understood and accepted by her friends was an effective way of coping with psychotic anxiety.

Yes, these are my friends, the people I know, partly – although not mostly – the people who have had a mental health crisis and are perfectly understanding, and when I tell them on the phone what is going on, they know that they need to come over, to do something, to sit down, have some tea, talk, calm me down. I get huge support from my

Bycie traktowaną przedmiotowo utrudnia wyjście ze stanu lękowego

Pani Anna nie doświadczała pobytu w szpitalu psychiatrycznym jako dobrego sposobu poradzenia sobie z lękiem psychotycznym. Gdy mówi o pobytach na oddziałach całodobowych, używa określenia „lądowałam w szpitalu”, co wskazywało na poczucie braku kontroli nad tym, że w nim się znajdowała. Pobyt w szpitalu kojarzyła z poczuciem bycia traktowaną przedmiotowo przez personel medyczny, brakiem wsparcia i zrozumienia dla jej sytuacji psychicznej.

W szpitalu nie ma się kontaktu z osobą, która non-stop się kimś zajmuje. Tak. Pacjenci sobie chodzą, jak chcą, i tej opieki realnej nie ma. (...) [brakuje] troski o drugą osobę. Po prostu w momencie, kiedy tego nie ma, tego nie ma też w szpitalach, może dlatego te lęki urastają, kiedy jest takie przedmiotowe traktowanie – wchodzisz, zastrzyk na uspokojenie i idź tam spać na materacu, tego typu takie traktowanie oziębłe i jakieś krzyki pielęgniarek, przykuwanie w pasy, to wszystko są rzeczy, które nie pomagają.

Pani Anna wskazuje również, że środowisko szpitalne może być dodatkowym źródłem lęku i uniemożliwiać poradzenie sobie z nim.

Szpitala się człowiek boi, zwłaszcza w momencie, kiedy jest psychoza, trafić do innego miejsca i do innych ludzi. Ja bardzo źle wspominam swoje hospitalizacje (...). I też mam wrażenie, że w szpitalu jak byłam, więcej lęków się pojawiało właśnie związanych z tym, jakie są warunki, że śpię na przykład w jakiejś stolówce na materacu, gdzie kręca się ludzie. Trudno w takiej sytuacji w psychozie nie mieć dodatkowych lęków z tego powodu. (...) Zdarzyło mi się, że ktoś mnie w żebra uderzył w szpitalu, co spowodowało kolejną falę lęku, za to, że zamknęłam okno. W ogóle to, że są inni ludzie, że się przenoszą do jakiegoś nowego miejsca, które no nie wygląda jakoś cudownie, są kraty, (...) ludzie się różnie zachowują, różnie się odnajdują. Zawsze przeniesienie do szpitala było dla mnie taką sytuacją megastre-sującą i jeszcze zaogniającą te lęki, które miałam wcześniej. Raczej potwierdzało prawdę tego, że jestem prześladowana, więc teraz jestem gdzieś zamykana.

Bycie traktowaną podmiotowo umożliwi nabranie dystansu do lęku w psychozie

Pani Anna podkreśla pozytywną, wspierającą rolę osób z jej otoczenia. Poczucie bycia rozumianą i akceptowaną przez znajomych jest efektywnym sposobem radzenia sobie lękiem psychotycznym.

Tak, to są moje znajome, koleżanki, i to też w jakiejś części, nieprzeważającej, są to osoby, które są po kryzysach, które doskonale to rozumieją i które, kiedy słyszą takie sygnały przez telefon, wiedzą, że trzeba przyjechać, że trzeba coś zrobić, siąść, napić się herbaty, porozmawiać, uspokoić. I no mam olbrzymie wsparcie wśród znajomych. Wszyscy moi znajomi wiedzą, że jestem chora i tak jakby działają

friends. All of them know that I am sick and they act almost automatically, you don't have to explain much, they immediately know what's going on.

Anna also mentions a psychotic episode during which, for the first time, she managed to take a critical approach to her delusions and the related anxiety. She thinks the main reason for this was that she was able to stay at home, where her partner supported her and took care of her.

