

Nasilenie interpersonalnego poczucia winy w schizofrenii paranoidalnej

Intensification of interpersonal sense of guilt in patients with schizophrenia

Jonathan Britmann¹, Tadeusz Nasierowski², Sławomir Murawiec³,
Marzena Pawlus⁴, Elżbieta Fidler¹

¹ Psychiatryczny Zespół Leczenia Środowiskowego MSCZ w Pruszkowie
Kierownik: dr n. med. J. Britmann

² Katedra i Klinika Psychiatryczna WUM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. M. Wojnar

³ Centrum Zdrowia Psychicznego IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. K. Prot-Klinger

⁴ Kliniczny Oddział Pediatriczny, Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki w Warszawie
Ordynator oddziału: prof. dr hab. n. med. T. Jackowska

Summary

Aim. The article presented results of a research designed to compare the feeling of guilt in healthy adults and in persons diagnosed with paranoid schizophrenia.

Method. One hundred people diagnosed with paranoid schizophrenia participated in the research and 100 people without diagnosed psychopathology (control group).

Results. The findings of the research showed that the persons from the clinical group obtained much higher results in all the tests measuring a sense of guilt and that interpersonal guilt in persons suffering from paranoid schizophrenia in a majority of cases significantly is not correlated with clinical symptoms – thus it can be assessed in a relatively independent manner from a patient's behaviour and cognitive state. However, it has been proved that the strongest indications of positive symptoms of schizophrenia are: Sense of guilt related to helplessness (IGQ), Sense of guilt related to induced self-hate (IGQ), Guilt as a state (GI) and Guilt as a feature (GI), whereas indicators of negative symptoms and a general result – Guilt as a state (GI).

Conclusion. One might suppose that such a pattern of results indicates the primacy of a characteristic (guilt as a characteristic according to the Inventory of a Sense of Guilt), which is proved by a lack of correlation between schizophrenia symptoms (being more of a state nature) and the most important dimensions of the sense of guilt (being more of a characteristic nature). Moreover, the research results give grounds to confirm the existence of significant differences in the intensity of the experienced sense of guilt (Guilt as a state and Sense of guilt related to induced self-hate guilt) among outpatients and all-day treatment patients.

Słowa kluczowe: wina, schizofrenia paranoidalna, hospitalizacja

Key words: guilt, paranoid schizophrenia, hospitalisation

Wstęp

Problematykę poczucia winy i jego znaczenia w powstaniu i rozwoju objawów psychopatologicznych podjął jako jeden z pierwszych Zygmunde Freud. Zgodnie z jego koncepcją poczucie winy stanowi napięcie między wymaganiami surowego superego a osiągnięciami poddanego mu ego, i powstaje w wyniku konfliktu impulsów id ze społecznymi standardami superego [1, 2]. Alternatywną koncepcję zaproponowali Weiss [3–9], Tangney i wsp. [10, 11] oraz Zahn-Waxler i Kochanska kontynuatorzy [12]. Według nich poczucie winy wywodzi się z altruizmu i troski o innych, a objawy psychopatologiczne i zahamowanie są wynikiem nieświadomych i usilnych zmagających z poczuciem winy. W tej koncepcji poczucie winy jest zawsze interpersonalne. Taki charakter mają zarówno źródła jego powstania, jak i pełnione funkcje, odgrywające adaptacyjną rolę w utrzymywaniu relacji z innymi. Dwie zarysowane tu pokrótce koncepcje obejmują szeroki zakres rozumienia poczucia winy, od ujęcia intrapsychicznego po interpersonalne, i zdaniem autorów tej pracy nie powinny być traktowane jako wykluczające się, lecz jako wzajemnie uzupełniające.

Szczególnie istotne z punktu widzenia rozwoju objawów psychopatologicznych wydają się: poczucie winy ocalałego (survivor guilt), poczucie winy odchodzącego (separation guilt) oraz poczucie winy związane z odpowiedzialnością (omnipotent responsibility guilt). Pierwsze to poczucie winy w sytuacji, gdy ktoś umiera, a osoba, dla której był bliski, zostaje przy życiu – jest to szczególne uczucie, doświadczane zwłaszcza przez ofiary wojen (np. Holocaustu). Drugie to poczucie winy podczas próby separacji – członek rodziny uniezależnia się, ale jednocześnie czuje, że jest nieojalny wobec systemu rodzinnego, który stanowił dotychczas podstawowy punkt odniesienia. Ostatnie to poczucie związane z wewnętrznym odczuwaną koniecznością zapewnienia szczęścia najbliższemu – nie jest się w stanie tego zapewnić i w związku z tym doświadcza poczucia winy. Innego rodzaju poczucie winy jest związane z nienawiścią do samego siebie (self-hate guilt). To uczucie wiąże się z powyższymi, ponieważ kształtuje się w relacji z karzącymi, zaniedbującymi, odrzucającymi rodzicami, którym dziecko podporządkowuje się wewnętrznym, przenosząc na siebie uczucia, którymi oni je darzą.

