

## Zmiany osobowości u chorych na schizofrenię paranoidalną w percepcji pacjentów i ich rodziców

### Personality changes in paranoid schizophrenics in perception of patients and their parents

Maria Chuchra

Instytut Nauk o Rodzinie KUL  
Kierownik: dr A. Tomkiewicz

#### Summary

**Aim.** The aim of the paper was to describe and compare personality changes in paranoid schizophrenics in the perception of patients and their parents.

**Method.** 50 paranoid schizophrenics (ICD-10) and their parents were tested using the ACL test. Patients completed the ACL test using instructions “I am” and “Before the illness I was”, while for the parents it was: “My child is” and “Before the illness my child was.”

**Results.** Differences between real and retrospective images were treated as the measure of changes. There were 10 differences in the perception of patients, 23 differences in perception of the mothers and 28 differences in perception of the fathers. All these reached statistical significance.

**Conclusions.** The sense of self-change in patients is seen as a lower need for exhibition, dominance, aggression, autonomy, self-confidence, in personal adjustment and ideal self scale while higher need for abasement, deference and self-control.

Mothers notice more than twice and fathers almost three times more the changes in personality of their children than their children themselves.

Lower need for exhibition, dominance, self-confidence, personal adjustment and in ideal self scale and higher need for abasement was observed in the group of patients as well as in the group of mothers and fathers.

The level of perception of personality changes in children was similar for both mothers and fathers.

*Słowa kluczowe:* schizofrenia, obraz siebie, rodzina

*Key words:* schizophrenia, self-image, family

#### Wstęp

Chorzy na schizofrenię, ze względu na zróżnicowany obraz kliniczny, nie stanowią jednolitej grupy. Jest to – między innymi – przyczyną uzyskiwania różnych wyników badań dotyczących następstw procesu chorobowego. Rezultaty badań długofalowych

wskazują, że u znacznej liczby pacjentów następuje spadek sprawności psychicznej i obniżenie zdolności adaptacyjnych [1, 2, 3, 4, 5]. Analiza wypowiedzi samych chorych, dotycząca percepcji zmian zachodzących w ich osobowości, ujawnia, że niektórzy z nich – w większym lub mniejszym stopniu – mają świadomość, że są inni niż byli przed zachorowaniem, pozostali natomiast takich zmian nie zauważają. Bez względu na to, czy są one przez nich oceniane jako korzystne lub niekorzystne, zazwyczaj wymagają nowego sposobu przystosowania [6]. Wiele osób łączy swoją chorobę z utratą sprawności psychicznej, zdolności kontynuowania dotychczasowych form aktywności społecznej, rodzinnej i zawodowej. Choroba skazuje ich często na samotność, niezrozumienie, odrzucenie oraz utratę nadziei na lepszą przyszłość. Spadek aktywności i ubóstwo emocji, często uznawane przez otoczenie za cechy pacjenta, a nie następstwo choroby, sprawiają, że bliscy pacjentów wypowiadają się o nich krytycznie i okazują negatywne emocje, co – jak wykazują badania [7, 8] – może powodować nawrót choroby. Odczucia i oceny otoczenia często są wręcz sprzeczne z odczuciami i ocenami pacjentów. Może to być przyczyną konfliktów interpersonalnych.

W dotychczasowych badaniach zweryfikowano, jak poziom niepokoju [9], inteligencji [10], czas trwania choroby [11] oraz patologiczne cechy osobowości [5] wpływają na spostrzeganie przez chorych na schizofrenię zaszłych w nich zmian. W niniejszej pracy poszerzono pole badań o percepcję zmian u dziecka przez rodziców.

Sformułowano główne pytanie: Czy istnieją różnice w ocenie zmian osobowości u chorych na schizofrenię przez nich samych oraz przez ich matki i ojców?

Pociągnęło ono za sobą bardziej szczegółowe pytania: Kto z badanych zauważa najwięcej zmian, a kto najmniej? W jakich obszarach cech występuje zbieżność ocen, a w jakich rozbieżność?

Celem artykułu jest próba odpowiedzi na nie.

Postawiono następujące hipotezy:

1. Istnieją różnice w percepcji zmian osobowości u chorych na schizofrenię przez samych pacjentów oraz ich matki i ojców.
2. Matki i ojcowie spostrzegają więcej zmian w osobowości dzieci niż one same.
3. Między matkami i ojcami istnieje zbieżność percepcji zmian w osobowości dzieci.

### Grupa badana i metoda

Grupę badaną stanowiło 50 chorych (30 mężczyzn i 20 kobiet) na schizofrenię paranoidalną (wg ICD-10) oraz 50 ich matek i 50 ojców; wszyscy badani pochodzili z rodzin pełnych. Średni wiek badanych pacjentów wynosił 23,28 roku, średni zaś czas trwania choroby – 2,18 roku. Liczba hospitalizacji wynosiła od 1 do 4 ( $x = 1,62$ ). Pacjentów badano w ostatnim tygodniu przed wypisaniem ze szpitala. Rodzice wyrazili zgodę na przeprowadzenie badań; na podstawie wywiadu nie stwierdzono u nich chorób psychicznych ani problemów alkoholowych. Wypełnili kwestionariusze przed wypisaniem dziecka ze szpitala, po jego pobycie w domu na ostatniej przepustce. Matki i ojcowie wypełniali testy w oddzielnych pomieszczeniach, na terenie Kliniki Psychiatrii AM w Lublinie. Średni wiek matek w chwili badania wynosił 50 lat, ojców

zaś – 52,2 roku, a średni staż małżeński – 27,1. Poczucie zadowolenia z małżeństwa, oceniane za pomocą skali powodzenia małżeństwa M. Gałkowskiej, nie różniło się istotnie statystycznie od poczucia zadowolenia z małżeństwa rodziców mających dzieci zdrowe w takim samym wieku.

