

## Koncepcja siebie chorych na schizofrenię – przegląd badań

### Self-concept in schizophrenics – a survey of studies

Maria Chuchra

Instytut Nauk o Rodzinie KUL  
Kierownik: dr A. Tomkiewicz

#### Summary

The article is a survey of studies concerned with self-concept, self-esteem and self-acceptance in schizophrenics. The aim of the paper is to present current research on self-image (the term 'self-concept' has been increasingly used in recent studies) although without critical analysis. In specialist literature one can distinguish three basic trends of research concerned with the relationships between the self-concept in schizophrenics and the illness process. The first one relates to the nature of self-concept in schizophrenics and contrasts it with that of normal control subjects, as well as includes the research on self-esteem and self-acceptance levels. The other trend takes into account the sex of the examined patients and the third focuses on interrelations between self-concept and other illness-related factors. The article focuses on the first and the second trend. It comprises of three parts. The first one presents the current research on self-concept, self-esteem and self-acceptance in schizophrenics. The second part looks into the relationships between the self-concept and other factors (e.g. disease duration, psychopathological symptoms, therapy). The last part is an overview of research on self-concept and perception of others, as well as the perception of patients by others.

*Słowa kluczowe:* koncepcja siebie, samoocena, schizofrenia

*Key words:* self-concept, self-esteem, schizophrenia

W literaturze przedmiotu można wyróżnić trzy zasadnicze nurty badań dotyczące związków między koncepcją siebie chorych na schizofrenię a procesem chorobowym. Pierwszy dotyczy charakterystycznego wyobrażenia o sobie osób chorych na schizofrenię, szczególnie w odniesieniu do postrzegania siebie przez osoby zdrowe. W jego ramach prowadzone są także badania nad samooceną czy poziomem samoakceptacji chorych. Samoocena niekiedy jest utożsamiana z koncepcją siebie lub traktuje się ją jako jeden z dwóch aspektów koncepcji siebie (samowiedza – komponent poznawczy, i samoocena – komponent emocjonalny). Nurt drugi uwzględnia płeć badanych, trzeci zaś koncentruje się na poszukiwaniu zależności pomiędzy obrazem siebie a innymi czynnikami związanymi z przebiegiem choroby [1]. W nurcie pierwszym można także wyróżnić trzy podgrupy ze względu na otrzymane rezultaty badań, niekiedy wręcz sprzeczne, zwłaszcza w odniesieniu do specyficznego postrzegania siebie

przez chorych na schizofrenię w kontekście wyobrażenia o sobie osób zdrowych. Jedni badacze wykazują, że ocena samych siebie przez chorych na schizofrenię nie różni się znacząco od oceny własnej osoby przez ludzi zdrowych, drudzy natomiast akcentują, że jest ona zaniżona czy wręcz negatywna. Inni zaś dowodzą – że jest ona zawyżona i pozytywna. Niektórzy badacze także podkreślają niezgodność samoopisów pacjentów z oceną obiektywnych obserwatorów. Można by także pokusić się o wyróżnienie czwartej podgrupy badań koncentrujących się głównie na samoocenie i wykazujących, że obrazy siebie pacjentów, w porównaniu z obrazami siebie osób zdrowych, w pewnych aspektach wykazują podobieństwo, w pewnych zaś różnice. To stanowisko wydaje się najbliższe rzeczywistości.

W niniejszym artykule skoncentrowano się na nurcie pierwszym i trzecim.

Celem pracy jest przedstawienie dotychczasowego stanu badań związanych z obrazem siebie (w nowszych pracach częściej spotyka się termin „koncepcja siebie”), jednak bez ich krytycznej analizy.

### **Obraz siebie chorych na schizofrenię**

Granberg i wsp. [2] nie ukrywają, że wyniki chorych na schizofrenię porównywalne z normą były dla nich zaskoczeniem, gdyż opierając się na wcześniej prowadzonych badaniach [zob. 3, 4] spodziewali się negatywnego obrazu siebie u pacjentów, a okazało się, że chorzy na schizofrenię mieli pozytywny obraz siebie i taką samą kontrolę jak grupa osób zdrowych. Dopuszczali oni, że może to być wynikiem obrony lub odzwierciedla zaburzenia w odbiorze rzeczywistości. Uznali, że niezależnie od tłumaczenia, prowadzi to do problemów interpersonalnych, ponieważ istnieje duża rozbieżność między tym, jak pacjent siebie spostrzega, a tym, jak spostrzegają go inni. Pozytywny obraz siebie pacjentów potwierdzono także podczas pięcioletniego programu leczenia środowiskowego [5]. Stosując ten sam kwestionariusz (SASB – Structural Analysis of Social Behavior), Harder [6] potwierdziła wyniki cytowanych badaczy. Wykazała jednocześnie, że obraz siebie pacjentów jest niestabilny, zależny od ich stanu psychicznego. Około 2/3 grupy zmieniło wyobrażenie o sobie z pozytywnego w najlepszym stanie na negatywne w najgorszym, a jedynie 1/3 miała stabilny, pozytywny obraz siebie niezależnie od aktualnego stanu psychicznego. W obrazach pacjentów wystąpiły jednocześnie elementy pozytywne i negatywne. Autorka komentuje, że potwierdza to koncepcję Bentalla o self w psychozie, złożonym z dwóch reprezentacji dominujących w różnych stanach umysłu. Uważa, że procesy obronne mają jedynie marginalny wpływ na obraz siebie w najgorszym stanie, natomiast większe znaczenie, zarówno w najlepszym, jak i najgorszym stanie, wydają się mieć doświadczenia z ważnymi osobami w przeszłości i aktualnie. Nawet pomimo tego, że obraz siebie w najgorszym stanie był tylko marginalnie lepszy dzięki procesom obronnym, to wg niej jest to klinicznie istotna różnica, ponieważ mniej negatywny obraz siebie w najgorszym stanie był związany z lepszą remisją w zakresie pozytywnych objawów psychotycznych po roku leczenia [por.7].

