

Agnieszka Sym¹, Łukasz Gawęda², Julia Wiktorska-Zapała³, Joanna Kreczmańska³, Krzysztof Staniszewski², Agnieszka Łukasiewicz⁴, Andrzej Kokoszka²

¹Oddział XX Dzienny Psychiatryczny Szpitala Nowowiejskiego w Warszawie

²II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

³Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie

⁴Oddział Psychiatryczny Wojewódzkiego Szpitala Bródnowskiego w Warszawie

Ocena związków poczucia wpływu na przebieg schizofrenii z temperamentem i aleksytymią*#

Evaluation of relations between self-influence on the course of schizophrenia and of personality traits — temperament and alexithymia

*Badanie nie było sponsorowane

#Prezentowany materiał badawczy został również wykorzystany do napisania prac magisterskich w Szkole Wyższej Psychologii Społecznej przez Julię Wikorską-Zapałę i Joannę Kreczmańską (pod kierunkiem Prof. Andrzeja Kokoszki)

Abstract

Introduction. The aim of this paper is to present two different studies exploring relations between self-influence on the course of schizophrenia and 1) alexithymia, 2) temperament.

Material and methods. In the first study took part 95 persons (42 women, 52 men) of mean age 45.53 (SD = 16.44). In the second study took part 90 persons (36 women, 54 men) of mean age 42.63 (SD = 12.75). In both studies participants were outpatients and inpatients with schizophrenia according to International Classification of Diseases and Health Related Problems. They filled self-ratings scales in the first study: Toronto Alexithymia Scale, Brief Measure to Assess Perception of Self-Influence on the Disease Course — 13 items version for schizophrenia; in the second study: Emotionality, Activity and Sociability Temperament Survey (EAS-D), Brief Measure to Assess Perception of Self-Influence on the Disease Course — 5 items version for schizophrenia.

Results and conclusions. It was observed no significant correlation between self-influence on the disease course and alexithymia. It was also found that self-influence on the schizophrenia course is not related to biological conditioned dimension of personality — temperament (only Sociability scale of EAS-D correlates with self-influence on the disease course). The study confirms earlier results that traits of alexithymia are related to schizophrenia. *Psychiatry* 2010; 7, 1: 25–32

key words: schizophrenia, self-influence on the disease course, temperament, alexithymia

WSTĘP

Stosowanie się przez pacjentów do zaleceń lekarskich w chorobach przewlekłych jest według Świa-

towej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) obecnie dużym wyzwaniem dla medycyny [1]. W schizofrenii stopień niestosowania się do zaleceń lekarskich jest szczególnie wysoki [2, 3]. Jednym z warunków zaangażowania pacjenta w wypełnianie zaleceń lekarskich jest doświadczane przez niego poczucie wpływu na przebieg

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Andrzej Kokoszka
II Klinika Psychiatryczna WUM
ul. Kondratowicza 8, 03–242 Warszawa
tel./faks: (22) 326 58 92
e-mail: Andrzej.Kokoszka@wum.edu.pl

choroby [4]. Natomiast stosowanie zleconego postępowania terapeutycznego przez pacjentów jest związane z umiejętnością posługiwania się mechanizmami radzenia sobie z chorobą. Zgodnie z teorią odpowiedniego dopasowania (*goodness of fit hypothesis*), wykorzystywanie stylów zorientowanych na rozwiązanie problemów wymaga poczucia kontroli nad stresem [5]. Jednak w przypadku przewlekłych chorób o postępującym przebiegu, pełna kontrola nad nimi nie jest możliwa i dlatego zaproponowano posługiwanie się w takich przypadkach terminem „poczucia wpływu na przebieg choroby” [6]. Uzasadnieniem jego wprowadzenia jest fakt, że niemal zawsze pacjent ma pewien wpływ na swój stan zdrowia. W badaniach z zastosowaniem Krótkiej Metody Oceny Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby w wersji dla cukrzycy [6] wykazano związek poczucia wpływu na przebieg cukrzycy z intensywnością leczenia [7], a metoda ta w opinii diabetologów znajduje zastosowanie w praktyce [8]. Te pozytywne doświadczenia skłoniły do opracowania Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby — w wersji dla schizofrenii (*Brief Measure to Assess Perception of Self-Influence on the Disease Course — version for schizophrenia*) [4, 9].

