

Postrzeganie własnego sprawstwa przez osoby chore na schizofrenię – analiza wzorców aktywności w autonarracjach

The perception of authorship in schizophrenia – the analysis of activity patterns in autonarrations

Małgorzata Chądzżyńska¹, Anna Osuchowska-Kościjańska²,
Agata Bednarek¹

¹Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. hum. M. Sawicka

²II Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. T. Parnowski

Summary

Aim. The paper presents the study of narrations of schizophrenic patients focused on the description of activities characteristics. The aim is to answer the question of how experiencing of psychotic crisis influences the perception of their authorship. Do the inherent characteristics of the activity differ with reference to the period of life which they relate to: the time before getting sick, or after falling ill with schizophrenia?

Methods. The material consisted of narrations of 26 people with schizophrenia about their life prior to the illness and after the psychotic crisis. Linguistic categories that make up the patterns of activity have been distinguished. The frequency of the occurrence was compared in both narrations.

Results. Self-descriptions after falling ill are more saturated with patterns of avoidance, motivation internally localized connected with attempts of coping with the disease and externally localized action control connected with a decreased sense of authorship in relation to experiencing symptoms and reduction of social competence.

Conclusions. The change of self-image after psychotic experience concerns the deeper planes of narrative, i.e. the patterns of activity hidden in connection between the content and narrative form. The research showed the decrease of the sense of agency associated with the disease experience.

Słowa kluczowe: narracja, schizofrenia, wzorce aktywności

Key words: narration, schizophrenia, patterns of activity

Wstęp

Praca ta sytuuje się w nurcie badań narracyjnych w psychologii. Zgodnie z koncepcją konstrukcjonizmu społecznego rzeczywistość społeczna istnieje tylko wtedy, gdy ma nadane znaczenia [1, 2]. Także tożsamość jest konstruowana społecznie. Tworzy się ona, gdy jednostka zdobywa wiedzę o sobie podczas negocjacji społecznych lub gdy postępuje tak, aby potwierdzić przekonania innych o niej [3, 4]. Tożsamość narracyjna – autonarracja – to schemat poznawczy w formie opowieści, który zawiera wiedzę o sobie, zorganizowaną tak, by nadać swojemu życiu spójność, sens i cel [3]. Tekst autonarracji to opowiadanie – dłuższa wypowiedź monologiczna zawierająca zazwyczaj uporządkowane chronologicznie, ważne wydarzenia, których głównym bohaterem jest sam narrator, oraz własne charakterystyki opisowe. Szczególne znaczenie mają opisy aktywności. Autonarracje charakteryzują osobę, przede wszystkim opowiadając o jej doświadczeniach. Zarówno dla przedstawienia charakterystyk, jak i zdarzeń, w których jednostka brała udział, wykorzystane są (między innymi) opisy działań. To przede wszystkim aktywność jednostki wyznacza jej sposób bycia w świecie, kształtuje tożsamość, ustala wzorce interakcji, a także prowadzi do tworzenia obrazu otaczającej rzeczywistości, który zwrótnie warunkuje zachowania. Stąd analiza wzorców aktywności stała się przedmiotem badania.

