

Higiena osobista u osób z diagnozą schizofrenii: znaczenie płci, charakterystyk klinicznych oraz Ja cielesnego

Personal hygiene in individuals with a diagnosis of schizophrenia: the role of gender, clinical characteristics, and the body self

Olga Sakson-Obada

Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Summary

Aim. The purpose of the study was to examine whether individuals with a diagnosis of schizophrenia differ in personal hygiene (PH) from controls and to assess the importance of gender, clinical characteristics and body self (body experience and body image) for PH.

Method. Eighty-two subjects with a diagnosis of schizophrenia in stable mental state and 82 control subjects were studied. All subjects completed the *Personal Hygiene Scale* (PHS), the *Body Self Questionnaire*, and answered the questions in *Cenestopathy Interview*. To confirm the validity of patients' replies, PHS was also completed by medical staff.

Results. Subjective assessment of PH correlated with ratings made by medical personnel. The patient group subjects rated their PH worse than controls. Men rated their PH worse than women. In the case of male patients, hygienic deficits were associated with numerous disturbances in body experience (cenestopathy, disturbances in interpreting and regulating body states, and disturbances in body identity), while in the case of women with schizophrenia they were related only to difficulties in interpreting and regulating body states and negative symptoms.

Conclusions. Individuals with a diagnosis of schizophrenia in a stable mental state manifest deficits in personal hygiene that are related not so much to negative body image as to a disturbed body experience. The determinants of hygiene deficits in schizophrenia are gender-dependent. The study did not include individuals with severe illness, which helps to understand the lack of correlation between negative symptoms of schizophrenia and PH in the male study group.

Słowa kluczowe: schizofrenia, higiena osobista, Ja cielesne

Key words: schizophrenia, personal hygiene, body self

Wstęp

Schizofrenia jest związana z deficytami dbałości o siebie, obejmującymi nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, brak aktywności fizycznej, troski o wygląd oraz sposób odżywiania [1–3]. Wymienione zachowania nie tylko przyczyniają się do pogorszenia dobrostanu psychicznego, ale także stanowią istotny czynnik ryzyka dla chorób somatycznych skutkujących przedwczesną śmiercią osób z diagnozą schizofrenii [4]. Mimo że brak dbałości o własny wygląd obserwuje się w ciężkich postaciach depresji i uzależnienia od alkoholu czy narkotyków, to utratę zainteresowania własną higieną postrzega się jako relatywnie specyficzną dla schizofrenii, stwierdzaną tak w prodromie [5], jak i w ostrej fazie choroby oraz w jej chronicznej postaci [6].

Chociaż brak zaangażowania we własny wygląd jest charakterystyczną (aczkolwiek zarazem subtelną) cechą prodromu choroby [5], to uogólnione i trwałe zaniedbania higieniczne w ciężkiej postaci schizofrenii są łatwo zauważalne i emocjonalnie poruszające dla innych osób, w tym dla personelu medycznego [6, 7]. Obejmują one brak opatrywania ran, brak dbałości o czystość ciała (włosów, paznokci, zębów) i nieprzywiązywanie wagi do czystości ubrań. Zachowania te nie tylko zwiększają ryzyko pogorszenia stanu zdrowia, ale także utrudniają relacje społeczne, prowadząc do izolacji i stygmatyzacji osób chorujących na schizofrenię [3, 7].

Wprawdzie zaniedbania higieniczne w schizofrenii są dobrze rozpoznane przez klinicystów, jednak dostępnych jest niewiele badań poświęconych temu zagadnieniu. Badania prowadzone w tym obszarze odnosiły się do pozytywnych skutków działań edukacyjnych i treningu behawioralnego dotyczącego mycia zębów [8], interwencji behawioralnych wzmacniających troskę o wygląd [3] oraz powiązań poważnych zaniedbań higienicznych z zakłóceniami przetwarzania bodźców olfaktorycznych i negatywnymi symptomami schizofrenii [6].

Brak motywacji do podejmowania czynności higienicznych w schizofrenii można rozważać z dwóch różnych perspektyw. Pierwsza opiera się na opisowym ujęciu symptomów psychiatrycznych i zakłada, że obniżona motywacja do dbania o siebie jest manifestacją negatywnego syndromu schizofrenii [6, 7]. Drugie podejście uwypukla znaczenie mechanizmu psychologicznego wyjaśniającego deficyty w zachowaniach higienicznych [9, 10]. Według Orbacha [9] emocjonalny stosunek do własnego ciała, jak i sposób jego doświadczania (np. progi doznań, świadomość stanów ciała, fizyczna anhedonia, dysocjacja od ciała) stanowią podstawę zachowań ukierunkowanych na troskę o ciało. Przyjmuje się zatem, że pozytywne ustosunkowanie do ciała oraz przeżywanie go jako miejsca zrozumiałych doznań, emocji i potrzeb jest podstawą postrzegania ciała jako wartego dbałości i ochrony [9].