My recent psychosis was very different from the previous ones, because my partner allowed me to stay at home (...). He took some of it upon himself, and he was at home with me, he took care of me (...). When I got sick and was scared of something – for example I told him that we had cameras in the house, we had a little chip in the ceiling plastering and I thought this was where the camera was – he talked to me about it, and about what we could do so that I could stop being scared. Finally, I took a tissue and glued it to the whole and it calmed me down. Next day I understood it was all stupid and I laughed at what I did. So, I was in psychosis but he calmed me down by letting me be weird. Next day, I realized myself that it was weird (...). Owing to his presence, my delusions did not grow bigger than in the previous psychosis because he talked to me. He also found me looking for my primary school diplomas because I was convinced, they would be proof that I was a good person and therefore shouldn't be persecuted. He sat down with me and looked through all the diplomas and confirmed that it was just as I thought. This also made me feel a little more relaxed. In the hospital, I would never have had a chance to do this kind of thing.

Insight

Anna stresses the importance of insight and critical thinking in dealing with anxiety. In the conversation she appeared to be aware of her illness and its course. She pointed out that to her one of the sources of understanding her own psychotic states is psychotherapy.

Thanks to the therapy I know that anxiety is a mechanism that I worked out in my childhood and which stayed with me, which is why I respond to some situations in this way and not another.

DISCUSSION

To the authors' best knowledge, this is the first study using IPA to analyse the experience of anxiety in people with a diagnosis of schizophrenia, and one of the few investigating the experiences of people with a diagnosis of schizophrenia per se [12-18]. A characteristic feature of the results of qualitative studies is their extensiveness. Due to the limitations as to the length of the present

z automatu, nie trzeba im tego typu sytuacji wiele tłumaczyć, tylko po prostu rozumiem, co się dzieje.

Uczestniczka rozmowy przytoczyła również epizod psychozy, podczas którego po raz pierwszy udało się jej przyjąć krytyczną perspektywę w postrzeganiu swoich urojeń i związanych z nimi lęków. Główny powód takiego pozytywnego procesu pani Anna upatruje w tym, że miała możliwość chorowania w domu, gdzie wspierał i opiekował się nią jej partner.

Ostatnio moja psychoza była o wiele inna niż poprzednie, bo mój partner pozwolił mi chorować w domu. (...) wziął część rzeczy na siebie i ze mną był w tym domu, opiekował się mną. (...) w domu jak chorowałam i czegoś się bałam, na przykład powiedziałam mojemu partnerowi, że w domu są kamery. Mieliliśmy na suficie taki odpadek tynku i mi się wydawało, że w tej dziurce akurat jest kamera. I on ze mną rozmawiał o tym, że ja się tego boję i co możemy zrobić, żebyś się tego nie bała. No i wzięłam chusteczkę i zatkałam sobie klejem tą dziurkę i to mnie uspokoiło. I dopiero na drugi dzień zorientowałam się, że to była głupota i zaczęłam się z tego śmiać. Więc byłam w tym stanie psychozy, ale on potrafił mnie uspokoić poprzez przyzwolenie na jakieś dziwactwo. I ja sama się drugiego dnia zorientowałam, że to było dziwactwo. (...) dzięki jego [partnera] obecności moje jakieś urojenia nie urastały do większej rangi niż we wcześniejszych psychozach tylko i wyłącznie dlatego, że on ze mną rozmawiał. Jeśli szukałam swoich dyplomów z podstawówki, bo myślałam, że to jest dowód na to, że jestem dobrym człowiekiem i nie ma co mnie prześladować, to on ze mną usiadł i przejrzał te wszystkie dyplomy, potwierdził, że tak jest. I to też spowodowało jakiegoś typu rozluźnienie we mnie. W szpitalu nie miałabym okazji robić tego typu rzeczy.

Wgląd

Uczestniczka rozmowy podkreśla znaczenie wglądu i krytycyzmu w radzeniu sobie z lękiem. W rozmowie ukazała się jako osoba świadoma swojej choroby i jej przebiegu. Pani Anna wskazywała, że dla niej jednym ze źródeł zrozumienia własnych stanów psychotycznych jest psychoterapia.