Tworzenie narracji to opowiadanie o własnym życiu, które jest procesem interpretacji, nadawania znaczeń własnym doświadczeniom. Nadawanie znaczeń jest szczególnie ważne w odniesieniu do doświadczeń niecodziennych, przełomowych, wpływających na bieg historii życia [5, 6]. Sytuacje kryzysowe wymuszają intensyfikację procesów poszukiwania sensów po to, aby móc je wpisać we własną autonarrację, włączyć w historię życia. Epizod psychotyczny to wydarzenie wyjątkowe, nieoczekiwane, które jest silnym doświadczeniem kryzysowym. W literaturze przedmiotu istnieją doniesienia na temat jego negatywnych skutków: obniżenia samooceny, poczucia utraty sensu życia, załamania planów życiowych i dotychczasowej linii życia w jej obiektywnym wymiarze, poczucia stygmatyzacji, obniżenia jakości życia [7–10]. W ujęciu narracyjnym mówi się o załamaniu dobrej opowieści jako kryzysie budowania autonarracji tożsamościowej [10, 11]. We wcześniejszych badaniach wykazano załamanie samooceny oraz bardziej negatywne postrzeganie własnej historii życia po zachorowaniu, co może wskazywać na kryzys tożsamości [12]. Pojawiło się zatem pytanie, czy zmiany w postrzeganiu własnej osoby dotyczą także głębszych warstw autonarracji, tj. wzorców aktywności. Wzorce aktywności to charakterystyki formalne działań ludzkich, które dotyczą funkcji motywacyjnych, ale też zachowań nie organizowanych podmiotowo [13]. Składają się na nie osobiste przekonania na temat aktywności dotyczące kontroli, możliwości, konieczności, przypadkowości działań oraz ich źródeł i przyczyn. Mogą wpływać na podejmowanie lub zaprzestawanie działań, dążenie do celu lub poddawanie się naciskom otoczenia. Niektóre wymiary wzorców aktywności odnoszą się do poczucia sprawstwa, tj. podmiotowej kontroli działania [14]. Na poczucie sprawstwa składają się odczucia: wolności wyboru, kontroli nad przebiegiem zdarzeń i własnej skuteczności. Rozpatrywane tu wzorce aktywności to kierunek motywacji (dążenie vs unikanie), umiejscowienie

źródeł kontroli (wewnętrzne vs zewnętrzne) oraz osobiste zaangażowanie w działania (osobowa vs nieosobowa kontrola działania).

Celem pracy jest odpowiedź na pytanie, jak doświadczenie kryzysu psychiatrycznego wpływa na postrzeganie własnego sprawstwa. Oczywiście szukając takiej odpowiedzi, należałoby porównać narracje powstałe przed zachorowaniem i po zachorowaniu. Niestety, nie ma takiej możliwości. Powstało więc pytanie, czy jednak tak duży kryzys, jakim jest zachorowanie na schizofrenię, nie odbija się w narracji ze względu na jej treść. Językowe wskaźniki wzorców aktywności odnoszą się do głębszej – znaczeniowej warstwy tekstu, a więc do związków między formalnymi charakterystykami tekstu a jego treścią [15, 16]. Powstało zatem pytanie badawcze: czy charakterystyki własnej aktywności różnią się ze względu na to, którego okresu życia dotyczą: czasu przed zachorowaniem czy po zachorowaniu na schizofrenię?

Material

Grupę badaną stanowiło 26 osób chorych na schizofrenię, w okresie przynajmniej częściowej remisji objawów psychiatrycznych, leczących się w Klinice Rehabilitacji Psychiatrycznej IPiN. Statystyki opisowe badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe danych demograficznych osób badanych

	Min.	Maks.	Średnia	SD
Wiek	22	63	34,2	12,2
Czas choroby (lata)	4	32	11,9	9,7
Liczba hospitalizacji	1	11	5,4	3,3
Łączny czas hospitalizacji (mies.)	3	39	17,1	11,7
Wiek zachorowania	15	31	22,4	5,0

Osoby badane były w wieku 22–63 lat (średnia wieku 34 lata), głównie z wykształceniem średnim (65% badanych) i wolnego stanu cywilnego (85%). Wśród badanych było 9 mężczyzn (35%) i 17 kobiet (65%). Pacjenci chorowali średnio 12 lat; w tym czasie byli hospitalizowani średnio 5 razy. Średnia łączna długość pobytów w szpitalu to 17 miesięcy. Wiek zachorowania to średnio 22 rok życia. Jest to specyficzna grupa badana – grupa osób z krytycznym spojrzeniem na chorobę, posiadających jej świadomość, współpracujących w leczeniu, pozostających w długotrwałej relacji terapeutycznej, potrafiących stworzyć opowiadania o sobie z okresu sprzed zachorowania i późniejszego.

Metoda

Materiałem badawczym były autonarracje – opowieści o sobie i doświadczeniach życiowych stworzone przez osoby badane. Uzyskano je przez częściowo kierowane wywiady narracyjne. Każda osoba badana udzieliła dwóch wywiadów: „ja jako osoba

zdrowa” i „ja jako osoba chora na schizofrenię”. W trakcie wywiadu osoba badana odpowiadała na pytania dotyczące opisu siebie, swoich umiejętności, podejmowanych działań, zainteresowań, kontaktów interpersonalnych oraz doświadczeń z dwóch wymienionych okresów w życiu. Wyowiedzi zostały nagrane, a następnie przepisane.