Znaczenie kliniczne poczucia wpływu na przebieg choroby potwierdzono w wynikach badania przeprowadzonego przez Kokoszkę [10]. Wśród 177 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, korzystających z pomocy psychiatrycznej w warunkach ambulatoryjnych, stwierdzono, że poczucie wpływu na przebieg choroby korelowało z oceną stanu klinicznego według Skali Ogólnego Wrażenia Klinicznego (CGI, *Clinical Global Impression Scale*) ($r = -0,57$), funkcjonowaniem społecznym według Ogólnej Oceny Funkcjonowania (GAF, *Global Assessment of Functioning*) ($r = 0,56$), stosowaniem się do zaleceń farmakologicznych ($r = 0,40$) oraz ze stylem radzenia sobie ze stresem zorientowanym na unikanie ($r = -0,52$). W badaniu wykazano również umiarkowany związek ($r = 0,49$) wglądu z poczuciem wpływu na przebieg choroby. Również w innych badaniach potwierdzono związek poczucia wpływu na przebieg choroby z poziomem wglądu oraz, choć w mniejszym nasileniu niż w badaniu Kokoszki, ze stylem radzenia sobie ze stresem zorientowanym na unikanie [11]. Niniejsza praca stanowi kolejny etap badań dotyczących uwarunkowań poczucia wpływu na przebieg schizofrenii. Oceniono w niej znaczenie temperamentu oraz aleksytymii, jako cech osobowości

mogących mieć związek z poczuciem wpływu na przebieg choroby u pacjentów chorych na schizofrenię. Wybór aleksytymii wynikał z rezultatów wcześniejszych badań wskazujących, że aleksytymia jest mocniej nasiloną w grupie osób ze zdiagnozowaną schizofrenią [12]. Natomiast postawienie hipotezy mówiącej o związku poczucia wpływu na przebieg schizofrenii z temperamentem, wynikało z doniesień wskazujących na bardzo duże znaczenie biologicznie uwarunkowanych cech osobowości w funkcjonowaniu jednostki [13].

Pojęcie „aleksytymia” zostało wprowadzone przez Petera Sifneosa w 1970 roku dla opisania nieprawidłowości w werbalizowaniu stanów emocjonalnych, spotykanych u osób cierpiących na zaburzenia psychosomatyczne [14]. Aleksytymia dotyczy deficytów w uświadamianiu sobie i symbolizacji emocji, które są tak duże, że procesy emocjonalne pozostają poza granicami świadomości i stają się dla jednostki niedostępne lub całkowicie niezrozumiałe. W efekcie osoba z aleksytymią ma problemy z werbalizacją własnych stanów afektywnych, którym często towarzyszy obniżona ekspresja emocjonalna i tendencja do ujawniania wyłącznie uczuć negatywnych (gniewu, wrogości i lęku).

U osób ze zdiagnozowaną schizofrenią stwierdzono częstsze niż w populacji osób zdrowych występowanie aleksytymii. Cedro i wsp. [12] wykazali, że wśród 50 pacjentów chorych na schizofrenię paranoidalną poziom aleksytymii mierzony skalą *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20) był wyższy niż w 50-osobowej grupie osób zdrowych ($M = 52,3$; $SD = 13,5$ — grupa chorych na schizofrenię, $M = 45,8$; SD [standard deviation] = $11,4$ — grupa zdrowych osób). Rezultaty badania sugerują, że aleksytymia i jej niektóre charakterystyczne cechy mierzone przez TAS-20, takie jak trudności w identyfikacji oraz komunikowaniu uczuć mogą być związane z procesem psychotycznym u osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Replikacja wyników otrzymanych przez Cedro i wsp. jest wartościowa przede wszystkim z powodu braku badań w tym obszarze oraz ze względu na fakt, że przeżywanie stanów emocjonalnych jest złożonym zjawiskiem, związanym z wartościowaniem i podejmowaniem decyzji [15, 16]. Deficyty w tym obszarze mogą się wiązać zarówno z brakiem doświadczania wpływu na przebieg choroby, jak i w efekcie z niestosowaniem się do zaleceń lekarskich.

