

Wzorce aktywności w narracjach osób chorych na schizofrenię

Models of activity in the narratives of people with schizophrenia

Małgorzata Chądzyńska¹, Barbara Kozakiewicz²

¹ Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

² Warszawski Uniwersytet Medyczny

Summary

Aim. This article presents an analysis of the narratives of people with schizophrenia from the perspective of descriptions of activities. The goal is to look for changes in activity models under the influence of a psychotic crisis experience.

Method. Three fragments of auto-narratives concerning periods: prior to illness, during illness and during remission periods, were compared. These were created after psychotic crisis. The narratives of 26 people with schizophrenia about their lives and self-perception during the aforementioned periods made up the research material. Linguistics textual analysis was conducted, distinguishing the determinants of six selected models of activity relating to sense of agency and intentionality of action. Frequency analysis and multivariable methods were applied to compare the relative frequency of their occurrence in narratives.

Results. Descriptions of activities during the illness are more strongly saturated with models of an extrinsic control site, impersonal control over action, avoidance, individual actions, states in comparison to the remission period, and in particular, descriptions of activity prior to the illness.

Conclusions. The results of analysis of schizophrenia patients' narratives indicate a decreased sense of agency related to experiencing states of disorder (subjectively defined). This motivational deficit also concerns remission periods after the active phase of the illness, though to a lesser extent. Analysis of motivational models reveals differences of descriptions of own activity, indicating alterations in auto-narration and narrative identity under the influence of a psychotic crisis in a retrospective approach. These changes pertain to deep layers hidden in the relationship between the form of the narrative and its content. They indicate other images of oneself (self-positions or self-narrative voices) as a healthy, sick and in remission person – especially in terms of the perception of their own agency.

Słowa kluczowe: narracja, schizofrenia, wzorce aktywności, tożsamość narracyjna

Key words: narration, schizophrenia, patterns of activity, narrative identity

Wstęp

W nurcie konstrukcjonizmu społecznego przyjmuje się, że tożsamość jest konstruowana społecznie w procesie negocjacji znaczeń. Tożsamość narracyjna to odpowiedź na pytanie „kim jestem?” zawarta w opracowywanej historii życia, tak by nadać jej sens, cel i spójność [1]. W ujęciu procesualnym tożsamość rozumie się jako strukturę dynamiczną, zmieniającą się w ciągu życia [2–4]. Zmiany tożsamości przebiegają wraz z biegiem całego życia, kryzysowymi, znaczącymi zdarzeniami, wchodzeniem w bliskie związki, identyfikacją z nowymi ideami. Doświadczenie schizofrenii jest związane z traumą, poczuciem stygmatyzacji, załamaniem linii życiowej i dobrej opinii o życiu, a także zmianą funkcjonowania na wielu płaszczyznach [5–8]. Pojawia się pytanie: jak doświadczenie choroby psychicznej odbija się w autonarracji? Czy opisy siebie różnią się w zależności od tego, czy dotyczą zdrowia, czy okresu choroby?

W literaturze przedmiotu istnieją doniesienia na temat negatywnych skutków schizofrenii: obniżenia samooceny, poczucia utraty sensu życia, załamania planów życiowych i dotychczasowej linii życia w jej obiektywnym wymiarze, poczucia stygmatyzacji, obniżenia jakości życia, powstawania deficytów motywacyjnych, zmniejszenia umiejętności metapoznania i samoświadomości [8–10].

W tej pracy analizowane będą wzorce aktywności jako składnik autonarracji. Aktywność jednostki ustala wzorce interakcji i relacji społecznych, opisuje jej funkcjonowanie, wpływa na historię życia, a przez to wyznacza jej sposób bycia w świecie i kształtuje tożsamość. Od opisów różnych charakterystyk aktywności poprzez motywacje związane z intencjami można dojść do opisów odnoszących się do sposobów generowania tekstów autonarracji i odwołań do spostrzegania siebie w kategoriach tożsamości [11].

Prezentowana praca jest kontynuacją badań, w których wykazano, że obraz siebie po zachorowaniu jest silniej wysycony wzorcami unikania, motywacją wewnętrzną umiejscowioną związaną z próbami radzenia sobie z chorobą i zewnętrzną umiejscowioną kontrolą działań związaną z obniżeniem poczucia sprawstwa w porównaniu z obrazem siebie jako osoby zdrowej stworzonym także po przejściu kryzysu psychotycznego [12]. Wyniki wskazywały na różnice w obrazie siebie między okresem zdrowia a „po zachorowaniu”, nie dotyczyły one jednak wszystkich analizowanych wzorców aktywności. Okres „po zachorowaniu” obejmuje zarówno czas chorowania, jak i powracania do zdrowia, remisji. Postawiono pytanie o różnice w postrzeganiu siebie w czasie choroby (subiektywnie definiowanej), przed zachorowaniem i w remisji jako trzech odmiennych okresach życia i funkcjonowania. Z oczywistych względów nie byliśmy w stanie zebrać narracji od osób chorych na schizofrenię przed zachorowaniem i po zachorowaniu, zatem jest to badanie retrospektywne – porównywane są opisy siebie dotyczące trzech wymienionych okresów życia dokonane po zachorowaniu (w okresie remisji). Uważamy, że różnice w sposobach samoopisu owych okresów mogą wskazywać na zmiany postrzegania siebie pod wpływem choroby (gdy te trzy obrazy są inne) – obserwowane już po jej zaistnieniu.

Material

Osoby badane to 26 pacjentów Kliniki Rehabilitacji Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie chorych na schizofrenię, w okresie przynajmniej częściowej remisji objawów psychotycznych.

Statystyki opisowe badanej grupy oraz stan kliniczny osób badanych przedstawiają tabele 1 i 2.

