

Poszerzone badania nad religijnością pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii

Religiousness of patients with diagnosis of schizophrenia. Wide-ranging studies

Piotr Tomczak

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik: dr hab. n. med. B. de Barbaro

Summary

Aims. (1) The correlations between: (1.1) various aspects of religiousness and (1.2) age, anxiety-state, anxiety-trait, locus of control, and, in the group of patients with schizophrenia: span of treatment, rate of therapy, ego psychopathology, paranoid and depression dimensions, self-rating of state of self-feeling, state of feeling of illness, and quality of life and (2) the comparison of various aspects of religiousness of patients with schizophrenia and healthy people were studied.

Methods. The Scale of Christian Religiousness, Individual Religiousness Scale, Intrinsic, Extrinsic and Quest Religious Orientation Scales, Scale of Fundamentalism, State-Trait Anxiety Inventory, Rotter's questionnaire of locus of control, Scharfetter's questionnaire of ego psychopathology, Paranoid-Depresivity Scale-abridgment, Frankfurt Self-feeling Scale-abridgment, visual analogy of self-feeling, visual analogy of feeling of illness, and questionnaire of quality of life (WHOQOL-BREF) were used in the study.

91 adults both of sexes, 60 patients with a diagnosis of schizophrenia according to ICD-10 and DCR-10 in the diagnostic group and 31 healthy persons were studied.

Results. It was noticed that: (1) various correlations are manifested between religiousness and psychopathology of patients with schizophrenia; (2) patients diagnosed as having schizophrenia have a significantly higher level of extrinsic religiousness and fundamentalism than healthy individuals; (3) many results pointed out in the bibliography had no verification in these studies.

Conclusions. Intrinsic, extrinsic, quest, and orthodox religiousness and fundamentalism realize significant functions in psychopathology of schizophrenia disorder. The knowledge about religiousness of schizophrenia patients can be important for diagnostic and therapeutic processes of the disorder.

Słowa kluczowe: schizofrenia, religijność

Key words: schizophrenia, religiousness

Wstęp

Niniejsza praca dotyczy korelacyjnych i różnicowych ustaleń na temat religijności osób z rozpoznaniem schizofrenii. Jest poszerzeniem eksploracji zagadnienia podjętego we wcześniejszej publikacji [1] o wymiary typowo psychopatologiczne, w liczniejszej (n = 60) grupie chorych.

Oprócz aspektów zawartych w opracowaniu studiów wstępnych (związki religijności z wiekiem, długością leczenia, liczbą hospitalizacji, lękiem-stanem i lękiem-cechą, umiejscowieniem kontroli, samooceną samopoczucia, poczucia choroby oraz jakości życia, a także różnice w poszczególnych wymiarach religijności) pokazano związki religijności z wymiarami psychopatologii ja (żywołnością, aktywnością, spójnością, rozgraniczaniem i tymczasowością), paranoidalnym i depresyjnym, oraz z samopoczuciem – ocenianymi za pomocą nowego narzędzia pomiarowego (Frankfurckiej Skali Samopoczucia – wersji skróconej).

Celem pracy było: (1) zbadanie związków pomiędzy (1.1) poziomem różnych aspektów religijności a (1.2) wiekiem, natężeniem lęku-stanu i lęku-cechy, umiejscowieniem kontroli oraz – w grupie osób chorych – długością leczenia, liczbą hospitalizacji, aspektami psychopatologii ja (żywołnością, aktywnością, spójnością, rozgraniczaniem, tymczasowością), wymiarami paranoidalnym i depresyjnym, samooceną stanu samopoczucia, zdrowia i jakości życia; (2) porównanie poziomu analogicznych aspektów religijności grupy osób chorych na schizofrenię i grupy osób zdrowych psychicznie.

Oczekiwano potwierdzenia następujących doniesień z naukowego piśmiennictwa przedmiotu:

- 1) ujemnych związków ortodoksji z wewnętrznym poczuciem kontroli w grupie osób chorych – Tomczak [1], oraz z lękiem-stanem w grupie osób chorych – Tomczak [1];
- 2) ujemnych związków szeroko pojętej religijności stanowiącej podstawę systemu moralnego z wewnętrznym poczuciem kontroli w grupie osób zdrowych – Tomczak [1];
- 3) dodatnich związków wewnętrznej i zewnętrznej orientacji religijnej z wiekiem – Argyle i Beit-Hallahmi [2], Brand [3], Fukuyama [4], Watson, Howard, Hood i Morris [5], Tomczak [1], oraz długością leczenia – Tomczak [1], dodatnich związków wewnętrznej orientacji religijnej z liczbą hospitalizacji – Tomczak [1], a także ujemnych związków poszukującej orientacji religijnej z wiekiem – Acklin [6], Hood i Morris [7], Watson, Howard, Hood i Morris [5]; dodatnich związków podskali wewnętrznej orientacji religijnej z: wewnętrznym poczuciem kontroli – Jackson i Coursey [8], Kahoe [9] i Stewin [10], dobrostanem duchowym – Mickley, Soeken i Belcher [11], samooceną – Nelson [12], Ryan, Rigby i King [13], satysfakcją życiową – Zwingmann [14], Zwingmann, Moosbrugger i Frank [15], oraz ujemnego związku z depresyjnością – Dörr [16, 17], Genia [18], Nelson [19];
- 4) dodatnich związków podskali zewnętrznej orientacji religijnej z lękiem – Bergin, Masters i Richards [20], i depresyjnością – Genia i Shaw [21], oraz ujemnych związków z wewnętrznym poczuciem kontroli – Kahoe [9], Park, Cohen i Herb [22], Strickland i Shaffer [23];