Badania empiryczne przemawiają na korzyść potwierdzenia koncepcji poczucia winy związanego z altruizmem, troską o dobrostan innych, i wskazują na przykład na wzrost zachowań altruistycznych u badanych obserwujących cierpienie partnera [13], a także u tych, którzy sądzili, że skrzywdzili inną osobę [14]. Badania Regana [15] pokazały, że z adaptacyjnego poczucia winy (adaptive guilt – takiego, które oparte jest na odczuwaniu racjonalnej potrzeby naprawienia wyrządzonych szkód) łatwiej się wyzwolić, gdy przyznamy się, że to my odpowiadamy za szkodę, niż z poczucia winy, które jest mniej racjonalne i nie związane z realną odpowiedzialnością. Wyniki badań związanych z poczuciem winy ocalałego (survivor guilt) pokazują, że ludzie przynoszący złe wieści czują się bardziej winni wtedy, gdy nie łączy ich z odbiorcą wspólnota losu, niż wtedy, gdy los ich jest wspólny [16, 17]. Co więcej, mają poczucie winy ocalałego (survivor guilt), gdy obserwują cierpienia drugiej osoby i próbują

jakoś zmazać tę winę, nawet jeśli nie czują się za nią odpowiedzialni – bezpośrednio czy też pośrednio [18].

Analiza teoretyczna tego zagadnienia oraz wnioski z badań empirycznych stały się przesłankami do przeprowadzenia badania, w którym postanowiono porównać odczuwanie poczucia winy u osób bez rozpoznanej choroby psychicznej i u osób chorujących na schizofrenię paranoidalną. Postawiono następujące pytania badawcze: (1) czy interpersonalne poczucie winy u osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej jest istotnie wyższe w porównaniu z osobami nie chorującymi na schizofrenię (grupą kontrolną), (2) czy interpersonalne poczucie winy osób chorych na schizofrenię jest istotnie skorelowane z objawami klinicznymi, (3) czy leczenie ambulatoryjne osób chorych na schizofrenię, w porównaniu z leczeniem całodobowym, bardziej redukuje interpersonalne poczucie winy.

Material i metody

Osoby badane

W badaniu porównywano osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (F20.0) z osobami bez zdiagnozowanej psychopatologii. Grupę badaną stanowiło 100 osób chorujących na schizofrenię w wieku od 18 do 65 lat i minimalnym okresem kształcenia się 10 lat – dla osób mieszkających na wsi, i 11 lat – dla osób mieszkających w mieście (odpowiednik wykształcenia zawodowego). Do badania kwalifikowano wyłącznie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (F20.0) według kryteriów badawczych dziesiątej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10-DCR) [19]. Kryterium wykluczającym było: (1) współistnienie aktualnie jakichkolwiek innych zaburzeń psychicznych (np. szkodliwego używania substancji psychoaktywnych) lub/i schorzeń somatycznych, szczególnie neurologicznych, (2) przyjmowanie substancji innych niż zlecone leki, (3) hospitalizacja aktualna dłuższa niż 6 miesięcy oraz (4) stosowanie leczenia elektrowstrząsowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Grupę kontrolną stanowiło 100 osób w wieku od 18 do 65 lat i minimalnym okresem kształcenia się 10 lat – dla osób mieszkających na wsi, i 11 lat – dla osób zamieszkałych w mieście. Kryteriami wykluczającymi było współistnienie aktualnie jakichkolwiek zaburzeń psychicznych (np. wynikających ze szkodliwego używania substancji psychoaktywnych) lub schorzeń somatycznych, a szczególnie neurologicznych.