Tabela 1. Statystyki opisowe danych demograficznych i klinicznych osób badanych

Statystyki opisowe	Min.	Maks.	Średnia	SD
Wiek	21	63	40,1	12,9
Czas choroby (w latach)	2	35	15,6	10,1
Liczba hospitalizacji	1	38	9,1	8,3
Łączny czas hospitalizacji (w miesiącach)	3	64	22,2	15,4
Wiek zachorowania	15	44	24,2	6,7
PANSS Objawy Pozytywne	7	22	12,0	4,0
PANSS Objawy Negatywne	7	22	12,3	4,3
PANSS Objawy Psychopatologiczne	18	45	25,4	7,3
PANSS	33	89	49,6	13,4

Osoby badane były w wieku 21–63 lat, średnia wieku wyniosła 40 lat, wśród badanych było 9 mężczyzn (35%) i 17 kobiet (65%). Pacjenci chorowali średnio 16 lat; w tym czasie byli hospitalizowani średnio 9 razy, przez 22 miesiące. Jest to wyselekcjonowana grupa badana – osób krytycznych wobec choroby, posiadających jej świadomość, współpracujących w leczeniu, pozostających w długotrwałej relacji terapeutycznej, zdolnych stworzyć opowiadania o sobie z okresu sprzed zachorowania i później, z zachowaną płynnością prowadzenia rozmowy. Badanie przeprowadzono w okresie remisji objawów chorobowych – najczęściej niepełnej (średnia na skali PANSS 50 pkt), lecz z niskimi objawami wytwórczymi (średnia na skali PANSS Objawy Pozytywne 12 pkt). Tabela 2 przedstawia dane demograficzne.

Tabela 2. Dane demograficzne badanej grupy

	N	%
Wykształcenie		
podstawowe i zawodowe	2	7,7%
średnie	19	73,1%
wyższe	5	19,2%
Stan cywilny		
panna/kawaler	21	80,8%

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

zamężna/żonaty	1	3,8%
rozwidziona/rozwidziony	3	11,5%
wdowa/wdowiec	1	3,8%
Zamieszkanie		
z rodziną pochodzenia	17	65,4%
z rodziną prokreacyjną	1	3,8%
sama/sam	8	30,8%

Badani mieli głównie wykształcenie średnie (73% badanych), w większości byli stanu wolnego (81%) i mieszkali z rodziną pochodzenia (65%).

Metoda

Materiałem badawczym są autonarracje – opowieści o sobie i doświadczeniach życiowych stworzone przez osoby badane w procedurze częściowo kierowanych wywiadów narracyjnych. Każda osoba badana udzieliła dwóch wywiadów: „ja jako osoba zdrowa” i „ja jako osoba chora na schizofrenię”. Dotyczyły one opisu siebie, swoich umiejętności, mocnych i słabych stron, podejmowanych działań, zainteresowań, kontaktów interpersonalnych (w tym rodzinnych) oraz doświadczeń z dwóch wymienionych okresów w życiu. Wypowiedzi zostały nagrane, a następnie przepisane. Teksty podzielono na trzy części odpowiadające zakresowi treści: (1) „przed zachorowaniem” – opisy siebie i swojego życia z okresu przed pierwszym epizodem chorobowym; (2) „po zachorowaniu” – odnosiły się do sytuacji remisji choroby, głównie terażniejszości oraz całości funkcjonowania osoby od okresu zachorowania; (3) „opis choroby” – przedstawienie doświadczenia schizofrenii tak, jak okres „w trakcie choroby” był subiektywnie definiowany przez osoby badane. Najczęściej jako opis choroby pojawiała się ostra faza psychotyczna, czasami jednak był to okres nasilonej depresji popsychotycznej.

Tak uzyskane trzy teksty od każdej osoby badanej zostały poddane analizie formalnej i semantycznej. Jej celem było wyróżnienie operatorów wzorców aktywności. Analiza tekstu pod kątem wzorców aktywności odnosi się wprost do struktury predykatowo-argumentowej jako charakterystyki języka związanej z opisami działań [13, 14]. W skrócie można określić, że analizowane były formy orzeczeń – predykatów wraz z dopełnieniami osobowymi (argumentami). Były one wyróżniane i kategoryzowane, a następnie zastosowano analizę frekwencyjną. Dokładny opis metody: „Wzorce aktywności: semantyczno-logiczna analiza narracji” opublikowano już w innym opracowaniu [15]. Celem badania było poszukiwanie odpowiedzi na pytanie, jak doświadczenie schizofrenii wpływa na wzorce aktywności dotyczące poczucia sprawstwa. Poczucie sprawstwa odnosi się do stanu, w którym człowiek „czuje się sprawcą (autorem) własnego zachowania i źródłem wpływu na świat” [16, s. 172]. To przekonanie o podmiotowej kontroli działania [16, 17]. Składają się na nie odzucia: wolności wyboru, kontroli nad przebiegiem zdarzeń i własnej skuteczności.

W pracy skupiono uwagę na takich wymiarach, jak: umiejscowienie źródeł kontroli działań (wewnętrzne lub zewnętrzne), nieosobowa kontrola działań (nominalizacje, nieosobowe), kierunek motywacji (dążenie lub unikanie), poziom aktywności (stany, czynności), rola w interakcjach (działania petentywne), działania indywidualne vs. wspólne (sam vs. wraz z innymi).

Umiejscowienie źródeł kontroli: wewnętrzne vs. zewnętrzne

Parametr ten opisuje zgeneralizowane oczekiwania podmiotu w stosunku do istnienia związku między własnym zachowaniem a otrzymywanymi wzmocnieniami. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli to przekonanie, że efekty zależą od działań, sprawności jednostki w dążeniu do celu. Charakteryzuje ono osoby kierujące się własnymi celami, intencjami, uwewnętrznionymi normami, którymi podmiot chce się kierować, i uważa, że warto to robić. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli natomiast to przekonanie, że wzmocnienia otrzymywane przez podmiot są niezależne od jego zachowania. Charakteryzuje ono osoby kierujące się w działaniu wymaganiami, wzorcami zewnętrznymi w postaci przymusu, sugestii, normy, której człowiek musi się podporządkować, lub uważa, że powinien to zrobić [18, 19]. Umiejscowienie kontroli można śledzić w narracji poprzez analizę operatorów modalności działań, tj. czasowników modalnych i zmodalizowanych [14]. Będą to wyrażenia typu: „mogę”, „nie muszę”, „warto”, „należy”, „próbuję” (wewnętrzne umiejscowienie źródeł kontroli działań) oraz: „muszę”, „powinienem”, „trzeba”, „nie można” (zewnętrzne umiejscowienie źródeł kontroli)¹.