- 5) dodatnich związków poszukującej orientacji religijnej z poziomem lęku-cechy – Kojetin, McIntosh, Bridges i Spilka [24], Moraleda [25], Spilka, Kojetin i McIntosh [26], lęku – Ryan, Rigby i King [13], a także ujemnej korelacji podskali poszukującej orientacji religijnej z samooceną – Genia [18];
- 6) wyższego poziomu zewnętrznej orientacji religijnej i fundamentalizmu w grupie osób z rozpoznaniem schizofrenii – Tomczak [1].

Material

Materiałem do badań były wypełnione zestawy kwestionariuszy z grup badanej i porównawczej.

Grupę badaną stanowiło 60 pacjentów Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Józefa Babińskiego oraz oddziałów dziennych Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ z rozpoznaniem schizofrenii (F20 wg ICD-10 i DCR-10) w wieku 20–58 lat.

Grupę porównawczą stanowiło 31 osób zdrowych psychicznie. Pod względem cech demograficznych struktura grupy porównawczej odpowiadała strukturze grupy badanej.

Metoda

Badania miały charakter 1 – ustaleń korelacyjnych oraz 2 – różnicowych:

1. W obu grupach badano związki poziomu różnych aspektów religijności (Skala Religijności Chrześcijańskiej, Skala Indywidualnej Religijności, skala Twoja Religijność, składająca się z podskal: (1) wewnętrznej orientacji religijnej, (2) zewnętrznej orientacji religijnej i (3) poszukującej orientacji religijnej [27, 28], oraz Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego – wersja 16-pozycyjna) z wiekiem, lękiem-stanem i lękiem-cechą (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera [za: 29]), umiejscowieniem kontroli (kwestionariusz umiejscowienia kontroli Rottera) oraz w grupie osób chorych: długością leczenia, liczbą hospitalizacji, psychopatologią ja (kwestionariusz Psychopatologia Ja Scharfettera – wymiary: (1) żywotność, (2) aktywność, (3) spójność, (4) rozgraniczenie i (5) tożsamość [30]), paranooidalnością i depresyjnością (Skala Nastawień i Nastroju – wersja skrócona – wymiary: (1) paranooidalny i (2) depresyjny [31, 32]), samooceną: samopoczucia (Frankfurcka Skala Samopoczucia – wersja skrócona [31, 32], Wzrokowa Analogia Samopoczucia [31, 32]), poczucia choroby (Wzrokowa Analogia Choroby [31, 32]) i jakości życia (WHOQOL-BREF (wymiar: (1) zdrowie fizyczne, (2) obszar psychologiczny, (3) relacje społeczne, (4) środowisko);

2. Badano różnicę między grupami w poziomie poszczególnych aspektów religijności.

Osoby badane zapoznawano z procedurą wypełniania poszczególnych kwestionariuszy. W trakcie wypełniania ankiet udzielano wskazówek związanych z nasuwającymi się wątpliwościami interpretacyjnymi.

Wyniki zostały opracowane za pomocą kluczy dla poszczególnych kwestionariuszy.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS for Windows (wersja 5.5 PL).

Wyniki

Poniżej zamieszczono wyniki badań ujęte w formę tabelaryczną.

Statystyki opisowe (liczebność, średnia, mediana, minimum, maksimum, rozstęp i odchylenie standardowe) dla grupy badanej zawiera tabela 1, dla grupy porównawczej – tabela 2.

Tabela 1

Liczebność, średnia arytmetyczna, mediana, minimum, maksimum, rozstęp i odchylenie standardowe w grupie badanej

Zmienna	n	śr.	med.	min.	maks.	rozst.	SD
wiek	60	33,0	29,0	20,0	70,0	50,0	11,7
długość leczenia	60	8,8	7,5	1,0	35,0	34,0	7,6
liczba hospitalizacji	60	4,5	3,0	0,0	20,0	20,0	4,2
Skala Religijności Chrześcijańskiej	60	8,0	8,9	3,7	10,4	6,7	1,8
Skala Indywidualnej Religijności	60	86,5	98,0	27,0	120,0	93,0	28,0
skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	51	32,7	34,0	14,0	45,0	31,0	7,8
skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	51	36,1	36,0	17,0	55,0	38,0	8,6
skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	51	38,3	39,0	20,0	60,0	40,0	8,6
Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	51	52,6	53,0	24,0	80,0	56,0	14,8
Inwentarz Stanu i Cechy Lęku: lęk-stan	60	45,5	46,0	20,0	73,0	53,0	11,3
Inwentarz Stanu i Cechy Lęku: lęk-cecha	60	49,4	49,5	27,0	77,0	50,0	11,6
skala umiejscowienia kontroli Rottera	60	10,5	10,0	0,0	20,0	20,0	4,0
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar żywotności	60	14,3	12,5	5,0	30,0	25,0	7,6
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar aktywności	60	13,0	12,0	4,0	24,0	20,0	6,5
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar spójności	60	14,4	13,0	5,0	30,0	25,0	7,2
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar rozgraniczania	60	11,6	10,5	4,0	24,0	20,0	6,5
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar tożsamości	60	11,7	11,0	5,0	23,0	18,0	5,5
Skala Nastawień i Nastroju – wersja skrócona: wymiar paranoidalności	60	12,4	11,0	6,0	27,0	21,0	5,7
Skala Nastawień i Nastroju – wersja skrócona: wymiar depresyjności	60	13,2	14,0	6,0	23,0	17,0	4,3
Frankfurcka Skala Samopoczucia – wersja skrócona	60	18,3	16,0	7,0	145,0	138,0	17,9