Dzięki terapii wiem, że pewne lęki są jakimiś mechanizmami we mnie, które ja sobie wypracowałam w dzieciństwie i które ze mną zostały i dlatego na niektóre sytuacje reaguję tak, a nie inaczej.

DYSKUSJA

Zgodnie z wiedzą autorów jest to pierwsze badanie z wykorzystaniem IPA do analizy doświadczania lęku przez osoby z diagnozą schizofrenii i jedno z nielicznych podejmujących doświadczenia osób z diagnozą schizofrenii [12-18]. Cechą charakterystyczną wyników badań jakościowych jest ich duża obszerność. Ze względu na

text, the authors decided to show the identified topics in the results section, and then to take up selected key threads in the discussion section.

Delusions as the central source of anxiety

Similarly, to the subjects with a diagnosis of schizophrenia interviewed by Stanisława Steuden [19], Anna also asserted that delusions were the strongest cause of anxiety during psychosis. Delusions are qualitatively distinctive characteristics of patients with schizophrenia, being the cause of an intensity of anxiety incomparable to any other experience. The analysis of Anna's experience (see quotation in section "Remission anxiety related to the experience of psychosis") suggests that the content of delusions is responsible for unimaginable suffering. This observation is consistent with the claim by Antoni Kępiński [4], who said that psychotic anxiety is much more severe than remission anxiety. To try and grasp the horrific experience in the course of delusions, it is worth recalling the following observation by Kępiński "(...) schizophrenics generally easily endured the hell of [WWII] death camps, because compared to what they experienced during psychosis, the camp experience was not that terrible" (p. 145, Kępiński, 1987).

In Anna's experience the incredible anxiety-provoking power of delusions is an effect of the sense of being persecuted, loss of control and inability to distance herself from the content of her delusions, as well as the appearance of suicidal thoughts.

In a person in the state of psychosis, persecutory delusions trigger a fear for their own safety. Anxiety in response to a threat to health or life is, in terms of evolutionary psychology, understood as a culturally universal, an adaptive response [20]. An important evolutionary legacy is not only the informative function of anxiety, but also a low threshold of sensitivity to threatening stimuli, resulting from the fact that the cost of a wrong classification of the stimulus as dangerous is incomparably lower than the omission of the stimulus which is a threat [20, 21]. Anxiety is particularly strong in delusions of persecution due our high sensitivity to security threats.

The lack of control of and distance to delusions is an important feature of this phenomenon. Delusional thinking is characterized by a strong sense of truthfulness of judgment and lack of susceptibility to believing counterarguments [22]. According to Anna, it is the lack of distance and critical thinking that is most difficult in psychotic anxiety. Quantitative studies indicate the relation between beliefs about the reality of delusions and increased anxiety [23], which may indicate that the lack of critical thinking about productive symptoms makes it difficult to cope with anxiety, which in effect increases it.

ograniczenia dotyczące objętości tekstu, autorzy zdecydowali, aby ukazać wszystkie wyodrębnione tematy w sekcji wyniki, a w dyskusji podjąć wybrane najważniejsze wątki.

Urojenia jako centralne źródło lęku

Pani Anna, podobnie jak uczestnicy z diagnozą schizofrenii w wywiadach prowadzonych przez Stanisławę Steuden [19], wskazała na urojenia jako najsilniejszą przyczynę lęku w trakcie psychozy. Urojenia stanowią jakościowo odrębne i charakterystyczne dla tej grupy pacjentów źródło lęku o – jak się wydaje – nasileniu nieporównywalnym z żadnym innym doświadczeniem. Analiza doświadczenia pani Anny (patrz cytaty w śródtytułach „Lęk w remisji powiązany z doświadczeniem psychozy”) sugeruje, że treść urojenia może wywoływać niewyobrażalne cierpienie. Obserwacja ta jest zgodna ze spostrzeżeniami Antoniego Kępińskiego [4], który wskazuje, że lęk psychotyczny ma znacznie większe nasilenie w porównaniu z lękiem w remisji. Aby uzmysłowić sobie grozę doświadczaną w trakcie urojenia, warto przywołać następującą obserwację Kępińskiego „(...) schizofrenicy na ogół łatwo znosili piekło obozów zagłady, gdyż w porównaniu z tym, co przeżyli w trakcie swej psychozy, przeżycia obozowe nie były dla nich tak straszne” (s. 145, Kępiński, 1987).