Słabe ustrukturalizowanie oraz małą stabilność własnego obrazu osób chorych na schizofrenię uznawali Weckowicz i Sommer [8]. Fits [9] dowiódł, że chorzy na schi-

zofrenię mają obniżoną samoocenę we wszystkich badanych przez niego wymiarach obrazu siebie. Ujawniają sprzeczność w ocenie siebie, zmienność i brak spójności w zakresie poszczególnych cech. Posługując się jego metodą, Steuden [10] badała dynamikę zmian osobowości. Stwierdziła także u większości chorych niską samoocenę ogólną, która jednak po 15 latach choroby była bardziej pozytywna w porównaniu z okresem początkowym. Uważa, że może to być spowodowane istnieniem bardziej skutecznych i stabilnych wzorców obronnych w porównaniu z początkiem choroby, a także obniżeniem się stopnia podatności na zranienie i oddziaływanie czynników stresujących.

Mniej korzystny obraz siebie u chorych na schizofrenię niż u osób zdrowych zauważył w badaniach empirycznych Zolfaghari [11]. Niską samoocenę chorych na schizofrenię wykazano także w innych pracach [zob. 12, 13, 14]. Podobne wyniki otrzymali Mroziak [15] i Czabała [16]. W dwu ostatnich pracach niższe wyniki dotyczyły głównie potrzeb (ACL) związanych z funkcjonowaniem zadaniowym, relacjami interpersonalnymi i niezależnością. U pacjentów wystąpiła też silna potrzeba poniżania się: nadmierny krytycyzm wobec siebie, tendencja do obwiniania się.

Tsirigotis i Gruszczyński [17], porównując obrazy siebie 70 chorych na schizofrenię paranoidalną, przebadanych za pomocą testu ACL, z grupą kontrolną stwierdzili między innymi, że pacjentów charakteryzuje gorsze przystosowanie osobowościowe i interpersonalne oraz niższa samoocena niż osoby zdrowe. Wykazali przede wszystkim wiele różnic w strukturze potrzeb – między innymi mniejsze nasilenie u pacjentów potrzeb i cech dominacyjnych i agresywnych, a większe nasilenie potrzeb i cech opiekuńczych. Interesujący jest także wynik w skali obronności. Wprawdzie wyniki obu grup są na poziomie przeciętnym, jednak w grupie pacjentów istotnie niższe, a więc sprzeczne z oczekiwaniami w świetle dotychczasowych badań. Autorzy snują przypuszczenie, że być może chorzy nie umieją się bronić, ich mechanizmy nie działają skutecznie, co jest związane z ich niską samooceną. Korespondowałoby to więc z tymi badaczami problemu, którzy twierdzą, że urojenia są obroną przed niską samooceną [18, 19, 20].

Epstein [21] uważa, że chorzy na schizofrenię ujawniają tendencje do zawyżonej oceny siebie, co może wynikać z istniejącej u nich potrzeby dowartościowania. Patterson [22] i Mojdehi [23] stwierdzili, że realny obraz siebie pacjentów ze schizofrenią jest podobny do ich obrazu idealnego. Havener i Izard [24] określają, że obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną jest nierealistyczny i kompensacyjnie pozytywny, co jest spowodowane działaniem mechanizmów obronnych. Tendencje do nadmiernie dobrej oceny przez chorych na schizofrenię swojego zdrowia psychicznego i remisji podkreślał także w późniejszej pracy McGlashan [25].

### Samoocena

Brak jest zgody co do poziomu samooceny u chorych na schizofrenię. O tym, że pacjenci chorzy na schizofrenię nie charakteryzują się jednolitą niską samooceną we wszystkich jej wymiarach, tylko w niektórych specyficznych jej dziedzinach, donosił Garfield i wsp. [26]. Inne prace sugerują, że samoocena chorych na schizofrenię nie

różni się od samooceny osób zdrowych [19, 27, 28] lub jest zaniżona czy zawyżona. Za te rozbieżności może odpowiadać wiele czynników, w tym różne typy stosowanych kwestionariuszy, których wartość zaczęto krytykować argumentując, że ujmują jedynie ogólną samoocenę i są zależne od nastroju badanych [29, 30, 31]. Bardzo istotne więc okazało się rozróżnienie ogólnej i specyficznej samooceny oraz pozytywnych i negatywnych komponentów samooceny [29, 32]. Idąc po tej linii, Brown i wsp. [33] opracowali złożony, oparty na wywiadzie, pomiar samooceny Self Evaluation and Social Support Interview (SESS). Autorzy wywiadu sugerowali, że uzyskany w ten sposób pomiar odzwierciedla bardziej trwałą poznawczą podatność i jest niezależny od nastroju [30]. A zatem badani mogą mieć jednocześnie zarówno pozytywne, jak i negatywne poglądy na swój temat. Ta dwuwymiarowość ma niezależny udział w ogólnej samoocenie, a także może mieć oddzielny wpływ na zachowanie i afekt. Posługując się zmodyfikowanym dla chorych na schizofrenię kwestionariuszem SESS, Barrowcough i wsp. [34] postanowili sprawdzić zależności między pozytywną i negatywną samooceną, symptomatologią a pozytywnym i negatywnym wpływem znaczących osób u badanych pacjentów. Badania wykazały, że jest możliwe w tym samym czasie zarówno silne pozytywne nastawienie do swego self (PES), jak i silne nastawienie negatywne (NES). Samoocena negatywna (NES) była silnie związana z objawami pozytywnymi oraz bardziej krytycznymi nastawieniami rodziny, natomiast pozytywna samoocena (PES) w niewielkim stopniu była związana z uczuciami bliskich, gdyż brak było istotnej zależności z wynikiem ogólnym PES. Zależność taka wystąpiła tylko z jednym jej wymiarem (EE) i potwierdza wcześniejsze wyniki badań [35, 36]. Krytyczni krewni mają tendencje do przypisywania objawów i problemów występujących w schizofrenii czynnikom kontrolowanym przez pacjentów. Taka postawa bliskich może zwiększać skłonność pacjentów do samoobwiniania się i zmniejszać ich poczucie własnej wartości. W omawianych badaniach wystąpiła także niska korelacja halucynacji z PES, co głównie wiązało się z objawami negatywnymi. Osoby, które miały wyższą ocenę pozytywną, miały mniej objawów negatywnych [34].