Wzrokowa Analogia Choroby	60	6,1	7,0	1,0	10,0	9,0	3,7
Wzrokowa Analogia Samopoczucia	60	7,2	9,0	1,0	10,0	9,0	3,3
WHOQOL-BREF: wymiar zdrowia fizycznego	60	22,1	23,0	10,0	32,0	22,0	5,4
WHOQOL-BREF: wymiar psychologiczny	60	17,8	18,0	8,0	26,0	18,0	4,3
WHOQOL-BREF: wymiar relacji społecznych	60	9,1	10,0	3,0	12,0	9,0	2,3
WHOQOL-BREF: wymiar środowiska	60	25,3	25,0	10,0	43,0	33,0	6,0

Tabela 2

Liczebność, średnia arytmetyczna, mediana, minimum, maksimum, rozstęp i odchylenie standardowe w grupie porównawczej

Zmienna	n	śr.	med.	min.	maks.	rozst.	SD
wiek	31	32,5	25,0	18,0	53,0	35,0	13,2
Skala Religijności Chrześcijańskiej	28	8,8	9,2	3,4	10,3	6,9	1,6
Skala Indywidualnej Religijności	28	95,1	103,5	34,0	120,0	86,0	23,9
skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	28	31,5	32,5	13,0	48,0	35,0	7,5
skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	28	32,0	32,0	15,0	51,0	36,0	9,8
skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	28	36,8	35,0	16,0	50,0	34,0	8,0
Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	28	46,3	49,5	21,0	67,0	46,0	13,7
Inwentarz Stanu i Cechy Lęku: lęk-stan	31	41,1	41,0	24,0	74,0	50,0	10,6
Inwentarz Stanu i Cechy Lęku: lęk-cecha	31	44,1	44,0	26,0	72,0	46,0	10,2
skala umiejscowienia kontroli Rottera	31	11,1	12,0	2,0	19,0	17,0	4,0

Istotne (przy $p < 0,05$) korelacje w grupie badanej przedstawia tabela 3, analogiczne zależności w grupie porównawczej zawiera tabela 4.

Tabela 3

Istotne korelacje w grupie badanej

Zmienna	p	p
wiek i Skala Indywidualnej Religijności	0,26	0,047
wiek i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,41	0,003
wiek i skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	0,35	,012
wiek i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,33	0,019
długość leczenia i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,41	0,003
długość leczenia i skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	0,34	0,013
długość leczenia i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,29	0,004

liczba hospitalizacji i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,44	0,001
liczba hospitalizacji i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,29	0,041
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar żywotności i skala Twoja religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,47	0,000
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar żywotności i skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	0,32	0,021
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar żywotności i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,33	0,018
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar aktywności i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,39	0,004
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar aktywności i skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	0,39	0,004
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar aktywności i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,34	0,013
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar spójności i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,29	0,036
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar rozgraniczania i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,37	0,007
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar rozgraniczania i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,32	0,021
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar tożsamości i skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	0,38	0,005
kwestionariusz Psychopatologia Ja: wymiar tożsamości i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,31	0,027
Skala Nastawień i Nastroju – wersja skrócona: wymiar paranoidalności i skala Twoja Religijność: podskala wewnętrznej orientacji religijnej	0,37	0,006
Skala Nastawień i Nastroju – wersja skrócona: wymiar paranoidalności i skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	0,41	0,003
Skala Nastawień i Nastroju – wersja skrócona: wymiar paranoidalności i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,34	0,016
Frankfurcka Skala Samopoczucia – wersja skrócona i skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	0,38	0,005
Frankfurcka Skala Samopoczucia – wersja skrócona i skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	0,28	0,046
Frankfurcka Skala Samopoczucia – wersja skrócona i Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	0,32	0,021
Wzrokowa Analogia Samopoczucia i Skala Indywidualnej Religijności	0,32	0,013
WHOQOL-BREF: wymiar psychologiczny i skala Twoja Religijność: podskala poszukującej orientacji religijnej	0,29	0,041

Tabela 4

Istotne korelacje w grupie porównawczej

Zmienna	ρ	p
wiek i skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	0,38	0,047
skala umiejscowienia kontroli Rottera i Skala Religijności Chrześcijańskiej	-0,41	0,031

Istotne (przy $p < 0,05$) wyniki porównania grup badanej i porównawczej znajdują się w tabeli 5.