W doświadczeniu pani Anny niezwykła siła lękotwórcza urojeń wynika z poczucia bycia prześladowaną, utraty kontroli i braku dystansu do treści urojeniowych oraz pojawiania się myśli samobójczych.

Urojenia prześladowcze wywołują u osoby w stanie psychozy lęk o własne bezpieczeństwo. Lęk w odpowiedzi na zagrożenie zdrowia lub życia można, w ujęciu psychologii ewolucyjnej, rozumieć jako uniwersalną kulturowo reakcję adaptacyjną [20]. Istotnym dziedzictwem ewolucyjnym jest nie tylko informacyjna funkcja lęku, lecz także niski próg wrażliwości na bodźce zagrażające. Wynika on z faktu, że koszt mylnego zaklasyfikowania bodźca jako niebezpiecznego jest nieporównywalnie niższy niż przeoczenie bodźca, który stanowi zagrożenie [20, 21]. Wysoka wrażliwość na bodźce zagrażające bezpieczeństwu powoduje, że w urojeniach prześladowczych lęk jest odczuwany jako szczególnie silny.

Brak kontroli i dystansu do urojeń stanowi istotną cechę tego fenomenu. Myślenie urojeniowe charakteryzuje się silnym poczuciem prawdziwości sądu oraz brakiem podatności przekonań na kontrargumenty [22]. Według pani Anny taki brak dystansu i krytycyzmu są najtrudniejsze w lękowych stanach psychotycznych. Badania ilościowe wskazują na związek między przekonaniem o realności urojeń a nasileniem lęku [23], co może wskazywać, że brak krytycyzmu do objawów wytwórczych utrudnia poradzenie sobie z lękiem i w efekcie go nasila.

The terror caused by Anna's delusions leads to suicidal thoughts that exacerbate the fear for her own life. Research clearly shows that people with a diagnosis of schizophrenia are in the high risk of suicidal death group [24]; at the same time, it has been empirically demonstrated that in the group of people with a diagnosis of schizophrenia there is a connection between anxiety, planning a suicide and attempting suicide [25, 26]. This observation is an important argument for the importance of focusing on the phenomenon of anxiety.

In the 1970's literature we find the hypothesis that people who experience symptoms of schizophrenia should be thought of as patients with PTSD [27]. In both of these groups, a similar mechanism of conditionality can be observed: both people with a diagnosis of schizophrenia and PTSD avoid activities, people, situations, places and symbols associated with the trauma, and contact with them causes strong anxiety [28]. A review of Gliko's empirical studies [29] also confirms the occurrence of PTSD symptoms in some patients in response to the experience of psychosis. This phenomenon was called *postpsychotic PTSD* in 1997 [30]. Anna's experience also fits in with this understanding of productive symptoms. According to the results of our interview, Anna's psychotic experience was sometimes a traumatic experience, which was also a source of anxiety during the period of symptomatic remission. In Anna's case, travelling on the subway caused her strong anxiety also during the time when all psychotic symptoms stopped. This was because during her psychosis she associated her delusions with the subway.

Subjective treatment as a key source of support for people experiencing anxiety in psychosis

Anna points out that the subjective treatment of a person experiencing anxiety during psychosis is a key aspect of effective assistance. This observation is supported by the results of a study [31] which showed that the reduction of auditory hallucinatory-related anxiety was achieved by seeking, along with a therapeutic group, an appropriate explanation for the experienced symptom. Another study conducted among people with a diagnosis of schizophrenia indicates that developing a social support network is helpful in coping with anxiety [17].