Wartość każdej z analizowanych zmiennych wyliczono jako liczbę operatorów językowych w tekście osoby badanej wskazujących na daną zmienną, podzieloną przez liczbę wszystkich czasowników w formie osobowej i (dla przejrzystości obliczeń) pomnożoną przez 100. Uzyskany wynik to względna częstość występowania językowych wskaźników zmiennej w narracji (w procentach). Wskaźnikiem zmiennej „Wewnętrzne (Zewnętrzne) umiejscowienie kontroli działań” będzie względna częstość występowania w narracji osoby badanej operatorów wewnętrznego (zewnętrznego) umiejscowienia źródeł kontroli (liczona jak podano wyżej).

Kierunek motywacji: dążenie – unikanie

„Dążenie – unikanie” to podstawowy wymiar charakteryzujący motywację. Reykowski [20, s. 18] zdefiniował ją jako: „proces psychicznej regulacji, od którego zależy kierunek ludzkich czynności oraz ilość energii, jaką na realizację danego kierunku człowiek gotów jest poświęcić. Tak więc motywacja to proces wewnętrzny, warunkujący dążenie ku określonym celom”. W takim rozumieniu kierunek uzyskuje znaczenie bazowe – kreujące motywację i jej charakter. Cele jednostki podzielono na dwie klasy: (1) dodatnie – do których osiągnięcia zmierza jednostka i które warunkują

¹ Czytelnika zainteresowanego dokładnym opisem wskaźników językowych i metody analizy narracji pod kątem wzorców aktywności odsyłam do publikacji [15].

motywację dodatnią, czyli „dążenie do”, oraz (2) ujemne – których osoba unika, zatem powodują one powstanie motywacji ujemnej, czyli „unikania”. Motywacja dodatnia związana jest z pragnieniami, planami, zamierzeniami. Ujemna natomiast odnosi się do obaw, niechęci. Wskaźnikiem zmiennej „Dążenie” będzie względna częstość występowania w narracji osoby badanej wyrażen określających motywację i wskazujących na pozytywny cel działań (liczba wyrażen typu: „mogę”, „chcę”, „powiniennem”). Wskaźnikiem zmiennej „Unikanie” będzie względna częstość występowania w narracji osoby badanej zmodalizowanych wyrażen czasownikowych wskazujących na negatywny cel (np.: „nie mogę”, „nie muszę”, „unikam”).

Niosobowa kontrola działania

Niosobowa kontrola działania to wzorzec wskazujący na osobiste zaangażowanie w działania lub jego brak. Dotyczy on biernego poddawania się wpływowi środowiska w odróżnieniu od aktywnego wpływania na otoczenie. To rozróżnienie wynika z rozdzielenia potrzeb na proaktywne i reaktywne [21, 22]. Osoby działające proaktywnie same dostarczają bodźców, są inicjatorami działań, kierują się własnymi celami, wewnętrznymi potrzebami. Działania reaktywne powstają w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne jako reakcja na zmiany w środowisku. W narracji niosobowa kontrola działań związana z działaniami reaktywnymi wyraża się przez używanie nominalizacji i form niosobowych [23]. W najprostszej formie nominalizacja to rzeczownik słowotwórczo pochodzący od czasownika, odpowiadający nazwie czynności, stanu, cechy, zdarzenia, pojęcia abstrakcyjnego (np.: „czekanie”, „myślenie”, „śpiew”). W takiej konstrukcji dana osoba zostaje zredukowana z podmiotu do dopełnienia – podrzędnego w stosunku do nazwy czynności (np. zamiast: „Mój brat pięknie śpiewa” zdanie z nominalizacją brzmi: „Śpiew mojego brata jest piękny”). Jest to zjawisko deagentywizacji działania – zostaje ono oddzielone od podmiotu, nie poddaje się jego kontroli i wpływowi. Podmiot z pozycji aktywnego agensa zostaje przez nominalizację przesunięty do roli biernego subiekta – odbiorcy działań i sił [24]. Wskaźnikiem zmiennej „Nominalizacje” będzie względna częstość występowania w narracji osoby badanej wyrażen w formie nominalizacji. Podobne znaczenie ma używanie konstrukcji w stronie biernej, bezpodmiotowych. Wówczas zamieniona jest pozycja podmiotu i dopełnienia i rola semantyczna podmiotu. Powoduje to, że ten, kto był aktywnym agensem – sprawcą, w stronie biernej staje się pacjentem – biernym odbiorcą. Wskaźnikiem zmiennej „Niosobowe” będzie względna częstość występowania w narracji osoby badanej czasowników w formie niosobowej i w stronie biernej.

Spółeczny charakter działań: indywidualne vs. wspólne

Spółeczny charakter działań odnosi się do częstości wchodzenia w interakcje z innymi ludźmi. Opisuje on, jak często dana osoba działa indywidualnie, samotnie, niezależnie od innych, a jak często wspólnie z innymi – w różnych rolach i formach powiązania. Źródeł tego rozróżnienia można szukać w teorii Horney [25], która wymienia następujące orientacje w stosunku do innych: dążenie ku ludziom lub dążenie

przeciw ludziom albo odsuwanie się od ludzi. Teorie potrzeb tłumaczą wybór postawy w interakcjach z innymi ludźmi bądź poszukiwanie dystansu. Potrzeby: afiliacji, poczucia przynależności do grupy i podobieństwa z jej członkami, poczucia zakorzenienia, doznawania wsparcia, opieki, miłości i troski wpływają na wybór działań kooperacyjnych – z innymi ludźmi [26–28]. Natomiast potrzeby autonomii i niezależności przekładają się na wybór dystansu w sytuacjach społecznych i podejmowanie działań samodzielnych [26, 29, 30]. Osoby preferujące aktywność w samotności posługują się obrazami indywidualnych aktów czynności. Zatem wskaźniki zmiennej „Sama/sam” to czasowniki w pierwszej osobie liczby pojedynczej lub w liczbie pojedynczej wszystkich osób. Jednostki nastawione na interakcje z innymi będą opisywać działania wspólne – tak więc operatory zmiennej „Z innymi” to czasowniki w liczbie mnogiej oraz podmioty wieloosobowe, tj. opisy działań z kimś: „ja z kimś”, „ktoś ze mną”.