Trwałą dyspozycją, która może mieć znaczenie dla poczucia wpływu na przebieg choroby jest temperament. Pojęcie temperamentu odnosi się do względ-

nie stałych cech osobowości występujących u człowieka od wczesnego dzieciństwa i mających swoje odpowiedniki w świecie zwierząt (Regulacyjna Teoria Temperamentu [RTT] według Strelaua) [17]. „Będąc pierwotnie zdeterminowanym przez wrodzone mechanizmy neurobiochemiczne, temperament podlega powolnym zmianom spowodowanym procesem dojrzewania oraz specyficznym dla jednostki oddziaływaniem między genotypem a środowiskiem” [17]. Ta definicja temperamentu zakłada, że cechy temperamentu przejawiają się w formalnych cechach zachowania. Każde zachowanie ma swój sposób (styl), w którym się przejawia. Różnice indywidualne w odniesieniu do tego stylu należy traktować jako cechy temperamentu. W najnowszych badaniach odnośnie temperamentu w schizofrenii [18–20], wskazuje się na to, że chorzy na schizofrenię posiadają unikalny profil osobowości, który występuje bez względu na przynależność kulturową. W badaniu [20] zastosowano Inwentarz Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI, *Temperament and Character Inventory*); przebadano 86 pacjentów chorych na schizofrenię oraz 115 zdrowych osób. W porównaniu z grupą zdrowych osób pacjenci odznaczali się istotnie statystycznie mniejszym nasileniem poszukiwania nowości, zależnością od nagrody (wymiary temperamentu), samokierowaniem, zdolnością do współpracy (wymiary charakteru), większym unikaniem szkody (temperament) i autotranscendencją (charakter). W innym badaniu, również z zastosowaniem TCI, autorzy próbowali ustalić, czy unikanie szkody będzie markerem genetycznym podatności na schizofrenię [19]. Wyniki okazały się być spójne z wcześniejszymi doniesieniami, w których zasugerowano, że unikanie szkody może być traktowane jako marker podatności na schizofrenię, natomiast takie cechy, jak autotranscendencja, mogą wiązać się z cechami schizotypowymi. Taki profil osobowości może predysponować do postawy raczej wycofanej, charakteryzującej się nieufnością w kontaktach społecznych, co z kolei może się przekładać na sposób, w jaki pacjenci postrzegają swój wpływ na poczucie choroby, a w indywidualnym zachowaniu — na stosowanie się do zaleceń lekarskich. Hipoteza ta jest przedmiotem opisywanego badania.

Celem pracy jest ocena związków pomiędzy poczuciem wpływu na przebieg schizofrenii a cechami osobowości: aleksytymią i temperamentem oraz replikacja badania Cedro i wsp. [12]. Ponadto w pracy dodatkowo sprawdzono związki między temperamentem a nasileniem psychopatologii.

Materiał i metody

Badanie 1 — Poczucie wpływu na przebieg choroby a aleksytymia

W badaniu wzięły udział osoby z rozpoznaniem schizofrenii według obowiązujących kryteriów Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Classification of Diseases and Health Related Problems*). W badaniu wzięło udział 95 osób (42 kobiety, 52 mężczyzn); średnia wieku: 45,53 roku (SD = 16,44). Ponad połowa badanych (64 osoby) była leczona w ramach psychiatrycznych oddziałów całodobowych i dziennych, 31 osób korzystało z usług środowiskowych domów samopomocy.

Toronto Alexithymia Scale

Do pomiaru poziomu aleksytymii zastosowano polską wersję TAS-20 [21]. Jest to skala samoopisu, za pomocą której mierzy się występowanie lub brak aleksytymii. Składa się z 20 pytań, na które badana osoba odpowiada, posługując się 5-stopniową skalą Likerta. Wynik poniżej 51 punktów oznacza brak aleksytymii, wynik równy lub większy niż 61 oznacza występowanie aleksytymii, wyniki pomiędzy 52–60 punktami — możliwe występowanie aleksytymii. Polska wersja skali posiada zadowalające właściwości psychometryczne do celów badawczych; współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wynosi 0,71 (dla podskal: Trudność Identyfikacji Uczuć — 0,72; Trudności Komunikacji Uczuć — 0,62; Operacyjny Styl Myślenia — 0,62).

Skala Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby

Osoby poddane próbie klinicznej w celu zbadania poczucia wpływu na przebieg choroby wypełniały wersję testową (składającą się z 13 pytań) Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby — wersja dla schizofrenii [4]. Zastosowana w badaniu wersja jest skalą samoopisu i składa się z pytań, na które pacjent odpowiada, stosując 5-stopniową skalę Likerta. Maksymalny wynik to 65 punktów. Trafność skali obliczono na podstawie korelacji z ocenami lekarskimi i wynosiła 0,46 przy p mniejszym niż 0,01 (tau Kendala).