Badania samooceny (SESS) 165 ambulatoryjnych, stabilnie funkcjonujących, chorych na schizofrenię w Malezji wykazały, że u 9,1% pacjentów samoocena była niska, u 50,9% umiarkowana, a u 40,0% wysoka [37], a więc – większość osób cechowała relatywnie dobra samoocena. Wysoka samoocena była związana z posiadaniem współmałżonka oraz poczuciem wsparcia społecznego. Z klinicznych czynników z wysoką samooceną wiązało się poczucie, że jest się zdrowym, zaprzeczanie chorobie oraz brak objawów wytwórczych i depresyjnych.

Sørgaard i wsp. [38], posługując się Self-Esteem Scale Rosenberga [39], wykazali, że samoocena u chorych na schizofrenię była słabo skorelowana ze zmiennymi demograficznymi, silniej ze zmiennymi klinicznymi i subiektywnymi, w mniejszym zaś stopniu ze zmiennymi dotyczącymi sieci społecznej. Negatywna samoocena nie wykazywała związków ani z siecią społeczną, ani z danymi demograficznymi. Najsilniejszym predyktorem pozytywnej i wysokiej samooceny był niski poziom lęku i depresji. Wysoka samoocena wiązała się z satysfakcją z relacji rodzinnych, posiadaniem co najmniej jednego przyjaciela oraz płcią żeńską. Negatywna samoocena była związana z wieloma niespełnionymi potrzebami.

Z wyższą samooceną wiązały się także mniejsze doświadczenie stygmatyzacji i większa akceptacja choroby [40, 41, 42]. Wysoka samoocena była silnie skorelowana również ze społeczną atrakcyjnością [43].

Bradshaw i Brekke [44], badając samoocenę pacjentów za pomocą Index of Self-Esteem, wykazali, że z niższą samooceną wiązała się percepcja gniewu w środowisku, z wyższą zaś – lepsze, niezależne umiejętności życiowe. Z obniżoną samooceną wiąże się identyfikacja z rolą chorego i niższa ocena jakości życia [45]. Związek samooceny z jakością życia został potwierdzony także w nowszych badaniach [46].

O obniżonej samoocenie, w stosunku do osób zdrowych, zarówno u chorujących krótko, jak i 10 lat, pisze Iniewicz [47]. Wyniki samooceny – ogólnej jak i wyborów pozytywnych i negatywnych – uzyskane za pomocą skali Rosenberga, w obu grupach nie różniły się istotnie. W każdej z grup jednak przeważały wybory pozytywne nad negatywnymi.

### Samoakceptacja

Friedman [48], badając trzy 16-osobowe grupy chorych na schizofrenię paranoidalną, neurotyków i zdrowych, oraz obliczając poziom samoakceptacji za pomocą korelacji „ja realnego” i „ja idealnego” stwierdził, że pacjenci psychiatryczni charakteryzowali się znacznie wyższą samoakceptacją niż neurotycy i niewiele niższą niż osoby zdrowe. W konkluzji stwierdził, że uznanie wysokiej korelacji jako jedynego kryterium dobrego przystosowania, doprowadzi do włączenia wielu osób nieprzystosowanych, w tym szczególnie chorych na schizofrenię paranoidalną, do kategorii osób przystosowanych.

Brak różnic między poziomami samoakceptacji u chorych na schizofrenię i zdrowych stwierdzono w badaniach Jakubika i wsp. [49] oraz Tsirigotisa i Gruszczyńskiego [17].

Badając za pomocą testu ACL zmianę obrazu siebie, przed leczeniem i po leczeniu, 15 chorych na schizofrenię, Ciupak [50] stwierdziła dużą rozbieżność między ich realnym a idealnym obrazem siebie zarówno na początku, jak i na końcu leczenia. W jej opinii przemawia to za niskim poziomem samoakceptacji pacjentów.

Iniewicz [47], badając za pomocą testu ACL dwie grupy chorych na schizofrenię (I – do roku i II – minimum 10 lat po pierwszej hospitalizacji) stwierdził, że obie grupy mają zbliżony, zaniżony współczynnik samoakceptacji.

Chuchra i Pawłowska [51], badając 60-osobową grupę chorych na schizofrenię paranoidalną za pomocą testu ACL, obliczyły wskaźnik samoakceptacji (D), a następnie umieściły go w tabeli z dostępnymi w literaturze, liczonymi analogicznie, wskaźnikami osób zdrowych oraz innych grup klinicznych (nerwicowcy, alkoholicy, chorzy somatycznie). Okazało się, że jest on najbliższy wskaźnikowi D osób zdrowych.

Badając dynamikę samoakceptacji na przestrzeni 7 lat od pierwszej hospitalizacji, Drożdżowicz [52] stwierdziła, że w badanej grupie chorych po trzech latach od momentu pierwszej hospitalizacji poziom samoakceptacji istotnie obniża się, po czym po upływie kolejnych czterech lat nie ulega dalszej zmianie.