Teksty uzyskane od osób badanych zostały poddane analizie formalnej i semantycznej. Na poziomie zdań wyróżniono niektóre operatory wzorców aktywności. Analiza tekstu pod kątem tych wzorców odnosi się wprost do struktury predykatowo-argumentowej jako charakterystyki języka związanej z opisami działań [16, 17]. Analizowane były formy orzeczeń – predykatów (które opisują aktywność) wraz z dopełnieniami osobowymi (argumentami osobowymi). Szczegółowy opis metody badania zawarty jest w innej publikacji [13]. Istnieją pewne stałe cechy motywacji opisywane w psychologii ogólnej – posiadające duży zakres generalizacji pod względem zmienności sytuacyjnej i treściowej. W pracy skupiono uwagę na wymiarach: umiejscowienie kontroli (wewnętrzne lub zewnętrzne), osobiste zaangażowanie w działania (osobowa lub nieosobowa kontrola działań) oraz kierunek motywacji (dążenie lub unikanie).

Motywacja jest w tekście odzwierciedlona poprzez zjawisko modalności. Modalność rozumiana jest jako zjawisko metatekstowe odnoszące się do subiektywnego świata znaczeń narratora, orzekające o możliwości, konieczności zachodzenia zdarzeń w świecie. Modalność deontyczna (grec. *déon* – obowiązek, powinność) jest związana z koniecznością lub możliwością aktów działań opisanych w zdaniach. Klasyfikuje czynności ludzkie jako obowiązkowe, dozwolone, zakazane. Również motywacja jako sposób organizowania działań ludzkich odnosi się do ich konieczności lub możliwości. Ogólnie środki językowe wyrażające motywację to wyrażenia czasownikowe zmodalizowane deontycznie – opisujące nakaz, zakaz, pozwolenie, wolę, zobowiązanie, plan, zamiar, życzenie [17–19]. Będą to przykładowo takie wyrażenia: mogę, muszę, powinna, wolno, mam cel, nie trzeba, nie warto, zabronił, nie dążę do. Wzorzec motywacyjny to częstość odwołań do motywacji w narracji (inaczej: częstość mówienia o motywacji przy wykorzystaniu zjawiska modalności tekstu) operacjonalizowana zmienną „Modalne”. Wartość zmiennej „Modalne” to liczba wszystkich wyrażen czasownikowych zmodalizowanych podzielona przez liczbę wszystkich czasowników w formie osobowej i dla przejrzystości obliczeń pomnożona przez 1 000.

Kierunek motywacji: dążenie – unikanie to podstawowy wymiar charakteryzujący motywację. Reykowski 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” [20]. W takim rozumieniu kierunek uzyskuje znaczenie bazowe – kreujące motywację i jej charakter. Cele jednostki podzielono na dwie klasy: dodatnie – do osiągnięcia których zmierza jednostka i które warunkują motywację dodatnią, czyli „dążenie do”, oraz ujemne – których osoba unika, zatem powodują one powstanie motywacji ujemnej, czyli „unikania”. Motywacja dodatnia związana jest z pragnieniami, planami, zamierzeniami. Natomiast ujemna odnosi się do obaw, niechęci. Wskaźnikiem zmiennej „Dążenie” będzie częstość występowania w narracji osoby badanej wyrażen określających motywację i wskazujących na pozytywny cel działań (liczba wyrażen typu „mogę, chcę, powinienem” podzielona

przez liczbę wszystkich czasowników w formie osobowej i dla przejrzystości obliczeń pomnożona przez 1 000). Wskaźnikiem zmiennej „Unikanie” będzie analogicznie liczona częstość występowania w narracji osoby badanej zmodalizowanych wyrażen czasownikowych wskazujących na negatywny cel (np. nie mogę, nie muszę, unikam).