Modelem teoretycznym uwzględniającym doświadczanie własnego ciała oraz emocjonalne ustosunkowanie do jego cech jest trzyczynnikowa koncepcja Ja cielesnego [11]. Zgodnie z tym ujęciem Ja cielesne (JC) jest aspektem osobowości, który obejmuje trzy wymiary: (1) funkcje, (2) tożsamość cielesną oraz (3) poznawczo-afektywne reprezentacje cech ciała (obraz ciała). Funkcjonalny i tożsamościowy aspekt Ja cielesnego odnosi się do doświadczania ciała, natomiast obraz ciała akcentuje afektywne ustosunkowanie do jego cech. Przyjęto, że doświadczanie własnego ciała jest uzależnione

od funkcji Ja cielesnego, do których zaliczono percepcję doznań płynących zarówno z wnętrza ciała, jak i z otoczenia, a także interpretację oraz regulację emocji i potrzeb cielesnych. Operatywność funkcji Ja cielesnego oraz formalne cechy reprezentacji (poziom ich organizacji, zróżnicowania, stabilności) są podstawą poczucia tożsamości cielesnej, czyli przeżycia odrębności od otoczenia, poczucia życia, spójności z własnym ciałem oraz ciągłości ciała w czasie i przestrzeni.

Według Sakson-Obady i wsp. [11] schizofrenia jest zaburzeniem psychicznym, które polega na dezorganizacji funkcji i reprezentacji psychicznych [12, 13], czego efektem są poważne zakłócenia tożsamości cielesnej. Wyniki badań dowodzą, że schizofrenia łączy się z licznymi zakłóceniami doświadczania własnego ciała odnoszącymi się do funkcjonalnego i tożsamościowego aspektu JC przy względnie pozytywnym obrazie ciała. Osoby z diagnozą schizofrenii borykają się z zakłóceniami doznawania, które obejmują dziwne, trudne do werbalizacji doznania płynące z wnętrza ciała, czyli tzw. cenestopatię [14], oraz naprzemienne stany nadmiernej i stępionej wrażliwości na bodźce z otoczenia [11]. Mają one również trudność w interpretacji oraz regulacji emocji i potrzeb cielesnych oraz poważne zakłócenia tożsamości cielesnej – zaburzone poczucie odrębności od otoczenia, poczucie wyobcowania wobec własnego ciała, poczucie wewnętrznej pustki i śmierci, dezintegracji ciała [11, 15–17]. Dowiedziono przy tym, że negatywne ustosunkowanie do ciała nie jest charakterystyczne dla osób z diagnozą schizofrenii, gdyż nie różnią się one zarówno w akceptacji własnego wyglądu, jak i sprawności fizycznej od osób z grupy kontrolnej [11, 18, 19], chociaż nieznacznie gorzej oceniają płciowe cechy ciała [11]. Wyniki przedstawionych badań sugerują, że w wypadku schizofrenii zakłócone doświadczanie własnego ciała jest ważniejszym czynnikiem dla troski o własne ciało niż emocjonalne ustosunkowanie do jego cech. Nie można wszakże wykluczyć, że u osób z diagnozą schizofrenii pozytywny obraz ciała będzie sprzyjać podejmowaniu zachowań związanych z higieną osobistą, co postulowała motywacyjna teoria troski o siebie [9, 10].

Cel

Celem badania było oszacowanie różnic w zakresie troski o higienę między grupą kontrolną i kliniczną oraz ocena znaczenia dla osobistej higieny zmiennych demograficznych, medycznych charakterystyk choroby oraz zakłóceń w JC (wymiar funkcji, tożsamości oraz dwa aspekty obrazu ciała, czyli akceptacja własnego wyglądu i płci biologicznej) u osób z diagnozą schizofrenii w stabilnym stanie psychicznym. Przed przystąpieniem do analiz sprawdzono, czy ocena troski o higienę dokonywana przez pacjentów jest spójna z ocenami dokonywanymi przez personel medyczny. Na możliwość wystąpienia skrajnych rozbieżności w ocenach wskazywały wyniki wcześniejszych badań. Jednakże nieadekwatnie pozytywna, to jest odwrotnie proporcjonalna do ocen personelu medycznego, ocena własnej higieny cechowała jedynie pacjentów przebywających w szpitalu z powodu chronicznej schizofrenii [7]. Przewidywano zatem, że osoby pozostające w stabilnym stanie psychicznym będą zdolne do względnie adekwatnej oceny zarówno częstości zachowań higienicznych, jak i zakłóceń w Ja cielesnym.