Metody badania

Na potrzeby badania został opracowany Kwestionariusz Interpersonalnego Poczucia Winy IGQ-67 [20] do pomiaru różnych typów irracjonalnego poczucia winy związanego z błędnym przekonaniem o krzywdzeniu innych, mającym szczególne znaczenie w koncepcji Weissa [4]. Zaliczamy do nich: poczucie winy ocalałego (*survivor guilt*), poczucie winy odchodzącego (*separation guilt*), poczucie winy związane z odpowiedzialnością (*omnipotent responsibility guilt*) oraz poczucie winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (*self-hate guilt*). Przeprowadzono trzy serie

badania, mających na celu ocenę rzetelności kwestionariusza, które doprowadziły do powstania jego ostatecznej wersji.

W badaniu, oprócz (1) IGQ-67, wykorzystano dodatkowe testy oceniające poczucie winy: (2) Inwentarz Poczucia Winy (GI), który obejmuje podskale: poczucia winy jako cechy, poczucia winy jako stanu oraz podskalę standardów moralnych [21, 22], (3) Test Świadomego/ Uświadomionego Afektu (TOSCA), służący do oceny przewagi emocjonalnego aspektu poczucia wstydu, winy, eksternalizacji, odpowiedzialności za krzywdę oraz dystansu/obojętności i poczucia dumy nad aspektem poznawczym i behawioralnym [23], a także następujące skale kliniczne: (a) MINI Plus – Krótki Międzynarodowy Wywiad Neuropsychiatryczny (The Mini-International Neuropsychiatric Interview [24]; polska wersja opracowana przez M. Masiaka i wsp.), (b) PANSS – Skala Objawów Pozytywnych i Negatywnych (The Positive and Negative Syndrom Scale) [25], oraz (c) kwestionariusz danych demograficznych opracowany na potrzeby prezentowanego badania.

Badania przeprowadzono w następującej kolejności: (1) wypełnienie kwestionariusza danych demograficznych, (2) ocena stanu klinicznego i występowania objawów niepożądanych w trakcie leczenia przeciwpsychotycznego, (3) wykonanie testów badających poczucie winy, (4) wykonanie pozostałych testów.

Analizy statystyczne

W pracy zastosowano następujące metody statystyczne – statystyki opisowe, test χ^2 niezależności zmiennych, korelacje liniowe r-Pearsona, test t-Studenta dla prób niezależnych, jednoczynnikową i dwuczynnikową analizę wariancji w schemacie międzyobiektywnym oraz wielozmienną regresję liniową metodą eliminacji wstecznej. Dane demograficzne i epidemiologiczne oraz podstawowe wyniki analizowano za pomocą testów χ^2 niezależności zmiennych, testu t-Studenta dla prób niezależnych, jednoczynnikowej analizy wariancji w schemacie międzyobiektywnym, oraz korelacji liniowych r-Pearsona.

Wyniki

Wyniki podstawowe uzyskane za pomocą testów oceniających poczucie winy w badanych grupach pokazały, że osoby z grupy klinicznej, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej, miały istotnie wyższe wyniki we wszystkich podskalach IGQ-67, we wszystkich podskalach Inwentarza Poczucia Winy (GI), oraz we wszystkich podskalach Inwentarza Świadomego/ Uświadomionego Afektu TOSCA.

Osoby leczone z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej cechowały się wyższą punktacją w podskali poczucia winy ocalałego – $t(198) = 6,50$, $p < 0,001$; poczucia winy odchodzącego – $t(198) = 8,29$, $p < 0,001$, poczucia winy związanego z odpowiedzialnością – $t(198) = 4,93$, $p < 0,001$; poczucia winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie – $t(198) = 7,05$, $p < 0,001$; winy jako stanu – $t(141) = 3,33$, $p < 0,01$; winy jako cechy – $t(141) = 6,69$, $p < 0,001$; siły standardów moralnych – $t(141) = 2,03$, $p < 0,05$; winy – $t(140) = 2,30$, $p < 0,05$; wstydu – $t(140) = 4,84$, $p < 0,001$;

oddzielenia – $t(137) = 6,51$, $p < 0,001$; oraz eksternalizacji – $t(140) = 4,68$, $p < 0,001$. Średnie i odchylenia standardowe przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Porównanie wyników uzyskanych w podskalach IGQ-67, GI i TOSCA przez grupę kliniczną i grupę kontrolną