Umiejscowienie źródeł kontroli, wewnętrzne vs zewnętrzne, opisuje zgeneralizowane oczekiwania podmiotu w stosunku do istnienia związku między własnym zachowaniem a otrzymywanymi wzmocnieniami. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli jest 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, uważa, że warto się kierować. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli 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, uważa, że powinien się podporządkować [17, 21, 22]. Umiejscowienie kontroli można śledzić w narracji poprzez analizę operatorów modalności działań – głównie modalności deontycznej. Będą to wyrażenia typu „mogę iść, nie muszę się bać, warto wiedzieć, należy myśleć, próbuję wygrać” (wewnętrzne umiejscowienie źródeł kontroli działań) oraz „muszę brać leki, powinienem wiedzieć, trzeba spać, nie można wygrać” (zewnętrzne umiejscowienie źródeł kontroli). Wskaźnikiem zmiennej „Wewnętrzne (Zewnętrzne) umiejscowienie kontroli działań” będzie częstość występowania w narracji osoby badanej operatorów wewnętrznego (zewnętrznego) umiejscowienia źródeł kontroli (liczona podobnie jak w przypadku kierunku motywacji).

Osobiste zaangażowanie w działania: osobowa vs nieosobowa kontrola działania dotyczy aktywnego wpływania na otoczenie w odróżnieniu od biernego poddawania się wpływowi środowiska. To rozróżnienie wynika z rozdzielenia potrzeb na proaktywne i reaktywne [23]. Osoby działające proaktywnie same dostarczają bodźców, są inicjatorami działań, kierują się celami, wewnętrznymi potrzebami. Działania reaktywne powstają w odpowiedzi na bodźce zewnętrzne jako reakcja na zmiany w środowisku. W narracji nieosobowa kontrola działań związana z działaniami reaktywnymi wyraża się poprzez używanie nominalizacji i form nieosobowych. W najprostszej formie nominalizacja to rzeczownik słowotwórczo pochodzący od czasownika, odpowiadający nazwie czynności, stanu, cechy, zdarzenia, pojęciu abstrakcyjnemu (np. czekanie, myślenie, śpiew). W takiej konstrukcji osoba zostaje zredukowana z podmiotu do dopełnienia – podrzędnego w stosunku do nazwy czynności. Jest to zjawisko dezagentyzacji 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 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. Powoduje to, że ten, kto był aktywnym agensem – sprawcą, w stronie biernej staje się patientem – biernym odbiorcą. Wskaźnikiem zmiennej „Nieosobowe” będzie częstość występowania w narracji osoby badanej czasowników w formie nieosobowej i w stronie biernej (liczona analogicznie jak ww. zmienne).

Wyniki

W celu odpowiedzi na pytanie, czy doświadczenie kryzysu psychotycznego wpływa na poczucie własnego sprawstwa, porównano średnie zmiennych opisujących wzorce aktywności uzyskane w wywiadach na temat siebie przed chorobą (Ja – zdrowa) i siebie po zachorowaniu (Ja – po kryzysie psychotycznym). Wyniki porównań przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Średnie wyników dla wzorców aktywności w narracjach opisujących siebie przed i po kryzysie psychotycznym¹

Wzorec aktywności	Zmienna	Ja – zdrowa		Ja – po kryzysie psychotycznym		t*	p _v
		średnia	SD	średnia	SD		
Niesobowa kontrola działania	Niesobowe	181,4	85,9	210,9	108,5	-1,23	0,208
	Nominalizacje	213,1	114,4	235,6	133,4	-1,1	0,304
Kierunek motywacji	Dążenie	134,6	50,7	152,0	54,5	-1,5	0,139
	Unikanie	42,6	18,8	59,7	20,3	-3,2	0,004
Umiejscowienie źródeł kontroli	Wewnętrzne	66,3	28,0	79,1	26,9	-2,4	0,023
	Zewnętrzne	36,4	17,0	60,4	23,3	-4,7	0,000
Wzorec motywacyjny	Modalne	102,7	38,3	139,5	36,6	-4,9	0,000