Material

W badaniu wzięły udział 164 osoby, w tym 82 osoby w stabilnym stanie psychicznym ze zdiagnozowaną schizofrenią według kryteriów ICD-10 (pacjenci hospitalizowani 1–4 dni przed opuszczeniem szpitala = 36; pacjenci leczeni ambulatoryjnie = 46; wiek $M = 38,0$; $SD = 9,0$; 50% mężczyźni). Grupę kliniczną stanowili pacjenci szpitali psychiatrycznych, poradni zdrowia psychicznego oraz dziennych oddziałów psychiatrycznych znajdujących się na terenie Wielkopolski, Olsztyna i Szczecina. Grupa kliniczna była homogeniczna, gdyż pacjenci leczeni ambulatoryjnie i hospitalizowani nie różnili się w zakresie osobistej higieny, pod względem aspektów JC oraz nasilenia symptomów (skala PANSS). Grupę kontrolną zrekrutowano za pośrednictwem znanego portalu społecznościowego i była ona dobrana do grupy klinicznej pod kątem płci, wieku i wykształcenia. Zastosowano następujące kryteria wykluczające: chroniczna choroba somatyczna lub niepełnosprawność fizyczna, uzależnienie od alkoholu lub środków psychoaktywnych (grupa kliniczna i kontrolna), ostry stan psychozy, chroniczny przebieg schizofrenii (grupa kliniczna), historia hospitalizacji psychiatrycznej, korzystanie w chwili obecnej z pomocy psychologa lub psychiatry (grupa kontrolna).

W celu przeprowadzenia badań zorganizowano indywidualne spotkania z badanymi, po uzyskaniu ich pisemnej zgody na udział w projekcie. Personel medyczny oceniał higienę pacjentów. W trakcie indywidualnych spotkań wszyscy badani wypełniali *Kwestionariusz Ja cielesnego*, *Skalę higieny osobistej* oraz odpowiadali na pytania *Wywiadu do oceny cenestopatii*. Ocena typu choroby, jej przebiegu i nasilenia symptomów była przeprowadzana przez lekarza psychiatrę. Demograficzne i kliniczne charakterystyki badanych grup zamieszczono w tabeli 1. Badane grupy nie różniły się ze względu na wiek ($M = 38$ lat), wykształcenie oraz wskaźnik BMI. Osoby z diagnozą schizofrenii częściej były samotne, częściej też mieszkały na wsi i w małych miastach niż osoby z grupy kontrolnej. W grupie klinicznej dominowało rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej o ostrym początku, a średni wiek rozpoczęcia choroby wyniósł 25 lat.

Tabela 1. Demograficzna i kliniczna charakterystyka badanych grup

Wyszczególnienie	Schizofrenia (n = 82)	Grupa kontrolna (n = 82)	Test ($\chi^2 / t; p$)
Płeć (n, %)			
Kobiety	41 (50%)	41 (50%)	0,0; n.s.
Mężczyźni	41 (50%)	41 (50%)	
Związek			
Samotni	64 (78%)	23 (28%)	4,1; 0,001
W związku	18 (22%)	59 (72%)	
Wiek (SD)	38,0 (9,0)	38,0 (9,6)	0,0; n.s.
BMI (SD)	27,3 (5,4)	25,8 (4,4)	1,97; n.s.
Wykształcenie (w latach) (SD)	13,3 (2,8)	13,4 (2,8)	0,14; n.s.
Miejsce zamieszkania			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wieś	11 (13,4%)	2 (2,4%)	27,4; 0,001
Miasto do 50 tys. mieszkańców	24 (29,3%)	4 (4,9%)	
Miasto powyżej 50 tys. mieszkańców	47 (57,3%)	76 (92,7)	
Charakterystyki kliniczne	Średnia	SD	
Wiek rozpoczęcia choroby	25,60	7,90	
Liczba hospitalizacji (ostatnie trzy lata)	1,55	1,67	
Początek choroby			
Ostry	60 (73,2%)		
Stopniowy	22 (26,8%)		
PANSS			
Objawy pozytywne	12,77	5,44	
Objawy negatywne	17,24	7,62	
Ogólna psychopatologia	33,32	10,25	
Typ schizofrenii (n, %)			
Paranoidalna	72 (87,8%)		
Niezróżnicowana	6 (7,3%)		
Hebefreniczna	1 (1,2%)		
Rezydualna	1 (1,2%)		
Prosta	2 (2,4%)		

Metody

Skala osobistej higieny posłużyła do oceny częstości powszechnych zachowań higienicznych (opatrzywanie skaleczeń, dbałość o czystość paznokci, ubrań i zębów). To autorskie narzędzie skonstruowano na podstawie wyników analizy czynnikowej (badaniu poddano 120 dorosłych osób pracujących). Jej zastosowanie pozwoliło na wyodrębnienie sześciu twierdzeń (z czternastu) o stosunkowo wysokim ładunku czynnikowym ($> 0,4$; α Cronbacha = 0,73). Kwestionariusz wypełniali zarówno pacjenci i osoby z grupy kontrolnej, jak i personel medyczny, który oceniał częstość zachowań higienicznych pacjentów (α Cronbacha pacjenci = 0,75; α Cronbacha ocena personelu = 0,86). Przy obliczaniu wyniku posługiwano się średnią, co oznacza, że mieścił się on w przedziale 1–5 (wykorzystano skalę Likerta: 1 – „prawie nigdy”, 5 – „prawie zawsze”). Im wyższy wynik, tym więcej zachowań związanych z higieną.