	Grupa kliniczna		Grupa kontrolna		Istotność statystyczna
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe	
Poczucie winy ocalałego (IGQ-67)	70,24	10,08	61,22	9,51	0,000
Poczucie winy odchodzącego (IGQ-67)	45,53	7,95	36,83	6,86	0,000
Poczucie winy związane z odpowiedzialnością (IGQ-67)	49,69	7,14	44,61	7,42	0,000
Poczucie winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (IGQ-67)	42,81	11,56	32,09	9,88	0,000
Wina jako stan (GI)	30,30	6,47	26,58	5,67	0,001
Wina jako cecha (GI)	66,15	13,40	51,04	10,76	0,000
Siła standardów moralnych (GI)	47,60	6,61	45,20	6,62	0,044
Wina (TOSCA)	42,45	8,98	39,04	6,39	0,023
Wstyd (TOSCA)	36,50	7,39	30,78	4,44	0,000
Oddzielenie (TOSCA)	36,24	7,59	29,80	4,16	0,000
Eksternalizacja (TOSCA)	37,75	8,09	31,30	6,75	0,000

Związki poczucia winy z cechami klinicznymi szacowane za pomocą korelacji liniowych r-Pearsona pokazały, że interpersonalne poczucie winy osób chorych na schizofrenię jest słabo skorelowane z klasycznymi objawami klinicznymi (PANSS). Odnotowano istotne statystycznie i dodatnie korelacje winy jako stanu (GI) z objawami pozytywnymi schizofrenii (PANSS) – $r = 0,23$, $p < 0,05$; z objawami ogólnymi (PANSS) – $r = 0,20$, $p < 0,05$, oraz z wynikiem całkowitym (PANSS) – $r = 0,24$, $p < 0,05$. Ponadto, poczucie winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (IGQ-67) korelowało dodatnio z wynikiem całkowitym (PANSS) – $r = 0,20$, $p < 0,05$.

Analiza wielozmiennowej regresji liniowej metodą eliminacji wstecznej (predyktory skorelowane) wykazała, że najistotniejszymi predyktorami objawów pozytywnych schizofrenii (PANSS) w grupie klinicznej są: poczucie winy związane z odpowiedzialnością (IGQ) – $\beta = 0,26$, $p < 0,05$; poczucie winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (IGQ) – $\beta = 0,29$, $p < 0,05$; wina jako stan (GI) – $\beta = 0,25$; $p < 0,05$ i wina jako cecha (GI) – $\beta = -0,31$, $p < 0,05$ (warto zwrócić uwagę na fakt, że jest to związek ujemny). Zastosowany model regresji liniowej wyjaśnia 9,3% zmienności cechy zależnej objawów pozytywnych w grupie klinicznej. Predyktory poczucia winy okazały się nieistotne w przypadku objawów negatywnych ($p > 0,05$). Ponadto analiza regresji pokazała, że objawy ogólne schizofrenii – $\beta = 0,20$; $p < 0,05$ i wynik

całkowity $-\beta = 0,25$; $p < 0,05$ zależą w największym stopniu od winy jako stanu (GI) (3,1 i 5,1% wariancji wspólnej).

Analiza związków poczucia winy z danymi epidemiologicznymi w grupie klinicznej wykazała istnienie dwóch dodatnich korelacji o słabym nasileniu pomiędzy liczbą hospitalizacji a wynikami w podskali poczucia winy ocalałego (IGQ-67) – $r = 0,22$; $p < 0,05$, oraz wiekiem w czasie pierwszej hospitalizacji a podskalą winy jako cechy – $r = 0,28$; $p < 0,01$. Stwierdzono również istotne statystycznie słabe ujemne związki pomiędzy podskalą poczucia winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (IGQ-67) a czasem od pierwszej do bieżącej hospitalizacji – $r = -0,31$; $p < 0,01$ oraz winą jako stanem (GI) a czasem od pierwszej do bieżącej hospitalizacji – $r = -0,34$; $p < 0,01$. Osoby leczone się ambulatoryjnie uzyskują niższe wyniki w podskali poczucia winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (IGQ-67) ($M = 38,18$, $SD = 10,66$) – $t(98) = 3,45$, $p < 0,01$ oraz w podskali winy jako stanu (GI) ($M = 28,21$, $SD = 6,25$) – $t(95) = 2,70$, $p < 0,01$, niż osoby hospitalizowane ($M = 45,90$, $SD = 11,18$) ($M = 31,71$, $SD = 6,29$). Nie odnotowano istotnych statystycznie związków między pozostałymi danymi epidemiologicznymi (czas choroby w latach, długość obecnej hospitalizacji) a poczuciem winy ($p > 0,05$).