Rola w interakcjach: działania petentywne

Sposób wchodzenia w interakcje odnosi się do ról przyjmowanych w sytuacjach społecznych. Najogólniej można je scharakteryzować na wymiarze wyznaczonym przez układ zależności i władzy. Osoba może stawiać siebie w pozycji nadrzędnej – jako posiadającą władzę czy kontrolującą innych; w położeniu równorzędnym – współpracy; czy w położeniu podrzędnym – gdy podlega innym, podporządkowuje się lub dostosowuje [31–34]. Rola w interakcjach może zależeć od wykształconych tendencji motywacyjnych: siły – władzy vs. miłości – intymności [1] lub umacniania siebie vs. pragnienia kontaktu [35]. Rolę nadrzędną i równorzędną charakteryzuje aktywne działanie, przyjmowanie pozycji sprawcy czynności, często ukierunkowanych na inne osoby. W narracji odzwierciedla się to w przyjmowaniu roli semantycznej aktywnie działającego agensa. Rola podrzędna wiąże się z odbieraniem działań innych, ustawianiem się w pozycji odbiorcy, często biernego obiektu aktywnych sprawców. W wypowiedziach tych osób będą częściej uwidaczniać się „działania na”, w których są oni odbiorcami działań skierowanych na nich [15]. Wskaźnikami zmiennej „Działania petentywne” będą opisy działań, w których narrator pozostaje w wyróżnianych przez językoznawców rolach semantycznych: *patiensa* (osoba podlegająca działaniu agensa, nosiciel stanu lub obiekt podlegający procesom fizycznym, np. *patiensem* jest narrator w zdaniu: „*Jan mnie popchnął*”), *beneficiensa* (osoba, na której rzecz odbywa się czynność lub która odnosi korzyść z istniejącego stanu, np. w zdaniu: „Mama czytała mi baśnie” narrator jest odbiorcą – *beneficiensem* działań mamy), *comitative*’a (współuczestnik czynności, akcji, stanu, np.: „Gram w karty z Ewą” – narrator jest współuczestnikiem – *comitative* – działania Ewy) [36, 37].

Poziom aktywności: zorientowanie na stany

Poziom aktywności odnosi się do rozróżnienia między aktywnym wykonywaniem czynności, byciem sprawcą zmian, poszukiwaniem stymulacji a pozostawianiem w statycznych, niezmiennych stanach, biernym przeżywaniem sytuacji. Jest on związany między innymi z aktywnością definiowaną jako cecha temperamentalna

[38], orientacją defensywną [39], zdefiniowaną przez Kuhla [40] orientacją na działanie i orientacją na stan. Orientację na działanie można w skrócie ująć jako kontrolę działania, by osiągnąć cel. Osoby zorientowane na stan skupiają uwagę na jakimś stanie – określonym układzie warunków zewnętrznych lub wewnętrznych. Staje się on głównym źródłem odniesienia do organizacji działań. Wskaźnikami zmiennej „Stany” będą odniesienia do stanów zgodnie z klasyfikacją orzeczeń opisujących ludzką aktywność, wyróżniającą stany, procesy i czynności (np.: „Jestem zły”, „On ma słabą wolę”, „Choruję długo”) [36, 41].

Wyniki

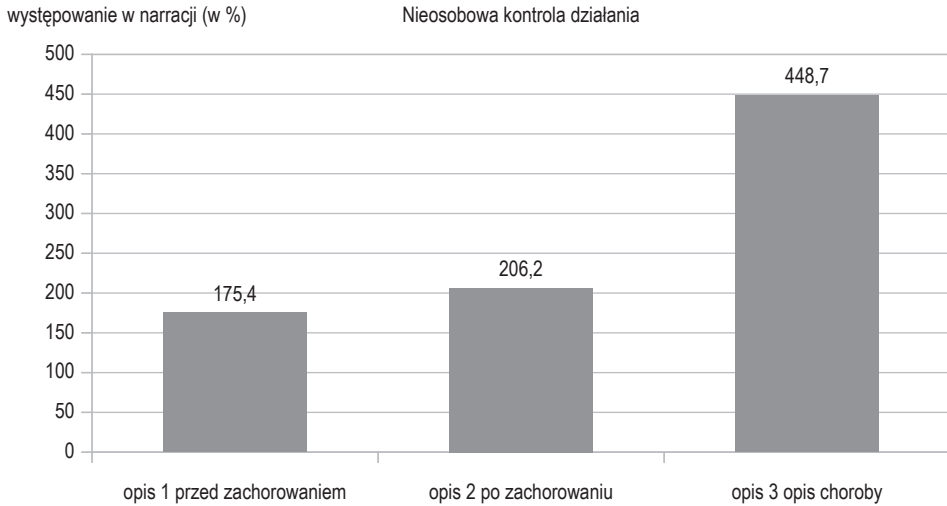
Poszukując różnic we wzorcach aktywności związanych z wpływem doświadczenia kryzysu psychotycznego, porównano trzy fragmenty autonarracji: „przed zachorowaniem”, „po zachorowaniu” i „opis choroby” skonstruowane już po kryzysie psychotycznym. Wyniki porównań przedstawia tabela 3. Zastosowano analizę wariancji z powtarzającymi pomiarami, a następnie test kontrastów.

