

Łukasz Gawęda¹, Piotr Buciński³, Krzysztof Staniszewski¹, Zbigniew Słodki²,
Agnieszka Sym¹, Andrzej Kokoszka¹

¹II Klinika Psychiatryczna Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Krka Polska, sp. z o.o.

³absolwent Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie

Związki wglądu w chorobę, poczucia wpływu na jej przebieg, stylów radzenia sobie z chorobą z objawami psychopatologicznymi w schizofrenii*#

Relationships between insight, self-influence on illness course, coping styles and psychopathology in schizophrenia

*Badanie nie było sponsorowane

#Prezentowany materiał badawczy został wykorzystany do napisania pracy magisterskiej przez Piotra Bucińskiego (pod kierunkiem Prof. Andrzeja Kokoszki)

Abstract

Introduction. The aim of presented study was to assess relationships between insight and self-influence on illness course among persons with schizophrenia. Moreover, we've investigated correlation between psychopathology symptoms, insight, sense of influence on illness and coping styles in schizophrenia.

Material and methods. One hundred twenty eight persons (52 outpatients and 72 inpatients), of age 19–68 years, (mean = 41.94; SD = 13.09) with schizophrenia according to ICD-10 (55 women and 73 men) took part in the study. They filled self-ratings scales: A Questionnaire of Insight into Schizophrenia — “My thoughts and feelings”; Brief Measure to Assess Perception of Self-Influence on the Disease Course — version for schizophrenia and Brief Method of Evaluating Coping with Disease. Symptoms of schizophrenia were assessed with PANSS.

Results and conclusions. Patients with better insight have stronger perception of self-influence on illness course. All psychopathology factors but depression factor were negatively correlated with insight. Patients with more severe symptoms have poorer insight. The complex relationship between coping styles and psychopathology was found and its implication was discussed. Patients with more severe negative symptoms tend to use avoidance coping style and rarely use problem-solving coping style. The theoretical and clinical implications of this findings are discussed.

Psychiatry 2008; 5: 124–133

key words: schizophrenia, insight, coping styles

Wstęp

Brak wglądu jest powszechnym zjawiskiem w psychozach schizofrenicznych; 97% pacjentów z pierw-

szym epizodem choroby nie wiąże swoich objawów z procesem chorobowym [1]. Wyniki innych badań pokazują, że brak przekonania o chorobie charakteryzuje 50–80% pacjentów ze schizofrenią [2]. Co więcej, pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii charakteryzują się niższym poziomem wglądu w chorobę

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. Andrzej Kokoszka
ul. Kondratowicza 8, 03–242 Warszawa
tel./faks: (0 22) 326 58 92
e-mail: Andrzej.Kokoszka@wum.edu.pl

niż pacjenci z zaburzeniem schizoafektywnym oraz depresjami psychotycznymi [3]. Niski poziom wglądu jest związany z kolei z gorszym rokowaniem i dłuższym czasem nieleczonej psychozy oraz z gorszym wypełnianiem zaleceń lekarskich [4, 5]. White i wsp. [6] pokazali również, że osoby mające wyższy poziom wglądu posiadają bardziej rozbudowaną sieć wsparcia społecznego, choć są jednocześnie mniej zadowoleni z tych kontaktów. U pacjentów z wglądem w chorobę obserwuje się wyższe ryzyko depresji oraz tendencji samobójczych niż u pacjentów z gorszym wglądem [7, 8]. Związek wglądu z depresją oraz fakt, że u dużej części pacjentów brak wglądu utrzymuje się przez dłuższy czas może sugerować obronną rolę wglądu [9].

W ostatniej dekadzie nastąpił istotny postęp w rozumieniu wglądu. Wcześniejsze jednowymiarowe, statyczne modele wglądu ustąpiły miejsca bardziej złożonym, wielowymiarowym opisom, co wydaje się znajdować potwierdzenia w badaniach oraz w praktyce klinicznej.

Według Greenfielda i wsp. [10] wgląd obejmuje: stosunek pacjenta do objawów, poczucie choroby, wyjaśnienie przyczyn choroby, świadomość ryzyka nawrotów i stosunek do zasadności leczenia. David [11] uważa, że wgląd jest zjawiskiem wielowymiarowym, które zawiera w sobie:

- współpracę w leczeniu;
- świadomość choroby;
- zdolność nowego nadawania znaczenia doświadczeniom psychotycznym.

Beck i wsp. [12] odróżnili tak zwany wgląd kliniczny od wglądu poznawczego. Autorzy ci uważają, że błędnie interpretowane przez pacjenta doświadczenie choroby jest podstawą braku wglądu, zaś wgląd rozumie jako „zdolność pacjenta do korekacji błędnych interpretacji i zniekształconych przekonań” [12, s.321].

Niektórzy autorzy zwracają uwagę, że wgląd może być wynikiem zaburzeń procesów metapoznawczych, a u jego podłoża może leżeć deficyt w zakresie teorii umysłu, czyli rozumienia swoich stanów emocjonalnych i poznawczych oraz stanów psychicznych (myśli i intencji) innych osób [13].

Autorzy reprezentujący poznawcze podejście ujmują brak wglądu w kategoriach sposobów radzenia sobie ze stresem zorientowanym na unikanie sytuacji stresującej [14]. Cooke i wsp. [8] w badaniu relacji mechanizmów radzenia sobie poprzez zaprzeczanie i braku wglądu zaobserwowali brak związku między tymi zmiennymi, nie potwierdzając tym samym hipotezy o braku wglądu jako mechanizmu unikania. Lysaker i wsp. [15] w swoich badaniach pokazali

