

Religijność pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Wstępne ustalenia korelacyjne i porównawcze z osobami bez zaburzeń

Religiousness of patients with diagnosis of schizophrenia. Introductory studies

Piotr Tomczak

Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ
Kierownik: dr hab. n. med. B. de Barbaro

Summary

Aims. (1) The correlations between various aspects of religiousness and age, span of treatment, rate of therapy, anxiety-state, anxiety-trait, locus of control, and self-rating of the state of self-feeling, and the state of feeling of illness, and quality of life in the group of patients with a diagnosis of schizophrenia and in the group of healthy persons, and (2) the comparison of various aspects of religiousness of patients with schizophrenia and healthy persons were studied.

Methods. The Individual Religiousness Scale, Scale of Christian Religiousness, Intrinsic, Extrinsic and Quest Religious Orientation Scales, Scale of Fundamentalism, Rotter's questionnaire of locus of control, State-Trait Anxiety Inventory, visual analogy of self-feeling, visual analogy of feeling of illness, questionnaire of quality of life – WHOQOL-BREF – were used in the study. 61 adults of both sexes, 30 patients with a diagnosis of schizophrenia according to ICD-10 and DCR-10 in the diagnostic group and 31 healthy persons were studied. Groups were similar in the terms of age, sex, education, abode, social conditions, professional status, civil state and denomination.

Results. It was noted, that: (1) intrinsic and extrinsic religiousness correlates with age in both groups and with span of treatment in the diagnostic group, but only intrinsic religiousness correlates with the rate of therapy; the locus of control increases with a decrease of orthodox religiousness in the diagnostic group and with ethical aspects of religion in the group of healthy individuals; state of anxiety is correlated backwards with orthodox religiousness in the diagnostic group; (2) patients diagnosed as having schizophrenia have a significantly higher level of extrinsic religiousness and fundamentalism than healthy individuals; (3) there was many results pointed out in bibliography, that had no verification in these studies.

Conclusions. The knowledge about the religiousness of schizophrenia patients can be important for the diagnostic and therapeutic process in this disorder, therefore further studies on these characteristics are necessary.

Słowa klucze: schizofrenia, religijność

Key words: schizophrenia, religiousness

Wstęp

Uniwersalny charakter religii, jej obecność niemal we wszystkich epokach i kulturach oraz jej zasadniczy wpływ na stosunek człowieka do podstawowych problemów egzystencjalnych nie są obecnie kwestionowane. Ostatnia dekada XX w. przyniosła otwarcie się psychiatrii na duchowy wymiar człowieka oraz istotne związki między religią a zdrowiem psychicznym [1].

Bernard Spilka i Paul Werme sugerują cztery możliwe relacje między religią a zdrowiem psychicznym: (1) może ona stać się ekspresyjnym ujściem dla istniejących zaburzeń psychicznych, (2) może hamować występowanie symptomów i socjalizować jednostkę, konwencjonalizować jej myślenie i zachowanie, (3) może być formą ukojenia lub ucieczki od – będących źródłem zaburzeń – życiowych problemów, (4) może stanowić terapeutyczną lub profilaktyczną okazję do bardziej konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i problemami, samoaktualizacji, budowania szerszej perspektywy i efektywnego wykorzystania swoich możliwości [2].

Religijność pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii nie była dotąd badana na gruncie polskim. Doniesienia z badań (wśród osób zdrowych psychicznie) publikowane w międzynarodowym piśmiennictwie naukowym ujawniają następujące zależności:

- 1) związki religijności z wiekiem – Argyle i Beit-Hallahmi [3], Brand [4], Fukuyama [5], Watson, Howard, Hood i Morris [6];
- 2) dodatni związek podskali wewnętrznej orientacji religijnej z wewnętrznym poczuciem kontroli – Jackson i Coursey [7], Kahoe [8] i Stewin [9], dobrostanem duchowym – Mickley, Soeken i Belcher [10], samooceną – Nelson [11], oraz satysfakcją życiową – Zwingmann [12], Zwingmann, Moosbrugger i Frank [13];
- 3) dodatni związek podskali zewnętrznej orientacji religijnej z lękiem – Bergin, Masters i Richards [14], oraz ujemny związek z wewnętrznym poczuciem kontroli – Kahoe [8], Park, Cohen i Herb [15], Strickland i Schaffer [16];
- 4) ujemny związek podskali poszukującej orientacji religijnej z wiekiem – Acklin [17], Hood i Morris [18], Watson, Howard, Hood i Morris [6] – oraz dodatni z poziomem lęku-cechy – Kojetin, McIntosh, Bridges i Spilka [19], Moraleda [20], Spilka, Kojetin i McIntosh [21], i poziomem lęku w ogóle – Ryan, Rigby i King [22], a także ujemna korelacja podskali poszukującej orientacji religijnej z samooceną – Genia [23].

Cele pracy

1. Zbadanie związków pomiędzy poziomem różnych aspektów religijności a natężeniem lęku-stanu i lęku-cechy, umiejscowieniem kontroli i rodzajem samooceny stanu samopoczucia, zdrowia i jakości życia u osób z rozpoznaniem schizofrenii w odniesieniu do grupy osób zdrowych psychicznie.
2. Porównanie poziomów analogicznych aspektów religijności grupy osób chorych na schizofrenię i grupy osób zdrowych psychicznie.