Za pomocą *Kwestionariusza Ja cielesnego* [11] oceniano zakłócenia w obrębie funkcji, tożsamości cielesnej oraz obrazu ciała. Cztery skale mierzyły funkcje JC, takie jak: (1) „Obniżony próg doznań”, (2) „Podwyższony próg doznań”, (3) „Interpretacja emocji i potrzeb cielesnych”, (4) „Regulacja emocji i potrzeb cielesnych”. Kolejna

(5) skala badała tożsamość cielesną, dwie mierzyły obraz ciała, czyli (6) akceptację wyglądu i (7) akceptację płci biologicznej. Obliczając wyniki, posługiwano się średnimi, co oznacza, że mieściły się one w przedziale 1–5 (zastosowano skalę Likerta: 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”, 5 – „całkowicie się zgadzam”). Im wyższe wyniki, tym więcej zakłóceń w JC.

Wywiad do oceny cenestopatii służył do oceny obecności 10 doznań cenestopatycznych (np. niezwyklej lekkości lub ciężaru, doznań migrujących, dziwnego bólu), które wyodrębniono na podstawie analizy literatury przedmiotu [20, 21]. Doznania cenestopatyczne zdefiniowano jako dziwne i obce wrażenia z ciała, których obecność jest trudna do wyjaśnienia przez osoby je przeżywające [20]. Im wyższy wynik, tym więcej doznań cenestopatycznych zdiagnozowano u badanego. Użyto też skali PANSS (*Positive and Negative Syndrome Scale* [22]) do oceny symptomów schizofrenii (pozytywnych, negatywnych i psychopatologii ogólnej).

Do porównania subiektywnej oceny HO i oceny dokonywanej przez personel wykorzystano współczynnik korelacji r Spearmana, tau Kendalla oraz test rang Wilcoxona. Biorąc pod uwagę wyniki testu Levene'a sprawdzającego równość wariancji błędów, do oceny różnic w zakresie higieny między grupami zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji, uwzględniającą podział na płeć i przyporządkowanie do grupy klinicznej i kontrolnej. Do oceny powiązań HO ze zmiennymi demograficznymi zastosowano analizę korelacji (Pearsona oraz Spearmana) oraz porównania międzygrupowe (test Manna-Whitneya). Ze względu na różnice między płciami w średnich wynikach higieny osobistej analizę wpływu czynników klinicznych i osobowościowych przeprowadzono osobno dla kobiet i mężczyzn, wykorzystując współczynniki korelacji (Pearsona) i testy różnic (test Manna-Whitneya).

Wyniki

Subiektywna ocena osobistej higieny a ocena personelu

Subiektywna ocena HO była skorelowana z ocenami wykonywanymi przez personel medyczny ($r = 0,474$; $p < 0,001$), oceny te były zbliżone ($M_{\text{personel}} = 3,96$; $SD = 0,88$; $M_{\text{pacjenci}} = 3,96$; $SD = 0,73$; $Z = 0,62$; $p = 0,538$). Zgodność między ocenami była największa w wypadku łatwych do zaobserwowania manifestacji HO, takich jak: dbałość o czystość paznokci ($\tau = 0,664$; $p < 0,001$) i ubrań ($\tau = 0,450$; $p < 0,001$) oraz przykładanie wagi do własnego wyglądu ($\tau = 0,622$; $p < 0,001$). Z kolei ocena zachowań, których obecność była trudniejsza do stwierdzenia przez personel medyczny, skutkowała większymi rozbieżnościami: opatrywanie ran ($\tau = 0,175$; $p = 0,066$), mycie zębów ($\tau = 0,265$; $p = 0,004$), przeciwdziałanie zmianom skórnyom ($\tau = 0,267$; $p = 0,004$). Biorąc pod uwagę powyższe dane oraz wątpliwości zgłaszane przez personel medyczny co do adekwatności oszacowania trzech ostatnich aspektów HO, w dalszych analizach skupiono się na ocenach dokonywanych przez pacjentów.

Higiena osobista w grupie klinicznej i kontrolnej

Wyniki analizy wariancji, w której uwzględniono przynależność do grupy klinicznej lub kontrolnej oraz płeć, wykazały silny efekt płci ($F(1,160) = 25,57; p < 0,001; \eta^2_p = 0,14$) oraz nieco słabszy efekt przynależności do grupy ($F(1,160) = 18,2; p < 0,001; \eta^2_p = 0,10$). Oznacza to, że pacjenci z diagnozą schizofrenii cechują się mniejszą dbałością o higienę niż osoby z grupy kontrolnej ($M_{\text{sch.}} = 3,96; SD = 0,73; M_{\text{kontr.}} = 4,38; SD = 0,60$), a kobiety z obu grup cechują się większą troską o higienę niż mężczyźni ($M_{\text{k.kontr.}} = 4,60; SD = 0,46; M_{\text{k.schi.}} = 4,24; SD = 0,61; M_{\text{m.kontr.}} = 4,16; SD = 0,66; M_{\text{m.schi.}} = 3,96; SD = 0,74$).