z kolei, że styl radzenia sobie ze stresem poprzez zaprzeczanie jest związany z niższym wglądem, ale jedynie u pacjentów z niezaburzonymi funkcjami wykonawczymi. Obecnie nie ma zgody co do tego, który ze stylów radzenia sobie ze stresem jest najbardziej efektywny w redukowaniu objawów czy też dyskomfortu [16]. Wyniki badań pokazują natomiast, że pacjenci chorujący na schizofrenię używają najczęściej najmniej efektywnego stylu skoncentrowanego na emocjach [16] oraz stylów, które nie koncentrują się na rozwiązaniu problemu. Pacjenci chorzy na schizofrenię stosujący styl skoncentrowany na emocjach częściej doświadczają dyskomfortu oraz mają wyższy poziom objawów psychopatologicznych [16]. Niejasny jest związek wglądu w chorobę z objawami psychopatologicznymi. Metaanaliza 40 badań [17] wskazuje na słaby, negatywny związek objawów psychopatologicznych z poziomem wglądu w przypadku ostrej fazy epizodów psychotycznych. Warto zaznaczyć, że zależność ta w przypadku pacjentów z dużym nasileniem objawów psychopatologicznych jest bardziej jasna niż w przypadku pacjentów w stanie stabilnym. W badaniu pacjentów po pierwszym epizodzie psychozy stwierdzono, że w tej grupie nasilenie objawów psychopatologicznych wiąże się z niższym poziomem wglądu. Zaobserwowano również związek objawów negatywnych i dezorganizacji z niższym wglądem [9]. Wyniki innych badań pokazują z kolei związek objawów pozytywnych z brakiem wglądu, przy jednoczesnym braku związku z objawami negatywnymi [18]. W opozycji do opisanych wyników stoją wyniki badania pokazujące brak związku poprawy objawowej i wglądu [19, 20]. Sprzeczności te mogą wynikać z różnic w sposobie rozumienia i definiowania wglądu, a w konsekwencji z używania różnych narzędzi do badania wglądu. Ponadto, uwzględniając złożoność i dynamikę wglądu, należy liczyć się z tym, że niektóre wymiary wglądu ulegają zmianie wraz z poprawą objawową, a inne mogą utrzymywać się bez zmian.

Obok wglądu, również inne czynniki mają znaczenie dla wypełniania zaleceń lekarskich. Kokoszka [21, 22] uważa, że postrzegane poczucie wpływu na przebieg choroby jest czynnikiem angażującym pacjenta w proces terapii i pozwala na jej optymalny przebieg. Pojęcie poczucia wpływu na przebieg choroby zostało wprowadzone [23] jako bardziej realistyczne w przypadku przewlekłych postępujących chorób od stosowanego terminu kontroli nad chorobą, ponieważ w przebiegu większości przypadków takich schorzeń pacjent nie jest w stanie w pełni kontrolować rozwoju swojej choroby. Pojęcie kontroli oznacza taką

możliwość. O ile w większości przypadków pełna kontrola nad postępowaniem objawów chorobowych nie jest możliwa, o tyle pacjent niemal zawsze ma pewien wpływ na nie, ich nasilenie, tempo progresji, ryzyko związanych z nimi powikłań itp. poprzez przykładanie odpowiedniej wagi do stosowania się do zaleceń lekarskich. Koncepcja ta stanowiła teoretyczną podstawę do opracowania Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby, najpierw jej wersji dla cukrzycy [22] i związanego z nią programu edukacyjnego [23], a następnie wersji dla schizofrenii [21] oraz programu edukacyjnego dla pacjentów chorych na schizofrenię [24].

W badaniu Kokoszki [25], obejmującym 177 pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, korzystających z pomocy psychiatrycznej w warunkach ambulatoryjnych, stwierdzono, że poczucie wpływu na przebieg schizofrenii wykazywało umiarkowane korelacje z ogólną oceną stanu klinicznego CGI (*Clinical Global Impression scale*) ($r = -0,57$); funkcjonowaniem społecznych GAF (*Global Assessment of Functioning*) ($r = 0,56$); stosowaniem się do zaleceń farmakologicznych ($r = 0,40$), ze zorientowaniem na unikanie stylem radzenia sobie ze stresem ($r = -0,52$) zorientowanych na realizację zadań. Wynik badania wykazał również umiarkowany związek ($r = 0,49$) wglądu z poczuciem wpływu na przebieg choroby. Przekonanie na temat możliwości kontrolowania źródła stresu jest czynnikiem, który wiąże się ze stosowaniem konkretnych stylów radzenia sobie ze stresem. Jak pokazano wcześniej na przykładzie omamów słuchowych, przekonanie na temat doświadczeń omamowych, jakie mają pacjenci chorzy na schizofrenię, jest związane ze stosowaniem odpowiednich sposobów radzenia sobie. Pacjenci przekonani o braku możliwości kontroli nad źródłem stresu (tutaj głos) częściej „ulegają” nakazom głosu [26, 27]. Tam, gdzie pacjenci mają poczucie kontroli i wpływu, dążą do rozwiązania problemu, w przypadku jednak, gdy spostrzegane źródło stresu jest w ich ocenie poza ich wpływem, stosują strategie unikania i koncentracji na emocjach. Jest to spójne z uzyskanymi wynikami w badaniu Kokoszki [25].

Do tej pory nie podejmowano analizy zależności między poczuciem wpływu na przebieg choroby oraz objawami psychopatologicznymi i stylami radzenia sobie ze stresem u osób chorych na schizofrenię.

Celem niniejszej pracy była ocena siły związków między:

- wglądem a poczuciem wpływu na przebieg choroby;
- poczuciem wpływu na przebieg choroby a stylami radzenia sobie z chorobą;

- objawami psychopatologicznymi, poczuciem wpływu na chorobę i stylami radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowiło 55 kobiet i 73 mężczyzn, w wieku 19–68 lat, średnia wieku wyniosła 41,94 roku (SD [*standard deviation*] = 13,09) z rozpoznaniem schizofrenii według obowiązujących kryteriów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*International Classification of Diseases*). Pięćdziesięciu pacjentów leczono w warunkach oddziałów dziennych, 72 pacjentów — w ramach stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych, a 6 pacjentów korzystało z prywatnej psychoterapii. Pacjenci wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Badanie uzyskało akceptację Komisji Bioetycznej WUM.