Definicje

Religijność – w niniejszej pracy, za Wulffem [24], przyjęto terminy „religia” i „religijność”, synonimiczne do terminu „pobożność”, oznaczające całościowy sposób odnoszenia się zarówno do wiary, jak i tradycji (w rozumieniu Smitha), czyli obejmujące wewnętrzny stan czy też proces oraz jego zewnętrzne przejawy.

Wewnętrzna orientacja religijna jest postawą cechującą się znajdowaniem głównego motywu działań w religii. Innym potrzebom, obojętnie jak silnym, przypisuje się mniejsze znaczenie. Są one – o ile to możliwe – harmonijnie sprzężone z przekonaniami i nakazami religijnymi. Przyjmując swoje credo, jednostka zmierza do jego internalizacji i w pełni je realizuje. W tym sensie żyje swą religią [25].

Zewnętrzna orientacja religijna jest to postawa charakteryzująca się używaniem religii do własnych celów. Termin ten został zapożyczony z aksjologii dla oznaczenia orientacji, która utrzymuje się, gdyż służy innym, bardziej ostatecznym motywom. Wartości zewnętrzne są zawsze instrumentalne i utylitarne. Osoby o tej orientacji mogą zrobić użytek z religii na różne sposoby – dla zapewnienia sobie bezpieczeństwa i spokoju, dla uspołecznienia się lub izolacji, dla uzyskania odpowiedniego statusu ekonomicznego i odpowiedniej samooceny. Uznawane credo jest podatne na zmiany lub nawet selektywnie kształtowane, zgodnie z bardziej podstawowymi potrzebami. W kategoriach teologicznych osoba o typie zewnętrznej religijności zwraca się do Boga, lecz bez odwracania się od siebie [25].

Poszukująca orientacja religijna jest to postawa wyrażająca otwarty, odpowiedzialny dialog z pytaniami egzystencjalnymi, wywołany przez sprzeczności i dramaty życia [26].

Fundamentalizm religijny definiowany jest jako postawa i światopogląd religijny określone przez wojowniczy aktywizm, zelotyzm, mesjanizm, dogmatyzm, autorytaryzm, rygoryzm, moralizm, ekskluzywizm soteriologiczny, prozelityzm, antyekumenizm oraz ścisły dualizm aksjologiczny, wprowadzające dychotomiczne podziały rzeczywistości wyrażające się w akcentowaniu radykalnego antagonizmu sił dobra i zła na poziomie wyobrażeń religijnych i w polaryzacji świata społecznego generującej ikony wroga, ewokujące poczucie zagrożenia i mobilizujące do walki. Eksponentów tego światopoglądu charakteryzuje elitarna samoświadomość grupy pielęgnującej jedyną, niezmienną formę ortodoksji i praktyki religijnej (Motak [27]). Natomiast Hunsberger i wsp. [28] definiują fundamentalizm jako przekonanie, że istnieje tylko jeden zbiór nauk religijnych, który zawiera fundamentalną, podstawową, autentyczną, istotną i niepodważalną prawdę o człowieku i boskości, oraz że ta zasadnicza prawda spotyka się z fundamentalnym sprzeciwem sił, z którymi należy stanowczo walczyć, że należy postępować zgodnie z tą prawdą według fundamentalnych i niezmiennych praktyk z przeszłości i że ci, którzy wierzą i postępują zgodnie z tymi fundamentalnymi naukami, dostępują szczególnej więzi z boskością.

Osoby badane

W badaniu uczestniczyło 30 pacjentów Krakowskiego Szpitala Specjalistycznego

im. dr. J. Babińskiego oraz oddziałów dziennych Kliniki Psychiatrii Dorosłych Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego z rozpoznaniem schizofrenii (F20 wg ICD-10 i DCR-10), w wieku 20–58 lat, przejawiających kontakt z otoczeniem i zdolnych do wypełniania kwestionariuszy.

Grupę porównawczą stanowiło 31 osób zdrowych psychicznie, dobranych pod względem wieku, płci, wykształcenia, miejsca stałego zamieszkania, warunków bytowych, aktywności zawodowej, stanu cywilnego i wyznania, do grupy osób badanych.

Do badania zakwalifikowano kwestionariusze osób deklarujących w ankiecie danych osobowych przynależność do określonego wyznania. W przypadku skali Twoja Religijność i Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa zakwalifikowano tylko te kwestionariusze, które zostały wypełnione przez osoby badane (w przypadku obu wymienionych skal instrukcja mówi, by nie wypełniały ich osoby nieuwzględniające się za religijne) – tab. 1 i tab. 2.

Metody

W obu grupach badano związek poziomu różnych aspektów religijności (Skala Religijności Chrześcijańskiej, Skala Indywidualnej Religijności, skala Twoja Religijność, składająca się z podskal: (1) wewnętrznej orientacji religijnej, (2) zewnętrznej orientacji religijnej i (3) poszukującej orientacji religijnej [29, 30], oraz Skala Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego [29, 30]) z wiekiem, długością leczenia, liczbą hospitalizacji, lękiem-stanem i lękiem-cechą (Inwentarz Stanu i Cechy Lęku Spielbergera [31]), umiejscowieniem kontroli (skala umiejscowienia kontroli Rottera) oraz (tylko w grupie badanej – ze względu na zastosowanie skal poznawczych wyłącznie do badania osób chorych) z samooceną: samopoczucia (Wzrokowa Analogia Samopoczucia [32, 33]), poczucia choroby (Wzrokowa Analogia Choroby [32, 33]) i jakości życia (WHOQOL-BREF (wymiary: (1) zdrowie fizyczne, (2) obszar psychologiczny, (3) relacje społeczne, (4) środowisko) – tab. 3 i tab. 4.