Omówienie

Osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej ujawniły wzorec i nasilenie odczuwania interpersonalnego poczucia winy odmienne od grupy kontrolnej. We wszystkich trzech zastosowanych w badaniu testach oceniających poczucie winy (IGQ-67, TOSCA, GI) osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej uzyskały istotnie wyższe wyniki pomiaru nasilenia poczucia winy niż osoby w grupie kontrolnej. Najwyższą czułość w tym zakresie wykazał IGQ-67. Test ten ujawnił zdolność do rozpoznawania osób narażonych na ryzyko samobójstwa (w zakresie podskali zaindukowanej nienawiści do siebie). W grupie osób chorych interpersonalne poczucie winy było bardziej nasilone wśród kobiet, osób starszych i z niższym poziomem wykształcenia. Osoby samotne miały niższe interpersonalne poczucie winy, co może sugerować wiele rozbieżnych, a nawet paradoksalnych interpretacji. Można byłoby więc założyć, że osoby stanu wolnego są „odciążone” od troski za bliskich, w tym i odczuwania interpersonalnego poczucia winy lub – paradoksalnie – możliwe jest też, że to poczucie winy łączy, ma wartość umacniającą więź.

Ponadto analiza poczucia winy u osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej wykazała, że mają one większe poczucie winy w następujących podskalach:

1. poczucia winy ocalałego, poczucia winy odchodzącego, poczucia winy związanego z odpowiedzialnością, poczucia winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (test IGQ-67); należy przy tym pamiętać, że przytoczone nazwy poszczególnych podskal stanowią arbitralny opis ujętych w nich aspektów winy, a w istocie dotyczą różnych sposobów jej przeżywania;
2. poczucia winy jako cechy (istotniejsze) oraz poczucia winy jako stanu (mniej istotne), a także wpływu poczucia winy na siłę standardów moralnych (test GI);
3. winy, wstydu, oddzielenia i eksternalizacji (emocjonalny aspekt poczucia winy) (test TOSCA).

Interpersonalne poczucie winy osób chorych na schizofrenię jest słabo i z reguły nieistotnie skorelowane z klasycznymi objawami klinicznymi (PANSS). Niemniej jednak warto zwrócić uwagę na fakt, że poczucie winy związane z odpowiedzialnością (IGQ) (dodatnio), poczucie winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie (IGQ) (dodatnio), wina jako stan (GI) (dodatnio) i wina jako cecha (GI) (ujemnie) wpływają prawdopodobnie na nasilenie objawów pozytywnych u badanych pacjentów. Trudno jednakże jednoznacznie stwierdzić, czy niski poziom winy jako cechy (GI) stanowi predyktor powstawania objawów pozytywnych, czy też pacjenci z większym nasileniem winy jako cechy (GI) przejawiają tendencję do dyssymulowania objawów psychopatologicznych.

Pacjenci leczeni na oddziałach całodobowych uzyskali wyższe wyniki w zakresie poczucia winy jako stanu i poczucia winy w związku z zaindukowaną nienawiścią do siebie w porównaniu z osobami leczonymi w ramach świadczeń ambulatoryjnych (poradnia, zespół leczenia środowiskowego). Być może leczenie ambulatoryjne daje lepsze wsparcie i poprawia obraz siebie wśród pacjentów. Uzyskany wynik może być także nie w pełni miarodajny, ponieważ hospitalizacje całodobowe dotyczą cięższych zaburzeń, dlatego też dojście do wiążącej konkluzji wymagałoby oceny długoterminowej.