Badanie 2 — Poczucie wpływu na przebieg choroby a temperament

Również w drugiej części badania wzięły udział osoby z rozpoznaniem schizofrenii według obowiązujących kryteriów ICD-10. W badaniu wzięło udział 90 osób (36 kobiet, 54 mężczyzn); średnia wieku: 42,63 roku (SD = 12,75). Wśród badanych 56 pacjentów rekrutowało się oddziałów psychiatrycznych dzien-

nych i całodobowych, 28 korzystało z opieki środowiskowych domów samopomocy, 6 osób leczyc się w ramach prywatnej praktyki lekarskiej.

Kwestionariusz Temperamentu EAS-D

W badaniu posłużono się polską wersją Kwestionariusza Temperamentu *Emotionality-Activity-Sociability Temperament Survey* (EAS-D) Bussa i Plomina w adaptacji Włodzimierza Oniszczenki [22], ze względu na jej rzetelność oraz trafność. Kwestionariusz EAS-D mierzy temperament na wymiarach: Emocjonalność (niezadowolenie, strach oraz złość), Aktywność oraz Towarzyskość. Kwestionariusz EAS-D ma charakter opisowy, składa się z 20 twierdzeń, do których badana osoba ustosunkowuje się, zaznaczając odpowiedź na 5-stopniowej skali. Współczynniki rzetelności (alfa Cronbacha) dla poszczególnych skal EAS-D wynoszą: Aktywność — 0,67; Towarzyskość — 0,57; oraz dla podskal Emocjonalności: Niezadowolenie — 0,74; Strach — 0,70; Złość — 0,59. Kwestionariusz posiada zadowalające właściwości psychometryczne.

Krótką Skalę Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby

W badaniu wykorzystano Krótką Skalę Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby — w wersji dla schizofrenii (z 5 pytaniami) [4]. Jest to kwestionariusz samooceny, składający się z pytań, na które pacjent odpowiada na 5-stopniowej skali Likerta. Rzetelność, jak na tak mało rozbudowane narzędzie badawcze, jest zadowalająca (alfa Cronbacha: 0,78). Trafność, mierzona korelacją wyników uzyskanych na skali poczucia wpływu z oceną sędziów kompetentnych, jest umiarkowana ($r = 0,45$) i zadowalająca. Dobór narzędzi badawczych wiązał się ze stosunkowo szybką i prostą metodą pomiaru, co ma duże znaczenie w przypadku badania pacjentów chorych na schizofrenię.

Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych

Dodatkowo, objawy psychopatologiczne oceniano za pomocą skali PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) [23]. Jest to jedna z najczęściej stosowanych skal oceny klinicznej osób chorych na schizofrenię, która pozwala na wielowymiarowe oszacowanie nasilenia objawów psychopatologicznych podczas ustrukturuwanego wywiadu. W prezentowanym badaniu przyjęto 5-czynnikowy model objawów psychopatologicznych: 1. czynnik negatywny; 2. czynnik pozytywny; 3. czynnik depresyjny; 4. czynnik poznawczy; 5. czynnik dezorganizacji [24].

Wyniki

Do analizy statystycznej wykorzystano program statystyczny SPSS 14.0. Analizowano związki liniowe między zmiennymi za pomocą modelu korelacyjnego.

Badanie 1 — Poczucie wpływu na przebieg choroby a aleksytymia

Średni ogólny wynik w skali TAS-20 wyniósł 54,31 punkty ($SD = 13,97$). Wynik powyżej 61 punktów świadczy o występowaniu aleksytymii — w badanej grupie taki wynik uzyskało 30 pacjentów. Średni wynik w Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby wyniósł 38,74 ($SD = 12,15$). Związek między poczuciem wpływu na przebieg choroby a poziomem aleksytymii testowano za pomocą modelu korelacyjnego. W analizie korelacji stwierdzono słaby, nieistotny statystycznie ujemny związek pomiędzy poczuciem wpływu na przebieg choroby a poziomem aleksytymii ($r = -0,20$; $p > 0,05$). Wykazano również bardzo słabe, nieistotne statystycznie związki dla podskal: Trudność Identyfikacji Uczuć ($r = 0,058$; $p > 0,05$), Trudność Komunikowania Uczuć ($r = 0,030$; $p > 0,05$) i Operacyjny Styl Myślenia ($r = 0,15$; $p > 0,05$) (tab. 1).