Ponadto badano różnicę między grupami osób chorych i zdrowych psychicznie w przypadku poziomu różnych aspektów religijności – tab. 5.

Osoby badane zapoznawano z procedurą wypełniania poszczególnych kwestionariuszy. W trakcie wypełniania ankiet udzielano wskazówek związanych z nasuwającymi się wątpliwościami interpretacyjnymi.

Wyniki zostały opracowane za pomocą kluczy dla poszczególnych kwestionariuszy.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą pakietu SPSS for Windows (wersja 5.5 PL).

Wyniki

Poniżej zamieszczono wyniki badań ujęte w formę tabelaryczną.

Statystyki opisowe (liczebność, średnia, mediana, minimum, maksimum, rozstęp i odchylenie standardowe) dla grupy badanej zawiera tabela 1, dla grupy porównaw-

Tabela 1

Liczebność, średnia arytmetyczna, mediana, minimum, maksimum, rozstęp i odchylenie standardowe w grupie badanej

Zmienna	N	śr.	med.	min.	maks.	rozst.	SD
wiek	30	32,3	29,5	20 p	50 p	30 p	9,2
drugocześnie	30	9,4	0 p	1 p	21 p	20 p	7,5
liczba hospitalizacji	30	5,1	4 p	1 p	20 p	19 p	4,4
Skala Religijności Chorozyjnej	29	0,3	0 p	4,4	10,4	6 p	1,6
Skala Indywidualnej Religijności	29	31 p	33 p	36 p	40 p	4 p	2,4
skala Twoja Religijność podziału wewnętrznąj orientacji religijnej	21	32,9	34,9	20 p	48 p	28 p	6,3
skala Twoja Religijność podziału zewnętrznąj orientacji religijnej	21	34,1	31,9	11 p	55 p	44 p	8,9
skala Twoja Religijność podziału poszukiwaczej orientacji religijnej	21	31,4	34,9	22 p	40 p	18 p	5,2
Skala Fundamentalizmu Religijnego Uniwersytetu Jaskółki	21	52,4	55,9	26 p	72 p	46 p	12,7
skala umiędzynarodowienia kontroli Rollera	30	10,2	10 p	0 p	11 p	11 p	3,4
Inwentarz Stanu i Cechy Lądu i Światła	30	46,1	46,5	23 p	73 p	50 p	11,5
Inwentarz Stanu i Cechy Lądu i Światła	30	49,5	49,5	21 p	71 p	50 p	11,2
Uziębłość Analiza Samopoczucia	30	6 p	0 p	1 p	10 p	9 p	3,3
Uziębłość Analiza Choroby	30	7,1	0 p	1 p	10 p	9 p	3,4
UHO OOL-EREF : wymiar zdrowie fizyczne	30	22,2	22,5	10 p	32 p	22 p	5,6
UHO OOL-EREF : wymiar obszar psychologiczny	30	11,1	10 p	0 p	26 p	10 p	4,6
UHO OOL-EREF : wymiar relacje społeczne	30	9,2	10 p	3 p	12 p	9 p	2,6
UHO OOL-EREF : wymiar odpowiedzialność	30	24,5	25 p	10 p	35 p	25 p	6,1

Tabela 2

Liczebność, średnia arytmetyczna, mediana, minimum, maksimum, rozstęp i odchylenie standardowe w grupie porównawczej

Zmienna	N	śr.	med.	min.	maks.	rozst.	SD
wiek	31	32,5	25,9	10 p	53 p	43 p	10,2
Skala Religijności Chorozyjnej	20	0 p	0,2	3,4	10,3	6 p	1,6
Skala Indywidualnej Religijności	20	35,1	33,5	34 p	40 p	6 p	2,3
skala Twoja Religijność podziału wewnętrznąj orientacji religijnej	20	31,5	32,5	18 p	40 p	22 p	7,5
skala Twoja Religijność podziału zewnętrznąj orientacji religijnej	20	32,9	32 p	18 p	51 p	33 p	9,9
skala Twoja Religijność podziału poszukiwaczej orientacji religijnej	20	34,9	35 p	10 p	50 p	40 p	8,9
Skala Fundamentalizmu Religijnego Uniwersytetu Jaskółki	20	40,3	40,5	21 p	61 p	40 p	10,7
skala umiędzynarodowienia kontroli Rollera	31	11,1	12 p	2 p	10 p	11 p	4,0
Inwentarz Stanu i Cechy Lądu i Światła	31	41,1	41 p	24 p	74 p	50 p	10,6
Inwentarz Stanu i Cechy Lądu i Światła	31	44,1	44 p	26 p	72 p	46 p	10,2

czej – tabela 2.

Istotne i zbliżone do istotnych (przy $p < 0,05$) korelacje w grupie badanej przed-

Tabela 3

Istotne i zbliżone do istotnych korelacje w grupie badanej

Zmienna	r	p
wskali Twoja Religijność podskala wewnętrznej orientacji religijnej	,41	,002
wskali Twoja Religijność podskala zewnętrznej orientacji religijnej	,28	,016
drugorzędzenie skali Twoja Religijność podskala wewnętrznej orientacji religijnej	,41	,002
drugorzędzenie skali Twoja Religijność podskala zewnętrznej orientacji religijnej	,29	,014
skala hospitalizacji i skali Twoja Religijność podskala wewnętrznej orientacji religijnej	,34	,021
skala umiejętności kontroli Roberta i skali indywidualnej Religijności	-,48	,000
inwentarz Skanu i Oceny Łac i skali indywidualnej Religijności	-,31	,051

Tabela 4

Istotne i zbliżone do istotnych korelacje w grupie porównawczej

Zmienna	r	p
wskali Twoja Religijność podskala wewnętrznej orientacji religijnej	,31	,056
wskali Twoja Religijność podskala zewnętrznej orientacji religijnej	,30	,041
skala umiejętności kontroli Roberta i skali Religijności Oczyszczeniowej	-,41	,031

stawia tabela 3, analogiczne zależności w grupie porównawczej zawiera tabela 4.