Tabela 5

Istotne różnice międzygrupowe

Zmienna	t	p
skala Twoja Religijność: podskala zewnętrznej orientacji religijnej	-1,90	0,029
Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego	-1,95	0,027

Omówienie wyników**Religijność a wiek**

W grupie osób chorych wystąpiły korelacje między wiekiem a wynikami: Skali Indywidualnej Religijności ($\rho = 0,26$; $p = 0,047$, korelacja ta nie była odnotowana w badaniach wstępnych [1]), podskali wewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,41$, $p = 0,003$, korelacja zbliżona do zależności odnotowanej w badaniach wstępnych ($r = 0,41$, $p = 0,032$), oraz Skali Fundamentalizmu Religijnego ($\rho = 0,33$; $p = 0,019$, nie odnotowano korelacji w badaniach wstępnych).

W grupie osób zdrowych na granicy istotności statystycznej wystąpiła korelacja między wynikami podskali wewnętrznej orientacji religijnej a wiekiem ($\rho = 0,37$, $p = 0,056$).

W obu grupach wystąpiła zależność między wynikami podskali zewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność a wiekiem: w grupie osób chorych $\rho = 0,35$, $p = 0,012$ (w badaniach wstępnych $r = 0,45$, $p = 0,018$) [1], w grupie osób zdrowych $\rho = 0,38$, $p = 0,047$.

Religijność wewnętrzna i zewnętrzna koreluje z wiekiem niezależnie od czynnika choroby. Religijność fundamentalistyczna i ortodoksyjna wykazuje związki z wiekiem tylko w przypadku osób chorych, przy czym są to związki słabsze niż w przypadku religijności wewnętrznej i zewnętrznej.

Istnienie tych związków koresponduje z wynikami badań Argyle'a i Beit-Halhmiego [2] oraz Branda [3] nad inteligencją, religijnością i wiekiem, Fukuyamy [4], z zastosowaniem jego narzędzia pomiaru czterech wymiarów Glocka, a także Watsona, Howarda, Hooda i Morrisa [5] nad podskalami wewnętrznej orientacji religijnej i poszukującej orientacji religijnej (w niniejszych badaniach potwierdziła się tylko współzależność wieku i religijności wewnętrznej, i to na niższym poziomie istotności – Watson, Howard, Hood i Morris uzyskali wynik $r = 0,29$ przy $p < 0,001$; nie potwierdziła się natomiast zależność wieku i religijności poszukującej).

Nie potwierdzono ujemnego związku wyników podskali poszukującej orientacji religijnej z wiekiem – Acklin [6], Hood i Morris [7], Watson, Howard, Hood i Morris [5].

Religijność a długość leczenia

W grupie osób chorych istnieje istotna statystycznie dodatnia korelacja między długością leczenia a wynikami: podskali wewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,41$, $p = 0,003$; w badaniach wstępnych $\rho = 0,41$, $p = 0,032$) [1], podskali zewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,34$, $p = 0,013$; w badaniach wstępnych $\rho = 0,39$, $p = 0,046$) oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa ($\rho = 0,29$, $p = 0,004$, korelacja nie odnotowana w badaniach wstępnych).

Podobnie jak wiek, długość leczenia związana jest z religijnością wewnętrzną, zewnętrzną i fundamentalizmem.

Religijność a liczba hospitalizacji

W grupie osób chorych istnieje istotna statystycznie dodatnia korelacja między liczbą hospitalizacji a wynikami: podskali wewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,44$, $p = 0,001$; w badaniach wstępnych $\rho = 0,44$, $p = 0,021$) [1] oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,29$, $p = 0,041$, korelacja nie odnotowana w badaniach wstępnych).

Religijność wewnętrzna i fundamentalizm są związane z liczbą hospitalizacji, podobnie jak w przypadku wieku i długości leczenia – brak korelacji z religijnością zewnętrzną związany jest prawdopodobnie z ciężkością objawów, wzrastającą z kolejnymi hospitalizacjami, i wynikającą stąd niemożnością uczestniczenia w nabożeństwach i innych spotkaniach religijnych.

Religijność a lęk

Nie odnotowano istotnych statystycznie zależności.

W badaniach wstępnych [1] w grupie osób chorych na granicy istotności statystycznej znalazła się ujemna korelacja między wynikami Inwentarza Stanu i Cechy Lęku: lęku-stanu a wynikami Skali Indywidualnej Religijności ($\rho = -0,37$, $p = 0,051$); po dodaniu wyników osoby deklarującej się jako niewierząca (osoby niewierzące mogą wypełniać Skalę Indywidualnej Religijności) wystąpiła istotna ujemna korelacja ($\rho = -0,36$, $p = 0,048$).

Nie potwierdzono wyników badań Bergina, Mastersa i Richardsa [20], Stewina [10] – wykazujących związek wyników podskali zewnętrznej orientacji religijnej z lękiem, Kojetina, McIntosha, Bridgesa i Spilki [24], Moraledy [25], Spilki, Kojetina i McIntosha [26] – wykazujących związek wyników podskali poszukującej orientacji religijnej z poziomem lęku-cechy oraz badań Ryana, Rigby'ego i Kinga [13] dotyczących związków poszukującej orientacji religijnej z lękiem.