Tabela 3. Średnie wyników dla wzorców aktywności w narracjach osób chorych na schizofrenię opisujących siebie przed chorobą, po chorobie i w trakcie choroby²

Wzorzec aktywności	Zmienna	Opis 1 przed zachorowaniem		Opis 2 po zachorowaniu		Opis 3 opis choroby		Analiza wariancji z powtarzającymi pomiarami – wartości statystyk			
		średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	F	Pv	F	Pv
Nieosobowa kontrola działania	Nieosobowe	17,5	8,2	20,6	7,0	44,9	24,9	31,67	<0,001	163,56	<0,001
	Nominalizacje	21,2	12,2	24,7	10,6	76,9	50,1	38,58	<0,001	89,61	<0,001
Kierunek motywacji	Dążenie	13,1	4,3	14,4	5,4	7,3	6,2	15,37	<0,001	282,92	<0,001
	Unikanie	4,4	1,9	5,9	1,9	12,0	8,6	17,25	<0,001	127,90	<0,001
Umiejscowienie źródeł kontroli działań	Wewnętrzne	6,5	2,6	7,4	2,7	4,3	5,4	7,10	0,002	115,84	<0,001
	Zewnętrzne	3,6	1,4	5,7	2,4	8,3	6,7	10,71	<0,001	106,80	<0,001
Poziom aktywności	Stany	32,3	5,3	26,0	6,5	38,1	14,9	17,64	<0,001	440,42	<0,001
Rola w interakcjach	Działania petentynwne	6,0	2,8	8,1	3,5	4,8	4,9	6,97	0,002	129,56	<0,001
Społeczny charakter działań: indywidualne vs. wspólne	Sam	62,1	6,5	70,6	6,8	88,1	9,5	115,07	<0,001	4336,55	<0,001
	Z innymi	37,9	6,5	29,4	6,8	11,7	9,5	116,06	<0,001	557,03	<0,001

² Wartości średnich w tabeli 3 to wartości częstości występowania opisanych operatorów tekstowych w narracji w procentach. Jest to frekwencja wszystkich wyrażeń danego typu podzielona przez liczbę wszystkich czasowników w formie osobowej i dla przejrzystości obliczeń pomnożona przez 100.

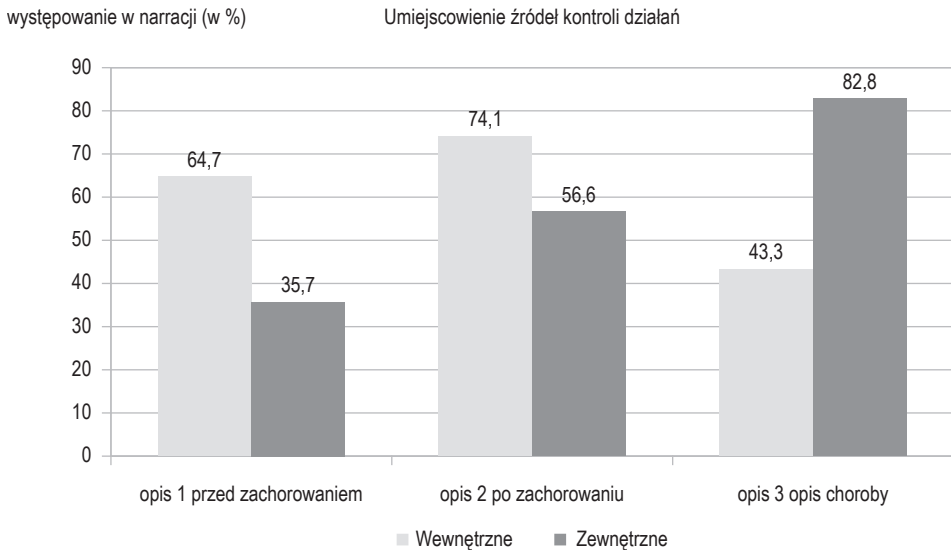
Dla wzorca „Niosobowa kontrola działania” najwyższe wyniki uzyskano dla okresu „w trakcie choroby”. Formę niosobową orzeczeń (zmienna „Niosobowe”) zastosowano w 44,9% do opisu choroby, w 20,6% – mówiąc o sobie w remisji, i w 17,5% odnosząc się do siebie przed zachorowaniem (różnice te były istotne statystycznie – test kontrastów *post hoc*). Nominalizacje były używane istotnie częściej do opisu choroby (w 76,9%) niż do okresów przed zachorowaniem (21,2%) i po zachorowaniu (24,7%) (wykres 1).



Wykres 1. Występowanie wzorca „Niosobowa kontrola działania” w narracji – w opisach trzech etapów schizofrenii

Zmienna „Unikanie” (tab. 3) wskazująca na negatywny kierunek motywacji była istotnie częściej używana do opisu choroby (12%) niż remisji (5,9%), a najrzadziej wykorzystywano ten rodzaj orzeczeń w narracji „przed zachorowaniem” (4,4%). Podobny rozkład miały zmienne: „Zewnętrzne umiejscowienie źródeł kontroli działań” oraz „Działania indywidualne”, tj. najczęściej pojawiały się one w narracjach opisujących chorobę, rzadziej w opisach „po zachorowaniu” i najrzadziej „przed zachorowaniem” – wszystkie różnice były istotne statystycznie. Odwrotny układ dotyczył zmiennej „Z innymi” mówiącej o działaniach wspólnych (najczęściej w narracji o okresie zdrowia, najrzadziej w trakcie choroby). Wzorec „Umiejscowienie kontroli działań (wewnętrzne vs. zewnętrzne)” naprowadza na najsilniej wysycaną wskaźnikami zewnętrznej motywacji narrację o chorobie (wykres 2). Pokazuje to nie tylko rozkład zmiennej „Zewnętrzne”, ale też „Wewnętrzne”, która ma istotnie niższe wyniki dla etapu „w trakcie choroby” (4,3%) od etapów „przed zachorowaniem” (6,5%) i „po zachorowaniu” (7,4%).

Podobny układ zmiennych ma wzorec kierunku motywacji: zmienna „Dążenie” ma także istotnie niższe częstości występowania w opisie choroby (7,3%)



Wykres 2. Występowanie wzorca „Umiejscowienie kontroli działań” w narracji – w opisach trzech etapów schizofrenii

niż w pozostałych okresach (13,1% i 14,4% – odpowiednio – 1 i 2 opis). Opisy nieaktywnych „Stanów” najczęściej pojawiały się w narracji „w trakcie choroby” (38,1%), rzadziej „przed zachorowaniem” (32,3%) i „po zachorowaniu” (26%). Natomiast „Działania petentywne” istotnie częściej pojawiały się w przedstawieniach okresu remisji (8,1%) niż okresów „przed zachorowaniem” (6%) i „w trakcie choroby” (4,8%).