Wszyscy pacjenci byli oceniani pod względem objawów psychopatologicznych, poziomu wglądu, poczucia wpływu na przebieg choroby oraz stylów radzenia sobie z chorobą.

Do oceny poszczególnych zmiennych wykorzystano następujące narzędzia:

- psychopatologia — objawy psychopatologiczne oceniano za pomocą skali PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale*) [28] będącej najczęściej stosowaną skalą oceny klinicznej osób chorych na schizofrenię i pozwalającej na wielowymiarową ocenę nasilenia objawów psychopatologicznych podczas ustrukturuwanego wywiadu.
- wgląd — wgląd oceniano za pomocą Kwestionariusza Wglądu w Schizofrenię — „Moje Myśli i Odczucia”. Narzędzie to zostało stworzone do badań przesiewowych osób z niskim poczuciem wglądu w chorobę — służy monitorowaniu zmiany wglądu u pacjenta [29]. Współczynnik rzetelności tej skali wynosi α Cronbacha = 0,76, a trafność mierzona współczynnikiem korelacji z podskalą „brak krytycyzmu i wglądu” w PANSS — $r = -0,55$. Umiarkowana korelacja potwierdza trafność narzędzia, jednak pokazuje również, że opisywane narzędzia mierzą odmienne aspekty wglądu. Wartość ujemna współczynnika korelacji wynika z faktu, że w przypadku Kwestionariusza Wglądu w Schizofrenię, wyższy wynik oznacza większy wgląd, a w przypadku podskali PANSS, wyższy wynik oznacza większy brak wglądu i krytycyzmu.
- poczucie wpływu na przebieg choroby — do badania poczucia wpływu na przebieg choroby wykorzystano Krótką Skalę Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby — Wersja dla Schizofrenii [21].

Kwestionariusz jest skalą samooceny, składającą się z 5 pytań, na które pacjent odpowiada na 5-stopniowej skali Likerta. Rzetelność, jak na tak krótkie narzędzie, jest zadowalająca i wynosi α Cronbacha = 0,78. Trafność, mierzona korelacją wyników uzyskanych na skali poczucia wpływu z oceną sędziów kompetentnych, jest umiarkowana ($r = 0,45$) i zadowalająca, jak na tak krótką metodę oceny.

— style radzenia sobie z chorobą — do oceny stylów radzenia sobie z chorobą zastosowano Krótką Metodę Radzenia Sobie z Chorobą (KMORSCH) [30] — pozwalającą na ocenę dominującego stylu radzenia sobie z chorobą. Skala ta zawiera 4 pytania charakteryzujące 4 różne style, w nawiasie podano współczynnik rzetelności dla poszczególnych pytań:

- styl skoncentrowany na emocjach (α Cronbacha = 0,6);
- styl skoncentrowany na unikaniu (α Cronbacha = 0,47);
- styl skoncentrowany na rozwiązywaniu (α Cronbacha = 0,41);
- styl skoncentrowany na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania (α Cronbacha = 0,41).

Trafność skali mierzono korelacją poszczególnych wymiarów KMORSCH z Inwentarzem radzenia sobie ze stresującymi wydarzeniami (CISS, *Coping Inventory for Stressful Situations*). Stwierdzono umiarkowane korelacje dla stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu ($r = 0,47$) oraz słabsze dla stylu radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach ($r = 0,26$). Brak istotnych korelacji między skalami mierzącymi styl skoncentrowany na unikaniu sugeruje, że dwa testy mierzą inne aspekty tego stylu radzenia sobie. Do analizy statystycznej wykorzystano program statystyczny SPSS 14.0. Związki liniowe między zmiennymi analizowano za pomocą modelu korelacyjnego.

Wyniki

Wgląd a poczucie wpływu na chorobę

Analiza korelacji wykazała umiarkowany, istotny statystycznie związek między poczuciem wglądu a poczuciem wpływu na przebieg choroby ($r = 0,416$; $p < 0,001$). Wynik ten wskazuje na istnienie stosunkowo dużych związków między tymi zmiennymi, ale jednocześnie nie na tyle silnych, aby traktować wgląd i poczucie wpływu jako jedno zjawisko. W praktyce, zdolność do wglądu u pacjentów z diagnozą schizofrenii w znacznym stopniu jest związana z siłą przekonania o możliwości wpływu na

przebieg choroby. Choć nie zawsze wgląd w chorobę jest równoznaczny z wypełnianiem zaleceń bądź też z przekonaniem o możliwości wpływu na przebieg leczenia.

Poczucie wpływu na chorobę a style radzenia

Analiza korelacji wykazała umiarkowany, istotny statystycznie ($r = -0,296$; $p < 0,01$), związek między poczuciem wpływu a stylem radzenia sobie zorientowanego na unikanie (por. tab. 1).

Ponadto stwierdzono istotny statystycznie, choć słaby związek poczucia wpływu na przebieg choroby i stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na rozwiązaniu problemu ($r = 0,175$, $p < 0,05$). Osoby, które wybierają styl skoncentrowany na rozwiązaniu problemu, są bardziej przekonane o tym, że mogą wpływać na przebieg choroby. Warto jednak podkreślić, że model korelacyjny mówi o związku dwóch zmiennych, nie wskazując na kierunek zależności.

Nie zaobserwowano istotnego statystycznie związku między poczuciem wpływu oraz pozostałymi stylami radzenia sobie z chorobą (skoncentrowanym na poszukiwaniu najlepszego rozwiązania ($r = 0,057$; $p > 0,05$) i zorientowanym na przeżywanie emocji ($r = 0,117$; $p > 0,05$).

Style radzenia sobie ze stresem a objawy psychopatologiczne

W dalszej kolejności analizowano liniowy związek między objawami psychopatologicznymi a stylami radzenia sobie ze stresem. Wyniki przedstawiono w tabeli 1.

W pierwszej kolejności analizowano związki stylów radzenia sobie ze stresem z ogólnym nasileniem psychopatologii, rozumianym jako wynik ogólny na skali PANSS.