Istotne i zbliżone do istotnych (przy $p < 0,05$) wyniki porównania grup badanej

Tabela 5

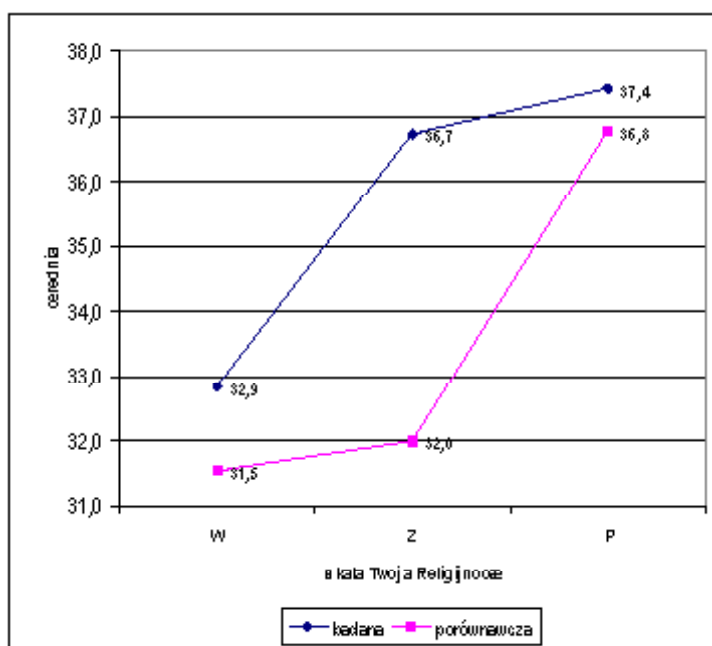
Istotne różnice międzygrupowe

Zmienna	t	p
skala Twoja Religijność podskala zewnętrznej orientacji religijnej	-1,1	,002
Skala Fundamentalizmu i skali Religijności Uniwersytetu Jagiellońskiego	-1,1	,041

i porównawczej znajdują się w tabeli 5.

Wykres (rys. 1) (por. tabele 1 i 2) ukazuje porównanie średnich podskali Twoja Religijność w obu grupach.

Najwyższe średnie występują w przypadku podskali poszukującej orientacji religijnej (37,4 w grupie badanej i 36,8 w grupie porównawczej), najniższe – w przypadku podskali wewnętrznej orientacji religijnej (32,9 w grupie badanej i 31,5 w grupie porównawczej); największa rozbieżność między grupami występuje w przypadku podskali zewnętrznej orientacji religijnej (36,7 w grupie badanej i 32,0 w grupie porównawczej), co ma odzwierciedlenie w istotności różnic międzygrupowych mierzonych za pomocą testu t-Studenta (tabela 5).



Rys. 1. Średnie podskale: wewnętrznej orientacji religijnej (W), zewnętrznej orientacji religijnej (Z) i poszukującej orientacji religijnej (P) skali Twoja Religijność w grupie badanej i w grupie porównawczej

Omówienie wyników

Religijność a wiek

W obu grupach wystąpiły podobne korelacje: w grupie osób chorych – między wynikami skali Twoja Religijność: podskali wewnętrznej orientacji religijnej a wiekiem ($r = 0,41$; $p = 0,032$) oraz między wynikami skali Twoja Religijność: podskali zewnętrznej orientacji religijnej a wiekiem ($r = 0,45$; $p = 0,018$); w grupie osób zdrowych – między wynikami skali Twoja Religijność: podskali zewnętrznej orientacji religijnej a wiekiem ($r = 0,38$; $p = 0,047$) oraz między wynikami skali Twoja Religijność: podskali wewnętrznej orientacji religijnej a wiekiem ($r = 0,37$; $p = 0,056$, nieznacznie przekraczające przyjętą granicę istotności statystycznej).

Istnienie tych związków koresponduje z wynikami badań Argyle'a i Beit-Hallahmiego [3] oraz Branda [4] nad inteligencją, religijnością i wiekiem, Fukuyamy [5], z zastosowaniem jego narzędzia pomiaru czterech wymiarów Glocka, a także Watsona, Howarda, Hooda i Morrisa [6] nad podskalami wewnętrznej orientacji religijnej i poszukującej orientacji religijnej (w niniejszych badaniach potwierdziła się tylko współzależność wieku i religijności wewnętrznej, i to na niższym poziomie istotności – Watson, Howard, Hood i Morris uzyskali wynik $r = 0,29$ przy $p < 0,001$; nie potwierdziła się natomiast zależność między wiekiem a religijnością poszukującą).

Religijność a długość leczenia

W grupie osób chorych istnieje istotna statystycznie dodatnia korelacja między wynikami skali Twoja Religijność: podskali wewnętrznej orientacji religijnej a długością leczenia ($r = 0,41$; $p = 0,032$) oraz skali Twoja Religijność: podskali zewnętrznej orientacji religijnej a długością leczenia ($r = 0,39$; $p = 0,046$).