W badaniach zastosowano Test Przymiotnikowy ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbrunna. Pacjenci wykonywali go według instrukcji: „ja jestem”, „ja przed zachorowaniem byłem”, a rodzice – „syn (córka) jest”, „syn (córka) przed zachorowaniem był (a)”.

Obliczenia statystyczne dokonano za pomocą dwuczynnikowej analizy wariancji (ANOVA).

## Wyniki

### 1. Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów siebie w oczach pacjentów

W pierwszym etapie porównano obrazy siebie samych pacjentów. Miarą odczucia zmiany była różnica, jaka zachodziła między retrospektywnym a aktualnym obrazem siebie. W wyniku ich porównania otrzymano 10 różnic istotnych statystycznie, świadczących o tym, że pacjenci odczuwają w sobie zmiany po zachorowaniu (tab. 1).

Tabela 1. Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów siebie w oczach pacjentów

Skale ACL	Aktualny		Retrospektywny		ANOVA z pom. powt.	
	M	s	M	s	$F_{(1,47)}$	p <
No-Ckd – ogólna liczba przym.	44,06	12,85	46,52	13,54	3,62	
Fav – liczba przym. pozytywnych	44,00	10,77	44,33	11,57	0,02	
Unfav – l. przym. negatywnych	50,96	10,67	51,69	12,81	0,13	
Com – typowość	35,79	11,56	32,90	13,09	1,75	
Ach – osiągnięć	45,50	11,37	46,92	8,94	0,79	
Dom – dominacji	43,92	10,60	47,17	8,38	7,08	0,01
End – wytrwałości	48,13	12,02	49,90	10,16	1,00	
Ord – porządku	49,25	10,65	49,10	10,60	0,01	
Int – rozum. siebie i innych	46,75	10,17	43,58	11,15	2,17	
Nur – opiekowania się	48,27	7,65	45,96	10,75	1,70	
Aff – afiliacji	47,98	10,76	47,17	11,38	0,14	
Het – kont. heteroseks.	45,44	11,69	48,10	10,97	3,00	
Exh – ujawniania się	44,63	8,27	49,50	8,90	16,65	0,001
Aut – autonomii	47,06	7,25	49,52	8,31	3,90	0,05
Agg – agresji	43,19	7,26	47,21	9,99	7,97	0,01
Cha – zmiany	43,04	8,50	43,69	9,48	0,24	
Suc – wsparcia	53,75	11,40	53,33	8,99	0,07	

*Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie*

Aba – poniżania się	55,52	9,62	51,29	8,95	9,43	0,01
Def – podporządkowania	53,38	6,02	49,46	8,61	8,50	0,01
Crs – otwartość na pomoc	51,48	11,27	49,42	10,78	1,52	
S-Cn – samokontrola	54,65	8,15	51,52	8,90	7,45	0,01
S-Cfd – zaufania do siebie	43,88	13,10	48,04	10,61	4,65	0,01
P-Adj – przystosow. osobistego	47,40	9,59	45,54	11,62	0,81	
Iss – idealnego obrazu siebie	51,17	11,68	55,42	11,76	4,43	0,05
Cps – osobowości twórczej	47,17	8,21	49,94	10,57	3,83	
Mls – zdolności przywódczych	43,25	10,24	41,21	10,50	1,18	
Mas - męskości	47,27	10,07	46,98	8,76	0,05	
Fem – kobiecości	45,25	8,69	45,54	10,16	0,04	
Cp – rodzica krytycznego	47,67	6,40	48,52	7,34	0,56	
Np – rodzica opiekuńczego	48,23	9,80	47,79	9,14	0,07	
A – dorosłego	45,13	9,58	45,13	9,28	0,00	
FC – dziecka wolnego	44,06	8,63	47,48	8,83	5,05	0,05
AC – dziecka przystosowanego	53,00	10,76	51,92	8,98	0,35	
A-1 w. originaln. n. inteligencja	48,77	9,77	49,02	9,79	0,03	
A-2 w. originaln. w. inteligencja	50,50	7,63	51,50	8,43	0,51	
A-3 n. originaln. n. inteligencja	48,71	9,90	49,69	12,18	0,26	
A-4 n. originaln. w. inteligencja	45,29	9,92	45,83	8,98	0,09	

W ocenie pacjentów, w największym stopniu obniżyła się u nich potrzeba ujawniania się (Exh,  $p < 0,001$ ), następnie w nieco mniejszym – dominacji (Dom,  $p < 0,01$ ), wyładowywania agresji (Agg,  $p < 0,01$ ) i autonomii (Aut,  $p < 0,05$ ), wzrosły zaś – potrzeba upokorzenia (Aba,  $p < 0,01$ ) i podporządkowania się (Def,  $p < 0,01$ ).

W ramach skal tematycznych obniżeniu uległy zaufanie do siebie (S-Cfd,  $p < 0,01$ ) i idealny obraz siebie (Iss,  $p < 0,05$ ), natomiast wzrosła samokontrola.

Spośród skal analizy transakcyjnej obniżeniu uległa ogólna witalność życiowa pacjentów (FC,  $p < 0,05$ ). Tak więc pacjenci mają poczucie, że po zachorowaniu zmienili się. Stronią przede wszystkim od bycia w centrum uwagi, są mniej pewni siebie, ostrożniejsi, bardziej wyrozumiali i unikają konfliktów oraz ryzykownych wyzwań. Mając trudności w mobilizacji do działania, chętnie podporządkowują się życzeniom innych, bez poczucia utraty własnej godności. Obniżeniu uległa ich ogólna energia życiowa oraz zapał. Wraz z obniżeniem się zaufania do siebie wzrosła ich samokontrola.