Religijność a umiejscowienie kontroli

W grupie osób chorych nie odnotowano istotnych statystycznie związków religijności z umiejscowieniem kontroli; nie potwierdzono wyniku z badań wstępnych [1], w których odnotowano istotną statystycznie ujemną korelację między wynikami Skali Indywidualnej Religijności a wynikami skali umiejscowienia kontroli Rottera w grupie osób chorych ($\rho = -0,47$, $p = 0,009$).

W grupie osób zdrowych występuje istotna statystycznie ujemna korelacja między wynikami skali umiejscowienia kontroli Rottera a wynikami Skali Religijności Chrześcijańskiej ($\rho = -0,41$, $p = 0,031$).

Wyniki nie potwierdziły doniesień Jacksona i Courseya [8], Kahoego [9] i Stewina [10] o związku wyników podskali wewnętrznej orientacji religijnej z wewnętrznym poczuciem kontroli oraz Kahoego [9], Parka, Cohena i Herba [22] i Stricklanda i Shaffera [23] o ujemnym związku wyników podskali zewnętrznej orientacji religijnej z wewnętrznym poczuciem kontroli.

Religijność a psychopatologia ja

W grupie osób chorych wyniki wymiaru żywotności kwestionariusza Psychopatologii Ja wykazały związki z wynikami: podskali wewnętrznej ($\rho = 0,47$, $p = 0,000$) i poszukującej ($\rho = 0,32$, $p = 0,021$) orientacji religijnej skali Twoja Religijność oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,33$, $p = 0,018$); wyniki wymiaru aktywności kwestionariusza Psychopatologii Ja wykazały związki z wynikami: podskali wewnętrznej ($\rho = 0,39$, $p = 0,004$) i poszukującej ($\rho = 0,39$, $p = 0,004$) orientacji religijnej skali Twoja Religijność oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,34$, $p = 0,013$); wyniki wymiaru spójności kwestionariusza Psychopatologii Ja ujawniły korelację z wynikami: podskali wewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,29$, $p = 0,036$); wyniki wymiaru rozgraniczania kwestionariusza Psychopatologii Ja wykazały związek z wynikami podskali wewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,37$, $p = 0,007$) oraz wynikami Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,32$, $p = 0,021$); wyniki wymiaru tożsamości kwestionariusza Psychopatologii Ja ujawniły korelacje z wynikami podskali poszukującej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,38$, $p = 0,005$) i wynikami Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,31$, $p = 0,027$).

We wszystkich wymienionych przypadkach istotną rolę odgrywa przede wszystkim wewnętrzna orientacja religijna (poza związkiem z wymiarem tożsamości psychopatologii ja) oraz fundamentalizm (oprócz związku z wymiarem spójności psychopatologii ja); poszukująca orientacja religijna jest istotna dla wszystkich wymiarów z wyjątkiem spójności i rozgraniczenia.

Religijność a paranoidalność

W grupie osób chorych wystąpiła zależność między wymiarem paranoidalności Skali Nastawień i Nastroju – wersji skróconej a wynikami: podskali wewnętrznej orientacji

religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,37$, $p = 0,006$), podskali zewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,41$, $p = 0,003$) oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,34$; $p = 0,016$).

Religijność a depresyjność

Nie odnotowano istotnych statystycznie związków religijności z depresyjnością. Nie potwierdzono doniesień z badań Dörr [16, 17], Geni [18], Geni i Shawa [21] oraz Nelsona [19].

Religijność a samopoczucie

W grupie osób chorych odnotowano zależność między wynikami Skali Indywidualnej Religijności (miary ortodoksji) a wynikami Wzrokowej Analogii Samopoczucia ($\rho = 0,32$, $p = 0,013$), niewystępującą w badaniach wstępnych [1]. W tym przypadku wyższe wyniki w skali ortodoksji współwystępują z wyższymi wynikami w skali samopoczucia (określanym jako dobre).

Ponadto w grupie osób chorych wystąpiła zależność między wynikami Frankfurckiej Skali Samopoczucia – wersji skróconej a wynikami: podskali zewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,38$, $p = 0,005$), podskali poszukującej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($\rho = 0,28$, $p = 0,046$) oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($\rho = 0,32$, $p = 0,021$). W tym przypadku wyższe wyniki religijności współwystępują z wyższymi wynikami w skali samopoczucia (określanym jako złe – w przeciwieństwie do Wzrokowej Analogii Samopoczucia).

Wyniki nie potwierdzają wniosków z badań Mickleya, Soekena i Belchera [11] – o istnieniu związków między wynikami podskali wewnętrznej orientacji religijnej a dobrostanem duchowym.

Religijność a poczucie zdrowia

Nie odnotowano istotnych statystycznie związków religijności z poczuciem zdrowia.

Religijność a jakość życia

Odnotowano korelację między wynikami podskali poszukującej orientacji religijnej skali Twoja Religijność a wynikami wymiaru psychologicznego kwestionariusza WHOQOL-BREF ($\rho = 0,29$, $p = 0,041$), nie odnotowaną w badaniach wstępnych.