Istnieje możliwość, że istotne są korelacje między wiekiem a wynikami skali Twoja Religijność: podskali wewnętrznej orientacji religijnej i podskali zewnętrznej orientacji religijnej, a korelacje z długością leczenia są pochodnymi tych zależności, długość leczenia jest bowiem związana w sposób istotny z wiekiem ($r = 0,73$; $p = 0,000$).

Z drugiej strony długość leczenia jest wskaźnikiem przewlekłości i ciężkości choroby, a występujące zależności mogą być wynikiem całkiem innego mechanizmu niż prostego wzrostu wartości zmiennych wraz z wiekiem. Istotnym elementem może być tutaj długotrwała choroba, pogarszanie się stanu zdrowia i wynikające z nich zagubienie emocjonalne, w następstwie czego osoba chora poszukiwałaby pocieszenia w religii.

Religijność a liczba hospitalizacji

W grupie osób chorych istnieje istotna statystycznie dodatnia korelacja między wynikami skali Twoja Religijność: podskali wewnętrznej orientacji religijnej a liczbą hospitalizacji ($r = 0,44$; $p = 0,021$).

Z liczbą hospitalizacji koreluje tylko religijność wewnętrzna, a nie, jak w przypadku wieku i długości leczenia, religijność wewnętrzna i zewnętrzna.

Podobnie jak w przypadku związków religijności z długością leczenia można by wysunąć tezę o pochodnym charakterze liczby hospitalizacji względem wieku. Jednakże liczba hospitalizacji nie jest związana w sposób istotny z wiekiem ($r = 0,32$; $p = 0,103$).

Związek liczby hospitalizacji z religijnością ma, jak się wydaje, nikłe konotacje ogólnorozwojowe. Większa liczba hospitalizacji może świadczyć przede wszystkim o cięższym przebiegu choroby i systematycznym pogarszaniu się stanu zdrowia. Z każdą koniecznością hospitalizacji wiąże się zmniejszenie prawdopodobieństwa wyleczenia, znacznie pewniejsza natomiast staje się perspektywa pozostawania w leczeniu farmakologicznym do końca życia. Gorsza sytuacja zdrowotna prawdopodobnie powoduje przyjmowanie wewnętrznej formy religijności jako bardziej pomocnej w zasymilowaniu poznawczym i emocjonalnym trudności związanych z chorobą psychiczną.

Religijność a lęk

W grupie osób chorych na granicy istotności statystycznej znalazła się ujemna korelacja między wynikami Inwentarza Stanu i Cechy Lęku: lęku-stanu a wynikami Skali Indywidualnej Religijności ($r = -0,37$; $p = 0,051$); po dodaniu do analizy wyników osoby deklarującej się jako niewierząca (osoby niewierzące mogą wypełniać Skalę Indywidualnej Religijności) występuje istotna ujemna korelacja ($r = -0,36$; $p = 0,048$).

Z powyższych danych wynika wniosek o prawdopodobnym niwelującym niepokój wpływie religijności ortodoksyjnej w przypadku osób chorych. Wpływ taki zaznacza się tylko w przypadku lęku-stanu, może być on więc spowodowany reaktywnym stosowaniem rytuałów w celu obniżenia napięcia.

Religijność a umiejscowienie kontroli

Istnieje istotna statystycznie ujemna korelacja między wynikami Skali Indywidualnej Religijności i Skali Religijności Chrześcijańskiej a wynikami skali umiejscowienia kontroli Rottera: w grupie osób chorych ($r = -0,47$; $p = 0,009$); w grupie osób zdrowych ($r = -0,41$; $p = 0,031$).

Zależności te wynikają z koncepcji Rottera. Religijność jako czynnik integrujący osobowość obniża poziom lęku poprzez zwiększenie poczucia sprawstwa. Analogiczna sytuacja występuje w grupie porównawczej. Jednakże w grupie badanej ze skalą umiejscowienia kontroli koreluje Skala Indywidualnej Religijności mierząca stosunek do ortodoksji katolickiej, natomiast w grupie porównawczej – Skala Religijności Chrześcijańskiej mierząca stosunek do religii chrześcijańskiej (także jako do systemu wyłącznie etycznego). Wydaje się zatem sensowne wyciągnięcie wniosku, że osoby chore na schizofrenię bardziej wbudowują w swój światopogląd system typowo religijny jako całość, niż poszukują rozwiązań natury etycznej na gruncie zastanej religii. Taka postawa wiązałaby się z dążeniem do jak najściślejszego usystematyzowania otaczającej rzeczywistości, która z powodów zaburzeń percepcyjnych oraz toku i treści myślenia staje się dla osoby chorej pozbawiona jasnych zależności przyczynowo-skutkowych. Osoby zdrowe natomiast bardziej skłaniają się ku wyciąganiu wniosków natury etycznej.

Różnice międzygrupowe w poziomie religijności

Istnieje istotna statystycznie różnica między grupami w skali Twoja Religijność: podskali zewnętrznej orientacji religijnej ($t = -1,87$; $p = 0,032$) i Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego ($t = -1,70$; $p = 0,047$).