Analiza korelacji wykazała istotny, choć słaby pozytywny związek wyniku ogólnego PANSS ze stylem radzenia sobie zorientowanym na unikanie ($r = 0,228$; $p < 0,05$) oraz negatywną, słabą, choć istotną statystycznie, korelację ze stylem radzenia sobie zorientowanym na poszukiwanie najlepszego rozwiązania ($r = -0,178$; $p < 0,05$) i stylem zorientowanym na rozwiązanie problemu ($r = -0,160$; $p = 0,07$) o istotności na poziomie tendencji.

W dalszej części analizowano związki poszczególnych czynników (zgodnie z przyjętym wcześniej 5-czynnikowym modelem) ze stylami radzenia sobie ze stresem.

Analiza korelacji wykazała istotny, choć stosunkowo słaby, pozytywny związek między czynnikiem

Tabela 1. Związek poczucia wpływu na przebieg choroby i objawów psychopatologicznych ze stylami radzenia sobie z chorobą (n = 128)**Table 1.** The relationship between self-influence on illness course, psychopathology and coping styles (n = 128)

	Styl zorientowany na rozwiązanie problemu	Styl zorientowany na poszukiwanie najlepszego rozwiązania	Styl zorientowany na przeżywanie emocji i bierność	Styl zorientowany na unikanie
Poczucie wpływu na przebieg choroby	0,175*	0,057	0,117	-0,296**
Wynik ogólny PANNS	-0,160	-0,178*	0,057	0,228*
Czynnik negatywny	-0,224*	-0,157	0,032	0,289**
Czynnik pozytywny	-0,032	-0,137	0,028	0,11
Czynnik depresyjny	-0,158	-0,083	0,290**	-0,044
Czynnik poznawczy	-0,122	-0,170	-0,072	0,298**
Czynnik dezorganizacji	-0,074	-0,123	-0,015	0,172

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

negatywnym a stylem zorientowanym na unikanie ($r = 0,289$; $p < 0,01$) oraz również słaby, negatywny związek czynnika negatywnego ze stylem skoncentrowanym na rozwiązanie problemu ($r = -0,224$; $p < 0,05$). Analiza ujawniła słaby związek czynnika negatywnego ze stylem zorientowanym na poszukiwanie najlepszego rozwiązania na poziomie tendencji ($r = -0,157$; $p = 0,07$). Wykazano również brak istotnego związku między czynnikiem negatywnym a stylem zorientowanym na przeżywanie emocji i bierność ($r = 0,032$; $p > 0,05$).

Wykazano pozytywny, stosunkowo słaby związek czynnika depresyjnego ze stylem zorientowanym na przeżywanie emocji i bierność ($r = 0,290$; $p < 0,01$). Czynnik ten nie korelował istotnie z pozostałymi stylami radzenia sobie ze stresem.

Zaobserwowano istotny, choć słaby związek czynnika poznawczego i stylu zorientowanego na unikanie ($r = -0,298$; $p < 0,01$). Pozostałe style radzenia sobie ze stresem nie były istotnie związane z czynnikiem poznawczym.

Czynnik dezorganizacji nie był związany z badanymi stylami radzenia sobie ze stresem.

Analiza korelacji wykazała, że czynnik pozytywny również nie był istotnie statystycznie związany (nawet na poziomie tendencji) z żadnym z badanych stylów radzenia sobie ze stresem.

Nasilenie objawów psychopatologicznych

a poczucie wpływu na przebieg choroby i wgląd

Wykazano istotną statystycznie, umiarkowaną negatywną zależność ogólnego wyniku na skali objawów psychopatologicznych PANSS i poczucia wpływu na chorobę ($r = -0,476$; $p < 0,001$). Uzyskane wyniki wskazują również na istotną, choć słabszą korelację wyniku ogólnego PANSS i wyniku na skali wglądu ($r = -0,241$; $p < 0,01$) (tab. 2).

W dalszej części objawy psychopatologiczne, mierzone na skali PANSS, podzielono zgodnie z modelem 5-czynnikowym [31] na:

1. czynnik negatywny;
2. czynnik pozytywny;
3. czynnik depresyjny;
4. czynnik poznawczy;
5. czynnik dezorganizacji.

Każdy z czynników osobno korelowano z poziomem wglądu oraz poczuciem wpływu na przebieg choroby. Analiza korelacji ujawniła istotną, umiarkowaną zależność między poziomem wglądu a czynnikiem poznawczym ($r = -0,348$; $p < 0,001$). Wyniki wskazują również na słabsze, choć istotne statystycznie korelacje między poziomem wglądu a czynnikiem pozytywnym ($r = -0,276$; $p < 0,01$), czynnikiem dezorganizacji ($r = -0,25$; $p < 0,01$) oraz czynnikiem negatywnym ($r = -0,184$; $p < 0,05$). Nie zauważono istotnego statystycznie związku wglądu

Tabela 2. Związek poziomu wglądu, poczucia wpływu na przebieg choroby i objawów psychopatologicznych (n = 128)**Table 2.** Relationship between insight, self-influence on illness course and psychopathology (n = 128)

	Wynik ogólny PANSS	Czynnik negatywny	Czynnik pozytywny	Czynnik depresyjny	Czynnik poznawczy	Czynnik dezorganizacji
Poczucie wpływu na przebieg choroby	-0,476***	-0,418***	-0,505***	-0,116	-0,482***	-0,371***
Wgląd	-0,241**	-0,184*	-0,276**	0,111	-0,348***	-0,250**

*istotność na poziomie $p < 0,05$; **istotność na poziomie $p < 0,01$; ***istotność na poziomie $p < 0,001$

z czynnikiem depresyjnym ($r = 0,111$; $p > 0,05$). Uzyskane korelacje wskazują na negatywny związek wglądu z poszczególnymi czynnikami na skali PANSS. Im wyższy wynik na skali psychopatologii, tym mniejszy wgląd w chorobę wśród pacjentów.