* t – wartość testu t-Studenta

Częstość odnoszenia się do motywacji (zmienna „Modalne”) w narracjach o sobie przed zachorowaniem wynosiła 102,7‰ (tj. w zaokrągleniu 10% działań opisywanych przez osoby badane było opatrzonych operatorami modalności). Natomiast w narracjach o sobie po kryzysie psychotycznym 139,5‰ (tj. 14% działań to czynności motywowane). Jest to różnica istotna statystycznie. Wzrasta też częstość występowania wewnętrznie umiejscowionych źródeł kontroli działań (odpowiednio z 66,3‰ do 79,1‰). Jednak stosunkowo wyższy jest wzrost stosowania w narracjach wzorca zewnętrznego umiejscowienia kontroli działań: z 3,6% (36,4‰) w narracjach o sobie w zdrowiu do 6% (60,4‰) w opowiadaniach o swoim życiu po zachorowaniu. Zmianom podlega także wzorec unikania. Po kryzysie psychotycznym działania o charakterze unikania i kierowania się celami negatywnymi są istotnie częstsze (59,7‰, tj. 6% wszystkich działań) niż przed zachorowaniem (42,6‰, tj. 4,3%). Różnice nasycenia narracji o sobie przed i po zachorowaniu wzorcami niesobowej kontroli działania oraz opisami dążeń są nieistotne statystycznie.

Poszukując odpowiedzi na pytanie, czy na wzorce aktywności wpływają czynniki związane z przebiegiem choroby i sytuacją osobistą, zastosowano analizę regresji.

¹ Wartości średnich w tabeli to wartości częstości występowania opisanych operatorów tekstowych w narracji w promilach. Jest to frekwencja wszystkich wyrażeń danego typu podzielona przez liczbę wszystkich czasowników w formie osobowej i dla przejrzystości obliczeń pomnożona przez 1 000. Dla przejrzystości obrazu wyników w opisie wyników zdecydowano stosować zaokrąglenia do miar procentowych.

Jako zmienne zależne wybrano wzorce aktywności odnoszące się do obrazu siebie po zachorowaniu. Do zbioru zmiennych niezależnych wybrano charakterystyki demograficzne i przebiegu choroby: wiek, płeć, wiek zachorowania, czas trwania choroby w latach, łączny czas hospitalizacji w miesiącach, liczbę hospitalizacji. Tylko w przypadku zmiennej „Modalne” odnoszącej się do nasycenia narracji wskaźnikami motywacji do działań zależności okazały się istotne. Tabela 3 przedstawia wyniki analizy regresji dla zmiennej „Modalne”.

Tabela 3. Wyniki analizy regresji dla zmiennej „Modalne”

Zmienna zależna: Wzorec motywacyjny – Modalne				
skorygowane skorygowany wsp. $R^2 = 0,52$; $F = 5,84$; $p_v = 0,032$				
	B	Beta standaryzowane	t	p_v
(Stała)	84,8		2,1	0,072
wiek	4,2	1,3	2,3	0,050
czas choroby (lata)	-7,19	-1,8	-3,1	0,017

Okolo 52% zmienności zmiennej „Modalne” wyjaśniają zmienne: wiek i czas trwania choroby. Wiek ma wpływ dodatni na częstość posługiwania się operatorami wzorców motywacyjnych w narracji. Oznacza to, że starsi pacjenci częściej odwołują się do motywacji działań. Natomiast wpływ długości chorowania na nasycenie narracji opisami motywacji jest ujemny. Zatem im dłużej trwa choroba, tym rzadziej w narracji wykorzystywane są odniesienia do motywacji działań. Czas trwania choroby wpływa na opowiadanie o działaniach z uwzględnieniem ich motywacji silniej niż wiek osoby badanej. Charakterystyki demograficzne i związane z przebiegiem choroby nie mają istotnego wpływu na inne, szczegółowe wzorce aktywności.