## Obraz siebie a inne czynniki

### Czas trwania choroby

Chuchra [53], badając za pomocą testu ACL 180 osób o różnym czasie trwania psychozy, wykazała, że największy wpływ na spostrzeganie siebie przez chorych na schizofrenię paranoidalną ma poziom niepokoju, mniejszy – poziom inteligencji i czas trwania choroby, w najmniejszym zaś stopniu płci pacjentów. Także Iniewicz [47] stwierdził, że koncepcja siebie chorych o różnym czasie trwania psychozy różni się w niewielkim zakresie.

Badania Steuden [10] wykazały, że chorzy na schizofrenię są szczególnie pesymistyczni na początku choroby. Wraz z upływem czasu przystosowują się do niej i w większym stopniu akceptują siebie.

Drożdżowicz [54], obserwując obraz siebie chorych na schizofrenię przez 7 lat od ich pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, udowodniła empirycznie, że jest on strukturą dynamiczną, zmieniającą się w czasie. W miarę upływu czasu chorzy spostrzegają siebie bardziej realistycznie, są bardziej pozytywnie ustosunkowani do siebie i swojej choroby. Obraz siebie po 7 latach jest tym korzystniejszy, im lepiej chorzy są przystosowani społecznie i im większy stres przeżywali przed wybuchem choroby. Nie wystąpiły natomiast zależności pomiędzy obrazem siebie a czynnikami przebiegu choroby.

Interesujące są również inne wyniki Drożdżowicz [7], w których, stosując także test ACL, podzieliła grupę chorych, na podstawie wyników 5 skal (m.in. samoakceptacji i obronności), na 3 podgrupy:

a – charakteryzującą się bardzo niskim poziomem samoakceptacji i najsilniejszymi postawami obronnymi w porównaniu z pozostałymi 2 grupami;

b – mającą niski poziom zarówno samoakceptacji, jak i mechanizmów obronnych oraz pesymistyczny obraz siebie;

c – przejawiającą wysoki poziom samoakceptacji i wyższy poziom nastawienia obronnego niż grupa b.

Chorzy ci w rok od pierwszej hospitalizacji przejawiali trzy różne konstelacje obrazu siebie, a różnice autorka wiąże z prawdopodobieństwem stosowanych mechanizmów obronnych. Z silną obroną na początku choroby łączy się dłuższy czas przystosowania się do niej (grupa a), natomiast chorzy, którzy na początku „poddali się” chorobie (grupa b), stopniowo przystosowują się do sytuacji i po 7 latach jej trwania mają bardziej korzystny obraz siebie niż ci, którzy na początku aktywnie się jej przeciwstawiali. Z kolei najbardziej „optymistyczna” grupa c, w której były osoby mające najwięcej do stracenia, po latach jest najbardziej pesymistyczna i ma niższy poziom samoakceptacji niż na początku choroby.

### Objawy psychopatologiczne

Brekke i wsp. [42], badając 193 chorych na schizofrenię lub psychozę schizoafektywną, wykazali, że samoocena jest związana z symptomami oraz intrapsychicznymi deficytami. Łagodniejsze symptomy i mniejsze deficyty intrapsychiczne powodują pozytywniejszą samoocenę.

Badając 40 pacjentów za pomocą The Coopersmith Self-Esteem Inventory (SEI), Bowins i Shugar [13] stwierdzili, że ogólna samoocena jest dodatnio skorelowana z treścią urojeń. Treść urojeń odzwierciedla ogólną samoocenę. Im wyższa samoocena (a także wyższe poczucie własnej wartości), tym treści urojeń bardziej pozytywne, przyjemne (pożądane) dla pacjenta. Treść urojeń jest więc związana z obrazem własnym pacjentów, a to może wpływać na ich uporczywość. Bowins i Shugar uważają, że samoocena jest relatywnie bardziej stabilna niż urojenia. Nie wykazano natomiast związków między halucynacjami a samooceną.

Interesujące studium dotyczące obrazu siebie u osób o różnych typach urojeń można znaleźć u Grzywy [55]. Porównywała ona realne i idealne obrazy (oceniane za pomocą ACL) w poszczególnych grupach, a także badała związki między treścią urojeń a cechami osobowości. Przytoczenie choćby najważniejszych wniosków przekroczyłoby znacznie objętość niniejszego opracowania. Szczególną uwagę zwraca jednak jeden wniosek, a mianowicie dotyczący pacjentów z urojeniami prześladowczymi, którzy w porównaniu z innymi grupami mieli lepszą integrację osobowości i kontrolę oraz bardziej pozytywną samoocenę. Koresponduje to z doniesieniami sugerującymi, że urojenia prześladowcze służą jako funkcja obronna poprzez obwinianie innych za negatywne zdarzenia, co pozwala uniknąć doświadczania niskiej samooceny [18, 19, 20]. Zgodnie z tym założeniem u pacjentów paranoidalnych ukryta samoocena powinna być niższa niż jawna [56].

Smith i wsp. [57], badając 100 pacjentów z psychozą, wykazali, że osoby z większym nasileniem depresji i niską samooceną miały bardziej nasilone halucynacje słuchowe o negatywnej treści, bardziej nasilone urojenia prześladowcze, negatywniej oceniali siebie i innych oraz cechowało je większe nasilenie stresu, osoby zaś o urojeniach wielkościowych cechowała wysoka samoocena. W badaniach Harder [6] nie wykazano związków między urojeniami prześladowczymi a obrazem siebie, ani w najlepszym, ani w najgorszym stanie.