Badanie 2 — Poczucie wpływu na przebieg choroby a temperament

W analizie korelacji wykazano brak istotnego statystycznie związku pomiędzy poczuciem wpływu na przebieg choroby a temperamentem ($r = -0,02$; $p > 0,05$). Wykazano również nieistotne, słabe korelacje pomiędzy poczuciem wpływu na przebieg choroby a podskalami Emocjonalności: Niezadowolenie ($r = -0,066$; $p > 0,05$), Strach ($r = -0,109$; $p > 0,05$), Aktywność ($r = 0,117$; $p > 0,05$).

Zaobserwowano istotne statystycznie, choć słabe związki pomiędzy podskalą Emocjonalności: Złość ($r = -0,249$; $p < 0,05$) oraz podskalą Towarzyskość ($r = 0,330$; $p < 0,01$) a poczuciem wpływu na przebieg choroby. Powyższe korelacje przedstawiono w tabeli 2.

Badanie 2a — Temperament a psychopatologia

W przeprowadzonej analizie korelacji wykazano nieistotny i słaby związek pomiędzy ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych a wynikiem ogólnym EAS ($r = 0,186$; $p > 0,05$).

W kolejnych analizach wykazano występowanie słabego, choć istotnego statystycznie związku pomiędzy objawami pozytywnymi ($r = 0,22$; $p < 0,05$), czynnikiem depresyjnym ($r = 0,349$; $p < 0,01$), czynnikiem dezorganizacji ($r = 0,21$; $p < 0,05$) a wynikiem ogólnym na skali EAS. Wykazano

Tabela 1. Związek między poczuciem wpływu na przebieg choroby a aleksytymią (n = 95)**Table 1.** The relationship between self-influence on illness course and alexithymia (n = 95)

	Wynik ogólny TAS-20	Podskala Trudność Identyfikacji Uczuć	Podskala Trudność Komunikowania Uczuć	Podskala Operacyjny Styl Myślenia
Poczucie wpływu na przebieg choroby	-0,20	0,05	0,03	0,05

Wszystkie korelacje nieistotne statystycznie; TAS — Toronto Alexithymia Scale

Tabela 2. Związki poczucia wpływu na przebieg choroby z temperamentem (n = 90)**Table 2.** The relationship between self-influence on illness course and temperament (n = 90)

	Wynik ogólny EAS	Podskala Emocjonalność Niezadowolenie	Podskala Emocjonalność Strach	Podskala Emocjonalność Złość	Podskala Aktywność	Podskala Towarzyskość
Poczucie wpływu na przebieg choroby	-0,02	-0,06	-0,10	-0,24*	0,11	0,33**

*istotność na poziomie $p < 0,05$; **istotność na poziomie $p < 0,01$

istotny statystycznie związek podskal EAS z czynnikiem depresyjnym w skali PANSS: umiarkowany związek czynnika Niezadowolenie ($r = 0,428$; $p < 0,01$) oraz słabszy związek dla czynnika Strach ($r = 0,301$; $p < 0,01$). Z kolei w skali EAS Złość korelowała z: objawami pozytywnymi ($r = 0,260$; $p < 0,01$), negatywnymi ($r = 0,279$; $p < 0,01$), czynnikiem depresyjnym ($r = 0,273$; $p < 0,01$) oraz czynnikiem dezorganizacji ($r = 0,290$; $p < 0,01$). Związki te, choć istotne statystycznie, należy interpretować jako słabe. Podskala EAS Aktywność korelowała z czynnikiem dezorganizacji ($r = 0,240$; $p < 0,05$). Z kolei podskala EAS Towarzyskość korelowała z ogólnym nasileniem objawów psychopatologicznych ($r = -0,274$; $p < 0,01$), objawami negatywnymi ($r = -0,279$; $p < 0,01$), czynnikiem negatywnym ($r = 0,323$; $p < 0,01$) oraz czynnikiem poznawczym ($r = -0,217$; $p < 0,05$). Choć istotne statystycznie, związki te należy interpretować jako słabe. Pozostałe korelacje między podskalami kwestionariusza EAS a czynnikami skali PANSS przedstawiono szczegółowo w tabeli 3.