Omówienie wyników

W porównaniu z osobami zdrowymi chorzy na schizofrenię zdają się rzadziej odwoływać do motywacji w opisach aktywności zawartych w narracjach. W prezentowanym badaniu średnie wzorca motywacyjnego w narracjach to 10–14%, natomiast w podobnych badaniach osób zdrowych uzyskano wyniki na poziomie 20–30% [13]. Jest to wynik dość oczywisty w odniesieniu do szeroko diskutowanego w literaturze deficytu motywacyjnego w schizofrenii, którego skutkiem są objawy negatywne (w tym obniżona aktywność) i anhedonia [25, 26]. Poszukując szczegółowej natury deficytów w zakresie motywacji, opisuje się redukcję zachowań zorientowanych na cel, zaburzenia funkcji wykonawczych, tj. selekcji reakcji, inicjowania aktywności, podtrzymywania i zmiany programów aktywności, które związane są z zaburzeniami w funkcjonowaniu kory przedczołowej [25]. W przedstawianej pracy poszukiwano szczegółowej natury zaburzeń aktywności na poziomie tożsamości narracyjnej, tj. wzorców aktywności zawartych w opowiadaniu o sobie i swoim życiu. Podkreśla się znaczenie indywidualnej perspektywy zawartej w autonarracji, która ma wpływ na mo-

tywając do działań [27]. Z jednej strony pacjenci zdają się poświęcać motywacji mniej uwagi niż osoby zdrowe. Z drugiej – w opowieściach o sobie po zachorowaniu jest więcej wzorców motywacyjnych niż o sobie jako jednostce zdrowej. Ponadto wzrasta częstość odwoływania się do zewnętrznych źródeł kontroli działań, ale też i do działań umotywowanych wewnątrznie. Wydaje się to sprzeczne, jednak ważne są związki formy tekstu, tj. nasycenia go opisami działań umotywowanych, i treści. Okazuje się, że w opisach zdarzeń po kryzysie psychotycznym wewnątrznie umotywowane działania to w przeważającej części deklaracje na temat chęci i prób radzenia sobie z chorobą typu: „chciałbym być jak dawniej”, „wolę nie pamiętać tego okresu”, „próbuję nie słuchać głosów”, „staram się być towarzyski”. Natomiast zewnętrzne umiejscowienie kontroli działań odnosi się do opisów porażek w radzeniu sobie z objawami (np. „nie mogę zmobilizować się do wstawania”, „muszę brać leki”, „nie potrafię pozbyć się lęku”) i pogorszenia umiejętności społecznych (np. „nie umiem być taki jak dawniej”, „nie umiem rozmawiać z ludźmi”, „powiniennem wychodzić z domu do ludzi”). Tak więc narracja o chorobie i życiu z nią jest mocniej nasycona wzorcami motywacyjnymi, lecz jest to związane raczej ze świadomością deficytów motywacyjnych i deklarowaniem prób radzenia sobie niż z częstszym podejmowaniem działań umotywowanych, zorganizowanych. Jednak ważna jest ta świadomość i deklaracje na temat prób radzenia sobie. Mogą one być punktem wyjścia do psychoterapii skoncentrowanej na wzmacnianiu motywacji wewnętrznej, która ma związek z cechami osobowości, metawiedzą o sobie i zmniejsza symptomy negatywne w schizofrenii [28–30].

W prezentowanym badaniu wykazano, że w narracjach opisujących okres po kryzysie psychotycznym częściej pojawia się wzorzec unikania odnoszący się do unikania porażek i zagrożeń, do własnych obaw, niechęci, postawy defensywnej [31]. Zatem osoby chore na schizofrenię zaczynają częściej kierować się unikaniem porażek niż dążeniami do celu w porównaniu z okresem sprzed choroby. Natomiast skupienie na dążeniach jest niezależne od treści narracji. W odniesieniu do działań umotywowanych przez pozytywne cele także można wnioskować o różnicach między osobami zdrowymi a chorymi. W prezentowanym badaniu poziom opisów dążeń wynosił 13–15% wszystkich opisów aktywności, natomiast dla osób zdrowych wynosił on ok. 22% [13]. Jest to zbieżne z mechanizmem powstawania objawów negatywnych, w którym podkreśla się niską reaktywność na przyjemność, w czym pośredniczy obniżona aktywność behawioralnego systemu aktywującego – wpływającego na „dążenie do”. Wówczas znaczenia nabiera system wygaszający zachowania związany z unikaniem [26].