Our interviewee also experienced being objectified by the staff during her several stays in a psychiatric hospital. In her perception this particular treatment in the hospital setting makes it difficult to cope with anxiety and may even be an additional source of it. Empirical studies show that schizophrenia is the most stigmatized mental disorder [32], which is also reflected in the attitudes of medical personnel towards people with this diagnosis [33]. Anna's experience shows

Przerażenie wywołane urojeniami u pani Anny prowadzi do myśli samobójczych, które nasilają lęk – strach o własne życie. Badania jednoznacznie pokazują, że osoby z diagnozą schizofrenii są w grupie wysokiego ryzyka śmierci samobójczej [24], jednocześnie empirycznie wykazano, że w grupie osób z diagnozą schizofrenii istnieje związek między lękiem, planowaniem samobójstwa oraz podjęciem próby samobójczej [25, 26]. Obserwacja ta jest ważnym argumentem na rzecz wagi skupiania się na zjawisku lęku doświadczanego u osób z diagnozą schizofrenii.

W literaturze już w latach 70. pojawiła się hipoteza głosząca, że o osobach doświadczających objawów schizofrenii należy myśleć jak o pacjentach z zespołem stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD) [27]. W obu tych grupach można zauważyć podobny mechanizm warunkowania – zarówno pacjenci z diagnozą schizofrenii, jak i PTSD unikają aktywności, osób, sytuacji, miejsc i symboli kojarzących się z urazem, a styczność z nimi wywołuje silny lęk [28]. Przegląd badań empirycznych Gliko [29] także potwierdza występowanie u niektórych pacjentów objawów PTSD w reakcji na doświadczenie psychozy. Powyższe zjawisko zostało nazwane w 1997 roku *postpsychotycznym PTSD* (*postpsychotic PTSD*) [30]. Doświadczenia pani Anny również wpisują się w taki sposób rozumienia objawów wytwórczych. Zgodnie z wynikami naszego wywiadu, doznania psychotyczne uczestniczki rozmowy stanowiły niekiedy doświadczenie traumatyczne, które było źródłem lęku też w okresie remisji objawowej. W przypadku pani Anny metro wywoływało u niej silny lęk również w czasie, gdy wszelkie objawy psychotyczne ustały. Działo się tak, ponieważ w trakcie psychozy jej urojenia były skojarzone z metrem.

Podmiotowe traktowanie jako kluczowe źródło wsparcia osób doświadczających lęku w psychozie

Pani Anna wskazuje, że podmiotowe traktowanie osoby doświadczającej lęku w trakcie psychozy stanowi kluczowy aspekt pomocy. Obserwację tę wspierają wyniki badania [31], w którym wykazano, że redukcja lęku związana z halucynacjami słuchowymi następowała dzięki szukaniu wspólnie z grupą terapeutyczną odpowiedniego wytłumaczenia doświadczanego objawu. Inne badanie przeprowadzone wśród osób z diagnozą schizofrenii wskazuje, że rozwijanie społecznej sieci wsparcia jest pomocne w radzeniu sobie z martwieniem się [17].

Rozmówczyni doświadczyła również przedmiotowe traktowania przez personel w trakcie kilku pobyków w szpitalu psychiatrycznym. Według Pani Anny przedmiotowe traktowanie w szpitalu utrudnia poradzenie sobie z lękiem, a nawet może być jego dodatkowym źródłem. Jak wykazują badania empiryczne, schizofrenia jest najbardziej stygmatyzowanym zaburzeniem psychicznym [32] i odzwierciedla się to również w postawach

that the staff of many hospitals may be challenged by inadequate, internalized negative attitudes towards patients and their symptoms. According to Anna, this opinion is shared in her circles (*“At least in my circles it is the case that the patient’s dream is to stay at home when they get sick; somehow we all want to avoid hospital”*). This is consistent with the analysis of the Polish psychiatric hospital system. The officials of the Supreme Chamber of Control stated in 2012 that 70% of the hospitals surveyed did not meet the required standards of psychiatric care and that half of the wards were neglected and overcrowded [34].