Utrwalone historycznie podejście do osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej, których emocje opisywane są w kategoriach deficytu – „afekt błady”, „tępy”, „sztywny”, „płytki” itp. – prowadzi do swoistej odwróconej anozognozji klinicysty. Wobec łatwiejszych do dostrzeżenia objawów „spłycenia emocjonalnego” może on nie zauważyć u pacjenta poczucia winy (nawet, gdy jest ono nasilone), będącego wyrazem *pars pro toto* sfery emocjonalnej. Afekt chorych jest zwyczajowo zaliczany do objawów negatywnych, zwanych też ubytkowymi, a więc diagnozowany poprzez swoją rzekomą nieobecność. Jednak zastosowanie mniej akademickiego podejścia i rozszerzonego wzorca pomiarowego ujawnia, że fenomeny psychiczne uznane za nieobecne odnajdują się w innych badanych obszarach, a nawet ich nasilenie jest większe, choć są trudniej dostrzegalne. Wniosek z pracy nasuwa więc jeszcze bardziej fundamentalne pytanie: czy całość tzw. symptomatologii negatywnej nie jest tylko częścią problematyki osób chorujących na schizofrenię, częścią mogącą odwracać uwagę od innych zjawisk, które charakteryzują się wzmożoną (i ukrytą) siłą przeżywania.

Ograniczenia badania

Każde przeprowadzone w niereprezentatywnej grupie osób badanie obarczone jest znaczącymi ograniczeniami. Należy zwrócić uwagę na fakt, że przedstawione w niniejszej pracy wyniki badań odnoszące się do różnych płci (testy t-Studenta dla prób niezależnych i dwuczynnikowa analiza wariancji w schemacie międzyobiektywnym) mogą dawać nierzeczywisty obraz różnic między kobietami a mężczyznami w zakresie poczucia winy ze względu na nierównoliczność grup. Wnioski płynące z analiz regresji należy traktować z dużą ostrożnością, gdyż nie wiadomo, czy podwyższone poczucie winy rzeczywiście stanowi predyktor objawów schizofrenii (przede wszystkim pozytywnych), czy też występuje w wyniku choroby. Hipoteza ta wymaga dalszej weryfikacji w specjalistycznych longitudinalnych badaniach. Ponadto nie można wykluczyć znaczenia aprobaty społecznej – zwłaszcza wśród osób z grupy kontrolnej.

Wnioski

W świetle aktualnie obowiązującej wiedzy o schizofrenii paranoidalnej i dominujących szkołach psychiatrycznych poczucie winy jest raczej marginalizowane w hipotetycznym procesie etiopatogentycznym, poprzez zaliczenie go do kompleksu urojenia, definiowanego m.in. jako współwystępowanie trzech typów zaburzeń: poznawczych, behawioralnych i emocjonalnych. Tymczasem, jak dowodzi niniejsza praca (test TOSCA), poczucie winy może być ocenione niezależnie od zachowania i stanu poznawczego pacjenta. Ta autonomiczna introspekcja, jak się wydaje wskazująca na prymat cechy (wina jako cecha wg testu GI), może mieć znacznie głębsze znaczenie, konstytuując system urojeniowy, choć nie bezpośrednio poszczególne objawy. Przemawia za tym brak korelacji pomiędzy objawami schizofrenii (czyli raczej stanami) a najważniejszymi wymiarami poczucia winy (czyli raczej cechami). Takie wielopoziomowe związki przyczynowo-skutkowe, prowadzące do rozwoju schizofrenii, mieszczą się w klasycznym neojacksonowskim modelu dysolucyjnym powstawania zaburzeń psychicznych. Poczucie winy spełniałoby w tym przypadku rolę fenomenu pietra niższego, prelogicznego i zarazem trwalszego (cecha), ergo mogłoby pełnić funkcję determinującą tworzenie się kompleksów urojeniowych.

Усиление интерперсонального чувства вины при параноидальной шизофрении

Содержание

Задание. В предлагаемой работе представлены результаты исследования, задачей которого является сравнение чувства вины у здоровых людей и у больных параноидной шизофренией.

Метод. В исследовании приняло участие 100 человек с диагнозом параноидной шизофрении и 100 здоровых (контрольная группа).

Результаты. Полученные результаты показали, что больные обладали существенно высшими результатами во всех тестах, определяющих чувство вины, а также, что интерперсональное чувство вины у больных шизофренией, в большинстве случаев, существенно коррелируется с клиническими симптомами. В виду этого положения можно, по-видимому, быть оценено, относительно независимо, от поведения и мнестического состояния пациента. Кроме того показано, что наиболее сильно с позитивными симптомами шизофрении связаны следующие проявления как: чувство вины в связи с бессилием, в связи с индукцией ненависти к самому себе. Вина как состояние и вина как черта, но с негативными симптомами и общим состоянием.