Nie potwierdzono wyników badań Nelsona [12] – o istnieniu związków między wynikami podskali wewnętrznej orientacji religijnej a samooceną – oraz Zwingmanna [14] i Zwingmanna, Moosbruggera i Franka [15] – o istnieniu związków między wynikami podskali wewnętrznej orientacji religijnej a satysfakcją życiową. Nie potwierdzono również istnienia ujemnej korelacji podskali poszukującej orientacji religijnej z samooceną – Genia [18], przeciwnie – odnotowano dodatnią korelację z wynikami wymiaru psychologicznego.

Różnice międzygrupowe w poziomie religijności

Istnieje istotna statystycznie różnica między grupami w wynikach podskali zewnętrznej orientacji religijnej skali Twoja Religijność ($t = -1,90$, $p = 0,029$; w badaniach wstępnych $t = -1,87$, $p = 0,032$ [1]) i Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($t = -1,95$, $p = 0,027$; w badaniach wstępnych $t = -1,70$, $p = 0,047$ [1]).

Wnioski

1. Typy religijności: wewnętrzna i zewnętrzna wykazują istotne statystycznie związki z wiekiem, niezależnie od czynnika choroby; w przypadku religijności wewnętrznej wyraźniejsza tendencja występuje u osób chorych. U osób chorych związane z wiekiem są również fundamentalizm i ortodoksja. Są to przejawy ogólnego trendu rozwojowego.
2. Typy religijności: wewnętrzna i zewnętrzna oraz fundamentalizm wykazują istotne statystycznie związki z długością leczenia, co jest prawdopodobnie związane z oddziaływaniem czynnika wieku.
3. Typy religijności: wewnętrzna i fundamentalizm wykazują istotne statystycznie związki z liczbą hospitalizacji, co jest prawdopodobnie związane z oddziaływaniem czynnika wieku oraz ze stopniem ciężkości choroby.
4. U osób zdrowych religijność, w rozumieniu podstawy samodzielnie tworzonego systemu moralnego, wykazuje istotny statystycznie związek z wewnętrznym poczuciem kontroli. Daje to podstawy do przypuszczenia o wzmacniającym wewnętrznym poczucie kontroli wpływie religijności nieortodoksyjnej.
5. Typy religijności: wewnętrzna, poszukująca i fundamentalizm wykazują istotne statystycznie związki z wymiarami psychopatologii ja. Można stąd domniemywać, że odgrywają one istotną rolę w integracji ja u osób chorych.
6. Typy religijności: wewnętrzna, zewnętrzna i fundamentalizm przejawiają istotne statystycznie związki z paranoidalnością u osób chorych. Fakt ten może świadczyć o istnieniu specyficznego wzorca religijności właściwego dla osób chorych – kombinacji niezróżnicowanej orientacji religijnej (wysokich wyników w podskalach wewnętrznej i zewnętrznej orientacji religijnej) z fundamentalizmem.
7. Typy religijności: zewnętrzna, poszukująca, fundamentalizm i ortodoksja ujawniły szereg zależności z wymiarami samopoczucia i z wymiarem psychologicznym jakości życia; pełnią one istotną rolę w kształtowaniu się samopoczucia u osób chorych.
8. Występują istotne statystycznie różnice między osobami chorymi a zdrowymi w religijności wewnętrznej i fundamentalizmie, co może stanowić podstawę do sformułowania wniosku o przyswajaniu przez osoby chore na schizofrenię przede wszystkim jasnego, zwanego i rygorystycznego systemu przekonań, z mocnym rysem rytualnym, odgrywającego rolę porządkującą obraz rzeczywistości zaburzony przez psychozę.

Расширенные исследования над религиозностью пациентов с диагнозом шизофрении

Содержание

Задание. 1. Исследование корреляции между: (1.1) различными аспектами религиозности и (1.2) возрастом, фобией – состоянием, фобией – чертой, локализацией контроля. В группе больных шизофренией установление: длительности лечения, числа госпитализаций, психопатологии „Я”, степени параноидальности и депрессивности. Кроме того, самооценки самочувствия, чувства болезни и качества жизни, а также (2) сравнение уровня различных аспектов религиозности между группой пациентов с диагнозом шизофрении и психически здоровыми людьми.

Методы. Шкала христианской религиозности, Шкала индивидуальной религиозности, Шкала – Твоя религиозность, состоящая из подшкал: (1) внутренней, (2) внешней и (3) изыскание религиозной ориентации. Кроме выше указанных шкал использованы такие шкалы как: Шкала фундаментализма Института религиоведения Ягеллонского университета в Кракове, Глоссарий состояния и черт фобии. Применены также шкала локализации контроля Роттера, глоссарий психопатологии „Я”, шкала наставления и настроения – краткая версия. Использовать также можно франкфуртскую шкалу самочувствия, также в краткой версии, зрительную аналогию самочувствия, зрительную аналогию болезни.

Исследования проведены у 91 человека обоего пола. Среди них было 60 больных шизофренией, согласно с классификациями болезней ICD-10 и DCR-10 в группе исследовательской и 31 человек без психических нарушений – как сравнительная группа.