Insight into the illness and low-level internalization of stigmatization as an optimal patient attitude

In the authors’ opinion, Anna appears to be a person with a great deal of insight into her own illness, and at the same time, she is characterized by a low level of internalization of stigmatization. This may be one of the explanations for the observation that in Anna’s story there were no themes concerning anxiety associated with the awareness of schizophrenia, fears of relapse and ineffectiveness of treatment or anxiety linked to possible rejection and lack of acceptance in her immediate environment. Admittedly, these topics were frequent concerns of Steuden’s interviewees [19], and the results of studies [35] demonstrate a link between greater awareness of one’s illness and increased social anxiety, so Anna’s experiences fit well with these findings [36]. Research has also shown that people with high insight into their own mental illness and low internalization of stigmatization have more interpersonal social relationships than people with high insight and high internalization of stigmatization. It is possible that a high level of acceptance of her own illness makes Anna a person open to social contacts, despite her high awareness of her condition.

CONCLUSIONS

The present study is idiographic and exploratory and in this context any conclusions of a quantitative and generalized nature are hardly justifiable. The conclusions listed below relate to Anna’s experience. The authors hope that the analysis presented here will provide insight into a qualitative understanding of the experience of anxiety, and that the results obtained will be cognitively valuable to psychotherapists, psychologists, doctors and scientists studying the phenomenon of schizophrenia. To sum up, in Anna’s experience:

1. Psychotic anxiety is a particularly difficult experience due to the persecutory nature of delusions, the lack of self-distance to their content, the feeling of loss of control, and suicidal thoughts.

personelu medycznego wobec osób z tą diagnozą [33]. Doświadczenia pani Anny pokazują, że personel wielu szpitali może się zmagać z nieodpowiednią, uwewnętrzną negatywną postawą wobec pacjentów i ich objawów. Zdaniem Pani Anny jej opinia jest podzielana w jej otoczeniu (*„Przynajmniej w moim środowisku tak jest, że marzeniem chorego jest chorowanie w domu, że jakoś wszyscy chcemy unikać tego szpitala”*). Jest to zgodne z analizami polskiego systemu szpitalnictwa psychiatrycznego. Urzędnicy Najwyższej Izby Kontroli stwierdzili w 2012 roku, że 70% badanych szpitali nie spełnia wymaganych standardów opieki psychiatrycznej, a połowa oddziałów była zaniedbana i przeludniona [34].

Wgląd w chorobę i niski poziom internalizacji stygmatyzacji jako optymalna postawa pacjenta

W ocenie autorów tekstu pani Anna jawi się jako osoba o dużym wglądzie we własną chorobę, a jednocześnie charakteryzuje się niskim poziomem internalizacji stygmatyzacji. To może stanowić jedno z wytłumaczeń obserwacji, że w wypowiedziach pani Anny nie pojawiły się wątki dotyczące lęku związanego ze świadomością chorowania na schizofrenię, obaw dotyczących nawrotów choroby i nieskuteczności leczenia, a także lęku przed odrzuceniem i brakiem akceptacji przez otoczenie. Co prawda tematy te stanowiły częste zmartwienia rozmówców Steuden [19], a wyniki badań [35] wskazują, że istnieje związek między większą świadomością swojej choroby a nasileniem lęku społecznego, lecz jednak doświadczenia pani Anny dobrze wpisują się w ustalenia [36]. Badacze ci wykazali, że osoby o dużym wglądzie we własną chorobę psychiczną i małej internalizacji stygmatyzacji posiadają więcej relacji interpersonalnych niż osoby o wysokim wglądzie i dużej internalizacji stygmatyzacji. Możliwe, że duża akceptacja dla własnego zaburzenia sprawia, że pani Anna pozostaje osobą otwartą na kontakty społeczne, pomimo dużej świadomości własnej choroby.