Istnienie różnicy w przypadku skali Twoja Religijność: podskali zewnętrznej orientacji religijnej oraz Skali Fundamentalizmu Instytutu Religioznawstwa Uniwersytetu Jagiellońskiego potwierdzałyby tezę o przyswajaniu przez osoby chore na schizofrenię raczej jasnego i rygorystycznego systemu przekonań, z mocnym rysem rytualnym, niż prezentowania postawy poszukującej przede wszystkim wartości etycznych.

Wnioski

1. Typy religijności: wewnętrzna i zewnętrzna wykazują dodatnią korelację z wiekiem niezależnie od czynnika choroby z grupy schizofrenii; w przypadku religijności wewnętrznej wyraźniejsza tendencja występuje u osób z rozpoznaniem schizofrenii.
2. Typy religijności: wewnętrzna i zewnętrzna wykazują dodatnią korelację z długością leczenia osób z rozpoznaniem schizofrenii, co jest, obok wpisywania się w ogólną tendencję rozwojową – wniosek 1, prawdopodobnie wynikiem przewlekłej choroby

- i szukania pocieszenia w religii.
3. Religijność wewnętrzna wykazuje dodatnią korelację z liczbą hospitalizacji osób chorych na schizofrenię, co wiąże się z występowaniem cięższych form choroby i przyswajaniem przez osoby chore bardziej zinternalizowanej postaci religii pozwalającej na zasymilowanie sytuacji trudnej.
 4. U osób chorych występuje związek między lękiem-stanem a religijnością ortodoksyjną, która może pełnić rolę czynnika niwelującego stan lęku.
 5. Zarówno u osób chorych, jak i zdrowych religijność koreluje z wewnętrznym poczuciem kontroli. Z charakteru skal religijności korelujących w poszczególnych grupach można wysnuć wnioski o przyswajaniu przez osoby chore na schizofrenię bardziej dogmatycznych i rytualizowanych systemów religijnych, lepiej pełniących funkcję porządkowania rzeczywistości.
 6. Występuje istotna statystycznie różnica między osobami chorymi a zdrowymi w religijności wewnętrznej i fundamentalizmie, co potwierdza wnioski 4 i 5.

Дієцяцініннү д'рөчлініа н асраіңціе рсқіодлііс.
Ддіаардчнлөуіул ғиддіе өсөііул җ ндріаічнлөуіул оннріағе
н өсөрөс аіс д'нчөс=лнөсө ірдөрлісө

Ніаідеріел

Сраріел. 1. Чннеліаіріел ғиддіе өсө еісао д'рөсө=іуөс рнд'лөнрөс дієцяцініннч җ аісдрнннө, әәчнлөуініннү ел=ліс, +чнөіө аінд'чнрөсчрөсө, өіацлө – нінні іцлө, өіацлө – +лннө, өіөсөчрөсө өііндіө, нрөііөліөіө нәіләі нрөі=өаннәс, +өаннәіө аіелціс җ өіөөідннө ссқіс а адод'д'л д'рөчлініа н асраіңціө рсқіодлііс җ а адод'д'л д'нчөс=лнөсө җәидіауө еғалө.

2. Ндріаіліел д'рөсө=іуөс рнд'лөніа дієцяцініннч еісао адод'д'іө д'рөчлініа н асраіңціө рсқіодлііс җ адод'д'іө д'нчөс=лнөсө җәидіауө еғалө.

Елінау. Аә д'діаіліс чннеліаіріөсө чнд'іөуціаріу: Рөрөс сіацәсәөрөуііө дієцяцініннч, Рөрөс өдчннрннө дієцяцініннч, Рөрөс Нәі дієцяцініннү, Рөрөс Оіарөлінрөсчөс чннчнөнр дієцяцірәннәс Балөііөнәі өісәлднчнлнр а Ғдрөіәл, Рөрөс өіөсөчрөсө өііндіө Дннлдр, Сіалндрү нннн іс җ +лн өіасө, Чдчнлөуір ррөіас нрөі=өаннәс, Чдчнлөуір ррөіас аіелціс,

Чннеліаіріө. А ааоо адод'д'рө чннеліаіріуө әуөі 61 +лөіәлө, а ннө +чнөл 30 д'рөчлініа н асраіңціө рсқіодлііс. нәәрннө н өдчнлдр өс Еісәөірдіаіуө өрннчөсөчрөсө СӨА-10 җ АӨӨ-10 җ 31 +лөіәлө д'нчөс=лнөсө җәидіауө, ннннәс іуөсө ндріаічнлөуіот адод'д'ө. Іәл адод'д'у әуөс д'іөісөсө н нн=өс чдліс аісдрннр, д'рөс, өдіәілө іадрқіаріс, өсәсөуіна д'рөіеліс, д'дрөліннчрөуііө әл нлөуіннч җ сөқіліуө өнөіасө.

Дісөуөнрннү. 1. Аіөндліі җ аілір ідчлінчдіағөс дієцяцініннч өрдрөнлдр ғиддіөсдөтн н аісдрнннө а іәлсө адод'д'рө җ әәчнлөуініннү ел=ліс а чннеліаіріннө адод'д'л. Аіөндліі дієцяцір' ідчлінчдіағөс ғиддіөсдөлі н +чнөіө аінд'чнрөсчрөсө. Еіөрөсчрөсө өііндіө ғиддіөсдөлі н іднәіө-нөсө дієцяцініннү а адод'д'л аіөуіуө, нәәр өрө н ынс=лнөсөсө рнд'лөнрөс дієсәсө а ндріаічнлөуіө адод'д'л. Нннн іел өіасө індөөрнлөуіө іадрқіөс ғиддіөсдөлі н іднәіөнөсө дієцяцініннү а чннеліаірнлөуіөсө адод'д'л. 2. Дрөчліні н асраіңціө рсқіодлііс іәғәртн әуөрөс өдіәілө аілілө дієцяцініннч җ өіарөлінрөсчөс.