Uzyskano również umiarkowane zależności między poczuciem wpływu na przebieg choroby a czynnikiem pozytywnym ($r = -0,505$; $p < 0,001$), poznawczym ($r = -0,482$; $p < 0,001$), negatywnym ($r = -0,418$; $p < 0,001$) oraz nieco słabszą korelację dla czynnika dezorganizacji ($r = -0,371$; $p < 0,001$). Analiza wyników pokazała, podobnie jak w przypadku wglądu, brak istotnego statystycznie związku między poczuciem wpływu na przebieg choroby a czynnikiem depresyjnym ($r = -0,116$; $p > 0,05$).

Dyskusja

W omawianym badaniu wykorzystano stosunkowo liczną próbę, co uprawnia do wyciągania bardziej jasnych wniosków z analiz statystycznych. Warto jednak zwrócić uwagę, że grupa, mimo że liczna, była bardzo zróżnicowana. W badaniu wzięli udział pacjenci zarówno w trakcie epizodów psychotycznych, hospitalizowani, jak i pacjenci w ustabilizowanym stanie zdrowia. Takie zróżnicowanie próby każe ostrożnie podchodzić do uzyskanych wyników. Należy brać pod uwagę, że niejednorodna próba może być powodem niejednoznacznych wyników, mimo że wielkość próby zwiększa moc statystyczną. Obok różnic w próbie osób badanych ważnym czynnikiem w porównywaniu z uzyskanymi wynikami z wcześniejszych prac jest stosowanie narzędzi oceny wglądu. W prezentowanej pracy wykorzystano narzędzie, które nie pozwala na wielowymiarową ocenę wglądu, nie było ono również stosowane w innych, anglojęzycznych badaniach. Należy tutaj za-

tem rozpatrywać wgląd jako czynnik ogólny. Do oceny stylów radzenia sobie z chorobą również wykorzystano krótką skalę, która nie była do tej pory szeroko stosowana do oceny stylów radzenia sobie w badaniach. Również zmienną poczucia wpływu na przebieg choroby oceniano za pomocą skali, która nie była do tej pory szeroko stosowana w badaniach. Warto podkreślić, że odmienne definiowanie zmiennych oraz stosowanie różnych narzędzi może często prowadzić do uzyskania odmiennych wyników.

W badaniu Kokoszki [25] 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. Uzyskane w prezentowanym badaniu wyniki pokazują podobną tendencję, jednak uzyskano znacznie mniejsze korelacje. Rozbieżność w sile korelacji jest szczególnie wyraźna dla zależności poczucia wpływu i stylu skoncentrowanego na zadaniu, a mniejsza dla korelacji poczucia wpływu ze stylem skoncentrowanym na unikaniu.

Stosowane podobne narzędzia oraz podobna liczebność prób każą przypuszczać, że różnice mogą wynikać z odmiennej grupy badawczej. W badaniu Kokoszki [25] brali udział tylko pacjenci w ustabilizowanym stanie choroby, leczeni w warunkach ambulatoryjnych. Natomiast grupę w prezentowanym badaniu stanowili pacjenci zróżnicowani pod względem nasilenia objawów. Różnice międzygrupowe mogą odzwierciedlać odmienną dynamikę poczucia wpływu na przebieg choroby i ich związek ze sposobami radzenia sobie z chorobą w zależności od stanu pacjentów. Zależność ta może być wyraźniejsza u pacjentów, których ustabilizowany stan zdrowia pozwala na aktywne uczestnictwo w procesie tera-

peutycznym. Stąd umiarkowana korelacja poczucia wpływu ze stosowanymi stylami radzenia sobie skoncentrowanymi na zadaniu u pacjentów stabilnych oraz bardzo słaba korelacja u pacjentów z wyrazistymi objawami.

Hipoteza ta tłumaczy również podobieństwa w przypadku uzyskanych korelacji w dwóch badaniach dla poczucia wpływu i stylu skoncentrowanego na unikaniu. Brak różnic odpowiada łatwości podejmowania aktywności skoncentrowanej na unikaniu, niezależnie od nasilenia objawów. Wyjaśnienie to jest spójne z wynikiem pokazującym, że nasilenie objawów obniża poczucie wpływu na przebieg choroby i częściej jest związane z stylem zorientowanym na unikanie.

Wyniki badania wskazują na pozytywny związek poziomu wglądu z poczuciem wpływu na przebieg choroby. Pacjenci z większą świadomością natury swoich dolegliwości są częściej przekonani o możliwości wpływania na przebieg choroby. Warto jednak podkreślić, że zależność ta może być odwrotna. Pacjenci mający większe poczucie wpływu na przebieg choroby charakteryzują się większym wglądem. Zgodnie z wcześniejszymi doniesieniami brak poczucia wpływu na przebieg choroby i niski poziom wglądu są często związane z niewypełnianiem zaleceń lekarskich [32]. Uzyskamy wynik jest zbieżny z wcześniejszymi doniesieniami [33], gdzie obserwowano związek braku wglądu z brakiem motywacji do leczenia, a tym samym brakiem poczucia wpływu na doznawane trudności. Wynik jest również zbieżny z badaniem Kokoszki i wsp. [25], w którym uzyskano bardzo zbliżoną zależność.

W prezentowanym badaniu wykazano zależność poczucia wpływu na przebieg choroby z poszczególnymi objawami psychopatologicznymi. Poczucie wpływu jest związane z nasileniem wszystkich objawów psychopatologicznych. Nie zaobserwowano związku jedynie z czynnikiem depresyjnym. Szczególne znaczenie dla poczucia wpływu okazały się mieć objawy pozytywne oraz czynnik poznawczy. Wynik ten jest spójny z badaniami na temat roli przekonań, jakie pacjenci żywią na temat objawów pozytywnych (omamów słuchowych) w przeżywaniu objawów oraz postrzeganej możliwości wpływu na nie [26, 27]. Większość osób doświadczających omamów słuchowych ma poczucie obezwładnienia przez głos [34], a przekonanie o onnipotencji głosu utrudnia pacjentowi kontrolowanie tych doświadczeń, zmniejszając tym samym poczucie wpływu [27].