Результаты. 1. Установлена взаимозависимость между отдельными аспектами религиозности и возрастом (в обеих группах), длительностью лечения, числом госпитализаций, психопатологией „Я”, параноидальностью, самооценкой самочувствия и качества жизни в психопатологической области (в группе больных), а также локализацией контроля (в группе здоровых). 2. Больные шизофренией проявляют высший уровень внешней религиозности и фундаментализма.

Выводы. Внутренняя религиозность, а также внешняя, ищущая религиозность, фундаментализм и ортодоксия исполняют существенные функции в психопатологической картине больных шизофренией. Знания на тему специфичности религиозности могут быть существенными при диагностике и терапии этого заболевания.

Erweiterte Studie an der Religiosität der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. (1) die Studie an der Korrelation zwischen: (1.1) unterschiedlichen Aspekten der Religiosität und (1.2) dem Alter, Angst - Zustand, Angst - Eigenschaft, Lokalisierung der Kontrolle und in der Gruppe der Kranken: Zeitdauer der Behandlung, Zahl der Hospitalisierungen, Psychopathologie des Ichs, Dimensionen der Depressivität und Paranoismus, Selbstbeurteilung des Selbstbewußtseinzustandes, Krankheitsgefühl und Lebensqualität und (2) der Vergleich des Levels unterschiedlicher Aspekten der Religiosität zwischen der Gruppe der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und der Gruppe der psychisch gesunden Personen.

Methoden. Skala der Christlichen Religiosität, Skala der Individuellen Religiosität, skala Deine Religiosität, die aus folgenden Unterskalen besteht: (1) innere, (2) äußere, (3) Suche nach religiöser Orientierung, Fundamentalismusskala des Instituts der Religionswissenschaft der Jagiellonen Universität, Inventar des Zustandes und Angsteigenschaften, Skala der Lokalisierung der Kontrolle von Rotter, Fragebogen für Ich - Psychopathologie, Skala der Einstellung und Stimmung - verkürzte Version, Frankfurter Skala des Selbstbewußtseins - verkürzte Version, Visuelle Analogie des Selbstbewußtseins, Visuelle Analogie der Krankheit, WHOQOL - BREF.

An der Studie nahmen 91 Personen beider Geschlechter teil: 60 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nach ICD - 10 und DCR - 10 in der untersuchten Gruppe und 31 psychisch gesunde Personen in der Vergleichsgruppe.

Ergebnisse. (1) es zeigten sich die Abhängigkeiten zwischen den einzelnen Aspekten der Religiosität und dem Alter (in beiden Gruppen) und der Zeitdauer der Behandlung, Zahl der Hospitalisierungen, Ich - Psychopathologie, Paranoismus, Selbstbeurteilung des Selbstbewußtseins und der Lebensqualität auf dem psychopathologischen Gebiet (in der Gruppe der Kranken), und auch zwischen der Lokalisierung der Kontrolle (in der Gruppe der Gesunden); (2) die Personen mit der Diagnose Schizophrenie zeigen einen höheren Level der äußeren Religiosität und Fundamentalismus.

Schlussfolgerungen. Die innere, äußere, suchende Religiosität, Fundamentalismus und Orthodoxie spielen bedeutende Funktionen im psychopathologischen Bild bei den Personen mit Schizophrenie. Die Kenntnisse der Spezifik der Religiosität in der Schizophrenie können bei der Diagnose und Therapie der Krankheit signifikant sein.

La religiosité des patients souffrant de la schizophrénie

Résumé

Objectifs. (1) analyser les corrélations : (1.1) de certains aspects de la religiosité et de : (1.2) âge, anxiété-état, anxiété-trait, localisation du contrôle et dans le groupe de patient : durée de la thérapie, nombre d'hospitalisations, psychopathologie du moi, dimension de la schizophrénie et de paranoïa, auto-estimation de l'état général, sentiment de maladie, qualité de vie et (2) comparer le niveau des divers aspects de la religiosité des patients et des personnes saines.

Méthodes. The Scale of Christian Religiousness, Individual Religiousness Scale, Intrinsic, Extrinsic and Quest Religious Orientation Scales, Scales of Fundamentalism, State-Trait Anxiety Inventory, échelle de Rotter (localisation du contrôle), questionnaire de Scharfetter (psychopathologie de moi), Paranoid-Depressivity Scale – version abrégée, Frankfurt Self-feeling Scale –version abrégée, visual analogue of self-felling, visual analogue of illness, questionnaire WHOQOL-BREF.

On examine 91 patients (de deux sexes) dont 60 souffrent de la schizophrénie (critères ICD-10 et DCR-10) et 31 personnes du groupe de contrôle.

Résultats. (1) on note des corrélations de certains aspects de la religiosité et l'âge (dans deux groupes) et : duré » de la thérapie, nombre d'hospitalisations, psychopathologie du moi, auto-estimation de l'état général, qualité de vie (dans le groupe de patients) et la localisation du contrôle (dans le groupe de contrôle) ; (2) les patients manifestent le niveau plus élevé de la religiosité extérieure et du fondamentalisme.

Conclusions. La religiosité extérieure, intérieure et recherchante, le fondamentalisme et l'orthodoxie jouent les rôles importants dans l'image psychopathologiques de la schizophrénie. La connaissance de la religiosité pendant la schizophrénie peut influencer sur son diagnostic et sa thérapie.