## 2. Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów pacjentów w percepcji matek

Porównując aktualne i retrospektywne obrazy pacjentów w percepcji matek, otrzymano 23 różnice istotne statystycznie (tab. 2). Istotnej zmianie uległa ogólna

ocena pacjentów przez matki, która po zachorowaniu dziecka jest bardziej negatywna. W obrazie aktualnym, mimo iż matki wybrały w ogóle istotnie mniej przymiotników do opisu dzieci, wybrały też istotnie mniej określeń pozytywnych (Fav,  $p < 0,01$ ) i istotnie więcej negatywnych (Unfav,  $p < 0,001$ ), niż w obrazie retrospektywnym.

Tabela 2. Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów pacjentów w percepcji matek

	Aktualny		Retrospektywny		ANOVA z pom. powt.	
	M	s	M	s	$F_{(1,45)}$	$p <$
No-Ckd	40,22	7,44	42,17	7,53	5,51	0,05
Fav	36,65	11,97	44,26	11,95	9,10	0,01
Unfav	58,17	14,16	50,24	9,17	13,02	0,001
Com	31,13	11,40	36,50	10,59	6,17	0,05
Ach	39,11	11,02	46,63	10,22	14,66	0,001
Dom	36,00	10,67	44,00	10,79	26,90	0,001
End	41,09	14,84	49,59	13,83	11,18	0,01
Ord	45,50	13,61	49,70	12,42	3,55	
Int	41,26	11,88	42,91	11,46	0,48	
Nur	45,48	12,41	48,93	10,47	2,58	
Aff	41,02	12,97	47,24	12,42	5,81	0,05
Het	39,76	11,16	48,59	11,20	16,39	0,001
Exh	41,50	10,93	44,80	11,02	5,76	0,05
Aut	46,74	9,90	46,70	9,32	0,00	
Agg	43,83	12,39	44,35	10,83	0,08	
Cha	39,13	9,12	41,80	9,84	2,77	
Suc	62,28	9,91	55,91	9,59	15,89	0,001
Aba	64,33	11,35	56,28	10,95	27,80	0,001
Def	54,67	10,12	52,48	9,97	1,56	
Crs	60,41	13,56	53,57	10,86	10,52	0,01
S-Cn	54,00	11,28	54,54	10,36	0,09	
S-Cfd	35,93	11,69	45,70	11,97	20,71	0,001
P-Adj	40,24	10,52	46,35	9,51	6,93	0,01
Iss	42,57	13,84	52,46	11,89	14,53	0,001
Cps	41,04	8,94	46,57	8,52	19,69	0,001
Mls	37,35	11,77	42,35	11,36	5,05	0,05
Mas	40,35	7,86	44,28	9,22	8,44	0,01
Fem	45,11	9,09	46,39	10,05	0,51	
CP	50,37	9,38	49,39	8,03	0,41	

*Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie*

NP	41,91	12,83	49,24	9,67	9,53	0,01
A	39,24	11,00	44,48	9,82	7,25	0,01
FC	37,91	9,17	42,59	9,26	9,14	0,01
AC	61,54	11,03	55,83	9,38	8,61	0,01
A-1	47,89	8,84	47,02	8,77	0,29	
A-2	50,80	10,54	48,48	7,73	2,25	
A-3	44,39	11,81	48,02	12,01	2,12	
A-4	43,87	9,40	46,00	8,95	1,59	

W ocenie matek obniżeniu uległy u pacjentów przede wszystkim potrzeby związane z osiąganiem celów i realizowaniem dążeń (Ach,  $p < 0,001$ ; Dom,  $p < 0,001$ ; End,  $p < 0,01$ ) oraz potrzeby związane z kontaktem interpersonalnym (Het,  $p < 0,001$ ; Aff,  $p < 0,05$ ; Exh,  $p < 0,05$ ), wzrosła zaś potrzeba wsparcia (Suc,  $p < 0,001$ ) i ponizania się (Aba,  $p < 0,001$ ). Matki uważają, że proces chorobowy sprawił, że ich dzieci są mniej przedsiębiorcze, mniej skuteczne i wytrwale w osiąganiu celów. Unikają współzawodnictwa, są mniej pewne siebie i bardziej zmienne. W kontaktach społecznych zwiększył się ich dystans do innych, boją się bliskich relacji, zaangażowania, wolą więc trzymać się na uboczu i nie zwracać na siebie uwagi innych. Podporządkowują się życzeniom i wymaganiom otoczenia oraz szukają wsparcia emocjonalnego.

W ramach skal tematycznych według matek obniżeniu uległy zaufanie do siebie (S-Cfd,  $p < 0,001$ ), przystosowanie osobiste (P-Adj,  $p < 0,01$ ), idealny obraz siebie (Iss,  $p < 0,001$ ), zdolności kreatywne (Cps,  $p < 0,001$ ) i przywódcze (Mls,  $p < 0,05$ ) oraz cechy tzw. męskie (Mas,  $p < 0,01$ ), wzrosła zaś otwartość na pomoc i poradę (Crs,  $p < 0,01$ ). Matki spostrzegają, że proces chorobowy pozostawił w osobowości dzieci niezatarte ślady. Stały się one skryte, zahamowane, przewrażliwione i zmienne emocjonalnie. Unikają głębszych relacji z innymi. Trudność sprawia im wyznaczanie i osiąganie celów, które wolą zastąpić marzeniami i fantazjami.