### Oczekiwania społeczne i emocje

W badaniach przeprowadzonych przez Manasse [58] okazało się, że hospitalizowani przewlekłe chorzy na schizofrenię mają bardziej pozytywną koncepcję siebie niż leczeni ambulatoryjnie. Ci ostatni, przebywający w środowisku rodzinnym, oceniali siebie zdecydowanie bardziej negatywnie. Niską samoocenę pacjentów interpretowano jako skutek presji otoczenia. Gumlej i wsp. [59] przebadali 2 grupy pacjentów psychotycznych – z lękiem społecznym i bez lęku. Osoby, które cechował lęk społeczny, miały niższą samoocenę oraz wyższy poziom samoobwiniania się i wstydu.

### Remisja i terapia

Granberg i wsp. [2] wykazali, że negatywny obraz siebie był pozytywnie skorelowany z lepszymi efektami terapii i korzystniejszą remisją. Istotne powiązanie samooceny z remisją wykazał także Roe [60].

Harder [6] przebadła za pomocą SASB, 97 pacjentów z pierwszym epizodem psychozy w najlepszym i najgorszym stanie. Wyniki badań wykazały, że pacjenci z pozytywniejszym obrazem siebie w najlepszym stanie mieli lepszą remisję pod względem pozytywnych i negatywnych objawów psychozy oraz lepszy poziom społecznego funkcjonowania.

### **Obraz siebie chorych na schizofrenię a ich percepcja innych oraz percepcja pacjentów przez innych**

Nieliczne są prace empiryczne dotyczące percepcji innych przez chorych czy percepcji chorych przez innych, dlatego też są one tym bardziej cenne, albowiem – zgodnie z teorią Allporta [61] – przyczyniają się do obiektywizacji obrazu.

Angermeyer i Schwoon [62] prowadzili przez 2 lata badania 28 rodzin z synem chorym na schizofrenię, które wykazały, że nawroty choroby były częstsze u pacjentów z rodzin, w których istniała sprzeczna wzajemna percepcja rodziców i synów, przy jednocześnie sztywnym przekonaniu o normalności.

Mroziak [15] i Czabała [16] badali percepcję interpersonalną w diadach matka –dziecko chore na schizofrenię. Otrzymano dużą globalną różnicę między samoopisem syna a jego obrazem w percepcji matki. Matki nie doceniały i tak słabo zaznaczonych potrzeb synów związanych z funkcjonowaniem zadaniowym, relacjami interpersonalnymi i niezależnością/dominacją. W diadzie tej wystąpiła więc tzw. negatywna rozbieżność percepcyjna, albo „pesymistyczne widzenie dziecka”.

Öhman i Armelius [3] także wykazali, że istnieje duża rozbieżność między postrzeganiem własnej osoby przez chorych na schizofrenię a ich opisem przez psychiatrów. Pacjenci niżej oceniali również nasilenie symptomów chorobowych. Podobne wyniki uzyskano, badając samoocenę wśród adolescentów oddziałów psychiatrycznych. Zgodność między oceną klinicystów i samych badanych była niewielka [63].

Z kolei Armelius i Granberg [4] zbadali (za pomocą SASB), jak pacjenci psychotyczni i z osobowością z pogranicza spostrzegają siebie i swoich rodziców. Pacjenci z osobowością z pogranicza mieli bardziej negatywny obraz siebie i swoich rodziców, szczególnie ojców, niż pacjenci psychotyczni i osoby zdrowe. Wyniki pacjentów psychotycznych nie różniły się istotnie od wyników osób zdrowych. Obraz siebie pacjentów z osobowością z pogranicza i zdrowych był powiązany z obrazami obojga rodziców, natomiast obraz pacjentów psychotycznych tylko z obrazem matki. Stwierdzono, że pacjenci psychotyczni charakteryzują się niewystarczającym odseparowaniem od matki oraz słabym rozróżnianiem biegunów autonomii i kontroli.

W badaniach Chuchry [64] za pomocą ACL porównano obraz siebie 30 mężczyzn chorych na schizofrenię z ich obrazem w percepcji rodziców. Wykazano, że samoocena pacjentów jest bardziej pozytywna niż ich ocena przez ojców i przez matki. Duża zbieżność natomiast wystąpiła w percepcji synów przez ojców i matki.

W cytowanych badaniach wykrywano związki między wieloma czynnikami powiązanymi z samoopisem siebie. Niektórzy autorzy zwrócili uwagę na znaczenie perspektywy, z jakiej ocenia się zdrowie psychiczne. Grupy osób o różnych celach



skupiają się na różnych aspektach zdrowia psychicznego, więc istnieje duże prawdopodobieństwo, że otrzymają różne rezultaty [61, 65, 66, 67].

Należy także mieć na uwadze, że przytoczone wyniki badań pochodzą z różnych kręgów kulturowych i przeprowadzane są za pomocą różnych metod. Nie zawsze autorzy podają czas, w jakim przeprowadzono badania (na początku, w trakcie czy na końcu leczenia), co nie jest bez znaczenia dla osiągniętych rezultatów. Wiele więc czynników może mieć wpływ na otrzymywanie tak różnych – a czasami wręcz sprzecznych – wyników badań. Należy mieć nadzieję, że dzięki dalszym badaniom, za pomocą coraz precyzyjniejszych metod pomiaru, ten interesujący problem zostanie zadowolająco zgłębiony.