Ауәіау. Аіөндліі җ аілір дієцяцініннч іәғәртн іәуө нліәліөсөсө дннр әелннл н аісдрнннө. Іднәіөнөсө дієцяцініннү чнд'рөі лн өіөсөсөсө өд'д'әі=сәріс д'рөуіөсө д'дөлд'өсө ө д'рөчлініа н асраіңціө рсқіодлііс.

Religiösität der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie. Präliminare Korrelationen

und Vergleiche mit Personen ohne Störungen

Zusammenfassung

Ziel. (1). Studie an der Korrelation zwischen den verschiedenen Aspekten der Religiosität und Alter, Behandlungsdauer, Hospitalisierungszahl, Krankheitsgefühl und Lebensqualität der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und in der Gruppe der psychisch gesunden Personen. (2). Vergleich der verschiedenen Aspekten der Religiosität zwischen der Gruppe der Patienten mit der Diagnose Schizophrenie und der Gruppe der psychisch gesunden Patienten.

Methoden. Skala der Individuellen Religiosität, Skala der Christlichen Religiosität, Skala Deine Religiosität, Fundamentalismus - Skala des Instituts für Religionswissenschaft der Jagiellonen Universität, Skala der Kontrolle von Rotter, Inventar des Zustandes und Angsteigenschaften, Visuelle Analogie des Selbstbewußtseins, Visuelle Analogie der Krankheit, WHOQOL-BREF.

An der Studie nahmen 61 Personen beider Geschlechter teil: 30 Patienten mit der Diagnose Schizophrenie nach ICD-10 und DCR-10 in der Studiengruppe und 31 psychisch gesunde Personen in der Vergleichsgruppe. Beide Gruppen waren ähnlich, wenn es um das Alter, Geschlecht, Ausbildung, Familienstand, Beschäftigung und Lebensbedingungen geht.

Ergebnisse. (1) Die innere und äußere religiöse Orientierung korreliert mit dem Alter in beiden Gruppen und mit der Zeitdauer der Behandlung in der Studiengruppe. Die innere religiöse Orientierung korreliert mit der Zahl der Hospitalisierungen. Die Lokalisierung der Kontrolle hängt mit der religiösen Orthodoxie in der untersuchten Gruppe zusammen, und mit den ethischen Aspekten der Religion in der Vergleichsgruppe. Der Angstzustand korreliert negativ mit der orthodoxen Religiosität in der untersuchten Gruppe; (2) die Personen mit der Diagnose Schizophrenie zeigen dagegen einen höheren Level der äußeren Religiosität und Fundamentalismus.

Schlussfolgerungen. Die äußere und innere Religiosität zeigen eine allgemeine Tendenz zur Steigerung mit dem Alter. Die orthodoxe Religiosität spielt bei den Personen mit Schizophrenie eine solche Funktion, die die Wahrnehmung der Wirklichkeit ordnet.

La religiosité des patients diagnostiqués schizophrènes – étude préliminaire

Résumé

Objectif. 1) Analyse des corrélations des divers aspects de la religiosité et: âge, durée des thérapies, nombre des hospitalisations, anxiété-trait, anxiété-état, localisation du contrôle, auto-estimation de l'état général, sens de maladie et qualité de vie des patients diagnostiqués schizophrènes et du groupe du contrôle, 2) Comparaison des divers aspects de la religiosité des patients schizophrènes et du groupe de contrôle.

Méthodes. On use des échelles suivantes: The Individual Religiousness Scale, Scale of Christain Religiousness, Intrinsic, Extrinsic and Quest Religious Orientation Scales, Scale of Fundamentalism, Questionnaire de Rotter, State-Trait Anxiety Inventory, Analogie Visuelle de l'Auto-estimation, Analogie Visuelle du Sens de la Maladie, WHOQOL-BREF.

On a examiné 61 personnes : 30 patients diagnostiqués schizophrènes d'après les critères de ICD-10 et DCR-10 et 30 personnes saines du groupe de contrôle. Les deux groupes se ressemblent quant à: âge, sexe, niveau d'éducation, état civil, profession et conditions de vie.

Résultats. 1) Orientation religieuse extérieure et intérieure corrélent avec l'âge dans les deux groupe et avec la durée des thérapies dans le groupe des patients. La localisation du contrôle corréle avec l'orthodoxie religieuse dans le groupe des patients et avec les aspects étiques de la religion dans le groupe du contrôle. L'anxiété-état corréle négativement avec la religiosité orthodoxe des patients. 2) Chez les patients on note aussi le niveau plus élevé de religiosité extérieure et du fondamentalisme.

Conclusions. La religiosité extérieure et intérieure accroissent avec l'âge. La religiosité orthodoxe sert à mettre en ordre la perception de la réalité des patients schizophrènes.