W czterech spośród pięciu skal analizy transakcyjnej wystąpiły różnice istotne statystycznie. W obrazie aktualnym w ocenie matek pacjenci otrzymali istotnie statystycznie niższe wyniki w skali rodzica opiekuńczego (NP,  $p < 0,01$ ), dorosłego (A,  $p < 0,01$ ) i wolnego dziecka (FC,  $p < 0,01$ ), wyższe zaś w skali dziecka przystosowanego (AC,  $p < 0,01$ ). Wyniki te oznaczają, że matki zauważają u swoich dzieci spadek ogólnej energii życiowej, większe trudności w stawianiu czoła wymaganiom pracy i odpowiedzialności dorosłego życia, mniejszą odporność na stres i większą zależność od otoczenia.

### 3. Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów pacjentów w percepcji ojców

Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów pacjentów w percepcji ojców ujawniło 28 różnic, istotnych statystycznie (tab. 3). Świadczą one o tym, że ojcowie pacjentów zauważają u swoich dzieci wiele zmian w ich osobowości po zachorowaniu.

Tabela 3. Porównanie aktualnych i retrospektywnych obrazów pacjentów w percepcji ojców

	Aktualny		Retrospektywny		ANOVA z pom. powt.	
	M	s	M	s	F <sub>(1,45)</sub>	p <
No-Ckd	39,24	8,63	41,70	9,28	5,30	0,05
Fav	35,50	10,93	43,57	11,87	24,96	0,001
Unfav	56,33	12,98	50,26	9,56	11,49	0,001
Com	30,72	10,91	36,09	9,69	12,06	0,001
Ach	38,48	10,14	46,67	10,97	24,46	0,001
Dom	38,48	9,76	44,52	9,52	16,76	0,001
End	40,91	13,90	49,87	12,78	21,94	0,001
Ord	44,00	13,04	51,59	12,67	16,98	0,001
Int	39,76	11,51	44,57	12,08	6,42	0,02
Nur	43,74	10,71	46,52	9,62	3,17	
Aff	37,15	10,20	43,35	11,80	13,83	0,001
Het	38,67	10,80	46,46	12,41	21,34	0,001
Exh	42,11	9,04	46,20	9,07	7,07	0,01
Aut	49,35	9,35	46,96	7,67	2,36	
Agg	45,83	12,29	45,89	8,89	0,00	
Cha	39,57	7,92	40,52	6,62	0,56	
Suc	59,26	10,28	54,09	8,70	12,03	0,001
Aba	61,72	11,46	55,00	9,90	19,74	0,001
Def	51,89	9,19	51,91	7,74	0,00	
Crs	58,89	11,28	51,91	10,02	15,15	0,001
S-Cn	53,28	9,80	53,30	9,08	0,00	
S-Cfd	37,59	10,23	46,76	11,22	24,84	0,001
P-Adj	38,61	9,21	45,13	10,17	16,97	0,001
Iss	43,22	12,21	53,91	12,27	27,68	0,001
Cps	43,17	7,57	49,43	7,99	26,56	0,001
Mls	36,78	9,61	43,50	9,03	21,35	0,001
Mas	43,41	9,24	46,72	8,64	4,16	0,05
Fem	42,43	8,00	42,85	10,20	0,08	
CP	51,17	9,30	50,24	7,76	0,31	
NP	41,50	10,16	48,57	9,78	26,81	0,001
A	40,78	10,62	45,28	10,29	11,11	0,01
FC	40,41	6,92	44,93	8,08	14,67	0,001
AC	61,24	11,10	53,17	10,05	28,63	0,001
A-1	48,54	8,99	46,26	9,09	2,81	
A-2	50,28	8,56	46,48	6,90	10,40	0,01
A-3	41,02	9,17	46,02	9,79	10,74	0,01
A-4	42,57	8,74	49,43	10,28	21,00	0,001

We wszystkich skalach określających sposób funkcjonowania pacjentów wystąpiły różnice istotne statystycznie. Ojcowie do opisu dzieci w obrazie aktualnym wybrali istotnie mniej przymiotników w ogóle (No-Ckd,  $p < 0,05$ ), w tym istotnie mniej pozytywnych (Fav,  $p < 0,001$ ) i istotnie więcej negatywnych. Ogólna więc ocena aktualnego funkcjonowania pacjentów w percepcji ojców jest mniej korzystna w stosunku do retrospektywnej.

Analizując skale potrzeb, istotne statystycznie różnice na niekorzyść obrazu aktualnego wystąpiły przede wszystkim w skalach badających potrzeby związane z osiąganiem celów i realizowaniem dążeń (Ach,  $p < 0,001$ ; Dom,  $p < 0,001$ ; End,  $p < 0,001$ ; Ord,  $p < 0,001$ ) oraz potrzeby związane z kontaktem interpersonalnym (Int,  $p < 0,02$ ; Aff,  $p < 0,001$ ; Het,  $p < 0,001$ ; Exh,  $p < 0,01$ ; Suc,  $p < 0,001$ ). Ojcowie uważają, że po zachorowaniu obniżyły się u dzieci skuteczność, wytrwałość i zdolność do działań ukierunkowanych na osiąganie zamierzonych celów. Pacjenci stali się niepewni, zmienni nastrojowo i zahamowani. W relacjach z innymi zwiększyli dystans, boją się bliskich kontaktów i zaangażowania, unikają sytuacji konfliktowych i bycia „na widoku”. Wzrosła natomiast u nich zależność emocjonalna od otoczenia i podporządkowanie innym.