### **Самооценка больных шизофренией. Литературный обзор**

#### **Содержание**

В настоящей статье представлен литературный обзор исследований относящийся к самооценке пациентов и их самоакцептации больных шизофренией. Задачей настоящего сообщения является представление настоящего размера исследований, связанных с картиной собственной личности больного (в новых работах чаще встречается термин „своя концепция“). однако без их критического анализа. В литературе по этому вопросу можно выделить три основных направления исследований, относящиеся к связям между концепцией самого себя пациентов больных шизофренией и болезненным процессом. Первое из них относится к специфике картины самого себя больных шизофренией в сравнение со здоровыми лицами. В рамках этого направления проводятся исследования над самооценкой и уровнем самоакцептации. Второе направление исследований учитывает пол пациентов, а третье направление концентрируется на изыскании зависимостей между картиной самого себя больного шизофренией и иными факторами, связанными с течением болезни. В настоящем сообщении обращено особое внимание на первом и третьим направлениях исследований. Статья разделена на три части. В первой из них представлено состояние исследований над картиной самого себя, самооценкой и самоакцептацией больных шизофренией. Во второй части представлены данные картины самого себя и иные факторы (м.п. время продолжительности болезни, психопатологические симптомы, лечение). Последняя часть работы содержит обзор исследований над картиной самого себя и перцепция других, а также перцепции пациентов иными людьми.

### **Selbstkonzept der Schizophrenkranken - Studienübersicht**

#### **Zusammenfassung**

Der vorliegende Artikel enthält die Übersicht der Studien zum Selbstbild, Selbstbeurteilung und Selbstakzeptation der Schizophrenkranken. Das Ziel der Arbeit ist die Vorstellung des bisherigen Standes der Studien, die mit Selbstbild verbunden sind (in den neueren Arbeiten trifft man häufiger den Begriff „Selbstkonzept“), aber ohne ihre kritische Analyse. In der Literatur zum Gegenstand kann man drei Hauptrichtungen der Studien aussondern, die die Zusammenhänge zwischen dem Selbstkonzept der Kranken an Schizophrenie und dem Krankheitsprozess betreffen. Die erste betrifft die Eigentümlichkeit des Selbstbildes der Schizophrenkranken im Vergleich mit den gesunden Personen. In diesem Rahmen werden die Studien an der Selbstbeurteilung und an dem Level der Selbstakzeptation geführt. Die zweite Richtung berücksichtigt das Geschlecht der Untersuchten, die dritte konzentriert sich auf die Suche nach Abhängigkeiten zwischen dem Selbstbild und anderen mit Krankheitsverlauf verbundenen Faktoren. Im vorliegenden Artikel konzentriert man sich auf die erste und dritte Richtung. Der Artikel besteht aus drei Teilen. Im ersten Teil wurde der Stand der Studien an dem Selbstbild, Selbstbeurteilung und Selbstakzeptation der Schizophrenkranken beschrieben.

Im zweiten Teil - das Selbstbild und andere Faktoren (u.a Krankheitsdauer, psychopathologische Symptome, Therapie). Der letzte Teil enthält die Übersicht der Studien an dem Selbstbild, Perception der anderen und Perception der Patienten durch andere.

### Le concept de soi-même des schizophrènes – revue de littérature

#### Résumé

Cet article présente la revue de littérature concernant l'image de soi-même, l'auto-estimation, l'auto-acceptation des schizophrènes. L'auteur vise à décrire les recherches actuelles touchant l'image de soi-même (récemment on l'appelle « le concept de soi-même ») pourtant sans les critiquer. La littérature spécialiste en question distingue trois tendances concernant les relations de l'image de soi-même et la maladie. La première touche la spécificité de l'image de soi-même des patients en relation avec celle des personnes saines et on y analyse aussi le niveau de l'auto-estimation et de l'auto-acceptation. La deuxième s'intéresse au sexe des patients examinés, la troisième se concentre aux relations de l'image de soi-même et d'autres facteurs liés avec la maladie. Cet article présente surtout la première et la troisième tendance et il se compose de trois parts. La première présente les recherches sur l'image de soi-même, sur l'auto-acceptation et sur l'auto-estimation des schizophrènes. La deuxième parle d'autres facteurs (durée de la maladie, symptômes psychopathologiques, thérapie) et de leurs relations avec l'image de soi-même. La troisième présente les recherches concernant l'image de soi-même des patients, leur perception des autres ainsi que leur perception par les autres.

#### Piśmiennictwo

1. Drożdżowicz L. *Struktura „Ja” w schizofrenii*. Psychoter. 2000; 4 (115): 21–34.
2. Granberg Å, Armelius K, Armelius BÅ. *Self-image pattern and treatment outcome in severely disturbed psychiatric patients*. UMEÅ Psychol. Rep. 2001; 1: 1–13.
3. Öhman K, Armelius K. *Schizophrenic and borderline patients: self-image, relationship to mother and symptoms*. Acta Psychiatr. Scand. 1990; 81: 488–496.
4. Armelius K, Granberg A. *Self-image and perception of mother and father in psychotic and borderline patients*. Psychother. Res. 2000; 10 (2): 147–158.
5. Granberg Å, Armelius K. *Change of self-image in patients with neurotic, borderline and psychotic disturbances*. Clin. Psychol. Psychother. 2003; 10 (4): 228–237.
6. Harder S. *Self-image and outcome in first-episode psychosis*. Clin. Psychol. Psychother. 2006; 13: 285–296.
7. Drożdżowicz L. *Obronna rola obrazu siebie w przebiegu schizofrenii*. Psychoter. 2005; 2: 57–68.
8. Weckowicz TE, Sommer R. *Body image and self-concept in schizophrenia*. J. Ment. Sc. 1960; 106: 17–39.
9. Fitts WH. *The self concept and psychopathology*. Tennessee: Dede Wallace Centr Monograph Nashville; 1972.
10. Steuden S. *Dynamika zmian osobowości u osób z rozpoznaną schizofrenią*. Lublin: RW KUL; 1997.
11. Zolfaghari F. *How optimal is the self-concept in disease states?* J. Person. Clin. Studies 1993; 9 (1–2): 107–116.
12. Silvestrone PH. *Low self-esteem in different psychiatric conditions*. Brit. J. Clin. Psychol. 1991; 30: 185–188.
13. Bowins B, Shugar G. *Delusions and self-esteem*. Can. J. Psychiatry 1998; 43: 154–158.