Powiązania higieny osobistej ze zmiennymi demograficznymi, klinicznymi i Ja cielesnym w grupie klinicznej

Zarówno wskaźnik BMI ($r = -0,023; p = 0,835$), jak i wiek pacjentów ($r = 0,031; p = 0,785$), pozostawanie w związku ($z = 0,258; p = 0,796$) oraz miejsce zamieszkania ($\rho = 0,098; p = 0,381$) nie były związane z HO. Z kolei lata edukacji były dodatnio skorelowane z HO ($r = 0,331; p = 0,002$). Jednocześnie okazało się, że mężczyźni chorujący na schizofrenię cechują się mniejszą troską o higienę niż chorujące kobiety ($z = 3,46; p < 0,001; M_{\text{k}} = 4,24; SD = 0,61; M_{\text{m}} = 3,69; SD = 0,74; z = 3,46; p < 0,001$).

Wyniki analiz związków HO z charakterystykami klinicznymi choroby, prowadzonych osobno u kobiet i mężczyzn, zostały przedstawione w tabeli 2.

Tabela 2. Związki higieny osobistej i zmiennych klinicznych

Higiena	Objawy pozytywne ^a	Objawy negatywne ^a	Ogólna psychoopatologia ^a	Liczba hospitalizacji (3 lata) ^a	Wiek rozpoczęcia choroby ^a	Początek (ostry/przewlekły) ^b
Kobiety	$r = -0,133$	$r = -0,346^*$	$r = -0,199$	$r = -0,165$	$r = -0,212$	$z = 0,353$
Mężczyźni	$r = -0,159$	$r = -0,009$	$r = -0,301$	$r = -0,289$	$r = -0,162$	$z = 0,993$

^a współczynniki korelacji r Pearsona

^b test Manna-Whitneya

* $p < 0,05$

Przeprowadzone analizy pokazały, że w wypadku mężczyzn żadna z charakterystyk klinicznych choroby nie jest związana z HO. Z kolei u badanych kobiet tylko nasilenie objawów negatywnych szło w parze z gorszą higieną. Pozostałe charakterystyki choroby (objawy pozytywne, ogólna psychoopatologia, liczba hospitalizacji, wiek rozpoczęcia choroby oraz rodzaj jej początku) nie miały znaczenia dla częstości zachowań higienicznych.

Powiązania higieny osobistej z Ja cielesnym, osobno w grupie kobiet i mężczyzn z diagnozą schizofrenii, zostały przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3. Związki higieny osobistej i Ja cielesnego w grupie klinicznej

Higiena	Podwyższony próg	Obniżony próg	Cenestopatia	Interpretacja	Regulacja	Tożsamość	Akceptacja wyglądu	Akceptacja płci
Kobiety	$r = -0,181$	$r = -0,084$	$r = -0,218$	$r = -0,364^*$	$r = -0,364^*$	$r = -0,218$	$r = -0,169$	$r = -0,171$
Mężczyźni	$r = -0,245$	$r = -0,210$	$r = -0,370^*$	$r = -0,364^*$	$r = -0,396^*$	$r = -0,335^*$	$r = -0,251$	$r = -0,182$

$p < 0,05$

W wypadku kobiet z diagnozą schizofrenii mniejsza częstość zachowań higienicznych korelowała jedynie z zakłóceniami w interpretacji i regulacji emocji i potrzeb cielesnych. Z kolei u mężczyzn zaniedbania higieniczne były związane z cenestopatią, trudnościami w interpretacji i regulacji emocji oraz potrzeb fizycznych, a także z zakłóceniami tożsamości cielesnej (por. tab. 2).

Omówienie wyników

Zaniedbania higieniczne u osób z diagnozą schizofrenii są jednym z istotnych przejawów deficytów troski o siebie. Brak troski o higienę zwiększa ryzyko pogorszenia zdrowia oraz jest powodem stygmatyzacji i izolacji osób cierpiących na schizofrenię [3, 4]. Dotychczasowe badania skupiały się na zaniedbaniach higienicznych u osób z chroniczną postacią choroby oraz pozostających w stanie ostrym psychozy [3, 6, 7]. HO była w nich oceniana przez personel medyczny, czemu towarzyszyło niejawnie założenie, że sami pacjenci nie są w stanie adekwatnie ocenić trudności związanych z troską o własną higienę. Chociaż okazało się ono trafne w odniesieniu do osób cierpiących na chroniczną postać choroby [7], to jednocześnie brakowało badań, które sprawdzałyby: (1) czy pacjenci pozostający w stabilnym i relatywnie dobrym stanie psychicznym cechują się gorszą HO w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej; (2) czy subiektywna ocena zachowań higienicznych w tej grupie jest spójna z ocenami dokonywanymi przez personel medyczny. Co więcej, we wcześniejszych badaniach skupiano się na powiązaniach deficytów higienicznych z negatywnymi symptomami choroby, pomijając udział zmiennych osobowościowych i znaczenie czynnika płci dla HO. Prezentowane wyniki uzupełniają tę lukę, gdyż uczestnikami badania były osoby pozostające w stabilnym stanie psychicznym (osoby leczone ambulatoryjnie i pacjenci tuż przed zakończeniem hospitalizacji psychiatrycznej), których subiektywna ocena HO została porównana z oceną personelu medycznego, a w analizach uwzględniono znaczenie czynnika płci, symptomów choroby oraz zakłóceń w Ja cielesnym dla zaniedbań higienicznych.