W skalach tematycznych wystąpiły 3 różnice istotne na poziomie statystycznym. W obrazie aktualnym, w stosunku do retrospektywnego, w ocenie ojców pacjenci otrzymali niższe wyniki w skali zaufania do siebie (S-Cfd,  $p < 0,001$ ), idealnego obrazu siebie (Iss,  $p < 0,001$ ) i męskości (Mas,  $p < 0,05$ ). Ojcowie uważają, że proces chorobowy sprawił, że dzieci mają trudności w mobilizowaniu własnych zasobów i w podejmowaniu działań ukierunkowanych na osiąganie celów. Stały się także delikatniejsze, wrażliwsze, a realne doświadczenia wolą zastąpić marzeniami i fantazjami.

W ocenie ojców zmiany dotyczą także sprawności intelektualnych (A-2,  $p < 0,01$ ; A-3,  $p < 0,01$ ; A-4,  $p < 0,001$ ), na które niekorzystnie wpływają emocje, a zwłaszcza niepokój i obniżona samokontrola.

Zbieżność percepcji dzieci i rodziców w odniesieniu do zmian osobowości występujących u pacjentów, jak wynika z analizy, dotyczy cech ocenianych za pomocą 6 skal. Wszyscy zgodnie uważają, że zmianie uległa potrzeba dominacji (Dom), ujawniania się (Exh), upokorzenia (Aba), zmieniły się zaufanie do siebie (S-Cfd), idealny obraz siebie (Iss) oraz poczucie dziecka wolnego (FC). Zbieżność dotyczy obszaru i kierunku, w mniejszym zaś stopniu nasilenia zmian (tab. 4).

Tabela 4. Zbieżność percepcji rodziców i dzieci

Skala	Dziecko	Matka	Ojciec
Dom	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Exh	$p < 0,001$	$p < 0,05$	$p < 0,01$
Aut	$p < 0,05$		
Agg	$p < 0,01$		
Aba	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Def	$p < 0,01$		$p < 0,01$

*Ciąg dalszy tabeli na następnej stronie*



S-Cn	$p < 0,01$		
S-Cfd	$p < 0,05$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
Iss	$p < 0,05$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
FC	$p < 0,05$	$p < 0,01$	$p < 0,001$

W ocenie dzieci, po przebytych epizodach chorobowych, w największym stopniu obniżyła się u nich potrzeba ujawniania się (Exh,  $p < 0,001$ ). Rodzice mniej drastycznie spostrzegają tę zmianę; matka w mniejszym stopniu ( $p < 0,05$ ) niż ojciec ( $p < 0,01$ ). Pacjenci zauważają także u siebie słabszą potrzebę dominacji (Dom,  $p < 0,01$ ), spadek zaufania do siebie (S-Cfd,  $p < 0,05$ ), obniżony poziom stawianych sobie wymagań (Iss,  $p < 0,05$ ) oraz dynamizmów życiowych (FC,  $p < 0,05$ ), choć w nieco mniejszym stopniu niż rodzice. Wszyscy są także zgodni co do wzrostu potrzeby poniżania się (Aba), przy czym w ocenie dziecka jest ona mniej nasiloną niż w ocenie rodziców. Uwagę zwraca fakt, że dzieci mają poczucie mniejszej potrzeby autonomii (Aut,  $p < 0,05$ ) wyładowywania agresji (Agg,  $p < 0,01$ ) oraz poczucie nasilenia się potrzeby podporządkowania (Def,  $p < 0,01$ ) i samokontroli (S-Cn,  $p < 0,01$ ), czego nie dostrzegają rodzice. Rodzice z kolei dostrzegają o wiele więcej zmian w osobowości dzieci w innych obszarach, niż odczuwają to sami pacjenci. Istnieje natomiast duża zbieżność w percepcji zmian zachodzących u dziecka po zachorowaniu w ocenie matek i ojców. Dotyczy ona cech mierzonych przez 23 skale testu ACL, chociaż ojcowie spostrzegają jeszcze więcej zmian niż matki i oceniają je częściej jako bardziej nasilone. Ojcowie, oprócz wszystkich zmian, jakie zauważają matki, dostrzegają także zmiany w zakresie funkcjonowania intelektualnego (A-2, A-3, A-4), potrzeby porządku (Ord) oraz rozumienia siebie i innych (Int).

### Omówienie wyników

Rezultaty niniejszych badań ukazują, że pacjenci chorzy na schizofrenię odczuwają zaszły w nich zmiany, a bilans tych zmian jest negatywny. Zauważają, że proces chorobowy pozostawił w ich osobowości ślady, mające wpływ na ich funkcjonowanie psychospołeczne. Powracając do równowagi psychicznej (w okresie remisji), przede wszystkim unikają eksponowania swojego „ja” i bycia w centrum uwagi. Unikają konfliktów, są bardziej ugodowi, podporządkowują się innym bez poczucia utraty własnej godności. Stają się mniej pewni siebie, bardziej ostrożni i bardziej się kontrolują. Mają poczucie, że obniżeniu uległa ich ogólna energia życiowa, zapał oraz zaufanie do siebie, co jest przyczyną trudności w mobilizowaniu się do działania. Na szczególną uwagę zasługują wyniki świadczące o mniejszej potrzebie ujawniania się i agresji oraz o większej samokontroli. Wydają się one szczególnie znamienne, gdyż taki sam kierunek zmian we wszystkich 3 grupach o różnym czasie trwania psychozy, w zakresie tych cech, otrzymano w niezależnych badaniach [11]. Nie potwierdziły się natomiast one w badaniach Steuden [5], gdyż poczucie zmiany osobowości (badane także za pomocą ACL) u pacjentów chorujących 15 lat było niewielkie, a kierunek zmian pozytywny. Pacjenci obecnie widzieli u siebie mniej cech negatywnych, mieli większą potrzebę rozumienia siebie i innych oraz czuli się mniej nieporadni w działaniu.