WNIOSKI

Niniejsze badanie ma charakter idiograficzny oraz eksploracyjny, w związku z czym jego naturalnym ograniczeniem jest to, że wnioski o charakterze ilościowym i uogólniającym są nieuzasadnione. Poniżej przedstawione wnioski dotyczą doświadczeń pani Anny. Autorzy mają nadzieję, że przedstawiona analiza umożliwi wgląd w wybrane jakościowe zrozumienie doświadczenia lęku, a uzyskane wyniki będą wartościowe poznawczo dla psychoterapeutów, psychologów, lekarzy i naukowców badających fenomen schizofrenii. Podsumowując, w doświadczeniu pani Anny:

- 1) lęk psychotyczny jest szczególnie trudnym doświadczeniem ze względu na prześladowczy charakter uro-

2. Anxiety in remission of people with a diagnosis of schizophrenia is qualitatively comparable to anxiety experienced by healthy people with an increased level of neuroticism. An exception to this rule is anxiety caused by memories from the period of psychosis. In such cases, remission anxiety becomes qualitatively similar to the anxiety experienced by people with PTSD.
 3. There are few ways to deal with anxiety during psychosis. The most important is active, personal help from the people in the immediate circle of family and friends. Objectifying patients in treatment can be an additional source of anxiety.
 4. A high level of insight into the disease without self-stigmatizing is one of the patient attitudes associated with an effective recovery process.
- jeń, brak dystansu do ich treści, poczucie utraty kontroli i pojawiające się wówczas myśli samobójcze;
 - 2) lęk w remisji osób z diagnozą schizofrenii jest jakościowo porównywalny z lękiem przeżywanym przez osoby zdrowe z podwyższonym poziomem neurotyczności. Wyjątkiem od tej reguły jest lęk wywołany wspomnieniami z okresu psychozy. W takich przypadkach lęk w remisji staje się jakościowo zbliżony do lęku obecnego u osób z PTSD;
 - 3) istnieje niewiele sposobów radzenia sobie z lękiem w trakcie psychozy. Najważniejsza jest aktywna i podmiotowa pomoc ze strony otoczenia. Przedmiotowe traktowanie może stanowić dodatkowe źródło lęku;
 - 4) duży wgląd w chorobę z jednoczesnym brakiem autostygmatyzacji może stanowić jedną z postaw pacjenta, która wiąże się z efektywnym procesem zdrowienia.

Conflict of interest/Konflikt interesu

Absent./Nie występuje.

Financial support/Finansowanie

Absent./Nie występuje.

References/Piśmiennictwo

1. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Merette C, Roy MA. How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta-analysis and critical review on a significant association. *Schizophr Bull* 2011; 37: 811-821.
2. Ohi K, Shimada T, Nitta Y, Kihara H, Okubo H, Uehara T, Kawasaki Y. The Five-Factor Model personality traits in schizophrenia: a meta-analysis. *Psychiatry Res* 2016; 240: 34-41.
3. Morrison, A. P., Wells, A. (2007). Relationships between worry, psychotic experiences and emotional distress in patients with schizophrenia spectrum diagnoses and comparisons with anxious and non-patient groups. *Behav Res Ther* 2007; 45: 1593-1600.
4. Kępiński A. *Lęk*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1987.
5. Kępiński A. *Schizofrenia*. Warszawa: Sagittarius; 1992.
6. Kępiński A. *Psychiatria humanistyczna*. Kraków: Wydawnictwo Literackie; 2003.
7. Laing RD. *Podzielone „ja”*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis; 2004.
8. Davidson L. *Living Outside Mental Illness: Qualitative Studies of Recovery in Schizophrenia*. New York and London: New York University Press; 2003.
9. Stanghellini G, Broome MR, Fernandez AV, Fusar-Poli P, Raballo A, Rosfort R. *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*. Oxford: Oxford University Press; 2019.
10. Pietkiewicz I, Smith J. Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne* 2012; 18: 361-369.
11. Smith JA, Flowers P, Larkin M. *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method, research*. London: Sage; 2009.
12. Johnstone R, Nicol K, Donaghy M, Lawrie S. Barriers to uptake of physical activity in community-based patients with schizophrenia. *Journal of Mental Health* 2009; 18: 523-532.
13. Knight MTD, Wykes T, Hayward P. 'People don't understand': an investigation of stigma in schizophrenia using Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Journal of Mental Health* 2003; 12: 209-222.
14. Knudson B, Coyle A. The experience of hearing voices: an interpretative phenomenological analysis. *Existential Analysis* 2002; 13: 117-134.
15. Ko CJ, Smith P, Liao HY, Chiang HH. Searching for reintegration: life experiences of people with schizophrenia. *J Clin Nurs* 2013; 23: 394-401.
16. Perry BM, Taylor D, Shaw SK. "You've got to have a positive state of mind": An interpretative phenomenological analysis of hope and first episode psychosis. *Journal of Mental Health* 2007; 16: 781-793.