Piśmiennictwo

1. Tomczak P. *Religijność pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Wstępne ustalenia korelacyjne i porównawcze z osobami bez zaburzeń.* Psychiatr. Pol. 2005; 5: 869–881.
2. Argyle M, Beit-Hallahmi B. *The social psychology of religion.* London: Routledge & Kegan Paul; 1975.
3. Brand C. *Personality and political attitudes.* W: Lynn R, red. *Dimensions of personality: papers in honour of H. J. Eisenck.* Oxford: Pergamon Press; 1981, s. 7–38.
4. Fukuyama Y. *The major dimensions of church membership.* Rev. Relig. Res. 1961; 2: 154–161.
5. Watson PJ, Howard R, Hood RW Jr, Morris RJ. *Age and religious orientation.* Rev. Relig. Res. 1988; 29: 271–280.
6. Acklin MW. *An ego developmental study of religious cognition.* Georgia State University; 1984.
7. Hood RW Jr, Morris RJ. *Conceptualization of quest: a critical rejoinder to Batson.* Rev. Relig. Res. 1985; 26: 391–397.

8. Jackson LE, Coursey RD. *The relationship of God control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life*. J. Scient. Study Relig. 1988; 27: 399–410.
9. Kahoe RD. *Personality and achievement correlates of intrinsic and extrinsic religious orientations*. J. Pers. Soc. Psychol. 1974; 29: 812–818.
10. Stewin LL. *Integrative complexity: structure and correlates*. Alb. J. Educ. Res. 1976; 22: 226–236.
11. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. *Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer*. J. Nurs. Educ. 1992; 24: 267–272.
12. Nelson PB. *Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: relationship to depression and self-esteem*. J. Geront. Nurs. 1990; 16: 29–35.
13. Ryan RM, Rigby S, King K. *Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health*. J. Person. Soc. Psychol. 1993; 65: 586–596.
14. Zwingmann C. *Religiosität und Lebenszufriedenheit: Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*. Regensburg: S. Roderer; 1991.
15. Zwingmann C, Moosbrugger H, Frank D. *Religiöse Orientierung und ihre Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit*. Zeitschr. Pädagog. Psychol. 1991; 5: 285–294.
16. Dörr A. *Religiosität und Depression: Eine empirisch-psychologische Untersuchung*. Weinheim: Deutschen Studien Verlag; 1987.
17. Dörr A. Religiosität und Depression. W: Schmitz E, red. *Religionspsychologie: Eine Bestandsaufnahme des gegenwärtigen Forschungsstandes*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie; 1992, s. 159–180.
18. Genia VIE. *Quest, and fundamentalism as predictors of psychological and spiritual well-being*. J. Scient. Study Relig. 1996; 35: 56–64.
19. Nelson PB. *Ethnic differences in intrinsic/extrinsic religious orientation and depression in the elderly*. Arch. Psychiatr. Nurs. 1989; 3: 199–204.
20. Bergin AE, Masters KS, Richards PS. *Religiousness and mental health reconsidered: a study of an intrinsically religious sample*. J. Couns. Psychol. 1987; 34: 197–204.
21. Genia V, Shaw DG. *Religion, intrinsic – extrinsic orientation, and depression*. Rev. Relig. Res. 1991; 32: 274–283.
22. Park C, Cohen LH, Herb L. *Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for Catholics versus Protestants*. J. Person. Soc. Psychol. 1990; 59: 562–574.
23. Strickland BR, Shaffer S. I-E- I-E, & F. J. Scient. Study Relig. 1971; 10: 366–369.
24. Kojetin BA, McIntosh DN, Bridges RA, Spilka B. *Quest: Constructive search or religious conflict?* J. Scient. Study Relig. 1987; 26: 111–115.
25. Moraleda M. *La actitud religiosa de los adolescentes: Bases para una interpretación psicológica*. Madrid: Editorial Bruño; 1977.
26. Spilka B, Kojetin B, McIntosh D. *Forms and measures of personal faith: questions, correlates and distinctions*. J. Scient. Study Relig. 1985; 24: 437–442.
27. Latała A, Socha P. *Technika do badania indywidualnej religijności*. Zeszyty Naukowe UJ: Studia Religiológica 1981; 6: 119–141.
28. Socha P. *Ways religious orientation work: a Polish replication of measurement of religious orientations*. Int. J. Psychol. Relig. 1999; 9 (3): 209–228.
29. Wrześniewski K, Sosnowski T. *Inwentarz Stani i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI*. Podręcznik. Warszawa: PTP; 1981.
30. Hochlewiec A, Wciórka J. *Zaburzenia poczucia siebie w schizofrenii w ujęciu Christiana Scharfettera*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 295–308.

31. Schaeffer E, Wciórka J. *Skale samooceny stanu psychicznego w schizofrenii: ocena rzetelności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S), „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej.* Psychiatr. Pol. 2003; 1: 121–133.
32. Schaeffer E, Wciórka J. *Skale samooceny objawów schizofrenicznych: ocena trafności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S), „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej.* Psychiatr. Pol. 2003; 2: 293–314.

Adres: Zakład Terapii Rodzin CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 28.04.2005
Zrecenzowano: 18.10.2005
Przyjęto do druku: 12.05.2006