Omówienie wyników

We wszystkich analizowanych wzorcach aktywności obserwowano istotne różnice między wynikami odnoszącymi się do opisu doświadczenia choroby a opisami okresu przed zachorowaniem i remisji. Różnice te wskazywały na postrzeganie obniżonego poziomu sprawstwa i intencjonalności w okresach zaostrzenia psychiatrycznego i ciężkiej depresji popsychotycznej, jak również (w mniejszym stopniu) w czasie remisji w stosunku do stanu przed zachorowaniem. Schizofrenia wpływa na opis siebie poprzez aktywność w kategoriach zewnętrznej i nieosobowej kontroli działań, unikania, powstrzymywania dążeń, działań indywidualnych i niskiego poziomu aktywności – skupienia na statycznych stanach (w przeciwieństwie do wykonywanych czynności). W badaniach narracji osób chorych na schizofrenię podkreśla się w doświadczeniu chorobowym obniżenie motywacji do działań oraz wpływ depresji popsychotycznej, która powoduje brak możliwości prowadzenia aktywnego życia [9, 42, 43].

Inni autorzy, analizując opowieści chorych na schizofrenię, wskazują na brak nadziei, załamanie „ducha” czy linii życiowej, niemożność realizacji marzeń i planów życiowych, stygmatyzację, która prowadzi do trudności w wypełnianiu ról społecznych i spadek motywacji [8, 44]. Deficyt motywacyjny jest opisywany w literaturze dotyczącej schizofrenii. Pasywność, wycofanie społeczne, objawy negatywne są rozpatrywane jako symptomy o podłożu biopsychospołecznym [43, 45]. Prezentowana praca umieszcza je w subiektywnej ramie interpretacyjnej: rozumienia siebie i swojego życia.

Deficyty motywacyjne przenikają do narracji – nie tylko do jej treści, ale też do głębokich semantyczno-językowych warstw, tj. sposobu wykorzystywania języka do opisu działań. Portretując siebie, można przejść od opisów różnych charakterystyk aktywności, poprzez motywacje związane z intencjami (tj. pejzaż aktywności), do krajobrazu tożsamości opartej na stanach intencjonalnych [46]. Zatem od opisów różnych charakterystyk aktywności poprzez motywacje związane z intencjami można dojść do opisów odnoszących się do sposobów generowania tekstów autonarracji i odwołań do spostrzegania siebie w kategoriach tożsamości. Czy zatem tożsamość wyłaniająca się z wzorców aktywności jest zmienna? Z jednej strony wzorce aktywności jako sposoby używania kategorii językowych wydają się stałą cechą człowieka, a z drugiej są one z definicji zawarte w związku formy i treści autonarracji. Prezentowane analizy pokazują, że opowiadanie o sobie w kontekście traumy, jaką jest kryzys psychotyczny i załamanie linii życiowej, może owocować zmianą postrzegania siebie i swojego życia, co odbija się w sposobie prowadzenia narracji w jej głębokich warstwach.

Obserwowane w tym badaniu różnice nie dotyczą zmian autonarracji w czasie – tworzonych w różnych okresach życia, ale zmian między retrospektywnymi obrazami siebie w zależności od uruchomionego kontekstu – fazy chorowania na schizofrenię. Tworzenie tożsamości przez jednostkę wymaga opracowywania nowych doświadczeń w celu utrzymywania poczucia ciągłości i spójności [2, 47]. Istnieją jednak opisy tożsamości wskazujące na jej złożoność – jako wielogłosową strukturę w kontekście dialogowego „ja”: płynną, zmienną, niejednorodną w wymiarze procesualnym [3, 35]. Zmiany tożsamości związane są z biegiem życia, okresami przełomowymi, doświadczeniem odmienności od innych ludzi. W doświadczenie schizofrenii wpisane są trauma i stygmatyzacja. Zatem może ono powodować zmienność tożsamości, ukazując jej różne odsłony: bardziej lub mniej sprawczą w zależności od odnoszenia się do siebie jako osoby zdrowej (przed zachorowaniem), chorującej (w trakcie choroby) lub powracającej do zdrowia (po zachorowaniu). White [48], analizując rodzinne opowieści o osobach chorych na schizofrenię, eksponował obniżanie poczucia sprawstwa i odpowiedzialności i określał je jako „zapędzone w kozi róg”.

To obniżenie sprawstwa szczególnie widać na przykładzie nominalizacji. W opisie doświadczenia chorobowego osoby badane wykorzystywały je niespotykane często (w ok. 77% wszystkich aktywności), podczas gdy w innym badaniu wykazano, że osoby zdrowe wykorzystują je do opisu siebie średnio w 19% [15]. Nominalizacje są zjawiskiem depersonalizacji komunikatów i deagentywizacji działań – w tej formie udział wykonawcy czynności jest minimalizowany, a akcentowana jest sama czyn-

ność jako dziejąca się niezależnie od niego. Można poszukiwać związku używania nominalizacji z zaburzeniami językowymi w schizofrenii – np. redukcją wypowiedzi złożonych [49, 50]. W prezentowanej pracy osoby badane, opowiadając o sobie w chorobie, niejako tkwały narrację z nominalizacji opisujących zjawiska dziejące się w świecie, a nie działania bohatera. Kiedy jednak opisywały siebie przed zachorowaniem lub w remisji, bohaterowie narracji byli w pozycji działającego podmiotu. Zatem wybór tej formy językowej nie jest determinowany przez zaburzenia językowe, lecz odnosi się do opisywanych treści i wskazuje na semantykę narracji o świecie osoby chorej. Tym bardziej że wszystkie trzy opisy siebie były tworzone w jednym czasie – po zachorowaniu.

Ciekawy jest fakt operowania działaniami petentywnymi częściej w przedstawieniach remisji niż zdrowia i opisu choroby. Ukazuje to tendencję do postrzegania siebie jako odbiorcy działań innych w okresie dochodzenia do zdrowia – poddawania się leczeniu i terapii. Natomiast w czasie zdrowia i choroby osoby badane widziały siebie bardziej w pozycji sprawcy działań, choć w chorobie – zależnego od okoliczności, reagującego na bodźce, a w zdrowiu bardziej twórcę własnego życia. Analiza wzorców aktywności wskazuje, że wraz ze zdrowieniem osoby chore na schizofrenię widzą swoje życie coraz silniej w kategoriach działań wspólnych. To potwierdza doniesienia, że wydarzenia pozytywne w narracji są częściej opisywane jako wspólne, wykonywane wraz z innymi [51]. Także w badaniach zmian narracji pod wpływem psychoterapii w schizofrenii wskazano na tendencję do zwiększania liczby interakcji osób chorych [52].