Wyniki badań dotyczących higieny osobistej u osób z diagnozą schizofrenii są umiarkowanie optymistyczne. Po pierwsze, dowiedziono, że osoby z diagnozą schi-

zofrenii w stabilnym stanie psychicznym trafnie oceniają swoją higienę osobistą, gdyż częstość łatwych do zaobserwowania zachowań była podobnie oceniana przez pacjentów i przez personel medyczny. Nie stwierdzono zatem efektu nieadekwatnej i nadmiernie pozytywnej oceny osobistej higieny, który udowodniono u osób chorujących na chroniczną postać choroby [7]. Po drugie, chociaż pacjenci gorzej oceniali własną higienę niż osoby z grupy kontrolnej, to jednocześnie efekt przynależności do płci był silniejszy niż efekt przynależności do grupy. Oznacza to, że mężczyźni (bez względu na to, czy chorują, czy nie) mniej troszczą się o higienę osobistą niż kobiety. Wynik ten nie jest zaskakujący, zważywszy na to, że wygląd ciała i w konsekwencji dbałość o nie są istotniejsze dla tożsamości kobiet niż mężczyzn.

Inaczej niż we wcześniejszych badaniach [3, 6, 7] skupiono się na subiektywnej ocenie PH. Decyzja ta była podyktowana brakiem znaczących rozbieżności między oceną subiektywną i oceną personelu medycznego oraz wątpliwościami personelu odnośnie do trafności szacowania częstości zachowań trudnych do obserwacji (opatrzywanie ran, mycie zębów). Przedstawione badania dowiodły, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni z diagnozą schizofrenii cechują się gorszą HO niż osoby z grupy kontrolnej, a częstość zachowań higienicznych jest niezależna od takich cech demograficznych, jak miejsce zamieszkania, wskaźnik BMI czy fakt pozostawania w związku. Jediną zmienną demograficzną (oprócz płci) związaną z HO była liczba lat edukacji. Wynik pokazujący, że im więcej lat nauki, tym lepsza ocena własnej higieny, może być efektem: (a) ogólnie lepszego funkcjonowania osób, które utrzymują się w systemie edukacji mimo rozwijającego się procesu chorobowego; (b) wyższego statusu socjoekonomicznego, który z jednej strony promuje troskę o własne zdrowie, z drugiej zaś ułatwia edukację [23]; (c) czynnika aprobaty społecznej, który u osób z wyższym wykształceniem sprzyja zdawaniu sobie sprawy z ryzyka stygmatyzacji [24], co odzwierciedla się w sposobie odpowiedzi na pytania (w kierunku podtrzymania pozytywnego obrazu siebie).

Higiena osobista okazała się niezależna od medycznych charakterystyk choroby, takich jak: objawy pozytywne, ogólna psychopatologia, wiek rozpoczęcia choroby i jej typ czy liczba hospitalizacji w ciągu trzech ostatnich lat. Oczekiwana zależność między zaniedbaniami higienicznymi i nasileniem objawów negatywnych ujawniła się tylko w grupie kobiet. W tej grupie kluczowe dla obniżenia HO było nasilenie apatii ($\tau = 0,309$; $p = 0,011$) i emocjonalnego wycofania ($\tau = 0,262$; $p < 0,030$). Wynik ten w połączeniu z danymi wskazującymi na brak różnic w nasileniu negatywnych symptomów u kobiet i mężczyzn ($z = 0,363$; $p = 0,717$; $M_k = 17,44$; $M_m = 17,05$) sugeruje, że obniżenie napędu i reaktywności emocjonalnej, zwłaszcza u kobiet borykających się ze schizofrenią, manifestuje się osłabieniem nawyków związanych z troską o własny wygląd. Z kolei w wypadku mężczyzn, u których internalizacja nawyków higienicznych jest słabsza niż u kobiet, a sam wygląd nie jest kluczowy dla tożsamości, obniżenie napędu na skutek przebiegu choroby nie obniża znacząco i tak wyjściowo słabej troski o higienę. Należy jednak podkreślić, że wynik sugerujący względną niezależność HO od obrazu klinicznego schizofrenii należy spostrzegać bardziej jako efekt specyfiki badanej grupy niż ogólną prawidłowość. W badaniu uczestniczyli pacjenci w stabilnym stanie psychicznym, w dobrym kontakcie i jednocześnie chętni do współpracy. Oznacza to, że pacjenci z ciężkim przebiegiem schizofrenii (chroniczna postać choroby,

negatywny syndrom), u których obserwuje się poważne zaniedbania higieniczne [3, 6, 7], nie brali w nim udziału.