Dyskusja

W badaniu wykazano brak związku między aleksytymią a poczuciem wpływu na przebieg choroby. Otrzy-

mane wyniki są porównywalne z wcześniejszym doniesieniem dotyczącym poziomu aleksytymii w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii [12]. W przeprowadzonym badaniu na podstawie wyników TAS-20 wykazano, że 1/3 pacjentów chorych na schizofrenię uzyskała wynik wskazujący na aleksytymię, co również potwierdza wcześniejsze doniesienia o związkach schizofrenii z aleksytymią [25, 26]. Średni wyniki uzyskany w Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby ($M = 38,74$; $SD = 12,15$) świadczy o przeciętnym poczuciu wpływu w badanej grupie. Warto zwrócić uwagę, że grupa ta, pomimo wspólnej diagnozy, nie była jednorodna pod względem stanu zdrowia — większa część ankietowanych (64 osoby) przebywała w trakcie badania na oddziałach psychiatrycznych, co może wpływać na odczuwanie niższej własnej skuteczności oraz niższe poczucie wpływu na przebieg choroby. Wynik ten można tłumaczyć złożonymi zależnościami między badanymi zmiennymi. We wcześniejszych badaniach [10, 11] wykazano umiarkowany negatywny związek poczucia wpływu na przebieg choroby ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na unikaniu oraz wykazano pozytywny, nieco słabszy związek poczucia wpływu ze stylem skoncentrowanym na zadaniu.

Tabela 3. Związek między temperamentem a psychopatologią (n = 90)**Table 3.** The relationship between temperament and psychopathology (n = 90)

	Wynik ogólny PANSS	Czynnik negatywny	Czynnik pozytywny	Czynnik depresyjny	Czynnik poznawczy	Czynnik dezorganizacji
Wynik ogólny EAS	0,18	0,92	0,15	0,36**	0,03	0,21*
Podskala Emocjonalność Niezadowolenie	0,18	0,15	0,10	0,43**	-0,02	0,08
Podskala Emocjonalność Strach	0,16	0,15	0,20	0,30**	-0,02	0,05
Podskala Emocjonalność Złość	0,26*	0,20	0,20	0,27**	0,17	0,29**
Podskala Aktywność	0,07	-0,008	0,03	0,23	0,12	0,24**
Podskala Towarzyskość	-0,27**	-0,32**	-0,18	-0,16	-0,22*	-0,15

*istotność na poziomie $p < 0,05$; **istotność na poziomie $p < 0,01$; PANSS — Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych; EAS — Kwestionariusz Temperamentu

Aleksytymia może utrudniać radzenie sobie z chorobą przez zubożenie kontaktów społecznych chorego, natomiast potencjalne unikanie strategii radzenia sobie skoncentrowanych na emocjach i przewaga operacyjnego stylu myślenia, mogłyby ułatwić zadaniowe podejście do choroby i zwiększyć poczucie wpływu na jej przebieg [27]. Aleksytymia może zatem pełnić funkcję moderującą zależność między stylami radzenia sobie z chorobą i innymi zmiennymi a poczuciem wpływu na chorobę, nie wiążąc się jednocześnie bezpośrednio z poczuciem wpływu na przebieg choroby (stąd brak wykrycia bezpośredniego związku między poczuciem wpływu na przebieg choroby a aleksytymią). Do tej pory zagadnienie to nie było przedmiotem badań. Dalsze badania, które byłyby zaprojektowane w celu wykrycia bardziej złożonych zależności między zmiennymi osobowościowymi, poczuciem wpływu na przebieg choroby i stylami radzenia sobie z chorobą pozwolą na znalezienie odpowiedzi na postawione powyżej pytanie.

Wyniki próby klinicznej mogą stanowić replikację badań Cedro i wsp. [12], a ponadto potwierdzają wcześniejszą obserwację, że aleksytymia i jej cechy, takie jak: trudności w identyfikacji uczuć, trudności w komunikowaniu uczuć, mogą być związane ze schizofrenią paranoidalną, choć brak klinicznej grupy kontrolnej nie rozstrzyga, czy jest to problem występujący jedynie w schizofrenii.