17. Startup H, Pugh K, Cordwell J, Kingdon D, Freeman D. How do individuals with persecutory delusions bring worry to a close? An interpretive phenomenological analysis. *Behav Cogn Psychother* 2015; 43: 465-477.
18. Waite F, Knight MTD, Lee D. Self-compassion and self-criticism in recovery in psychosis: an interpretive phenomenological analysis study. *J Clin Psychol* 2015; 71: 1201-1217.
19. Steuden S. O lęku dezintegracyjnym u chorych na schizofrenię. In: Tłokiński W (ed.). *Lęk. Różnorodność przeżywania*. Warszawa: Ośrodek Wydawniczy Zamku Królewskiego w Warszawie; 1993, p. 141-150.
20. Clore GC. Dlaczego przeżywamy emocje. In: Ekman P, Davidson RJ (eds.). *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2012, p. 94-101.
21. Łosiak W. *Psychologia emocji*. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2011.
22. Wciórka J. *Psychopatologia ogólna – objawy i zespoły zaburzeń psychicznych*. In: Bilikiewicz A (ed.). *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009, p. 61-120.
23. Garety PA, Freeman D, Jolley S, Dunn G, Bebbington PE, Fowler DG, et al. Reasoning, emotions, and delusional conviction in psychosis. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 373-384.
24. Sartorius N, Jablensky A, Körten A, Ernberg G, Anker M, Cooper JE. Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med* 1986; 16: 909-928.
25. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in outpatients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 53-58.
26. Jovanović N, Podlesek A, Medved V, Grubišić J, Mihačević-Pešić A, Goran T, Lovretić V. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. A cross-sectional study of 509 participants. *Crisis* 2013; 34: 374-381.
27. Jeffries JJ. The trauma of being psychotic: a neglected element in the management of chronic schizophrenia? *Can Psychiatr Assoc J* 1977; 22: 199-206.
28. Heitzman J. Reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne. In: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (eds.). *Psychiatria kliniczna. Tom 2*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002, p. 466-484.
29. Gliko BT. Postpsychotic PTSD reactions: a literature review. *Journal of Trauma Practice* 2004; 3: 73-95.
30. Shaw K, McFarlane A, Bookless C. The phenomenology of traumatic reactions to psychotic illness. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 434-441.
31. Rącz J, Kaló Z, Kassai S, Kiss M, Pintér JN. The experience of voice hearing and the role of self-help group: an interpretive phenomenological analysis. *Int J Soc Psychiatry* 2017; 63: 307-313.
32. Angermeyer MC, Schulze B. Reinforcing stereotypes: How the focus on forensic cases in news reporting may influence public attitudes towards the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry* 2001; 24: 469-486.
33. Rao H, Pillay P, Sessay M, Abraham A, Luty J. A study of stigmatized attitudes towards people with mental health problems among health professionals. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16: 279-284.
34. Najwyższa Izba Kontroli. *Przestrzeganie praw pacjenta w lecznictwie psychiatrycznym. Informacja o wynikach kontroli*. 2012.
35. Pallanti S, Cantisani A, Grassi G. Anxiety as a core aspect of schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2013; 15: 354.
36. Lysaker PH, Roe D, Yanos PT. Toward understanding the insight paradox: internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull* 2007; 33: 192-199.