Znaczenie Ja cielesnego dla troski o własną higienę u osób z diagnozą schizofrenii opierało się na motywacyjnej teorii troski o siebie [9, 10]. Zgodnie z tą koncepcją troska o dobrostan fizyczny jest zależna zarówno od sposobu doświadczania własnego ciała, jak i od stosunku emocjonalnego do ciała. Wyniki prezentowanych badań dowiodły, że kluczowe dla deficytów higienicznych u osób z diagnozą schizofrenii są zakłócenia w sposobie doświadczania własnego ciała, a ich udział jest zależny od płci. O ile w wypadku chorujących kobiet trudności z podejmowaniem zachowań związanych z troską o własny wygląd łączą się jedynie z zakłóceniami w interpretacji i regulacji emocji i potrzeb fizycznych, o tyle u chorujących na schizofrenię mężczyzn deficyty higieniczne korelują z zakłóceniami tożsamości cielesnej oraz takimi aspektami funkcjonalnego wymiaru Ja cielesnego, jak cenestopatia, interpretacja i regulacja stanów cielesnych. Większe znaczenie zakłóceń w sposobie doświadczania ciała dla troski o higienę u mężczyzn chorujących na schizofrenię w porównaniu z chorującymi kobietami sugeruje, że zaabsorbowanie mężczyzn zdeorganizowanym sposobem przeżywania ciała znacznie bardziej niż symptomy negatywne choroby utrudnia podejmowanie nawykowych zachowań higienicznych. Z kolei silna internalizacja nawyków higienicznych u kobiet sprawia, że zachowania te są w mniejszym stopniu podatne na negatywny wpływ zdeorganizowanego sposobu doświadczania własnego ciała, w większym zaś na ogólne obniżenie napędu i motywacji do działania (objawy negatywne).

Nasze badania wykazały, że HO nie jest związana z emocjonalnym ustosunkowaniem do ciała, czyli z akceptacją wyglądu i płciowych cech ciała u osób z diagnozą schizofrenii. Dotychczasowe wyniki badań dowodziły znaczenia negatywnego stosunku do ciała dla zachowań związanych z troską o dobrostan fizyczny [25, 26] i uzyskały potwierdzenie w rezultatach analiz w grupie kontrolnej. Te ostatnie pokazały, że zaniedbania higieniczne najsilniej korelowały z negatywnym stosunkiem do ciała zarówno w grupie zdrowych kobiet ($r_{\text{akcept.płci.}} = -0,457; p = 0,003$), jak i w grupie zdrowych mężczyzn ($r_{\text{akcept.wygl.}} = -0,449; p = 0,003$). A zatem o ile w grupie kontrolnej deficyty higieny można wyjaśnić negatywnym ustosunkowaniem do własnego ciała, które aktywnie utrudnia troskę o higienę, o tyle w schizofrenii kluczowy dla troski o ciało jest brak zaangażowania w fizyczny wymiar egzystencji. Jego behawioralnym przejawem są deficyty higieniczne, które biorą się w mniejszym stopniu z negatywnego stosunku do ciała, a w większym z zagubienia w doświadczeniu cielesnym.

Wnioski

1. Osoby chorujące na schizofrenię w stabilnym stanie psychicznym trafnie oceniają troskę o własną higienę, która jest mniejsza w porównaniu z troską o HO grupy kontrolnej.
2. Oprócz płci i wykształcenia zmienne demograficzne nie były powiązane z oceną higieny u osób z diagnozą schizofrenii. W badaniu nie uwzględniono statusu ekonomicznego, który może mieć znaczenie dla troski o własne zdrowie i higienę.

- Większe niż przynależność do grupy klinicznej lub kontrolnej znaczenie czynnika płci dla troski o higienę wynika z wpływu socjalizacji na częstość zachowań higienicznych, które przez mężczyzn (zarówno chorujących, jak i zdrowych) są podejmowane rzadziej niż przez kobiety.
3. Wyniki wcześniejszych badań oraz obserwacje kliniczne dowodzą, że ciężki przebieg schizofrenii jest związany z deficytami troski o higienę. Oznacza to, że brak stwierdzenia powiązań medycznych charakterystyk choroby z HO wynikał ze specyfiki grupy klinicznej (osoby dobrze funkcjonujące i pozostające w stabilnym stanie psychicznym, z brakiem syndromu negatywnego).
 4. Uwarunkowania deficytów HO w schizofrenii są zależne od płci. W wypadku mężczyzn zaabsorbowanie chaotycznym sposobem doświadczenia własnego ciała w większym stopniu utrudnia podejmowanie zachowań higienicznych niż w wypadku chorujących kobiet, dla których wygląd jest znacznie bardziej istotny dla ich tożsamości. U chorujących kobiet z kolei kłopoty w interpretacji i regulacji stanów ciała oraz obniżenie ogólnego napędu i motywacji utrudniają HO.
 5. Zakłócenia Ja cielesnego w schizofrenii dotyczą nie tyle negatywnego stosunku emocjonalnego do ciała, ile braku afektywnego zaangażowania w ciało, czego behawioralnym wyrazem jest osłabienie troski o wygląd i higienę.
 6. Ważnym celem terapii osób z diagnozą schizofrenii jest w mniejszym stopniu „polubienie własnego ciała”, w większym zaś uzyskanie orientacji w świecie własnych doznań i emocji. Normalizacja doświadczeń cielesnych powinna zwiększyć troskę o własną higienę, zwłaszcza u mężczyzn chorujących na schizofrenię.