Ważny wydaje się również związek poczucia wpływu na przebieg choroby z czynnikiem poznawczym i czynnikiem dezorganizacji. Schizofrenię często określa się mianem „zaburzenia płatów czołowych” [35]. U pacjentów obserwuje się zaburzenia procesów uwagowych, pamięci czy też funkcji wykonawczych, a wyniki licznych badań potwierdzają ich związek z funkcjonowaniem społecznym, rokowaniem oraz z wypełnianiem zaleceń lekarskich [36].

Choć w prezentowanym badaniu nie badano wypełniania zaleceń lekarskich, związek poczucia wpływu na przebieg choroby z czynnikiem poznawczym może być przyczyną niestosowania się do zaleceń lekarskich. Pacjenci gorzej funkcjonujący poznawczo mogą mieć trudności w zapamiętaniu sposobu przyjmowania leków, szczególnie w sytuacji, gdy przyjmują więcej niż jeden lek o różnych porach dnia i różnych dawkach. Co więcej, pacjenci sprawniej funkcjonujący poznawczo mogą mieć więcej zasobów, aby skutecznie nawiązywać kontakty interpersonalne oraz umiejętnie je podtrzymywać, co w przypadku chorób przewlekłych jest szczególnie istotne.

Uzyskane wyniki są zbieżne z wynikami wcześniejszych prac pokazujących związek wglądu z nasileniem objawów psychopatologicznych, potwierdzając tym samym hipotezę związku wglądu z objawami schizofrenii [9, 17, 18]. Nie potwierdzono jednak wcześniejszych doniesień o obronnej roli wglądu, które obserwowano we wcześniejszych badaniach [7, 8, 37].

Czynnik depresyjny nie wiązał się z poziomem wglądu. Rozbieżność ta może być spowodowana zastosowaniem innych narzędzi oceny poziomu depresji niż w opisanych wcześniej pracach. W większości prac stosowano Skalę Depresji Becka lub też więcej niż jedno narzędzie. W prezentowanym badaniu bazowano jedynie na ocenie depresyjności na skali PANSS. Również zastosowane narzędzie oceny wglądu nie rozpatruje wglądu wielowymiarowo, pozwalając jedynie na wstępną, przesiewową ocenę wglądu u pacjentów chorujących na schizofrenię [29]. Cooke i wsp. [8], badając związek wglądu mierzonego na różnych wymiarach (Skala Wglądu Birchwooda [BIS, *Birchwood Insight Scale*] oraz Rozszerzony Schemat Oceny Wglądu [SAI-E, *Schedule for the Assessment of Insight-Expanded*]) ze stresem i depresją, pokazali, że związek ten istnieje jedynie dla niektórych wymiarów wglądu, podczas gdy dla całkowitego wyniku na skali wglądu związku takiego nie obserwowano. Pokazano natomiast związek wymiaru świadomości problemu i rozumienia objawów w kategoriach choroby (*symptoms re-labeling*) z poziomem depresji [8].

Uzyskane wyniki sugerują wielowymiarową naturę wglądu. Z jednej strony część wymiarów wglądu może być związana z objawami psychopatologicznymi i ulegać poprawie wraz z uzyskiwaniem remisji. Po ostrym epizodzie psychotycznym, w fazie remisji natomiast wgląd może być rozpatrywany w kategoriach reakcji obronnej przed uświadomieniem sobie konsekwencji choroby psychicznej. Warto również zaznaczyć, że samo występowanie bądź brak związku między wglądem a depresją nie pozwala na weryfikację hipotezy o obronnej roli wglądu. Wyniki badań korelacyjnych nie pozwalają bowiem na wnioskowanie w kierunku zależności. White i wsp. [6] zauważają, że odczuwanie depresji może być dla pacjenta wskazówką choroby, zwiększając tym samym jego krytycyzm.

Do tej pory nie publikowano doniesień podejmujących problem związku poczucia wpływu na przebieg choroby ze stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Uzyskane w badaniu autorów wyniki pokazały negatywny związek między poczuciem wpływu na przebieg choroby ze stylem radzenia sobie z chorobą zorientowanym na unikanie. Wynik ten jest zgodny z obserwacją kliniczną. Pacjenci mający poczucie własnej skuteczności oraz mający świadomość roli nie tylko profesjonalistów (lekarzy czy psychologów) ale również swojej w procesie terapii, są aktywni, zorientowani bardziej zadaniowo w stosunku do terapii. Zbieżny z tą obserwacją jest wynik pokazujący pozytywną korelację poczucia wpływu na przebieg choroby ze stylem zorientowanym na rozwiązanie problemu. Wynik ten ma bezpośrednie znaczenie dla praktyki klinicznej. Oddziaływania psychoedukacyjne, skierowane do pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, okazują się skuteczne wtedy, kiedy są wzbogacone o techniki behawioralne oraz kiedy są nakierowane na wzmacnianie motywacji pacjenta do leczenia [38, 39], a ocena sposobów radzenia sobie ze stresem, poczucia wpływu na przebieg choroby mogą wspomagać ten proces [21, 22].

Wyniki badania wskazują na związek objawów psychopatologicznych z niektórymi stylami radzenia sobie ze stresem. Wynik ogólny na skali PANSS korelował pozytywnie jedynie ze stylem zorientowanym na unikanie. Nie zaobserwowano innych korelacji dla wyniku ogólnego. Rozpatrywano również związek poszczególnych czynników skali PANSS ze stylami radzenia sobie ze stresem. Zaobserwowano pozytywną korelację czynnika negatywnego oraz negatywną korelację czynnika poznawczego ze stylem skoncentrowanym na unikanie.