W poprzednich opracowaniach dotyczących zmiany obrazu siebie autorzy wskazali na zjawiska załamania samooceny, negatywnego spostrzegania doświadczeń życiowych po zachorowaniu, co jest związane z modyfikacjami narracji na poziomie treści [12]. Wyniki tego badania wskazują na zmiany w obrazie siebie dotyczące głębokich warstw narracji – tożsamości charakteryzowanej poprzez wzorce aktywności. Układ wzorców aktywności pozwala wnioskować o zmniejszeniu poczucia własnego sprawstwa w okresie po zachorowaniu, co uwidacznia się poprzez skupienie na wzorcach unikania, zewnętrznej kontroli działań oraz wewnętrznej i ogólnej motywacji związanej z próbami radzenia sobie z objawami. Różnice w posługiwaniu się nominalizacjami, formą nieosobową i opisami dążeń nie były istotne statystycznie. Najczęściej wystę-

pującymi nominalizacjami były różne określenia choroby i jej objawów. Stąd powstała hipoteza, że w opisach doświadczeń chorobowych (a nie całego życia po zachorowaniu) dominujące będą wzorce nieosobowej kontroli działań.

Spośród wszystkich badanych wzorców aktywności jedynie na wzorec motywacyjny (związany z odwołaniami do motywacji ogólnej w narracji) mają wpływ charakterystyki demograficzne i przebiegu choroby, tj. wiek i czas jej trwania. Im starsi pacjenci, tym częściej odwołują się do opisów motywacji w narracjach. Natomiast im dłużej chorują, tym rzadziej posługują się operatorami modalnymi w opowieściach. Można to tłumaczyć większym nasileniem deficytów motywacyjnych u osób dłużej chorujących. Natomiast większy udział motywacji w opisach aktywności osób starszych jest dość zaskakujący. Być może jest związany w większą samoświadomością i bogactwem autonarracji – ze względu na różnorodność przeżyć i doświadczeń życiowych. Fakt, że na żaden z badanych, szczegółowych wzorców aktywności nie miały wpływu zmienne demograficzne i opisujące przebieg choroby, wskazuje na ich osobisty, indywidualny charakter jako charakterystyk tożsamości. Są one raczej wyznaczane przez indywidualne doświadczenia i osobisty sposób nadawania im znaczeń niż przez dość ogólne charakterystyki typu wiek, płeć, czas trwania choroby czy liczba hospitalizacji.

Wnioski

1. Zmiana obrazu siebie po przeżytych doświadczeniach psychotycznych dotyczy głębszych warstw narracji, tj. wzorców aktywności ukrytych w związku formy narracji z treścią. Po zachorowaniu większego znaczenia nabiera motywacja do działań: wewnętrznie umiejscowiona związana z próbami radzenia sobie z chorobą i zewnętrzne umiejscowienie kontroli działań związane z obniżeniem poczucia sprawstwa w związku z doświadczaniem objawów i zmniejszeniem kompetencji społecznych.
2. Dominującym wzorcem staje się unikanie działań.
3. Nie wykazano większego nasycenia bezosobowej kontroli działań. Powstała hipoteza o nasilonej bezosobowej kontroli działań w odniesieniu do opisów tylko doświadczeń związanych z chorowaniem, pojawianiem się objawów, przy pominięciu innych zdarzeń życiowych tego okresu, np. leczenia, terapii.
4. Wraz z wiekiem osoby chore na schizofrenię częściej odwołują się do motywacji w opisach aktywności. Natomiast im dłużej trwa choroba, tym mniejsze znaczenie motywacji w narracji.
5. Wzorce aktywności odnoszące się do jej szczegółowych charakterystyk: umiejscowienia źródeł kontroli działań, kierunku motywacji, nieosobowej kontroli działań nie mają związku z charakterystykami demograficznymi i przebiegiem choroby. Jako charakterystyki tożsamości zdają się zależeć raczej od indywidualnych doświadczeń i osobistego sposobu nadawania im znaczeń.