Выводы. Можно предположить, что такие образцы результатов указывают на превалирование черты (вина как черта по Глоссарию чувства вины), за этим стоит отсутствие корреляции между симптомами шизофрении (или же скорее всего – состояниями) и наиболее важными показателями чувства вины (возможно чертами). Кроме того, полученные результаты дают основание для уточнения существенных различий в усилении чувства вины (вина как состояние и чувство вины в связи с индуцированной ненавистью к самому себе) у пациентов, леченных амбулаторным путем и при стационарном лечении.

Intensität von interpersonalen Schuldgefühlen in paranoider Schizophrenie

Zusammenfassung

Ziel. Im Artikel wurden die Ergebnisse der Studie vorgestellt, die zum Ziel hatte, das Empfinden von Schuldgefühl bei den gesunden Personen und bei Personen mit der Diagnose paranoider Schizophrenie zu vergleichen.

Methode. An die Studie wurden 100 Personen mit der Diagnose paranoide Schizophrenie und 100 Personen ohne diagnostizierte psychische Erkrankung (Kontrollgruppe) eingeschlossen.

Ergebnisse. Die erzielten Ergebnisse zeigten, dass die Personen aus der klinischen Gruppe signifikant höhere Ergebnisse in allen Tests zeigten, die das Schuldgefühl gemessen hatten, und dass das interpersonale Schuldgefühl bei den Erkrankten an Schizophrenie in den meisten Fällen signifikant mit den klinischen Symptomen nicht korreliert ist – es kann also unabhängig vom Verhalten und vom psychischen Befinden des Patienten beurteilt werden. Es wurde jedoch bewiesen, dass am stärksten mit den positiven Symptomen der Schizophrenie verbunden sind: Schuldgefühl im Zusammenhang mit der Ratlosigkeit (IGQ) und Schuld als Eigenschaft (GI), dagegen mit den negativen Symptomen und mit dem allgemeinen Ergebnis: Schuld als Zustand (GI).

Schlussfolgerungen. Man kann vermuten, dass dieser Muster der Ergebnisse auf den Vorrang der Eigenschaft zeigt (Schuld als Eigenschaft nach dem Inventar zur Erfassung von Schuldgefühl), wofür der Mangel an Korrelation zwischen den schizophrenen Symptomen (oder eher Zuständen) und den wichtigsten Dimensionen des Schuldgefühls (oder eher Eigenschaften) spricht. Außerdem bilden die erzielten Ergebnisse eine Grundlage zur Feststellung signifikanter Unterschiede bei der Intensität im Empfinden des Schuldgefühls (Schuld als Zustand und Schuldgefühl im Zusammenhang mit induziertem Hass zu sich selbst) bei den Patienten, die ambulant behandelt werden oder denjenigen, die sich in der Tagesabteilung befinden.

L'intensification de culpabilité interpersonnelle dans la schizophrénie

Résumé

Objectif. L'article présente les résultats des recherches visant à comparer le sentiment de culpabilité des personnes saines et des patients schizophrènes.

Méthodes. On examine 100 patients et 100 personnes saines (groupe de contrôle). Les résultats obtenus démontrent que dans le groupe de patients on note les résultats plus élevés de tous les testes mesurant la culpabilité que dans le groupe de contrôle.

Résultats. De plus la culpabilité interpersonnelle des patients ne corrèle pas avec les symptômes cliniques, donc elle peut être évaluée d'une façon relativement indépendante du comportement et de l'état cognitif du patient. Pourtant on démontre que la corrélation existe très forte des symptômes positifs et des : Culpabilité liée avec impuissance (IGQ), Culpabilité liée avec haine de soi induite (IGQ), Culpabilité comme état (GI), Culpabilité comme caractéristique (GI); il en est do même avec les symptômes négatifs et résultat général – Culpabilité comme état (GI).

Conclusions. On peut supposer que ce type des résultats indique la primauté de la culpabilité comme caractéristique (Culpabilité comme caractéristique d'après the Inventory of Sense of Guilt), cela est prouvé par le manque de corrélation des symptômes (ou plutôt états) et des dimensions de culpabilité (ou plutôt caractéristiques). De plus ces résultats rendent possible la constatation que l'on observe les grandes différences de l'intensification du sentiment de culpabilité (Culpabilité comme état et Culpabilité liée avec haine de soi induite) chez les patients hospitalisés et chez ceux qui suivent la thérapie de jour.