W dalszej części badania testowano hipotezę o związku temperamentu i poczucia wpływu na przebieg

choroby. Stała dyspozycja, jaką jest temperament, wydaje się nie mieć związku z poczuciem wpływu na przebieg choroby u osób ze zdiagnozowaną schizofrenią. Nieznaczna ujemna korelacja pomiędzy podskala złości a poczuciem wpływu na przebieg choroby może wiązać się z tym, że osoby mające subiektywne poczucie kontroli choroby przejawiają więcej zachowań adaptacyjnych, lepiej radzą sobie z chorobą, stosując się do zaleceń lekarskich i w związku z tym mogą przeżywać rzadziej złość. Niezbędne byłoby jednak zastosowanie narzędzi oceniających style radzenia sobie z chorobą.

Wyniki badań mogą sugerować potrzebę bardziej szczegółowej analizy wymiarów temperamentu, z zastosowaniem innych, znacznie czulszych diagnostycznie narzędzi badawczych. W ramach analizy zmiennych osobowościowych mogących mieć związek z poczuciem wpływu na przebieg choroby, warto byłoby również poddać badaniom wymiary charakteru. Cechy charakteru w przeciwieństwie do zmiennych temperamentalnych ulegają modyfikacji, na przykład pod wpływem oddziaływań psychotherapeutycznych.

Wnioski:

1. Wykazano brak związku między aleksytymią a poczuciem wpływu na przebieg choroby.
2. Badanie stanowiło replikację próby Cedro i wsp. [12] — jego wynik potwierdził wcześniejsze nie-

liczne doniesienia [25, 26], że aleksytymia i jej cechy mierzone skalą TAS-20 są związane ze schizofrenią paranoidalną.

3. Wykazano, że temperament mierzony skalą EAS-D nie jest związany istotnie statystycznie z poczu-

ciem wpływu na przebieg choroby, z wyjątkiem podskali Towarzystwość, co sugeruje małe znaczenie biologicznie uwarunkowanych cech osobowości dla poczucia wpływu na przebieg choroby.

Streszczenie

Wstęp. Praca stanowi kolejny etap badań nad uwarunkowaniami poczucia wpływu na przebieg schizofrenii. Celem była ocena związków pomiędzy poczuciem wpływu na przebieg schizofrenii a cechami osobowości: aleksytymią i temperamentem.

Materiał i metody. Badaniem objęto pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, przebywających na oddziałach całodobowych, dziennych, Poradni Zdrowia Psychicznego, Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego oraz z ośrodków leczenia środowiskowego. W pierwszym badaniu dotyczącym związku aleksytymii z poczuciem wpływu na przebieg choroby wzięło udział 95 pacjentów (42 kobiety i 52 mężczyzn). Średnia wieku pacjentów wyniosła 45,53 roku ($SD = 16,44$). Zastosowano skalę aleksytymii TAS-20 oraz Krótką Skalę Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby (wersja z 13 pytaniami). W drugim badaniu, dotyczącym związków temperamentu i poczucia wpływu na przebieg choroby wzięło udział 90 pacjentów (36 kobiet i 54 mężczyzn). Średnia wieku wyniosła 42,63 roku ($SD = 12,75$). Zastosowano Kwestionariusz Temperamentu EAS-D. Poczucie wpływu na przebieg choroby mierzono za pomocą Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby (wersja z 5 pytaniami).

Wyniki i wnioski. Wykazano brak związku pomiędzy aleksytymią a poczuciem wpływu na przebieg choroby. Badanie stanowiło replikację próby Cedro i wsp., a jego wynik potwierdził wcześniejsze nieliczne doniesienia, że aleksytymia i jej cechy mierzone skalą TAS-20 są związane ze schizofrenią paranoidalną. Wykazano, że temperament mierzony skalą EAS-D nie jest związany istotnie statystycznie z poczuciem wpływu na przebieg choroby, z wyjątkiem podskali Towarzystwość, co sugeruje małe znaczenie biologicznie uwarunkowanych cech osobowości dla poczucia wpływu na przebieg choroby. *Psychiatria 2010; 7, 1: 25–32*

słowa kluczowe: schizofrenia, poczucie wpływu na przebieg choroby, temperament, aleksytymia