Badanych cechuje także poczucie mniejszej potrzeby autonomii i wyraźne poczucie wzrostu samokontroli. Nie potwierdza to wyników szwedzkich badaczy [12], którzy stwierdzili u chorych psychotycznych słabe rozróżnienie biegunów autonomii i kontroli.

Zmiany spostrzegane u dzieci przez ich rodziców obejmują znacznie większy i różny zakres cech niż w percepcji samych pacjentów. Zbieżność dotyczy cech osobowości ocenianych za pomocą 6 skal testu ACL. Zarówno pacjenci, jak i ich matki oraz ojcowie są zgodni co do tego, że proces chorobowy wpłynął na zmniejszenie się potrzeby ujawniania się, dominacji, zaufania do siebie, rezygnację z dążenia do ideału oraz spadek witalności, spowodował zaś wzrost potrzeby poniżania się. Przeceniając potrzeby poniżania się u dzieci, przejawiającą się w tendencji do nadmiernego samokrytycyzmu, złego mniemania o sobie i poczucia winy, stwierdzono u matek w badaniach Mroziak [13] i Czabały [14]. Może to sugerować zbyt krytyczne postawy rodziców wobec pacjentów, które właśnie mogą zwiększać skłonność u dzieci do samoobwiniania się i powodować u nich niskie poczucie własnej wartości [15, 16]. Brak aprobaty rodziców wiąże się z niższą samooceną [17].

Zarówno matki, jak i ojcowie zauważają ponadto u swoich dzieci spadek zainteresowania osiągnięciem celów, wytrwałości oraz mniejszą potrzebę kontaktów interpersonalnym, większą zaś – wsparcia emocjonalnego ze strony innych. Spostrzegają, że dzieci stały się mniej zaradne i przedsiębiorcze, bardziej zaś skryte, zahamowane, przewrażliwione i zmienne emocjonalnie. Cechuje je większa zależność od otoczenia, mniejsza odporność na stres i mniejsze umiejętności radzenia sobie z wymogami dorosłego życia. Dzieci natomiast tych zmian nie dostrzegają. W porównaniu z matkami, ojcowie zauważają także u dzieci mniejszą potrzebę porządku oraz trudności w rozumieniu siebie i innych, a także zmiany w funkcjonowaniu intelektualnym.

Angermeyer i Schwoon [18] stwierdzili, że w rodzinach chorych na schizofrenię mężczyzn, w których była sprzeczność we wzajemnej percepcji rodziców i synów, nawroty choroby były częstsze. Inni autorzy podkreślają, że zbyt duża różnica między tym, jak pacjent siebie postrzega, a tym, jak inni go postrzegają, prowadzi do problemów w relacjach z otoczeniem [19].

Niniejsze rezultaty badań potwierdzają wszystkie trzy hipotezy. Oceny matek i ojców, dotyczące zmian osobowości u dzieci, różnią się od ocen pacjentów. Zarówno matki, jak i ojcowie zauważają znacznie więcej zmian niekorzystnych zachodzących w osobowości ich dzieci, niż spostrzegają to one same. Oceny matek i ojców w dużej mierze są zgodne, ale ojcowie spostrzegają nieco więcej zmian u dzieci niż matki.

Należy jeszcze zwrócić uwagę na perspektywę ocen. Rodzice patrzą „z zewnątrz” i oceniają to, co widzą – głównie zachowanie pacjenta. On sam natomiast ocenia siebie przez pryzmat zachodzących w nim intrapsychicznych procesów. Na znaczenie perspektywy, z której ocenia się zdrowie psychiczne, zwróciło także uwagę wielu innych badaczy [20, 21, 22], zaznaczając, że kiedy grupy osób o różnych interesach skupiają się na różnych aspektach zdrowia psychicznego, istnieje duże prawdopodobieństwo otrzymania różnych rezultatów.

### Wnioski

1. Odczuwane przez pacjentów chorych na schizofrenię paranoidalną zmiany to mniejsza potrzeba ujawniania się, wyładowywania agresji, autonomii, dominacji,

- spadek zaufania do siebie, witalności oraz rezygnacja z dążenia do ideału, wzrost zaś potrzeby poniżania się, podporządkowania i samokontroli.
2. Matki spostrzegają ponaddwukrotnie, a ojcowie prawie trzykrotnie więcej zmian w osobowości dzieci niż one same u siebie.
  3. Zbieżność zmian obserwowanych przez dzieci, matki i ojców dotyczy mniejszej potrzeby ujawniania się, dominacji, spadku zaufania do siebie, obniżania się dynamizmów życiowych, rezygnacji z dążenia do ideału oraz wzrostu potrzeby poniżania się.
  4. Istnieje duża zgodność w percepcji zmian osobowości u dzieci przez matki i ojców.

#### **Изменения личности у больных параноидной шизофренией в понимании пациентов и их семей**

##### **Содержание**

**Задание.** Заданием работы было описание и сравнение изменений личности у больных параноидной шизофренией в понимании пациентов и их семей.

**Метод.** Исследовано 50 больных параноидной шизофренией (по Международной классификации болезней 10 пересмотра) и их родителей тестом ACL. Дети заполняли версии „Я” и „Я” перед заболеванием был) а””, тогда как родители „ребенок есть” и „ребенок перед болезнью был”.

**Результаты.** Мерой измерений были различия между реальными образами и ретроспективной картиной. В понимании детей получено 10 различий, в понимании матерей 23, а понимании отцов – 28 существенных различий с существенно статистически данными.