We wcześniejszym badaniu [16] nie obserwowano takiej zależności. Uzyskano natomiast, podobną jak w poprzednim badaniu, pozytywną zależność między czynnikiem depresyjnym a stylem skoncentrowanym na emocjach. Nie obserwowano jednak zależności stylu skoncentrowanego na emocjach z innymi objawami psychopatologicznymi. Ritsner i wsp. [16] podają, że styl skoncentrowany na emocjach wiąże się najczęściej z psychopatologią, również wyniki innych badań wskazują, że na podstawie stosowania stylu skoncentrowanego na emocjach można przewidzieć występowanie stresu [40].

Wyniki przeprowadzonego badania wskazują również na negatywny związek stylu skoncentrowanego na rozwiązaniu z objawami negatywnymi. Objawy negatywne, jak: wycofanie społeczne, spłylenie emocjonalne czy apatia, uniemożliwiają pacjentom podejmowanie aktywnych form radzenia sobie z chorobą. Objawy negatywne też związane są często z gorszym funkcjonowaniem społecznym, a ono z kolei nierzadko wspomaga aktywne, zadaniowe radzenie sobie z chorobą. Porównując wyniki przeprowadzonego badania z badaniami Ritsnera i wsp. [16], należy wziąć pod uwagę różnice między badanymi grupami pacjentów. W prezentowanym badaniu grupa była niejednorodna, włączono do badania zarówno pacjentów hospitalizowanych, i tych korzystających z oddziałów dziennych oraz ambulatoryjnej grupy terapeutycznej, we wcześniejszej pracy badano osoby obecnie hospitalizowane. Faza adaptacji do choroby może mieć znaczenie dla stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem i to właśnie różnice między badanymi grupami mogą być przyczyną różnic w uzyskanych wynikach. Rozbieżności mogą wynikać również z odmiennych narzędzi zastosowanych w badaniu.

Wnioski

1. Wykazano związek poczucia wpływu na przebieg choroby z poziomem wglądu u pacjentów chorych na schizofrenię. Umiarkowana korelacja pokazuje, że mimo iż dwie zmienne są ze sobą związane, nie są tożsame.
2. Pacjenci o bardziej nasilonych objawach psychopatologicznych są mniej przekonani o możliwości wpływu na przebieg choroby. Wynik ma szczególne znaczenie dla praktyki klinicznej, gdzie ważne może być stosowanie interwencji terapeutycznych mających na celu interwencje wzmacniające poczucie wpływu u pacjentów już na wczesnych

etapach leczenia. Często tak zwana normalizacja doświadczenia psychotycznego u pacjentów pozwala im na nadanie nowego znaczenia przeżyciom i postrzeganie możliwości wpływania na proces leczenia. Dobrym narzędziem w procesie oceny i w interwencjach terapeutycznych wydaje się być Krótka Skala Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby [22].

3. Wykazano, że niektóre style radzenia sobie wiążą się z poszczególnymi objawami schizofrenii. Choć

nie wykazano silnych związków, wyniki wskazują na pewne tendencje do stosowania stylu unikania wśród pacjentów z deficytem funkcji poznawczych oraz z objawami depresji. Pacjenci z objawami depresji dodatkowo rzadziej stosują styl zorientowany na zadanie. W praktyce klinicznej szczególnie ważne mogą się okazać interwencje mające na celu wzmocnienie adaptacyjnych stylów radzenia sobie oraz unikanie stosowania stylów nieskutecznych.

Streszczenie

Wstęp. Celem badania była ocena związku między poziomem wglądu a poczuciem wpływu na przebieg choroby wśród pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Sprawdzano również związek objawów psychopatologicznych z wglądem i poczuciem wpływu na przebieg choroby oraz stylami radzenia sobie ze stresem.

Materiał i metody. Przebadano 128 pacjentów (55 kobiet i 73 mężczyzn). Pięćdziesięciu badanych korzystało z oddziałów dziennych, 72 było leczonych w ramach stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych, a 6 korzystało z prywatnej psychoterapii grupowej. Średnia wieku pacjentów wyniosła 41,94 roku ($SD = 13,09$).

Do oceny nasilenia objawów psychopatologicznych zastosowano skalę PANSS. Wgląd oceniano za pomocą Kwestionariusza Wglądu w Schizofrenię — „Moje Myśli i Odczucia”, poczucie wpływu na przebieg choroby oceniano za pomocą Krótkiej Skali Poczucia Wpływu na Przebieg Choroby, style radzenia sobie z chorobą oceniano za pomocą Krótkiej Metody Radzenia Sobie z Chorobą.

Wyniki i wnioski. Pacjenci wyższym poziomem wglądu charakteryzują się silniejszym poczuciem wpływu na przebieg choroby. Wykazano negatywny związek objawów psychopatologicznych (oprócz czynnika depresyjnego) z wglądem. Pacjenci z większym nasileniem objawów mają niższy poziom wglądu. Ponadto pacjenci z nasilonymi objawami negatywnymi częściej stosują styl zorientowany na unikanie oraz rzadziej stosują styl zorientowany na rozwiązanie problemu. Wykazano i przedyskutowano złożone relacje między stylami radzenia sobie, poczuciem wpływu i nasileniem objawów. Przedyskutowano implikacje teoretyczne i kliniczne prezentowanej pracy. **Psychiatria 2008; 5: 124–133**