W poszukiwaniu czynników, które pozwalają „wydobywać się” ze schizofrenii, pokonywać deficyty motywacyjne, podkreśla się tworzenie strategii działań, nadawanie struktury codziennemu życiu, wchodzenie w interakcje w celu czerpania wsparcia i pomagania innym, co pozwala postrzegać siebie jako osobę potrzebną, aktywną [45]. W naszym badaniu wszystkie prezentowane wzorce mają wyższe wyniki wskazujące na poczucie sprawstwa, większą i wspólną aktywność w okresie zdrowienia – remisji w porównaniu z okresem subiektywnie definiowanej choroby. Dodatkowo okresy remisji są podobnie charakteryzowane jak przed zachorowaniem – poprzez dążenia, wewnętrzne umiejscowienie kontroli działań. Ale obserwuje się też różnice i dotyczą one: unikania, zewnętrznej i nieosobowej kontroli działań, działań indywidualnych i wspólnych. Potwierdza to zmniejszenie się deficytu motywacyjnego (w jego subiektywnym, choć niekoniecznie uświadomionym opisie) po okresie choroby. Najwyżej wysycony sprawstwem jest obraz siebie sprzed zachorowania (choć w niektórych aspektach zbliżony do opisu po zachorowaniu). Może to wskazywać na częściowy proces idealizowania siebie „zdrowego”. Skoro ten samoopis powstał po zachorowaniu, to taka idealizacja mogłaby być także efektem doświadczeń choroby – trudne doświadczenia mogą zmieniać przeszłą wizję siebie, pozwalając doceniać to, co się utraciło.

Tożsamość osoby chorej na schizofrenię zawiera różne pozycje podmiotowe „ja”, głosy w autonarracji charakteryzowane przez wzorce aktywności, postrzeganie własnego sprawstwa. Są to opisy retrospektywne powstałe po doświadczeniu kryzysu psychotycznego, a różnice między nimi związane są z uruchomieniem

kontekstu opisu doświadczeń, tj. faz chorowania (przed chorobą, w trakcie choroby i w remisji). Prezentowana praca ukazuje, że wraz z uruchomieniem tego kontekstu następuje zmiana stosowanych konstrukcji językowych służących do opisu siebie i swoich doświadczeń. Konstrukcje te są używane w sposób niepoddający się świadomej manipulacji – bo opierają się na częstości występowania semantycznie powiązanych grup wyrażen. Zmiany te ujawniają różnice w używaniu wzorców aktywności podmiotowej do opisu siebie jako osoby zdrowej, chorującej lub wyleczonej. A zatem zaobserwowano odmienne sposoby prowadzenia narracji na poziomie warstw semantyczno-językowych, które odnoszą się do tożsamości i wskazują na zmienność pozycji „ja”, obrazów siebie związaną z doświadczeniem kryzysu psychiatrycznego. Dowodzi to wpływu traumy schizofrenii, prowadzącej do powstania wielogłosu, który może ubogacać lub utrudniać integrację tożsamości [1–4]. Zatem celem psychoterapii powinna być pomoc w integracji i korzystaniu z tego wielogłosu.

Wnioski

1. We wszystkich analizowanych wzorcach aktywności obserwowano istotne różnice między wynikami odnoszącymi się do opisu doświadczenia choroby a opisami okresu przed zachorowaniem i remisji. Różnice te wskazywały na postrzeganie obniżonego poziomu sprawstwa i intencjonalności w okresach zaostrzenia psychiatrycznego i ciężkiej depresji popsychotycznej, jak również (w mniejszym stopniu) w czasie remisji w stosunku do stanu przed zachorowaniem. Opisy aktywności w trakcie choroby są mocniej wysyczone wzorcami zewnętrznego umiejscowienia kontroli, nieosobowej kontroli działania, unikania, działań indywidualnych, stanów – w porównaniu z okresem remisji, a szczególnie opisami funkcjonowania przed zachorowaniem.
2. Zmiany w sposobie prowadzenia narracji – dotyczące jej głębokich semantyczno-językowych warstw – zależne od opisywanego okresu choroby wskazują na proces przeformułowania tożsamości pod wpływem traumy schizofrenii.
3. Opisy okresów zdrowia, chorowania i remisji można traktować jako kolejne głosy w autonarracji, które różnią się nie tylko treścią opisów siebie, ale też sposobem wypowiedzania się i stosowania operatorów wzorców działań.

Piśmiennictwo

1. McAdams DP. *The development of a narrative identity*. W: Sarbin T, Scheibe K. red. *Studies in social identity*. New York: Preager Press; 1983. S. 160–171.
2. Giddens A. *Modernity and Self-identity. Self and society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity; 1991.
3. Oleś P. *O różnych rodzajach tożsamości oraz ich stałości i zmianie*. W: Oleś P, Batory A red. *Tożsamość i jej przemiany a kultura*. Lublin: Wydawnictwo Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego; 2008. S. 41–84.