**Выводы.** 1) чувство собственного изменения у пациентов больных шизофренией параноидного типа, относилось к снижению потребности бытия, доминации, агрессии, автономии, веру в себя, жизненной динамики. Кроме того, пациенты не искали идеалов, но у них появлялась потребность унижения, подчинения и самоконтроли. 2) Матери больных детей почти вдвое, а отцы втрое отмечают изменения личности своих детей, нежели они сами у себя. 3) Согласность изменений, наблюдаемых детьми, матерями и отцами относились к таким чертам личности как снижение потребностей своего присутствия в среде, потребности диминирования, веры в себя, жизненных динаминозмов, поиски идеалов и самоунижения. 4) Присутствует большая согласность в понимании изменений черт личности у детей матерями и отцами.

#### **Persönlichkeitsänderungen bei Kranken an paranoide Schizophrenie in der Perzeption der Patienten und ihrer Eltern**

##### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Arbeit ist die Beschreibung und der Vergleich der Persönlichkeitsänderungen bei Kranken an paranoide Schizophrenie in der Perzeption der Patienten und ihrer Eltern.

**Methode.** Es wurden 50 Kranke an paranoide Schizophrenie (ICD-10) und ihre Eltern mit dem ACL-Test untersucht. Die Kinder füllten die Versionen aus: „ich bin”, „ich war vor der Erkrankung”, die Eltern dagegen: „das Kind ist”, „das Kind war vor der Erkrankung”.

**Ergebnisse.** Der Maß der Veränderungen sind die Unterschiede zwischen dem realen und dem retrospektiven Bild. In der Perzeption der Kinder bekam man 10 Unterschiede, in der Perzeption der Mütter 23 und in der Perzeption der Väter 28 statistisch signifikante Unterschiede.

**Schlussfolgerungen.** 1. Das Gefühl der Selbst - Veränderung bei den Patienten, die an paranoide Schizophrenie krank sind, betrifft die Senkung des Bedürfnisses der Offenbarung, Dominanz, Aggression, Autonomie, Vertreuens zu sich selbst, Lebensdynamik und des Levels der sich selbst gestellten Ideale, und der Steigerung des Bedürfnisses der Erniedrigung, Unterwerfung

und Selbstkontrolle. 2. Die Mütter bemerken fast mehr als zweimal, die Väter fast dreimal mehr Veränderungen in der Persönlichkeit der Kinder als sie bei sich selbst. 3. Dieselben Veränderungen beobachtet durch Kinder, Mütter und Väter betreffen die Senkung des Bedürfnisses der Offenbarung, Notwendigkeit der Dominanz, Selbstvertrauen, Lebensdynamik, der sich selbst gestellten Ideale und der Steigerung des Bedürfnisses der Erniedrigung. 4. Es gibt eine große Übereinstimmung in der Perception durch die Mütter und Väter der Persönlichkeitsveränderungen bei den Kindern.

### Les changements de la personnalité des schizophrènes paranoïaques dans leur perception et dans la perception de leurs parents

#### Résumé

**Objectif.** Décrire et comparer les changements de la personnalité des schizophrènes dans leur perception et dans la perception de leurs parents.

**Méthode.** On a examiné 50 schizophrènes paranoïaques (ICD-10) et leurs parents en usant le teste ACL. Les patients complètent les formules : « je suis... » et « avant la maladie j'étais... », leurs parents : « mon enfant est... » et « avant la maladie mon enfant était... ».

**Résultats.** Les différences des images réels et des images rétrospectives mesurent les changements. On note 10 différences valables statistiquement dans la perceptions des patients, 23 – dans la perception des mères et 28 – dans la perceptions des pères.

**Conclusions.** 1. Le sens du changement des patients concerne la diminution du besoin de : se dévoiler, domination, agression, autonomie, confiance en soi-même, dynamisme, leurs idéaux et l'augmentation du besoin de : humiliation, subordination, autocontrôle. 2. Les mères voient deux fois plus de changements de la personnalité que les patients, les pères – trois fois de plus. 3. La convergence des changements observés par les patients et leurs parents touche la diminution du besoin de :se dévoiler, domination, confiance en soi-même, dynamisme, idéaux et l'augmentation du besoin de l'humiliation. 4. On note la grande conformité des perceptions des changements de la personnalité des patients par leur mères et leurs pères.

#### Piśmiennictwo

1. Pluzek Z. *An investigation on the influence of rehabilitation upon chronic schizophrenic. Final report.* State Hospital for Mentally Ill. Cracow-Kobierzyn; 1972.
2. Huber G, Gross G, Schüttler R, Linz M. *Longitudinal studies of schizophrenic patients.* Schizophr. Bull. 1980; 6: 592–605.
3. Perzyński J. *Badania nad strukturą i dynamiką schizofrenii rozpoczynającej się zespołami rzekomonerwicowymi.* Lublin: AM; 1985.
4. DeSisto MJ, Harding CM, McCormick RV, Ashikaga T, Brooks GW. *The Maine and Vermont three-decade studies of serious mental illness: I. Matched comparison of cross-sectional outcome.* Brit. J. Psychiatry 1995; 167: 331–338.
5. Steuden S. *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią.* Lublin: RW KUL: 1997.
6. Strauss JS. *Subjective experiences of schizophrenia: towards a New dynamic psychiatry.* Schizophr. Bull. 1989; 15: 179–187.
7. Leff J, Vaughn CE. *The interaction of life events and relatives' expressed emotion in schizophrenia and depressive neurosis.* Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 166–173.
8. Barrowclough C, Tarrrier N. *Families of schizophrenic patients: Cognitive behavioural intervention.* London: Chapman, Hall; 1992.
9. Chuchra M. *Poziom niepokoju i lęku a obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną.* W: Francuz P, Oleś P, Otrębski W, red. *Studia z psychologii w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim.* Lublin: RW KUL1998; s. 318–341.