14. Freeman D, Garety P, Fowler D, Kuipers E, Dunn G, Bebbington P, Hadley C. *The London-Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavior therapy for psychosis: IV Self-esteem and persecutory delusions*. Brit. J. Clin. Psychol. 1998; 37: 415–430.
15. Mroziak B. *Percepcja interpersonalna i ustosunkowanie emocjonalne w diadzie matka – dorosłe dziecko w rodzinach pacjentów ze schizofrenią lub nerwicą oraz w rodzinach zdrowych*. Biul. IPN 1986; 1 (61): 23–50.
16. Czabała JCz. *Rodzina a zaburzenia psychiczne*. Kraków: IPN; 1988.
17. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Schizofrenia. Psychologia i psychopatologia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2005.
18. Bentall RP, Corcoran R, Howard R, Blackwood N, Kinderman P. *Persecutory delusions: revive and theoretical integration*. Clin. Psychol. Rev. 2001; 21: 1143–1192.
19. Lyon HM, Kaney S, Bentall RP. *The defensive function of persecutory delusions: Evidence from attributions tasks*. Brit. J. Psychiatry 1994; 164: 637–646.
20. Kinderman P, Kaney S, Morley S, Bentall RP. *Paranoia and the defensive attributional style: deluded and depressed patients' attributions about their own attributions*. Brit. J. Med. Psychol. 1992; 65 (4): 371–385.
21. Epstein S. *Unconscious self-evaluation in a normal and a schizophrenic group*. J. Abn. Soc. Psychol. 1955; 50 (1): 65–70.
22. Patterson B. *Discrepancies between self-concepts and ideal self-concepts in paranoid schizophrenic and normal*. J. Clin. Psychol. 1960; 16 (3): 297–302.
23. Mojdehi H. *Change and stability of self-concept of Iranian psychiatric patients and normals*. Psychol. Rep. 1978; 35: 384–391.
24. Havener PH, Izard CE. *Unrealistic self-enhancement in paranoid schizophrenics*. J. Consult. Psychol. 1962; 26 (1): 65–68.
25. McGlashan TH. *The chestnut lodge follow-up study: II. Long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders*. Arch. Gen. Psychiatry 1984; 41: 586–601.
26. Garfield DA, Rogoff ML, Steinberg S. *Affect recognition and self-esteem in schizophrenia*. Psychopathol. 1987; 20 (5–6): 225–233.
27. Kinderman P. *Attentional bias persecutory delusions and the self-concept*. J. Med. Psychol. 1994; 67: 53–66.
28. Krstev H, Jackson H, Maude D. *An investigation of clinical psychology*. 1999; 38: 181–194.
29. Brown GW, Andrews B, Bifulko A, Veiel H. *Self-esteem and depression: I. Measurement issues and prediction of onset*. Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol. 1990; 25: 200–209.
30. Andrews B, Brown G. W. *Self-esteem and vulnerability to depression: The concurrent validity of interview and questionnaire measures*. J. Abnorm. Psychol. 1999; 102: 565–572.
31. Rosenberg M, Schooler C, Schoenbach C, Rosenberg F. *Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes*. Am. Soc. Rev. 1995; 60: 141–156.
32. Andrews B. *Self-esteem*. Psychol. 1998; 339–342.
33. Brown GW, Andrews B, Harris T, Adler Z, Bridge L. *Social support, self-esteem and depression*. Psychol. Med. 1986; 16: 813–831.
34. Barrowclough C, Tarrier N, Humphreys L, Ward J, Gregg L, Andrews B. *Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes and symptomatology*. J. Abnorm. Psychol. 2003; 112 (1): 92–99.
35. Barrowclough C, Tarrier N, Johnstone M. *Attributions expressed emotion and patient relaps: An attributional model of relatives' response to schizophrenic illness*. Behav. Ther. 1994; (25): 67–88.
36. Lopez SR, Nelson AK, Mintz J, Snyder KS. *Attributions and affective reactions of family members and course of schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1999; 2: 307–314.