Piśmiennictwo

1. Freud S. *The Ego and the Id*. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 19. London: Hogarth; 1923, s. 1–66.
2. Freud S. *Inhibitions, symptoms and anxiety*. The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, vol. 20. London: Hogarth; 1926, s. 75–175.
3. Weiss J. *Notes on unconscious guilt, pathogenic beliefs, and the treatment process*. Bulletin #6. San Francisco: The Psychotherapy Research Group (The Mount Zion Psychotherapy Research Group), Department of Psychiatry, Mount Zion Hospital and Medical Center; 1983.
4. Weiss J. *Unconscious guilt*. W: Weiss J, Sampson H. red. *The psychoanalytic process: Theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford Press; 1986, s. 43–67.
5. O'Connor LE. *Survivor guilt and depression*. Paper presentation as part of Workshop at American Psychological Association, Division 39, meetings Santa Monica, CA; 1995.

6. O'Connor LE. *Shame and guilt*. San Francisco Psychotherapy Research Group Process Notes 1994; 1 (1): 12–15.
7. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J. *Interpersonal guilt: development of a new measure*. J. Clin. Psychol. 1999; 53 (1): 73–89.
8. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J. *Interpersonal guilt, shame, and psychological problems*. J. Soc. Clin. Psychol. 1999; 18 (2): 181–203.
9. O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Bush M, Sampson H. *Interpersonal guilt: The development of a new measure*. J. Clin. Psychol. 1997; 53 (1): 73–89.
10. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. *Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology*. J. Abnorm. Psychol. 1992; 101 (3): 469–478.
11. Tangney JP. *Shame-proneness, guilt-proneness, and psychological symptoms*. W: Tangney JP, Fischer KW. red. *The psychology of shame, guilt, embarrassment and pride*. New York: Guilford Press; 1995, s. 343–367.
12. Zahn-Waxler C, Kochanska G. *The origins of guilt*. W: Thompson RA. red. *Socioemotional development: Nebraska Symposium on Motivation*, 1998. Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press; 1990; 36, s. 183–259.
13. Rawlings EI. *Witnessing harm to other: A reassessment of the role of guilt in altruistic behavior*. J. Person. Soc. Psychol. 1968; 10(4): 377–380.
14. Darlington RB, Macker CE. *Displacement of guilt produced altruistic behavior*. J. Person. Social Psychol. 1966; 4 (4): 442–443.
15. Regan JW. *Guilt, perceived injustice, and altruistic behavior*. J. Person. Soc. Psychol. 1971; 18 (1): 124–132.
16. Johnson RE, Conlee MC. *Effects of similarity of fate on bad news transmission: A reexamination*. J. Person. Soc. Psychol. 1974; 29(5): 644–648.
17. Tesser A, Rosen S. *Similarity of objective fate as a determinant of the reluctance to transmit unpleasant information: The MUM effect*. J. Person. Soc. Psychol. 1972; 23 (1): 46–53.
18. Lerner MJ, Mathews G. *Reactions to suffering of others under conditions of indirect responsibility*. J. Person. Soc. Psychol. 1967; 5: 319–325.
19. *International classification of diseases. Tenth revision. Diagnostic criteria for research. ICD-10-DCR*. Geneva: WHO; 1992.
20. Britmann J, Rządowska M. *Adaptacja Kwestionariusza Interpersonalnego Poczucia Winy IGQ-67*. Neuropsychiatr. Przegl. Klin. 2009; 1: 11–25.
21. Kulger KE. *Guilt: Conceptualization and measurement*. Unpublished doctoral dissertation, University of Tulsa 1989.
22. Kulger KE, Jones WH. *On conceptualizing and assessing guilt*. J. Person. Soc. Psychol. 1992; 62: 318–327.
23. Tangney JP, Wagner P, Gramzow R. *Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology*. J. Abnorm. Psychol. 1992; 101(3): 469–478.
24. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janmav J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. *The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10*. J. Clin. Psychiatry 1998; 59 (supl. 20): 22–33.
25. Kay S, Fiszbein A, Opler L. *The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia*. Schiz. Bull. 1987; 13: 261–276.

Adres: Jonathan Britmann
 Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia
 im. prof. Jana Mazurkiewicza
 05-800 Pruszków, ul. Partyzantów 2/4

Otrzymano: 1.06.2011
 Zrecenzowano: 28.10.2011
 Otrzymano po poprawie: 26.01.2012
 Przyjęto do druku: 20.02.2012
 Adiustacja: L. Sz.