Piśmiennictwo

1. Trzebiński J. red. *Narracja jako sposób rozumienia świata*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
2. Gergen KJ. *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge, Massachusetts, London: Harvard University Press; 1994.
3. McAdams DP. *The development of a narrative identity*. W: Sarbin T, Scheibe K. red. *Studies in social identity*. New York: Praeger Press; 1983. s. 160–171.
4. Brockmeier J, Carbaugh D. red. *Narrative and identity. Studies in autobiography, self and culture*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company; 2001.
5. Wciórka J. *Doświadczenie choroby schizofrenicznej w świetle dziesięcioletniej katamnezy*. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 1998.
6. White M, Epston D. *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton; 1990.
7. 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.
8. Angermeyer MC, Beck M, Holzinger A. *The stigma of mental illness: Patients' anticipations and experiences*. *Int. J. Soc. Psychiatry* 2004; 50(2): 153–162.
9. Spiridonow K, Kasperek B, Meder J. *Porównanie subiektywnej jakości życia pacjentów przewlekle chorych z rozpoznaniem schizofrenii i osób zdrowych*. *Psychiatr. Pol.* 1998; 32(3): 297–306.
10. de Barbaro B. *Między rozpoznaniem psychiatrycznym a „rozpoznaniem rodzinnym”*. *Psychiatr. Pol.* 2004; 38(5): 771–782.
11. Ramírez-Esparza N, Pennebaker JW. *Do good stories produce good health? Exploring words, language, and culture*. *Narrat. Inq.* 2006; 16(1): 211–219.
12. Chądryńska M, Osuchowska-Kościńska A, Bednarek A. *Porównanie obrazu siebie przed i po wystąpieniu kryzysu psychiatrycznego poprzez analizę narracji osób chorych na schizofrenię*. *Psychiatr. Pol.* 2012; 46(6): 951–960.
13. Chądryńska M. *Wzorce aktywności w narracjach rodzinnych. Metoda badania, krystalizacja i przekaz międzypokoleniowy*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
14. Kofta M, Szustrowa T. red. *Złudzenia, które pozwalają żyć: szkice z psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1991.
15. Wierzbicka A. *Metatekst w tekście*. W: Mayenowa MR. red. *O spójności tekstu*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1971. s. 32–41.
16. Danes F. *Semantyczna i tematyczna struktura zdania i tekstu*. W: Mayenowa MR. red. *Tekst i język. Problemy semantyczne*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1974. s. 23–40.
17. Lyons J. *Semantyka*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1989.
18. Rytel D. *Leksykalne środki wyrażania modalności w języku czeskim i polskim*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich; 1982.
19. Jędrzejko E. *O tzw. wewnętrznej i zewnętrznej konieczności i jej podstawowych wykładnikach leksykalnych*. *Polonica* 1988; 13: 17–27.
20. Reykowski J. *Z zagadnień psychologii motywacji*. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne; 1977.
21. Rotter J. *Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement*. *Psychol. Monogr.* 1966; 80(1): 1–28.

22. Deci EL, Ryan RM. *Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions*. Contemp. Educ. Psychol. 2000; 25: 54–67.
23. Tomaszewski T. red. *Psychologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 1982.
24. Jędrzejko E. *Nominalizacje w systemie i w tekstach współczesnej polszczyzny*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1993.
25. 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*. L'Encephale 2013; 39(supl. 1): 57–63.
26. Engel M, Fritzsche A, Lincoln TM. *Anticipatory pleasure and approach motivation in schizophrenia-like negative symptoms*. Psychiatry Res. 2013; 210(2): 422–426.
27. Boydell KM, Gladstone BM, Volpe T. *Interpreting narratives of motivation and schizophrenia: a biopsychosocial understanding*. Psych. Rehab. J. 2003; 26(4): 422–426.
28. Vohs JL, Lysaker PH, Nabors L. *Associations of personality with intrinsic motivation in schizophrenia*. Psychiatry Res. 2013; 208(1): 78–80.
29. Vohs JL, Lysaker PH. *Metacognitive mastery and intrinsic motivation in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 2014; 202(1): 74–77.
30. Sawicka M. *Znaczenie stylu terapeutycznego w leczeniu osób chorych na schizofrenię*. Warszawa: Wydawnictwo Akademii Psychologii Specjalnej; 2010.
31. Doliński D. *Orientacja defensywna*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1993.

Adres: Małgorzata Chądzyńska
Klinika Rehabilitacji Psychiatrycznej
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 4.02.2014

Zrecenzowano: 7.04.2014

Otrzymano po poprawie: 28.04.2014

Przyjęto do druku: 14.10.2014