Piśmiennictwo

1. Haddad PM, Brain C, Scott J. *Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: Challenges and management strategies*. Patient Relat. 2014; 5: 43–62.
2. Roick C, Schindler J, Angermeyer MC, Fritz-Wieacker A, Riedel-Heller S, Frühwald S. *Health habits of patients with schizophrenia: A general pattern?* Neuropsychiatry 2008; 22(2): 100–111.
3. Wong S, Flanagan S, Kuehnel T, Liberman R, Hunnicutt R, Adams-Badgett J. *Training chronic mental patients to independently practice personal grooming skills*. Hosp. Community Psychiatry 1998; 39(8): 874–879.
4. Wildgust HJ, Hodgson R, Beary M. *The paradox of premature mortality in schizophrenia: New research question*. J. Psychopharmacol. 2010; 24(4 Suppl.): 9–15.
5. George M, Maheshwari S, Chandran J, Manohar JS, Rao TSS. *Understanding the schizophrenia prodrome*. Indian J. Psychiatry 2017; 59(4): 505–509.
6. Brewer WJ, Edwards J, Anderson V, Robinson T, Pantelis C. *Neuropsychological, olfactory, and hygiene deficits in men with negative symptom schizophrenia*. Biol. Psychiatry. 1996; 40(10): 1021–1031.
7. Hsu Y, Lin W, Kuo H. *Schizophrenic patients' poor perception in personal hygiene*. Ment. Health Fam. Med. 2017; 13: 369–374.
8. Hsieh CJ, Pan FC. *Rebuilding the dental hygiene habits of the hospitalized patients with schizophrenia*. Int. J. Med. Health Res. 2011; 5(10): 501–503.

9. Orbach I. *The role of the body experience in self-destruction*. Clin. Child Psychol. Psychiatry 1996; 1(4): 607–619.
10. Orbach I, Mikulincer M. *The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale*. Psychol. Assess. 1998; 10(4): 415–425.
11. Sakson-Obada O, Chudzikiewicz P, Pankowski D, Jarema M. *Body image and body experience disturbances in schizophrenia: An Attempt to introduce the concept of body self as a conceptual framework*. Curr. Psychol. 2018; 37(1): 390–400.
12. Bleuler E. *Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien*. Lipsk: Franz Deuticke; 1911.
13. Federn P. *Ego psychology and psychosis*. New York: Basic Books; 1952.
14. Stanghellini G, Ballerini M, Fusar Poli P, Cutting J. *Abnormal bodily experiences may be a marker of early schizophrenia?* Curr. Pharm. Des. 2012; 18(4): 392–398.
15. Stanghellini G, Ricca V. *Alexithymia and schizophrenias*. Psychopathology 1995; 28(5): 263–272.
16. Chapman LJ, Chapman JP, Raulin ML. *Body-image aberration in schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1978; 87(4): 399–407.
17. Stanghellini G, Ballerini M, Blasi S, Mancini M, Presenza S, Raballo A i wsp. *The bodily self: A qualitative study of abnormal bodily phenomena in persons with schizophrenia*. Compr. Psychiatry 2014; 55(7): 1703–1711.
18. Koide R, Iizuka S, Fujihara K, Morita N. *Body image, symptoms and insight in schizophrenia*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2002; 56(1): 9–15.
19. Izydoreczyk B. *Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich – analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania się i zaburzenia psychiczne*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(5): 653–670.
20. Gross G, Huber G, Klosterkötter J, Linz M. *Bonner Skala für die Beurteilung von Basissymptomen*. Berlin: Springer; 1987.
21. Parnas J, Møller P, Kircher T, Thalbitzer J, Jansson L, Handest i wsp. *EASE: Examination of anomalous Self-experience*. Psychopathology 2005; 38(5): 236–258.
22. Kay S, Opler L, Lindenmayer J. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS): Rationale and standardisation*. Br. J. Psychiatry 1989; 155(7): 59–65.
23. Broer M, Bai Y, Fonseca F. *Socioeconomic inequality and educational outcomes. IEA research for education*. Cham: Springer; 2019.
24. Ones D, Viswesvaran C, Reiss AD. *Role of social desirability in personal testing for personal selection: The red herring*. Am. J. Appl. Psychol. 1996; 81(6): 660–979.
25. Cook-Cottone C, Gueker W. *The development and validation of the Mindful Self-Care Scale (MSCS): An assessment of practices that support positive embodiment*. Mindfulness 2018; 9(1): 161–175.
26. Kubiak A, Sakson-Obada O. *Repetitive self-injury and the body self*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 43–54.

Adres: Olga Sakson-Obada
Wydział Psychologii i Kognitywistyki
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań
e-mail: osakson@wp.pl

Otrzymano: 16.03.2022

Zrecenzowano: 16.06.2022

Otrzymano po poprawie: 24.06.2022

Przyjęto do druku: 22.07.2022