4. Lifton RJ. *The Protean Self. Human resilience in an age of fragmentation*. Chicago–London: The University of Chicago Press; 1993.
5. Angermeyer MC, Beck M, Dietrich S, Holzinger A. *The stigma of mental illness: Patients' anticipations and experiences*. Int. J. Soc. Psychiatry 2004; 50(2): 153–162.
6. Barbaro de B. *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”*. Psychiatr. Pol. 2004; 38(5): 771–782.
7. Holm T, Kirkegaard Thomsen D, Bliksted V. *Life story chapters and narrative self-continuity in patients with schizophrenia*. Conscious. Cogn. 2016; 45: 60–74.
8. Lysaker PH, Davis LW, Warman DM, Strasburger A, Beattie N. *Stigma, social function and symptoms in schizophrenia and schizoaffective disorder: Associations across 6 months*. Psychiatry Res. 2007; 149(1–3): 89–95.
9. Del-Monte J, Capdevielle D, Gély-Nargeot MC, Yazbek H, Pupier F, Boulenger JP i wsp. *Evolution of the concept of apathy: The need for a multifactorial approach in schizophrenia*. Encephale 2013; 39(Suppl 1): 57–63.
10. Raffard S, D'Argembeau A, Lardi C, Bayard S, Boulenger JP, Van der Linden M. *Narrative identity in schizophrenia*. Conscious. Cogn. 2010; 19: 328–340.
11. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.
12. Chądzyńska M, Osuchowska-Kościańska A, Bednarek A. *Postrzeganie własnego sprawstwa przez osoby chore na schizofrenię – analiza wzorców aktywności w autonarracjach*. Psychiatr. Pol. 2014; 48(6): 1225–1235.
13. Danes F. *Semantyczna i tematyczna struktura zdania i tekstu*. W: Mayenowa MR red. *Tekst i język. Problemy semantyczne*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk; 1974. S. 23–40.
14. Lyons J. *Semantyka*, t. 2. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1989.
15. Chądzyńska M. *Wzorce aktywności w narracjach rodzinnych. Metoda badania, krystalizacja i przekaz międzypokoleniowy*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
16. Kofta M. *Człowiek jako przyczyna zdarzeń*. W: Kofta M, Szutrowa T red. *Złudzenia, które pozwalają żyć: szkice z psychologii społecznej*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1991. S. 169–200.
17. Charms de R. *Personal causation*. New York: Academic Press; 1968.
18. Ryan RM, Deci EL. *Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions*. Contemp. Educ. Psychol. 2000; 25(1): 54–67.
19. Rotter J. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. Psychol. Monogr. 1966; 80(1): 1–28.
20. Reykowski J. *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne; 1977.
21. Tomaszewski T. red. *Psychologia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1982.
22. Skinner BF. *Zachowanie się organizmów*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1995.
23. Wygotski LS. *Wybrane prace psychologiczne II. Dzieciństwo i dorastanie*, Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka; 2002.
24. Jędrzejko E. *Nominalizacje w systemie i w tekstach współczesnej polszczyzny*. Katowice: Uniwersytet Śląski; 1993.
25. Horney K. *Neurosis and human growth*. New York: Norton; 1950.
26. Fromm E. *The art. Of loving*. New York: Harper & Row; 1956.

27. Maslow AH. *Motywacja i osobowość*. Warszawa: PAX; 1990.
28. Sullivan HS. *Clinical studies in psychiatry*. New York: W.W. Norton & Company; 1956.
29. Bowlby J. *Attachment and loss*, vol. 1: *Attachment*. New York: Basic Books; 1969/1982.
30. Erikson EH, Erikson JM. *The life cycle completed*. New York: W.W. Norton; 1997.
31. Adler G. *Studies in analytical psychology*. New York: Norton; 1948.
32. Atkinson JW. *An introduction to motivation*. New York–Princeton: Van Nostrand; 1964.
33. Grzelak J. *Kontrola, preferencje kontroli, postawy wobec problemów społecznych*. W: Lewicka M red. *Jednostka i społeczeństwo*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002. S. 131–148.
34. McClelland DC. *Managing motivation to expand human freedom*. *Am. Psychol.* 1978; 33(3): 201–210.
35. Hermans HJM. *The construction and reconstruction of a dialogical self*. *J. Construct. Psychol.* 2003; 16(2): 89–130.
36. Chafe WL. *Meaning and the structure of language*. Chicago–London: University of Chicago Press; 1971.
37. Kawka M. *Słownik syntaktyczno-semantyczny czasowników polskich, cz. 1: Czasowniki bezprzedrostkowe*. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1980.
38. Strelau J. *Temperament, osobowość, działanie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1985.
39. Doliński D. *Orientacja defensywna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii Polskiej Akademia Nauk; 1993.
40. Kuhl J. *Motivational and functional helplessness: The moderating effect of state versus action orientation*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1981; 40(1): 155–170.
41. Grzegorzczkowska R, Laskowski R, Wróbel H. *Gramatyka współczesnego języka polskiego, t. 2: Morfologia*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1984.
42. Engel M, Fritzsche A, Lincoln TM. *Anticipatory pleasure and approach motivation in schizophrenia-like negative symptoms*. *Psychiatry Res.* 2013; 15, 210(2): 422–426.
43. Vohs JL, Lysaker PH, Nabors L. *Associations of personality with intrinsic motivation in schizophrenia*. *Psychiatry Res.* 2013; 208(1): 78–80.
44. Deegan P. *Spirit breaking: When the helping professions hurt*. *Humanist. Psychol.* 1990; 18(3): 301–313.
45. Boydell KM, Gladstone BM, Volpe T. *Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: A biopsychosocial understanding*. *Psych. Rehab. J.* 2003; 26(4): 422–426.
46. White M. *Re-authoring lives: Interviews and essay*. Adelaide, Australia: Dulwich Centre Publications; 1995.
47. Baumeister RF. *Identity, self-concept, and self-esteem: The self lost and found*. W: Hogan R, Johnson JA, Briggs RS red. *Handbook of personality psychology*. San Diego: Academic Press; 1997. S. 681–710.
48. White M. *Family therapy and schizophrenia. Addressing the “in-the-corner” lifestyle*. *Dulwich Centre Newsletter*, Spring, 1987: 14–21.
49. Czernikiewicz A. *Przewodnik po zaburzeniach językowych w schizofrenii*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2004.
50. Woźniak T. *Zaburzenia języka w schizofrenii*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 2000.

51. Gruber J, Kring AM. *Narrating emotional events in schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 2008; 117(3): 520–533.
52. Lysaker PH, Lancaster RS, Lysaker JT. *Narrative transformation as an outcome in the psychotherapy of schizophrenia*. Psychol. Psychother. 2003; 76(Pt 3): 285–299.

Adres: Małgorzata Chądyńska
mail: malgorzatachadz@gmail.com

Otrzymano: 6.07.2020
Zrecenzowano: 16.07.2021
Otrzymano po poprawie: 19.08.2021
Przyjęto do druku: 16.03.2022