Piśmiennictwo

1. Sabate E. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. WHO, Geneva 2003.
2. Valenstein M., Ganoczy D., McCarthy J.F., Myra Kim H., Lee T.A., Blow F.C. Antipsychotic adherence over time among patients receiving treatment for schizophrenia: a retrospective review. *J. Clin. Psychiatry*. 2006; 67 (10): 1542–1550.
3. Velligan D.I., Weiden P.J., Sajatovic M. i wsp. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J. Clin. Psychiatry*. 2009; 70 (supl. 4): 1–46.
4. Kokoszka A., Telichowska-Leśna A., Radzio R. Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby: wersja dla schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2008; 42: 503–513.
5. Park C.L., Folkman S., Bostrom A. Appraisal of controllability and coping in caregivers and HIV+ men: testing the goodness-of-fit hypothesis. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2001; 69: 481–488.
6. Kokoszka A. Krótka metoda oceny poczucia wpływu na przebieg choroby: opis wersji dla osób z cukrzycą. *Przegląd Lekarski* 2005; 62: 742–745.
7. Kokoszka A., Sieradzki J. Poczucie wpływu na przebieg choroby a sposób leczenia cukrzycy. *Diabetologia Praktyczna* 2005; 6 (1): 1–5.
8. Kot W., Kokoszka A., Sieradzki J. Ocena zestawu psychodiabetologicznego oraz potrzeb szkoleniowych z psychodiabetologii wśród lekarzy zajmujących się leczeniem cukrzycy. *Diabetologia Praktyczna* 2006; 405–408.
9. Kokoszka A. Schizofrenia. Wzmacnianie zdolności samostanowienia. Via Medica, Gdańsk 2008.
10. Kokoszka A. Perception of self-influence on the course of schizophrenia and adherence to antipsychotics. *European Neuropsychopharmacology* 2008; 18 (supl. 4): 467.
11. Gawęda Ł., Buciński P., Stanisławski K., Słodki Z., Sym A., Kokoszka A. Związki wglądu w chorobę, poczucia wpływu na jej przebieg, stylów radzenia sobie z chorobą z objawami psychopatologicznymi w schizofrenii. *Psychiatria* 2008; 5 (4): 124–133.
12. Cedro A., Kokoszka A., Popiel A., Narkiewicz-Jodko W. Alexithymia in schizophrenia: an exploratory study. *Psychol. Rep.* 2001; 89 (1): 95–98.
13. Hornowska E. Temperamentalne uwarunkowania zachowania. Badania z wykorzystaniem kwestionariusza TCI R.C. Cloninger. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2003.
14. Ścigała E., Maruszewski T. Struktura reprezentacji emocji w aleksytymii. *Przegląd Psychologiczny* 1997; 1/2: 109–136.
15. Ekman P., Davidson R. Natura emocji. Podstawowe zagadnienia. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1998.
16. Haviland-Jones Jeannette M., Lewis M. Psychologia emocji. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007.
17. Strelau J. Psychologia temperamentu. PWN, Warszawa 2002.
18. Herrán A., Sierra-Biddle D., Cuesta M.J., Sandoya M., Vázquez-Barquero J.L. Can personality traits help us explain disability in

- chronic schizophrenia? *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2006; 60 (5): 538–545.
19. Bora E. Temperament and character dimensions of the relatives of schizophrenia patients and controls: The relationship between schizotypal features and personality. *European Psychiatry* 2007; 22 (1): 27–31.
20. Hori H., Noguchi H., Hashimoto R. i wsp. Personality in schizophrenia assessed with the Temperament and Character Inventory (TCI). *Psychiatry Res.* 2008; 160 (2): 175–183.
21. Brzeziński R., Robakowski J., Zakrzewska M., Ziółkowski M. Tłumaczenie polskiej wersji Toronto Alexithymia Scale TAS-20 (wersja nieopublikowana, do użytku wewnętrznego, za zgodą autorów). Wydział Psychiatrii, *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
22. Oniszczenko W. Kwestionariusz Temperamentu EAS Arnolda H. Busa i Roberta Plomina; wersja dla dorosłych i dla dzieci. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1997.
23. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13 (2): 261–276.
24. Mosiołek A., Łoza B. Co mierzą testy neurokognitywne w schizofrenii? *Psychiatria* 2005; 1 (2): 113–119.
25. Maggini C., Raballo A., Alexithymia and schizophrenic psychopathology. *Acta Biomed.* 2004; 75 (1): 40–49.
26. Todarello O., Porcelli P., Grilletti F., Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? *Psychopathology* 2005; 38 (6): 310–314.
27. Jakubik A. Osobowość aleksytymiczna. W: Grochowska A. (red.). Wokół psychologii osobowości. UKSW, Warszawa 2002.