37. Abu Bakar. *A study of self-esteem among outpatient schizophrenia at psychiatric clinics hospital University Science Malaysia and hospital Kota Bharu*. Malaysian J. Med. Sc. 2006; 13 (1): 81.
38. Sörgaard KW, Heikkilä J, Hansson L, Vinding HR, Bjarnason O, Bengtson-Tops A, Merinder L, Nilsson L, Sandlund M, Middelboe T. *Self-esteem in persons with schizophrenia*. A Nordic multicentre study. J. Ment. Health 2002; 11 (4): 405–415.
39. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press; 1965.
40. Robey K, Cohen B, Gara M. *Self-structure in schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1989; 98: 436–442.
41. Warner R, Taylor D, Powers M, Hyman J. *Acceptance of the mental illness label by psychotic patients. Effects on functioning*. Am. J. Orthopsychiatry 1989; 59: 398–409.
42. Brekke J, Levin S, Wolkon G, Sobel G, Slade E. *Psychosocial functioning and subjective experience in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1993; 19: 559–608.
43. Norman RP. *Social desirability and self-evaluation in chronic schizophrenics*. J. Clin. Psychol. 1962; 18 (3): 349–350.
44. Bradshaw W, Brekke JS. *Subjective experience in schizophrenia: factors influencing self-esteem, satisfaction with life, and subjective distress*. Am. J. Orthopsychiatry 1999; 69 (2): 254–261.
45. Mechanic D, McAlpine D, Rosenfield S, Davis D. *Effects of illness attribution and depression on the quality of life among persons with serious mental illness*. Soc. Sc. Med. 1994; 39 (2): 155–164.
46. Kunikata H, Mino Y, Nakajima K. *Quality of life of schizophrenic patients living in the community: the relationships with personal characteristic, objective indicators and self-esteem*. Psychiatr. Clin. Neurosc. 2005; 59: 163–169.
47. Iniewicz G. *Przemiany koncepcji własnej osoby w przebiegu schizofrenii*. Psychoter. 1997; 1 (100): 37–55.
48. Friedman I. *Phenomenal, ideal and projected conceptions of self*. J. Abnorm. Soc. Psychol. 1955; 51: 611–615.
49. Jakubik A, Budna A, Gapińska E, Lepianka I. *Struktura „ja” w schizofrenii paranoidalnej*. Psychiatr. Pol. 1990; 24 (4): 30–34.
50. Ciupak A. *Z badań nad zmianą obrazu siebie chorych na psychozy schizofreniczne*. Pamiętnik III Lubelskich Spotkań Naukowych. Lublin: AM; 1993; 162–171.
51. Chuchra M, Pawłowska B. *Akceptacja siebie chorych na schizofrenię paranoidalną*. Badania nad schizofrenią 2002/03; 4 (4): 29–35.
52. Drożdżowicz L. *Samoakceptacja w przebiegu schizofrenii*. Bad. Schizm. 2005; 6: 94–104.
53. Chuchra M. *Obraz siebie w przebiegu schizofrenii paranoidalnej (maszynopis pracy doktorskiej)*. Lublin: KUL; 1996.
54. Drożdżowicz L. *Obraz siebie w przebiegu schizofrenii (maszynopis pracy doktorskiej, UJ)*. Kraków: 2001.
55. Grzywa A. *Geneza, struktura i dynamika urojeń w schizofrenicznych zespołach paranoidalnych*. Lublin: Akademia Medyczna; 1991.
56. Thewissen V, Germeys IM, Bentall R, de Graaf R, Vollebergh W, van Os J. *Instability in self-esteem and paranoia in a general population sample*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2007; 42: 1–5.
57. Smith B, Fowler DG, Freeman D, Bebbington P, Bashforth H, Garety Ph, Dunn G, Kuipers E. *Emotion and psychosis: links between depression, self-esteem, negative schematic beliefs and delusions and hallucinations*. Schizophr. Res. 2006; 86 (1–3): 181–188.
58. Manasse G. *Self-regard as function of environmental demands in chronic schizophrenics*. J. Abn. Psychol. 1965; 70 (3): 210–213.

59. Gumley A, O'Grady M, Power K, Schwannauer M. *Negative beliefs about self and illness: a comparison of individuals with psychosis with or without comorbid social anxiety disorder*. Austr. New Zeal. J. Psychiatry 2004; 38 (11–12): 960.
60. Roe D. *A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis*. J. Nerv. Ment. Dis. 2003; 191: 45–49.
61. Allport G. *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, Winston; 1961.
62. Angermeyer MC, Schwoon DR. *Familiale Beziehungsmuster und Patientenkarriere männlicher schizophrener Kranker*. Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol. 1982; 17 (1): 13–22.
63. Gowers SG, Levine W, Bailey-Rogers SJ, Shore A, Burhouse E. *Use of a routine self-report measure (HoNOSCA-SR) in two adolescent mental health services*. Brit. J. Psychiatry 2002; (180): 266–269.
64. Chuchra M. *Zmiany osobowości u chorych na schizofrenię paranoidalną w percepcji pacjentów i ich rodziców*. Psychiatr. Pol. 2008; 42 (4): 547–559.
65. Strupp HH, Hadley SW. *A tripartite of mental health and therapeutic outcome*. Am. Psychol. 1977; 32: 187–196.
66. Garfield SL. *Research on client variables in psychotherapy*. W: Bergin AE, Garfield SL, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: John Wiley and Sons; 1994.
67. Cook B, Blatt SJ, Ford RQ. *The prediction of therapeutic response to long-term intensive treatment of seriously disturbed young adult inpatients*. Psychother. Res. 1995; 5: 218–230.

Adres: Maria Chuchra  
Instytut Nauk o Rodzinie KUL  
20-356 Lublin, al. Raclawickie 14

Otrzymano: 3.09.2007  
Zrecenzowano: 17.01.2008  
Przyjęto do druku: 10.04.2008

Sekcja Naukowa Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego  
Sekcja Naukowa Terapii Rodzin Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego  
Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

zapraszają do udziału w konferencji p.t.

### PSYCHOTERAPIA W POLSCE – TERAŹNIEJSZOŚĆ I PRZYSZŁOŚĆ

Głównym tematem konferencji będą nowe wyzwania i paradygmaty, modele psychoterapii w Polsce i w niektórych krajach europejskich. Dyskutowane będą także: zapotrzebowanie i dostępność do psychoterapii, społeczno-prawne aspekty zawodu psychoterapeuty i standardy szkolenia.

Konferencja odbędzie się w dniach 17–18 października 2008 w Akademii Pedagogiki Specjalnej w Warszawie, ul. Szczęśliwicka 40.

**Zgłoszenia udziału w konferencji** prosimy kierować na adres:

Anna Kopacz, Laboratorium Psychoedukacji, 03-932 Warszawa, ul. Katowicka 18, lub na adres mailowy: [lps@lps.pl](mailto:lps@lps.pl).

**Oplaty konferencyjne** wniesione do 1 SIERPNIĄ 2008:

członkowie zwyczajni Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, a zarazem SNP lub SNTR oraz członkowie SP Polskiego Towarzystwa Psychologicznego – 200 pln, pozostali – 300 pln, studenci (przed dyplomem) – 150 pln.

Po 1 SIERPNIĄ 2008 – 400 pln (bez zniżek).