10. Chuchra M. *Poziom inteligencji a obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną*. Roczn. Filozof. 1996; 44 (4): 153–170.
11. Chuchra M. *Czas trwania psychozy a poczucie zmiany siebie chorych na schizofrenię paranoidalną*. Roczn. Psychol. 1999; 2: 185–205.
12. Armelius K, Granberg A. *Self-image and perception of mother and father in psychotic and borderline patients*. Psychother. Res. 2000; 10 (2): 147–158.
13. Mroziak B. *Percepcja interpersonalna i ustosunkowanie emocjonalne w diadzie matka–dorosłe dziecko w rodzinach pacjentów ze schizofrenią lub nerwicą oraz w rodzinach zdrowych*. Biuletyn IPN 1986; 1 (61): 23–50.
14. Czabała JCz. *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. Kraków: IPN; 1988.
15. Barrowclough C, TARRIER N, Johnstone M. *Attributions expressed emotion and patient relaps: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness*. Behav. Ther. 1994; (25): 67–88.
16. Lopez SR, Nelson AK, Mintz J, Snyder KS. *Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia*. J. Abn. Psychol. 1999; 2: 307–314.
17. Brewin CR, Andrews B, Furnham A. *Intergenerational links and positive self-cognitions: Parental correlates of optimism, learned resourcefulness and self-evaluation*. Cogn. Ther. Res. 1996; 20: 247–263.
18. Angermeyer MC, Schwoon DR. *Familiale Beziehungsmuster und Patientenkarriere männlicher schizophrener Kranker*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1982; 17 (1): 13–22.
19. Granberg Å, Armelius K, Armelius BÅ. *Self-image pattern and teereatment outcome in severely disturbed psychiatric patients*. UMEÅ Psychol. Rep. 2001; 1: 1–13.
20. Strupp HH, Hadley SW. *A tripartite of mental health and therapeutic outcome*. Am. Psychol. 1977; 32: 187–196.
21. Garfield SL. *Research on client variables in psychotherapy*. W: Bergin AE, Garfield SL, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons; 1994.
22. Cook B, Blatt SJ, Ford RQ. *The prediction of therapeutic response to long-term intensive treatment of seriously disturbed young adult inpatients*. Psychother. Res. 1995; 5: 218–230.

Adres: Maria Chuchra  
Instytut Nauk o Rodzinie KUL  
20-356 Lublin, al. Raclawickie 14

Otrzymano: 4.10.2007  
Zrecenzowano: 17.01.2008  
Przyjęto do druku: 10.04.2008

## DOFINANSOWANIE WYJAZDÓW NAUKOWYCH

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego informuje o możliwości uzyskania przez członków zwyczajnych Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dofinansowania ich udziału w zjazdach, sympoziach i konferencjach naukowych odbywających się za granicą. Zasady przyznawania dofinansowania określają załączone „Zasady”. Komitet „Konferencje Naukowe PTP” ZG PTP gromadzi na ten cel środki na koncie:

Polskie Towarzystwo Psychiatryczne Konferencje Naukowe, ul. Kopernika 21B 31-501 Kraków, w Banku PKO SA, Oddz. w Krakowie, Rynek Gł. 31, nr rachunku: 12401431-7001815-2700-401112-001.

Zarząd zachęca członków towarzystwa do korzystania z tej możliwości, a także do pozyskiwania sponsorów dla tej działalności.

Wnioski o dofinansowanie należy składać na adres komitetu na ręce prof. dr. hab. med. Jacka Bomby.

### **Zasady dofinansowania przez Zarząd Główny wyjazdów na zjazdy, sympozja, konferencje naukowe za granicą z funduszu „Konferencje Naukowe PTP”**

1. Z refundacji kosztów udziału w zjazdach, konferencjach, sympoziach naukowych za granicą korzystać mogą członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.
2. Refundacja nie może przekroczyć równowartości 1000 USD
3. Refundacja może być rozliczona jako:
  - a. stypendium ZGPTP (tzn. jako opodatkowany przychód)
  - b. delegacja – przy czym jej koszty nie mogą przekroczyć kwot określonych w pkt. 2.
4. Wniosek o dofinansowanie powinien wyprzedzać termin zjazdu i zawierać:
  - a. potwierdzenie członkostwa zwyczajnego z datą przyjęcia do PTP, dokonane przez sekretarza oddziału, oraz opłacenia składek członkowskich dokonane przez skarbnika oddziału
  - b. informację o imprezie
  - c. kopię streszczenia zgłoszonego doniesienia
  - d. kopię potwierdzenia przyjęcia doniesienia do programu zjazdu
5. Dofinansowanie może być przyznane tylko jednemu autorowi w przypadku prezentacji prac zbiorowych.
6. Osoby korzystające z dofinansowania składają Zarządowi Głównemu sprawozdanie ze sponsorowanego wyjazdu w takiej formie, by mogło być opublikowane w czasopiśmie towarzystwa.
7. Niniejsze zasady zostały przyjęte przez Zarząd Główny na posiedzeniu w dniu 7 kwietnia 1995 r.
8. W dniu 6 czerwca 2006 Zarząd Główny zmienił treść pkt 2 Regulaminu. Stypendium nie może przekraczać 1000 USD, niezależnie od miejsca konferencji.