Piśmiennictwo

1. de Barbaro B. *Psychiatria a religia*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J. red. *Psychiatria*. Tom 3: *Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*. Wrocław: Urban & Partner; 2003, s. 551–563.
2. Spilka B i Werme PH. *Religion and mental disorder: a research perspective*. W: Strommen MR, red. *Research on religious development*. New York: Hawthorn 1971, s. 461–481.
3. Argyle M, Beit-Hallahmi B. *The social psychology of religion*. London: Routledge & Kegan Paul; 1975.
4. Brand C. *Personality and political attitudes*. W: Lynn R, red. *Dimensions of personality: papers in honour of H.J. Eisenck*. Oxford: Pergamon Press; 1981, s. 7–38.
5. Fukuyama Y. *The major dimensions of church membership*. *Rev. Rel. Res.* 1961; 2: 154–161.
6. Watson PJ, Howard R, Hood RW Jr, Morris RJ. *Age and religious orientation*. *Rev. Rel. Res.* 1988; 29: 271–280.
7. Jackson LE, Coursey RD. *The relationship of god control and internal locus of control to intrinsic religious motivation, coping and purpose in life*. *J. Scien. Study Rel.* 1988; 27: 399–410.
8. Kahoe RD. *Personality and achievement correlates of intrinsic and extrinsic religious orientations*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1974; 29: 812–818.
9. Stewin LL. *Integrative complexity: structure and correlates*. *Alb. J. Ed. Res.* 1976; 22: 226–236.
10. Mickley JR, Soeken K, Belcher A. *Spiritual well-being, religiousness and hope among women with breast cancer*. *J. Nurs. Ed.* 1992; 24: 267–272.
11. Nelson PB. *Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: relationship to depression and self-esteem*. *J. Gerontol. Nurs.* 1990; 16: 29–35.
12. Zwingmann C. *Religiosität und Lebenszufriedenheit: Empirische Untersuchungen unter besonderer Berücksichtigung der religiösen Orientierung*. Regensburg: S. Roderer; 1991.
13. Zwingmann C, Moosbrugger H, Frank D. *Religiöse Orientierung und ihre Bedeutung für den Zusammenhang zwischen Religiosität und Lebenszufriedenheit*. *Zeitschr. Pädagog. Psychol.* 1991; 5: 285–294.
14. Bergin AE, Masters KS, Richards PS. *Religiousness and mental health reconsidered: A study of an intrinsically religious sample*. *J. Counsel. Psychol.* 1987; 34: 197–204.
15. Park C, Cohen LH, Herb L. *Intrinsic religiousness and religious coping as life stress moderators for catholics versus protestants*. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 59: 562–574.
16. Strickland BR, Shaffer S. *I-E- I-E, & F*. *J. Scient. Study Rel.* 1971; 10: 366–369.
17. Acklin MW. *An ego developmental study of religious cognition*. University Press Georgia State University; 1984.
18. Hood RW Jr, Morris RJ. *Conceptualization of quest: a critical rejoinder to batson*. *Review of religious research* 1985; 26: 391–397.
19. Kojetin BA, McIntosh DN, Bridges RA, Spilka B. *Quest: constructive search or religious conflict?* *J. Scient. Study Rel.* 1987; 26: 111–115.
20. Moraleda M. *La actitud religiosa de los adolescentes: Bases para una interpretación psicológica*. Madrid: Editorial Bruño; 1977.
21. Spilka B, Kojetin B, McIntosh D. *Forms and measures of personal faith: questions, correlates and distinctions*. *J. Scient. Study Rel.* 1985; 24: 437–442.
22. Ryan RM, Rigby S, King K. *Two types of religious internalization and their relations to religious orientations and mental health*. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1993; 65: 586–596.

23. Genia V. I. E, *Quest, and fundamentalism as predictors of psychological and spiritual well-being*. J. Scient. Study Rel. 1996; 35: 56–64.
24. Wulff DM. *Psychology of religion. Classic and contemporary*. New York: Wiley & Sons; 1999.
25. Allport GW, Ross JM, *Personal religious orientation and prejudice*. J. Pers. Soc. Psychol. 1967; 5: 423–443.
26. Batson CD, Schoenrade P, Ventis VL. *Religion and the individual. A social-psychological perspective*. Oxford–New York: Oxford University Press; 1993.
27. Motak D. *Nowoczesność i fundamentalizm. Współczesne antymodernistyczne prądy religijne*. Niepublikowana rozprawa doktorska. Kraków: Instytut religioznawstwa UJ 2002.
28. Hunsberger B, Pratt M, Pancer SM. *Religious fundamentalism and integrative complexity of thought: a relationship for existential content only?* J. Scient. Study Rel. 1999; 33: 335–346.
29. Latała A, Socha P. *Technika do badania indywidualnej religijności*. Zeszyty Naukowe UJ: Studia Religiologica 1981; 6: 119–141.
30. Socha P. *Ways religious orientation work: a polish replication of measurement of religious orientations*. Int. J. Psychoz. Rel. 1999; 9(3): 209–228.
31. Wrześniewski K, Sosnowski T. *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL). Polska adaptacja STAI*. Podręcznik. Warszawa: PTP; 1981.
32. Schaeffer E, Wciórka J. *Skale samooceny stanu psychicznego w schizofrenii: ocena rzetelności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S), „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej*. Psychiatr. Pol. 2003; 1: 121–133.
33. Schaeffer E, Wciórka J. *Skale samooceny objawów schizofrenicznych: ocena trafności „Skali nastawień i nastroju” (PD-S), „Frankfurckiej skali samopoczucia” (FBS) oraz dwóch skal analogii wzrokowej*. Psychiatr. Pol. 2003; 2: 293–314.

Otrzymano: 16.09.2004

Zrecenzowano: 9.11.2004

Przyjęto do druku: 11.04.2005

Adres: Zakład Terapii Rodzin Katedry Psychiatrii CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