słowa kluczowe: schizofrenia, wgląd, sposoby radzenia sobie

PIŚMIENNICTWO

1. Dębowska G., Grzywa A., Karakuła H., Urbańska A. Poziom wglądu a czas trwania choroby, liczba hospitalizacji i nasilenie objawów psychopatologii w schizofrenii paranoidalnej. *Badania nad Schizofrenią* 1998; 99–112.
2. Amador X., Gorman J.M. Psychopathologic domains and insight in schizophrenia. *Schizophrenia* 1998; 21: 27–42.
3. Pini S., Cassano G.B., Dell'osso L., Amador X.F. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features. *Am. J. Psychiatry* 2001; 158: 122–125.
4. Droulout T., Liraud F., Verdoux H. Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *Encephale* 2003; 29 (5): 430–437.
5. Yen C.F., Chen C.S., Ko C.H. i wsp. Relationships between insight and medication adherence in outpatients with schizophrenia and bipolar disorder: Prospective study. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2005; 59: 403–409.
6. White R., Bebbington P., Pearson J., Johnson S., Ellis D. The social context of insight in schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2000; 35: 500–507.
7. Crumlish N., Whitty P., Kamali M. i wsp. Early insight predicts depression and attempted suicide after 4 years in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder. *Acta Psychiatr. Scand.* 2005; 112: 449–455.
8. Cooke M., Peters E., Fannon D. i wsp. Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 2007; 94: 12–22.
9. Mutsatsa S.H., Joyce E.M., Hutton S.B., Barnes T.R.E. Relationship between insight, cognitive function, social function and symptomatology in schizophrenia: The West London first episode study. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2006; 256: 356–363.
10. Greenfield D., Strauss J.S., Bowers M.B. i wsp. Insight and interpretation of illness in recovery from psychosis. *Schizophr. Bull.* 1989; 15: 245–252.
11. David A. Insight and psychosis. *British Journal of Psychiatry* 1990; 156: 798–808.
12. Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., Steer R.A., Warman D.M. A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophr. Res.* 2003; 68: 319–329.
13. Bora E., Sehatoglu G., Aslier M., Atabay I., Veznedaroglu B. Theory of mind and unawareness of illness in schizophrenia: Is poor insight a mentalizing deficit? *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2007; 257: 104–111.

14. Middelboe T., Mortensen E.L. Coping strategies among long-term mentally ill: categorization and clinical determinants. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 96: 188–194.
15. Lysaker P.H., Lancaster R.S., Davis L.W., Clements C.A. Patterns of neurocognitive deficits and unawareness of illness in schizophrenia. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2003; 191: 38–44.
16. Ritsner M., Ben-Avi I., Ponizovsky A., Timinsky I., Bistrov E., Modai I. Quality of life and coping with schizophrenia symptoms. *Quality of Life research* 2003; 12: 1–9.
17. Mintz A.R., Dobson K.S., Romney D.M. A insight in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2003; 61 (1): 75–88.
18. Almeida O.P., Levy R., Howard R.J., David A.S. Insight and paranoid disorders in late life (late paraphrenia). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996; 11 (7): 653–658.
19. McEvoy J.P., Apperson A.P., Appelbaum P.S., Ortilip P. Insight in schizophrenia: Its relationship to acute psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1989; 177 (1): 43–47.
20. Weiler M.A., Fleischer M.H., McArthur-Campbell D. Insight and symptoms change in schizophrenia and other disorders. *Schizophrenia Research* 2000; 45: 29–36.
21. Kokoszka A., Telichowska-Leśna A., Radzio R. Krótka skala poczucia wpływu na przebieg choroby — wersja dla schizofrenii. *Psychiatria Polska* 2008a; 4: 503–513.
22. Kokoszka A. Schizofrenia: wzmacnianie zdolności samostanowienia. *Via Medica*, Gdańsk 2008b.
23. Kokoszka A. Krótka metoda oceny poczucia wpływu na przebieg choroby: opis wersji dla osób z cukrzycą. *Przegląd Lekarski* 2005a; 62: 742–745.
24. Kokoszka A. Psychodiabetologia dla lekarzy. Ocena i kształtowanie poczucia wpływu na przebieg choroby u osób z cukrzycą. *Pracownia*, Warszawa 2005b.
25. Kokoszka, A. Perception of self-influence on the course of schizophrenia and adherence to antipsychotics. *European Neuropsychopharmacology* 2008c; 18 (supl. 4): 467.
26. Chadwick P., Birchwood M. The omnipotence of the voices: a cognitive approach to auditory hallucinations. *British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 190–201.
27. Birchwood M., Chadwick P. The omnipotence of the voices II: The Beliefs About Voices Questionnaire (BAVQ). *British Journal of Psychiatry* 1995; 166: 773–776.
28. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1987; 13 (2): 261–276.
29. Kokoszka A., Telichowska-Leśna A., Radzio R. Kwestionariusz wglądu w schizofrenię — „Moje myśli i odczucia”. *Psychiatria Polska* 2008d; 4: 491–502.
30. Kokoszka A., Jodko A., Radzio R. Krótka metoda radzenia sobie z chorobą — geneza i opis roboczej wersji metody. *Przewodnik Lekarza* 2003; 10: 39–46.
31. Mosiolek A., Łoza B. Co mierzą testy neurokognitywne w schizofrenii? *Psychiatria* 2005; 1 (2): 113–119.
32. Narasimhan M., Pae C., Masand N., Masand P. Partial compliance with antipsychotics and its impact on patient outcomes. *International Journal of Psychiatry and Clinical Practice* 2007; 11 (2): 102–111.
33. Flyckt L., Taube A., Edman G., Jendenius E., Bjerkenstedt L. Clinical characteristics and insight in a group of severely ill schizophrenics. *Nord. J. Psychiatry* 1999; 53: 377–382.
34. Nayani T.H., David A. The auditory hallucination: a phenomenological survey. *Psychological Medicine* 1996; 26: 177–189.
35. Borkowska A., Rybakowski J. Zaburzenia pamięci operacyjnej w schizofrenii i chorobach afektywnych. W: Borkowska A. (red.). *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobach psychicznych*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2005.
36. Prouteau A., Verdoux H., Briand C. i wsp. Cognitive predictors of psychosocial functioning outcome in schizophrenia: a follow-up study of subjects participating in a rehabilitation program. *Schizophr. Res.* 2005; 77: 343–353.
37. Moore O., Cassidy E., Carr A., O’Callaghan E. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia. *European Psychiatry* 1999; 14 (5): 264–269.
38. Zygmunt A., Olfson M., Boyer C.A., Mechanic D. Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1653–1664.
39. Rusch N., Corrigan P.W. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 2002; 26: 23–32.
40. Higgins J.E., Endler N.S. Coping, life stress, and psychological and somatic distress. *European Journal of Personality* 1995; 9 (4): 253–270.